

FEMINISMOS EM DEFESA DA SAÚDE

Solange Rocha*
Ana Vieira**
Jorge Lyra***

Recebido: 31 mar. 2011

Aprovado: 06 maio 2011

* Dra. em Serviço Social, pesquisadora do Núcleo de Estudos em Políticas Sociais/ Pós Graduação - Serviço Social da UFPE e do Núcleo de Estudos sobre Aids/ Pós Graduação - Sociologia da University of Cape Town - África do Sul. E-mail: msolgrocha@gmail.com

** Dra. em Serviço Social, pesquisadora do Núcleo de Estudos em Políticas Sociais/ Professora da Pós Graduação em Serviço Social da UFPE. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 1º andar. Rua Prof. Moraes Rego, 1235. Recife, PE, Brasil. CEP 50.670-90. E-mail: anac.vieira@uol.com.br

*** Dr. em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-CPqAM/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC, com estágio de doutorando no exterior (PDDE/Capes) na Universidad Autonoma de Barcelona (2008). Coordenador geral do Instituto Papai, líder do grupo de pesquisas do CNPq Gênero e masculinidades - Gema/UFPE. Rua Mardonio de Albuquerque Nascimento, 129. Várzea, Recife, PE, Brasil. CEP 50741-380. E-mail: jorgelyra@papai.org.br

Resumo: O estudo traça interfaces da mobilização feminista no campo da saúde com o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de políticas neoliberais e de adoção do ideário de Estado mínimo. Toma o princípio de integralidade contido no âmbito do SUS; nas políticas de saúde das mulheres e na política de controle da Aids para interpretar as escolhas estratégicas do movimento feminista na área da saúde. A Rede Feminista de Saúde (Rede Saúde), fonte privilegiada da pesquisa, é sujeito estratégico nos movimentos sociais para avançar a agenda de direitos das mulheres. A pesquisa interpreta, à luz da análise de documentos de domínio público, que o feminismo imprime uma trajetória contra-hegemônica que cede diante da hegemonia dominante, ao cumprir a agenda governamental, no caso da saúde focada na reprodução biológica e no monitoramento das políticas públicas.

Palavras-chave: HIV/Aids. Feminismo. Políticas de saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Políticas públicas. Movimento social.

FEMINISM IN DEFENSE OF HEALTH

Abstract: The study provides interfaces of feminist mobilization in the health field with the National Health System (SUS) in the context of neoliberal policies and the adoption of the ideology of the reduced State. It interprets the strategic choices of the feminist movement in the area of health using the principal of integration, as contained in the SUS, in women's health policies and in HIV/AIDS policies. The National Feminist Health Network is a primary source of information of the research, a strategic subject/actor in the social movements to advance the agenda of women's rights. The research analyzes how feminism carves out a counter hegemonic trajectory, but gives way to the dominant hegemony when they comply with a governmental agenda.

Key words: HIV/AIDS. Feminism. Health policies. Sexual and reproductive rights. Public policies. Social movements.

FEMINISMOS EM DEFESA DA SAÚDE

O campo da saúde no Brasil foi um espaço privilegiado de incidência política feminista nos anos de 1970 a 1990, perdendo centralidade na década seguinte. A fase pós-ditadura brasileira é de intensa movimentação social, de acordo com Gohn (2008, p. 125) “dado pelas características da conjuntura política e bastante ampliado pela dimensão dos problemas sociais, pelo aumento do contingente populacional e pela facilidade de divulgação e reprodução das ações coletivas pelos meios de comunicação de massa”. Segundo a autora, o avanço do “jogo democrático” explicitou diferenças e divergências dos grupos políticos da oposição, contudo, foi uma década rica do ponto de vista do avanço político-social.

Nesse contexto surgem no Brasil inúmeras movimentações sociais, a exemplo das mulheres, dos negros, da saúde, do meio ambiente etc., com lutas voltadas para ampliar direitos abrangendo diversas e diferentes temáticas. O feminismo teve suas raízes determinantes nos anos 1970 contra a ditadura militar, contudo, o movimento feminista brasileiro no campo da saúde se radica na nova movimentação social que teria sua origem no final dos anos 1970 e começo dos anos 1980. Como afirma Gohn (2008, p. 126) em conjunto tais movimentações,

[...] revelavam a face de sujeitos até então ocultos ou com vozes sufocadas nas últimas décadas. Os anos 80 são fundamentais para a compreensão da construção da cidadania dos pobres no Brasil, em novos parâmetros. Embora com o estatuto de cidadãos de segunda categoria, os pobres saíram do submundo e vieram à luz como cidadãos dotados de direitos – direitos estes que são inscritos na Constituição mas, usualmente, negados ou ignorados na prática.

O cenário das lutas sociais no Brasil é redefinido nos anos 1990, por um lado, movido pela crise de militância e mobilização dos movimentos populares e sindical. Por outro lado, as questões éticas que mobilizaram os chamados novos movimentos sociais deslocam o eixo das reivindicações no plano econômico e retomam a agenda dos direitos sociais (GOHN, 2008).

O feminismo marca nesse período avanços político-conceituais no campo da saúde e dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, implementa o Programa de Assistência Integral para a Saúde das Mulheres - PAISM e influencia o SUS ao romper com o paradigma materno-infantil. Essa movimentação é disputada por setores tradicionais numa verdadeira cruzada moral que reflete os avanços, limites e retrocessos das lutas feministas na saúde, na sexualidade, nas dimensões da igualdade racial e de gênero. Dois importantes exemplos são a disputa em torno da legalização do aborto e de políticas efetivas para coibir a Aids entre mulheres, ambas questões com poucos avanços até a primeira década dos anos 2000.

No período de oito anos do governo Fernando Henrique Cardoso (1996/ 2002), o projeto neoliberal concretizou-se, entretanto a movimentação feminista pela saúde apesar de expor as divergências político-econômicas com o governo, iniciou uma aproximação das organizações e ativistas feministas na colaboração, diálogo e participação nos espaços do controle social. As tensões subjacentes a esse processo são percebidas em vários documentos estudados na pesquisa. Feministas na Saúde criticavam o modelo adotado de Estado mínimo e precarização da saúde, contudo, também adotavam a postura de contribuição e parceria para implantação das ações governamentais, a exemplo: contribuições para normas técnicas, campanhas e planos de ação para a saúde da mulher.

A agenda política feminista de transformações da sociedade encontra ressonância com a eleição do Presidente Lula (2003/ 2010), a ênfase nas políticas sociais nesse governo se aproxima das demandas dos movimentos de mulheres. Entretanto, Leher e Setubal (2005) analisam que a alternativa dos movimentos pelos direitos humanos e pela forma organizacional de ONG levaram a abandonar a perspectiva anticapitalista mais fortemente vinculada com as lutas de classe. Neste contexto, o papel das ONG, destaca-se pela natureza dessas, de diferenças internas quanto ao confronto e à colaboração com o Estado, o que vai impactar nos limites das “transgressões” do movimento feminista e suas conseqüentes adaptações à ordem.

Nesse artigo apontaremos alguns “nós” relacionados às escolhas político-educativas do movimento feminista e as repercussões no campo das políticas públicas para a saúde das mulheres. Nessa perspectiva, tomamos como marco referencial a relação Estado e Sociedade Civil apoiada em Gramsci (2002) para

apreender as disputas políticas do feminismo no campo das políticas de saúde no Brasil.

Esse artigo é parte da tese de doutoramento *Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo - Trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil* baseada em pesquisa qualitativa documental (ROCHA, 2011). A análise enfoca na perspectiva crítica e histórica, a movimentação feminista frente às políticas de saúde no Brasil, abrangendo o período de 1992 a 2008. O recorte de tempo está relacionado a marcos históricos das fontes de informação. O período estudado é de intensa mobilização para implementação do Sistema Único de Saúde; sendo considerado por ativistas feministas e gestoras de políticas nacionais o momento que o Brasil avança nas políticas para a promoção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

A Rede Feminista de Saúde (REDE SAÚDE) fundada em 1991, é fonte privilegiada de informação. Analisar a movimentação feminista requer entendê-la heterogênea e inserida na sociedade civil que também é heterogênea, no contexto contemporâneo no qual transitam interesses de classes que emanam das relações de produção da sociedade capitalista.

O movimento feminista, as ONGs, e particularmente a Rede Feminista de Saúde, considerada intelectual orgânico do movimento, se institui como sujeito político na relação com o Estado cuja ação reverbera as reivindicações das mulheres no campo da saúde.

TRAJETÓRIA HISTÓRICA E POLÍTICA NA DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES

No campo das políticas públicas para a saúde das mulheres o movimento feminista investe com prioridade nos processos político-educativos e na produção do conhecimento. Ao lado da ação política, o campo conceitual-metodológico é o caminho de criar as condições para as mulheres alçarem a liderança de suas próprias vidas e das transformações coletivas da sociedade.

Desta forma, a teoria feminista se institui como campo de produção acadêmica e intelectual na qual a perspectiva das mulheres ou esteve ausente, ou não representava esse pensamento. A produção teórica feminista surge nos anos de 1960 especialmente na Europa e nos Estados Unidos e representa um sistema de ideias centrada na vida social e nas experiências vividas pelas mulheres, através de uma perspectiva crítica e interdisciplinar.

Segundo Bila Sorj (1992) e Isabel Casimiro (1999), tal surgimento teve duas motivações: reestruturar a tradição das Ciências Sociais, alterando conceitos e

metodologias consagradas, e formular um projeto de emancipação das mulheres, na perspectiva marxista de emancipação humana, já que até aquele momento, na década de 1960, não se detinha informação suficiente que pudesse explicar as desigualdades entre mulheres e homens.

O termo feminismo é referente a pessoas, reflexões, ações, práticas políticas, elaborações intelectuais que buscam acabar com a subordinação, opressão, desigualdades em que vivem as mulheres. Não é certa a origem desse termo, mas considera-se que foi o filósofo Charles Fourier quem primeiro o referenciou, mas a historiadora Karen Offen considera que começou a generalizar-se na França, a partir de 1880, o feminismo como sinônimo de emancipação da mulher (CASIMIRO, 1999).

O feminismo também é definido como uma ética, segundo Vascárcel (1999), aborda um campo da moral que perpetua a subjugação das mulheres. Busca romper com as práticas políticas, culturais e sociais com estratégias de resistências e criação de alternativas. A formulação de uma ética feminista articula princípios e conceitos que também não são unânimes dentro dos feminismos. Contudo, algumas ideias são centrais para apreender esse campo de pensamento que perpassa as várias correntes do feminismo.

Reconhecendo a diversidade de pensamento nos feminismos, tomaremos como referência Sorj (1992) que analisa a construção teórica feminista marcada por três elementos centrais: a construção das mulheres como sujeitos diversos e portadoras de interesses e identidades próprias; a criação de uma utopia emancipatória das formas tradicionais da vida social; e a universalidade da categoria de gênero.

Considerando que historicamente o conhecimento universal foi construído a partir do pensamento e experiências masculinas, a teoria feminista mostra que as mulheres são socializadas na cultura do patriarcado que representa um sistema de poder com normas e valores que posicionam as mulheres no mundo com dificuldades de projetar seus próprios interesses. As feministas marxistas o definem desde Juliet Mitchel (1967), com referência ao domínio do pai, ou à figura simbólica da autoridade paterna, ou com definições mais abrangentes como Heleith Safioti (2000), Lourdes Bandeira (1999) e Lia Zanotta (2001) que o consideram como um sistema de estruturas e práticas sociais em que os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres.

Para as feministas radicais, nos anos 1980, o patriarcado é a estrutura mais importante das desigualdades sociais e é exercido pelo poder masculino com o recurso da força física para estabelecer o controle. O enfoque é o corpo e fazem a crítica que o patriarcado ocidental dissocia corpo e mente (LOVELL, 1996).

Carole Pateman (1988) afirma que o mito fundador implícito do patriarcado é a violação sexual perpetrada por homens que conquistaram para si direitos sexuais que foram negados para as mulheres. Para Patrícia Lengermann e Jill Niebrugge-Bratley (1993, p. 370) o patriarcado “constitui uma estrutura primária de poder que se mantém intencionada e deliberadamente. [...] A maioria das teorias da opressão, da diferença de gênero e das desigualdades de gênero são subprodutos do patriarcado”.

As autoras citadas apontam a contradição da teoria feminista psicanalítica contemporânea, cujo patriarcado é explicado com as teorias de Freud, que destacam as emoções profundas, subconscientes, ou inconscientes da psique que são formadas nos primeiros anos da infância. Entretanto, criticam que as próprias análises freudianas, consideravam as mulheres seres de segunda ordem cuja natureza psíquica básica só lhes permitia uma vida inferior aos homens.

As teóricas do patriarcado concentraram sua atenção na subordinação das mulheres e encontraram a explicação para este fato na “necessidade” do macho dominar as mulheres. Na sua engenhosa adaptação de Hegel, Mary O’Brien, define a dominação masculina como um efeito do desejo dos homens de transcender a sua alienação dos meios de reprodução da espécie. O princípio da continuidade de geração restitui a primazia da paternidade e obscurece o labor real e a realidade social do trabalho das mulheres no parto. A fonte de libertação das mulheres se encontra “numa compreensão adequada do processo de reprodução”, numa apreciação da contradição entre a natureza do trabalho reprodutivo das mulheres e as mistificações ideológicas (masculinas) deste (SCOTT, 1992, p. 15).

Seguindo na trilha de Scott (1992) se de um lado a reprodução era central para o sistema do patriarcado, do outro as liberdades das sexualidades poderiam ser uma ruptura a esse sistema. Mas segundo a autora, as teorias do patriarcado não explicam o que a desigualdade de gênero tem a ver com as outras desigualdades. Nessa percepção, entender gênero passa a ser fundamental para articular as desigualdades ou diferenças que explicam a opressão vivida pelas mulheres no campo das relações sociais.

Outro importante enfoque que fundamenta a ética feminista é a complexa articulação da esfera pública e privada, que se torna central para compreender os distintos espaços destinados às mulheres pelo sistema patriarcal. Autoras feministas, das socialistas às radicais, apontam que essa dicotomia é complexa e tem suas raízes no liberalismo, cuja manutenção e separação do privado e do público são funcionais para a concepção dos ideais de individualismo, liberdade e

igualdade. Desta forma, a esfera pública se refere à vida política e a esfera privada, se refere à vida doméstica.

Ainda de acordo com Pateman (1996), a crítica feminista diz que a separação dessas duas esferas oculta a sujeição das mulheres aos homens dentro da ordem aparentemente universal, igualitária e individualista. As esferas privada e pública tornam-se um espaço de disputa do feminismo para expor a moralidade conservadora e as relações de poder desiguais subjacentes à concepção dessa dicotomia. Os feminismos tomam essa questão para explicitar que a violência perpetrada no espaço privado é uma questão pública, assim como todas as demais questões relacionadas às sexualidades e à reprodução biológica e social.

O slogan “o pessoal é político” passa a ser a bandeira de luta do movimento feminista internacional e brasileiro, chama a atenção das mulheres para desnaturalizar o pressuposto ideológico dos silêncios que subjagam as mulheres nos lares e nos casamentos. Pateman (1996) analisa que a força dessa ideia, associada com a conjuntura de ampliação de direitos sociais a partir dos anos de 1970, passam a responder pela formulação de políticas sociais e implementar serviços de atenção às mulheres em muitos países. Entretanto, o avanço formal de leis e implantação de políticas públicas não provocou a ruptura das esferas privada-pública, que sinteticamente levaria ao fim do sistema patriarcal-liberal-capitalista.

Autonomia é outro conceito, e para algumas correntes feministas é um princípio ético, que está relacionado à emancipação das mulheres, já que para os homens a autonomia sempre foi relacionada à heteronomia das mulheres. Contudo para muitas teóricas feministas esse também é um conceito complexo.

Di Stefano (1996) aborda as várias ideias sobre autonomia, que poderíamos sintetizar: na origem, a palavra grega significa um tipo específico de independência para decidir e determinar o que a pessoa quer para ela mesma, é reconhecido como um termo precursor da liberdade; na perspectiva liberal, individual da autonomia sexual, é definido como auto satisfação através do celibato e da masturbação; também é interpretado como um padrão político-normativo de emancipação, definindo a conceitualização de cidadania das mulheres; para as críticas ao liberalismo, o conceito se contrapõe à igualdade liberal, já que autonomia é o direito das mulheres à autodeterminação política, social, econômica e intelectual. Também pode ser entendido como o poder das pessoas definirem quem são e como querem viver seus desejos.

As autoras Lengermann e Niebrugge-Bratley (1993, p. 361) sintetizam que o conjunto da teoria feminista pode ser classificado como teoria da diferença, da desigualdade e da opressão,

Primeiro, a localização das mulheres e sua experiência na maioria das situações diferem dos homens nas mesmas situações [...]. A segunda resposta é que a localização das mulheres na maioria das situações não difere demasiado, mas é menos privilegiada e não é igual ao do homem. A resposta se centra na natureza da desigualdade. A terceira é que a situação das mulheres tem que ser compreendida também a partir das relações de poder direta entre homens e mulheres. As mulheres estão oprimidas, quer dizer, são reprimidas, subordinadas, modeladas, usadas e objeto de abuso dos homens.

Para as feministas da Rede Saúde, as mulheres são iguais, mas diferentes dos homens e de outras mulheres. A contribuição das feministas negras, lésbicas e fora do eixo intelectual norte americano e europeu concebe a igualdade não como uma categoria homogênea, considera que as mulheres são diferentes entre mulheres e busca manter as diferenças em relação aos homens, ou seja, a igualdade com a diferença. O rebatimento desse debate em 1993, no início da fundação da Rede, estava relacionado ao tema sobre controle populacional e liberdades individuais e resultou na pactuação dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

Nessas questões, feministas posicionadas no marco da igualdade ou da diferença convergiam, contudo, percebe-se as divergências no debate sobre a ética nas novas tecnologias reprodutivas respaldadas nos direitos reprodutivos, e o papel do Estado, já que a demanda dos direitos passa a ser dirigida e regulada pelo “outro”. Tirando novamente das mulheres o poder de decisão e colocando seu desejo nas mãos do Estado ou da tecnologia.

Ao refletir a questão do Estado, as feministas nesse campo consideravam, que tinham se organizado, participado dos processos políticos nacionais e internacionais, no entanto, não se constituíam como sujeito coletivo. Apontavam a necessidade de tornarem-se “visíveis” e sujeitos de suas próprias vozes, ou seja, buscar a igualdade de direitos e de participação, a igualdade das relações raciais, econômicas e de gênero, defendendo o que as diferenciam como sujeitos.

Nesse sentido a busca da autonomia passa a ser também a busca pela igualdade no sentido da emancipação das mulheres, contudo, essa relação, como vimos anteriormente, é controversa e ambígua, por se confundir com os limites da igualdade liberal. Por um lado o avanço de direitos impulsionado pelo liberalismo contribuiu para as condições materiais e legais para se obter a autonomia através da igualdade de direitos. Por outro, a legalidade do direito também limita a igualdade das mulheres, já que nem todas têm as mesmas oportunidades, ou seja, o ser mulher não forma uma única categoria.

Os movimentos feministas têm a intenção de fazer rupturas de padrões patriarcais vigentes e mover o campo da cultura, nessa dimensão outro princípio ou parâmetro ético caro ao feminismo é o poder. Para Bobbio (2003) o poder designa a capacidade de produzir determinada ocorrência, ou quando uma pessoa ou grupo exerce intencionalmente influência sobre a conduta alheia. Pode também ser poder político no sentido de influência ou de autoridade legal. Hanna Arendt (2001) diz que o poder potencial inerente a todos os assuntos humanos se fez valer num espaço dominado pela força. Com isso, surge a ilusão de que poder e força seriam a mesma coisa. Gramsci (2002), recoloca a questão do poder nas relações sociais e diz que não se trata de procurar legitimidade para o poder, mas de se procurar poder para a legitimidade.

Magdalena León (1997) formula nos anos de 1990 uma síntese sobre o poder das mulheres, a partir da perspectiva feminista, que relaciona autoconfiança e autoestima, integrado em processos históricos coletivos e solidários. Essa visão de relações de poder levaria ao reconhecimento de mudanças individuais e coletivas. Essa autora diferencia quatro tipos de poder como ferramenta para apreendê-los e alcançar as transformações dos padrões dominantes. O primeiro é o poder sobre, cujo aumento deste poder em uma pessoa ou grupo, significa que outros/as estão a perder. O poder para, o poder com e o poder desde dentro, “se definem como poder positivo, devido ao incremento deste poder em uma pessoa, incrementa o poder total disponível” (LÉON, 1997, p. 12).

Nesse sentido, o movimento feminista se ocupa de questões cotidianas conferindo um novo sentido à política. Para parte do feminismo,

[...] tiene sus raíces en la importancia adquirida por la idea de poder, tanto para los movimientos sociales como para la teoría de las ciencias sociales en las últimas décadas. En los años sesenta, el discurso radical del movimiento por los derechos para apropiación afroamericana en los Estados Unidos identificó la búsqueda del ‘poder negro’ como estrategia de reivindicación. En la década siguiente, la ciencia social crítica y el Movimiento de Mujeres, particularmente su vertiente feminista, retomaron y desarrollan este concepto (LÉON, 1997, p. 10).

Classe como sublinha Juliet Mitchell (1967) era o primeiro antagonismo. Para essa autora “A libertação das mulheres permanece como um ideal normativo, um acessório da teoria socialista, sem estar estruturalmente integrado nela”. A partir da década de 1960 são formuladas perspectivas, correntes ou enfoques que orientam os estudos e a movimentação política feminista. No entanto, levaremos em consideração que nos últimos 30 anos essas abordagens têm sido impactadas

por novos pensamentos, a partir da inflexão que surge internacionalmente com a questão racial, de classe, de heterossexismo e de diferenças regionais.

A autora Lovell (1996) considera que apesar das diferentes perspectivas, a teoria feminista mantém os conceitos de sistema de sexo-gênero, sexualidade e patriarcado orientando os vários feminismos - marxistas, socialistas, liberais, radicais, pós-modernos, pós-estruturalistas, para citar as movimentações mais representativas.

Autoras feministas Cassimiro (1999), Castro (2000), Lovell (1996), Lengermann e Niebrugge-Bratley (1993), Valcárcel (1999) convergem que as definições de tais correntes feministas não significam hierarquia ou etapismo. Consideram que as correntes surgem em processos políticos complexos, contraditórios e inter-relacionados. É importante ressaltar, que feministas acadêmicas, explicitam que estudos nesse campo teórico não representavam e nem falavam em nome de todas as mulheres, já que essas são diversas.

No relatório do I Encontro da Rede Feminista de Saúde, em 1993, encontra-se um posicionamento sobre as matrizes teórico-filosóficas que subsidiam o Encontro “e o próprio feminismo”. Afirma o texto,

A partir das décadas de 1960 e 1970, o feminismo começa sua luta baseado nos princípios da matriz igualitária e procurando inserir as mulheres no âmbito de uma cidadania plena. Essa opção teórica buscava alargar o que o iluminismo elaborou, mas que terminou por restringir a ‘igualdade, o respeito individual, o desejo, a autonomia, apenas ao domínio do masculino. Quando entramos no debate do igualitarismo foi no sentido de não jogar fora esta matriz, mas sim de conservar o que ela tem de bom’ (REDE SAÚDE, 1993, p. 14).

As feministas no Encontro acima citado, explicam que o acesso a direitos reprodutivos e trabalhistas é uma conquista nova, mas ressaltam que a vivência dos direitos reprodutivos é permeada de dificuldades. Reivindicam clareza de princípios filosóficos do feminismo.

As dificuldades da nossa luta [...] talvez fossem simplificadas se possuíssemos uma maior clareza sobre o que queremos como marco filosófico, como meta, que não compreenda apenas os direitos reprodutivos, mas que se amplie para todas as discussões sobre autonomia, liberdade, autodeterminação e construção de uma sociedade mais democrática (REDE SAÚDE, 1993, p. 14).

As feministas no campo socialista definem as condições em que vivem as mulheres para além da questão econômica. Relacionam sexualidade, corpo, reprodução biológica e social, ou seja, relacionam produção e reprodução social, incluindo os aspectos da subjetividade. Enfocam o conceito de patriarcado capitalista, para explicar a subordinação das mulheres pela opressão de classe e de gênero. Tomam como referência o pensamento das marxistas, mas criticam as feministas marxistas que relacionam a reprodução social à centralidade do trabalho. Negam a propriedade, a expropriação e apropriação. Conceituam e politizam a divisão sexual do trabalho, e o valor social do trabalho das mulheres, revelam a dicotomia do privado e público.

Defendem que a família, o lar não são naturalmente lugares seguros para as mulheres, a dupla moral permite aos homens liberdades sexuais e subjuga as mulheres com várias formas de violência. Desenvolve a consciência de que em todas as classes sociais as mulheres estão em desvantagem material, de poder e de status para sua auto-realização, e que essa condição é funcional ao capitalismo e é perpetuada por ele. Para as socialistas o que preocupava era acabar com a contradição principal que é a opressão em que vivem as mulheres, vendo no socialismo verdadeiro o fim do patriarcado (LOVELL, 1996; LENGERMANN; NIEBRUGGE-BRATLEY, 1993).

Essa perspectiva é a justa oposição do feminismo liberal. Influenciadas pela democracia liberal, as feministas desse campo, consideram que as desigualdades de gênero estão relacionadas às diferenças entre as relações de gênero. A igualdade é formal, através de leis e igualdade de oportunidades. A esfera da vida privada é o espaço da reprodução biológica e social. E na esfera pública, na vida social é onde se encontra o poder, status, liberdade e oportunidades de realização.

As feministas socialistas mantêm como estratégia para a emancipação coletiva, o combate à dominação patriarcal, que é entendida como um sistema polifacetado que interage com as estruturas econômicas, políticas e sociais. Sendo assim, agir no espaço das políticas públicas é uma forma de enfrentar as estruturas de poder inerentes ao Estado patriarcal e capitalista (LENGERMANN; NIEBRUGGE-BRATLEY, 1993).

As feministas desse campo absorvem das radicais a explicação das opressões através das hierarquias de gênero, classe, raça, etnia, geração, sexualidade e localização geográfica. As feministas radicais tornam-se visíveis nos anos 70, rejeitam o marxismo e o liberalismo, explicam que a subordinação e a opressão das mulheres era anterior ao capitalismo. Defendem que o sistema de dominação é definido pelas diferenças biológicas entre os sexos. Influenciam as demais correntes com os temas da sexualidade, corpo, práticas sexuais, violência sexual.

Com o fim do socialismo real, a ideia de radicalidade passa a ser um conteúdo político à democracia. A noção política da ideia de radicalidade ganha importância na Rede, compreendido como “tomar as coisas pela raiz”. Sueli Carneiro no VIII Encontro Nacional da Rede (REDE SAÚDE, 2004), defende a ideia como um conceito que tem significado para as feministas, pois ajuda a explicar as raízes das desigualdades sociais “buscando reconhecimento da importância das variáveis de gênero e raça para compreensão dos desafios, para consolidação e radicalização da democracia em nosso país”.

No X Encontro Nacional da Rede Feminista de Saúde, em 2008, outros conceitos foram abordados como paz, autonomia sexual e reprodutiva, e direitos sexuais e direitos reprodutivos. Na avaliação de Maria José Araújo as questões não podem ser vistas pelo seu aspecto normativo, senão pelas questões de fundo: como aceder às políticas enfrentando os diversos aspectos de gênero, raça e etnia, orientação sexual, bem como de classe e níveis de educação. Analisou também os conceitos de descentralização das políticas de saúde. Evidenciou a necessidade de resgate do significado de saúde integral e a urgência de reinseri-lo na agenda feminista, apontando para os déficits em relação à saúde mental.

FEMINISMOS NO CAMPO DA SAÚDE

A ideologia conservadora positivista do final do século XVIII e as ideias higienistas decorrentes dessa época repercutiram nas políticas públicas nos séculos seguintes, como analisam Fonseca Sobrinho (1993) e Freire Costa (2004). O higienismo incide particularmente na área da saúde, políticas e programas reconfigurando relações familiares nucleares, assim como comportamentos “higiênicos” que incidiram fortemente sobre a vida reprodutiva e sexual das mulheres, com uma perspectiva eugênica que hegemonizou as políticas de saúde no início do século XX, modelo implantado para melhoria da raça branca, para controlar a reprodução e a sexualidade da população. A influência do positivismo¹ foi determinante na definição das relações sociais, do papel da mulher, na propagação do racismo, na limitação da política sobre o que são ou não são problemas sociais.

Para o movimento feminista brasileiro na saúde, a ação política para a defesa dos direitos humanos foi central para enfrentar o higienismo presente nas políticas públicas de controle populacional e na definição do que deve ser uma “boa” mulher.

¹ Para Comte – fundador de positivismo, “os proletários reconhecerão, sob o impulso feminino, as vantagens da submissão e de uma digna irresponsabilidade”. Nessa lógica o positivismo diz que tem que respeitar e reforçar as leis naturais da concentração de poder e da riqueza (LOWY, 1987, p. 22).

Como também na dominação que se expressa nas diversas formas de opressão vividas pelas mulheres, que resultaram historicamente em marcas, mortalidade e adoecimentos que colocaram como desafio a construção de princípios como: autonomia, rejeição às hierarquias e a qualquer forma de subjugação (BARBOSA, 2001).

Especificamente no campo da medicina, a doutrina higienista foi um importante aliado para a regulação e controle da vida das mulheres. Em 1930, com o Estado Novo, novas medidas passam a ser tomadas para o controle da vida reprodutiva das mulheres, a partir do incentivo pró-natalidade, que buscava aumentar a população e conseqüentemente colaborar para o projeto político de desenvolvimento brasileiro. Nos anos 1940 as leis da família, leis trabalhistas de proteção à maternidade e proibição do aborto, consolidam esse campo político.

Nos anos 60, diante do crescimento industrial brasileiro e as tensões políticas que estavam acontecendo na América Latina, o governo norte-americano lidera a criação da Aliança para o Progresso, visando unir esforços para o desenvolvimento dos países do chamado Terceiro Mundo e, em outra medida, servia também de proteção anticomunista promovendo através da USAID/ BEMFAM políticas controlistas da natalidade no nordeste brasileiro que passa a ser alvo de preocupações mediante a influência da Revolução Cubana (1959) nos movimentos de esquerda que cresciam nessa região (FONSECA SOBRINHO, 1993).

De acordo com Regina Barbosa (2001) uma das conseqüências de duas décadas de política controlista, nos anos 1960, 1970, para além da queda da fecundidade, é o número expressivo de mulheres esterilizadas. No final da década de 1990, 43,9% das mulheres que usavam algum método contraceptivo estavam esterilizadas, no nordeste do Brasil.

Essa política reforçou, ou quando menos, deixou intactos valores e comportamentos que intervêm negativamente no processo de negociação de práticas sexuais mais seguras, como é o uso do preservativo e o sexo sem penetração. Em relação à esterilização, por exemplo, diversos estudos têm assinalado que o uso do preservativo entre mulheres esterilizadas é quase nulo (BARBOSA, 2001).

Na prática a perspectiva feminista de luta por direitos humanos enfocou particularmente no campo da saúde, a autonomia das mulheres sobre seus corpos e a sexualidade. Desta forma, buscava a defesa intransigente dos interesses das mulheres no âmbito das políticas sociais, especialmente nas políticas públicas de saúde e educação.

Sérgio Carrara (2009) analisa que a movimentação política das mulheres resultou já nos anos 1970, em importantes vitórias, a exemplo, da mudança do código civil

sobre o “Estatuto da Mulher Casada”, que requeria que as mulheres obtivessem permissão de seus maridos para procedimentos reprodutivos, assim como conseguiram a lei do divórcio, em 1977.

Note-se, por exemplo, que historicamente a intervenção estatal e, sobretudo a da Igreja no tocante às políticas que tratam sobre as mulheres, evidencia uma tendência ideológica de controle moral sobre as mulheres. Em geral conceituadas como “mães”, ou seja, evidenciando uma representação social que coloca as mulheres apenas no campo da reprodução biológica e/ou no seu papel de esposa/mãe. Tais políticas foram construídas no âmbito da saúde desde os anos 1930, chegando aos anos 1960 e 1970, com estratégias que se alternavam entre incentivo à natalidade, e controle da natalidade.

A atuação do movimento feminista foi decisiva neste campo ao empreender a crítica a esta concepção residual e moralista sobre as mulheres, tendencialmente reconhecida por suas funções na esfera privada e familiar, para qualificá-las como sujeitos de direito, portanto na esfera pública. Denunciando o caráter sexista do Estado e conservador da Igreja, o movimento feminista, ao criticar a classificação de programas para mulheres como “materno-infantis”, esteve protagonizando a conceituação de saúde integral das mulheres, que, entretanto, negava um suposto papel social das mulheres, restrito à sua função reprodutiva biológica no seio da família nuclear burguesa e monogâmica.

Como resultado, o movimento construiu novas referências seja no campo da produção intelectual, seja principalmente na formulação de uma agenda de lutas que incorporava a defesa da autonomia das mulheres, o direito de decisão sobre o seu corpo, construindo outra cultura baseada na defesa de que o corpo das mulheres lhes pertence. Tal perspectiva colocou em pauta a luta pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos, o combate às discriminações no trabalho e iniciativas contra a violência sobre as mulheres.

O lema “nosso corpo nos pertence”, uma das principais bandeiras do movimento internacional de mulheres, é expressão simultânea da base biológica da condição feminina e da almejada superação social deste mesmo fato. Afirma a importância das questões de saúde e seu amplo significado social. [...] levaram à ampliação do conceito de saúde e a novas propostas metodológicas para os serviços de saúde [...] (GIFFIN, 1991, p. 190).

A atuação do feminismo brasileiro está articulada nos limites do sistema do capital, que como acentua Wood (2003, p. 236) tem a “notável capacidade de afastar a política democrática dos centros de decisão de poder social e isentar o poder de apropriação e exploração da responsabilidade democrática”.

O feminismo diante do campo de disputa e de ser movimento social na relação com o Estado atua ora como força contra-hegemônica que se expressa com agenda transgressora da ordem vigente defendendo o direito ao corpo, contra o sistema capitalista e patriarcal. Ora atua pactuando políticas por dentro do sistema hegemônico que respondam aos problemas da violência, aborto, divisão sexual do trabalho reprodutivo-produtivo, dentre outros temas.

A Rede Saúde é criada para enfrentar as disputas políticas no campo da saúde e dos direitos reprodutivos e direitos sexuais. As estratégias no âmbito da saúde tinham centralidade nas políticas de controle populacional e a morbi-mortalidade de mulheres. A prioridade era superar o histórico controle patriarcal sobre os corpos das mulheres através das políticas de população.

Feministas e mulheres organizadas para a melhoria da saúde das mulheres, formularam nas últimas décadas um campo ético-conceitual e de práticas políticas para enfrentar as opressões subjacentes à condição feminina. Nessa direção é veemente a luta contra a mercantilização e usurpação do corpo das mulheres.

A saúde é escolhida como espaço político-filosófico no qual as feministas nesse campo desenvolvem suas estratégias de lutas por direitos, justiça social e de gênero, contra o racismo e qualquer forma de discriminação. A saúde é tomada por mulheres feministas ou não, liberais, radicais ou socialistas, na Rede Feminista de Saúde, como um campo de disputa de radicalização da democracia. O objetivo comum é realizar o pressuposto de que a saúde das mulheres é uma componente de efetivação dos direitos reprodutivos e direitos sexuais e que é parte dos direitos humanos.

Nessa trajetória, a elaboração do PAISM em 1984, fortalecia a estratégia de atuar nas proposições e controle social das políticas públicas de saúde. Iniciativa que se articulava com o SUS e a Constituição Brasileira de 1988. Apesar dos percalços de implementação de uma política integral e de direito universal, as feministas seguiram com o propósito de implementar o PNAISM até a segunda gestão do governo Lula.

O significativo peso histórico das disputas políticas relacionadas à questão populacional pode ser percebido nos quase trinta anos de luta por um novo paradigma de saúde das mulheres que rompesse com o binômio materno-infantil. A predominância do projeto nacional de desenvolvimento com ênfase na demografia marcou sobremaneira a orientação de políticas natalistas ou controlistas, focalizando a saúde das mulheres na reprodução. Desta forma, também marca “o fazer” contra-hegemônico do movimento feminista na saúde.

Apesar dos esforços e avanços prático-conceituais relacionados ao PAISM, que traz a elaboração da saúde integral das mulheres, a avaliação do próprio movimento

feminista informa que essa integralidade continua limitada aos aspectos da reprodução biológica, permeada por outras medidas de proteção à saúde das mulheres, mas que não concretiza o ideal de saúde integral.

Tal campo de luta está inserido no contexto de disputa do SUS, que também não efetivou os princípios fundantes de integralidade, universalidade, equidade, conforme elaborado inicialmente. Em que pese sua limitada implementação o SUS ainda é de grande importância para o sentido democrático das políticas sociais no Brasil.

Na perspectiva de autoras feministas Costa (2004), Aquino (1992), Souto (2008) o princípio de integralidade é uma base referencial para mudanças nas práticas médicas e na reorganização dos serviços. O movimento feminista enfatizou os direitos sexuais e direitos reprodutivos², como campos de embate para a construção das mulheres como sujeito de direito, sendo os anos 1980 e 1990 profícuos para a disputa por projetos políticos nesse campo.

No início dos anos 1980, feministas que trabalhavam em grupos da sociedade civil, pesquisadoras, profissionais da área da saúde e integrantes da gestão governamental elaboraram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)³, antes da formulação do SUS (1986) e da nova Constituição Federal (1988).

Definido em 1983, em resposta a pressões para a instalação de um programa de controle da fecundidade no país, o PAISM rearticulou esta demanda no interior de uma proposta de atenção integral à saúde das mulheres, recusando e deslocando o limite das funções reprodutivas. Nascido no seio do movimento sanitário nacional pré-constituente, o PAISM avançou no processo de formulação de um programa de saúde pública integral e equitativa como direito *universal*, a política que este movimento defendia (GIFFIN, 2002, p. 106).

A Nova Constituição Brasileira, em 1988 possibilitou a ampliação de direitos sociais, incorporando a nova proposta de políticas de saúde a partir de uma intensa participação da sociedade civil. O movimento feminista brasileiro, no processo da

² Os direitos sexuais foram definidos como um campo do direito de viver a sexualidade com prazer e livre de qualquer tipo de opressão, preconceito e discriminação. Enquanto que os direitos reprodutivos dizem respeito aos direitos básicos de toda pessoa tomar decisões de forma livre e responsável sobre contracepção e reprodução e de ter informações e meios para tanto, usufruir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Desconstruindo assim, internacionalmente, o conceito de planejamento familiar, como política de saúde da mulher.

³ Em 2004 passou a ser denominado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, revelando as disputas e adequações às conjunturas governamentais.

Assembleia Constituinte, expressa a discussão sobre desigualdade de gênero no âmbito da reprodução social, através da ação pública chamada “Lobby do Batom”, com reivindicações referentes à saúde, educação, lutando por creches, previdência, e no campo do trabalho, lutava para a regulação das atividades domésticas. Essa ação contribuiu para a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, e incidiu sobre a formulação de políticas públicas, particularmente na área da saúde da mulher.

As feministas que estiveram nesse processo consideram-se pioneiras no uso do conceito de integralidade da saúde, ao incorporar a noção da mulher como sujeito, para além da reprodução biológica. O propósito do PAISM era romper o paradigma materno-infantil, para tanto, reivindicavam a adoção do conceito de saúde integral. O conceito de saúde foi definido na Carta de Itapeirica da Serra, em 1984, como,

[...] algo dinâmico e indivisível, que leva em conta as características individuais do ser humano, interagindo com as características sociais, sexuais e de classe à qual pertence. Isso quer dizer que a compreensão do processo saúde-doença passa pela compreensão das condições reais de trabalho dos indivíduos afetados, assim como pelas condições gerais de sua existência (LABRA, 1989, p. 3).

Observa-se a crítica da Rede Feminista de Saúde (1993; 1994) na qual a integralidade concebida pelo movimento sanitarista concentrava-se na prática de saúde, e não incorporava as particularidades das condições e relações que marcavam o mundo social e reprodutivo das mulheres. Não atendia à totalidade da perspectiva de saúde integral das mulheres que buscava alterar as relações sociais para igualdade de gênero com incorporação dos direitos reprodutivos e direitos sexuais. A exemplo do debate sobre a legalização do aborto, que sempre foi uma agenda pendente, em muitas conferências nacionais esse foi um ponto de desacordo entre movimento feminista e movimento sanitarista.

O caso do PAISM no Brasil abarcou tudo que as recomendações mais atuais preconizam em termos de desenvolvimento de políticas e programas setoriais equitativos em termos de gênero: mobilização e participação da sociedade civil organizada; sensibilização das autoridades e profissionais de saúde; mulheres em posições oficiais de comando; definição de um programa oficial federal com perspectiva de gênero, elaborado com a colaboração ativa da sociedade civil; e novas leis constitucionais. Além disso, mais de dez anos depois, nas Conferências Internacionais do Cairo e Beijing, este programa foi consagrado como proposta avançada,

e capitalizado politicamente, pelo mesmo governo cujas mulheres (e homens) vivem as situações acima descritas, e cujo orçamento nem mais o inclui como rubrica (GIFFIN, 2002, p. 106).

Ainda que de forma limitada, a integralidade contida nas proposições para a saúde das mulheres se referia à autonomia de decisão das mulheres sobre sua sexualidade e reprodução em todos os ciclos da vida. Entretanto, a implementação do PAISM ocorre em conjunturas bastante adversas. Inicialmente é implantado no final dos anos de governo autoritário, do Presidente Figueiredo, com administração vertical e sem a participação social. Os anos iniciais de 1990 convivem com a política de Estado Mínimo do governo Collor, que segue nos governos subsequentes com o ajuste estrutural resultante das políticas neoliberais. Apesar de tal contexto a descentralização e reorientação dos serviços para a Atenção Básica propicia avanços para o PAISM, no limite da saúde reprodutiva (REDE SAÚDE, 1993; 1994).

O movimento de luta pelos direitos das mulheres buscava o alargamento do conceito de integralidade. Reivindicavam-se transformações da sociedade patriarcal, machista e sexista refletidas nas políticas de saúde, e na própria ideia de saúde como um direito humano. O feminismo adota a noção de integralidade, enfatizando que a reprodução biológica e a sexualidade são campos do direito de escolhas das mulheres e estão relacionadas às dimensões de desigualdades sócio-culturais e econômicas. Nessa perspectiva, Souto (2008, p. 165) destaca,

[...] a integralidade pode ser um dispositivo pedagógico para a construção da cidadania, que se revela no fazer cotidiano, pois encontra-se no cerne da luta pela saúde, como direito, e no reconhecimento da relação entre cidadão e serviços, como espaço de alteridade e de autonomia dos sujeitos implicados no cuidado com a saúde.

A partir dos anos de 1990 a abordagem de gênero passa a interpretar às desigualdades e diferenças vividas por homens e mulheres no âmbito das relações sociais e dos processos de saúde e doença. A incorporação das determinações relacionadas às desigualdades de gênero passou a ser um conteúdo agregado ao princípio de saúde integral, e na perspectiva feminista, evidencia as marcas dos usos das políticas públicas no corpo das mulheres e nas suas vidas. A exemplo dos programas de controle de natalidade, da ilegalidade do aborto, das ações tardias para enfrentar a feminização da Aids, entre outros.

Também nos anos de 1990 o movimento de mulheres negras incorpora o direito à saúde, os direitos sexuais e direitos reprodutivos, como uma de suas prioridades de luta, como afirmam Jurema Werneck e Fernanda Lopes (2004) considerando

que o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos. É importante salientar que várias autoras feministas convergem na análise de que a saúde e o direito reprodutivo foram prioridades política-teórico-metodológicas, entretanto apesar da saúde e direitos e sexuais seguirem com o mesmo *status* o processo de construção desse campo é marcado por ambiguidades e limites relacionados ao conservadorismo das políticas nacionais e internacionais, marcadas por desigualdades sociais, raciais e de gênero.

É importante ressaltar que os fatos acontecidos no Brasil, no que diz respeito à construção do campo dos direitos das mulheres, estavam relacionados ao contexto internacional. Em 1984, acontece o IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, em Amsterdã, Holanda, durante o qual foi fundada a Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos (*Women's Global Network on Reproductive Rights - WGNRR*). Este evento marca a participação do movimento internacional de mulheres pela saúde, quando foi criado, desenvolvido e internacionalizado o conceito de direitos reprodutivos. Nesse mesmo ano é fundada a rede na América Latina - *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe - RSMLAC* (LYRA, 2008).

Já na década de 1990⁴ acontecem importantes rupturas na referência que se tinha sobre saúde pública, quando a Organização Mundial da Saúde difundiu o conceito de “Saúde da Mulher” como o completo bem-estar físico e mental. Instituiu-se como marco na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, 1993, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando os direitos das mulheres são reconhecidos pela primeira vez como direitos humanos.

Abordaremos sinteticamente as Conferências da ONU no ciclo de 1992 - 2002, chamado ciclo do desenvolvimento. As propostas e cartas de intenções dos países signatários da ONU incidiram em políticas públicas, e tornaram-se referência para o avanço de políticas sociais em vários campos dos direitos sociais, culturais e ambientais. O processo desencadeado na ECO 92, no Rio de Janeiro, influenciou sobremaneira a agenda dos movimentos sociais no campo dos direitos humanos em todo mundo. Particularmente constitui um marco para os direitos humanos das mulheres, assim como para o enfrentamento da epidemia da Aids.

Em 1995 acontece no Rio de Janeiro com a organização da Rede Feminista de Saúde o debate Nacional “Mulher, Sexualidade, Saúde e Cidadania” com o objetivo

⁴ Nessa década de 1990, as feministas da Rede estavam mobilizadas para apoiar os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional (PLC 114/94), do Deputado Eduardo Jorge, sobre Planejamento Familiar e substitutivo da deputada Jandira Feghali sobre Aborto. As prioridades para futuro eram a revisão do PAISM; desenvolver a Campanha Maternidade com Dignidade; participar do Conselho Nacional de Saúde e da CISMU – Comissão da Saúde da Mulher; Articular ações para as campanhas pela legalização do aborto - 28 de setembro e contra a mortalidade materna - 28 de maio.

de investir na implementação das recomendações da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo. E iniciar as articulações para a Conferência Mundial sobre Mulher em Beijing, em 1995.

Como parte do mesmo processo, teve lugar o *Fórum Mundial de Organizações Não-governamentais* (ONG) em Huairou, Beijing, nos dias 30 de agosto a 8 de setembro, em 1995, paralelo a Conferência oficial da ONU. Participaram com delegados governamentais de 184 países e aproximadamente cinco mil organizações não-governamentais. A realização do encontro foi resultado de um processo preparatório nos níveis nacional, regional e mundial, no qual se destacam as Conferências Regionais dos Governos e os Fóruns Regionais de ONG realizadas em cada continente.

Os acordos firmados nessa conferência deram origem à *Declaração de Beijing*. A declaração manifesta explicitamente a vontade política de governos de diferentes matizes ideológicos, culturais e religiosos. A declaração reconhece que a situação das mulheres experimentou avanços importantes na última década, embora não homogêneos, persistindo as desigualdades entre mulheres e homens, o que constitui um obstáculo importante para o bem-estar de todos os povos.

O documento estabelece que os governos tenham o compromisso de garantir a igualdade de tratamento e de acesso de mulheres e homens tanto à educação como à saúde e a promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. As Conferências de Cairo e Beijing são expressões do avanço da luta feminista internacional e marco de pactuação internacional sobre os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais.

Este período foi cenário da inclusão do HIV/Aids na agenda internacional, foi incorporado nas Conferências de Cairo (1994) e Beijing (1995) como um grave problema para a humanidade e em 2000, na Sessão Especial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre HIV/Aids (UNGASS), foram incluídas na pauta internacional as dimensões das desigualdades de gênero e dos impactos das desigualdades sociais e econômicas, como campos estratégicos para o enfrentamento da epidemia da Aids. Contudo, as proposições desse processo foram minimizadas nas Metas de Milênio limitando o avanço das plataformas das conferências.

Outra importante agenda do feminismo no Brasil foi a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras - Brasília, 2002, que resultou na Plataforma Política Feminista. Realizado por uma articulação de vários setores do feminismo, a exemplo da Articulação de Mulheres Brasileiras, Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais, Articulação de ONG de Mulheres Negras, Comissão de Mulheres da CUT, Rede Feminista de Saúde, Rede de Mulheres no Rádio, Rede Nacional de Parceiras

Tradicionalistas, Secretaria de Mulheres do PSB, Secretaria da Mulher Trabalhadora, CONTAG e União Brasileira de Mulheres. Essa conferência trouxe diretrizes que orientaram os movimentos (AMB, 2002).

Nos anos do governo Lula, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em consulta às redes da sociedade civil, formula a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2003 - 2007), que pode ser resumida nas seguintes áreas: Saúde Reprodutiva e Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais; violência doméstica e sexual; controle de DST/HIV/Aids em conjunto com o PN/DST/Aids; políticas específicas - mulheres negras, índias, portadoras de deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, trabalhadoras rurais e urbanas, mulheres ribeirinhas e atingidas por barragens, mulheres no climatério e na terceira idade. Assim como fortalecer a participação no controle social (BRASIL, 2007).

Patrícia Medeiros e Neusa Guareschi (2009, p. 42) avaliando o PNAISM ressaltam que o que não fica à vista na integralidade dessa política “é a diferença das diferentes mulheres. [...] Talvez, o que pode ser visto aqui seja um discurso de gênero colado a um discurso biologicista, uma resignificação de gênero no texto... Uma política de desmobilização desse sujeito-mulher-cidadã, uma cidadã-mulher-tutelada, uma comunidade de risco”.

É nesse emaranhado de conceitos e disputas políticas, enfrentando contradições e contextos diversos que o feminismo brasileiro toma a saúde e a defesa da autonomia e integridade do corpo das mulheres como espaço de luta política. E elege o campo das políticas públicas como *locus* de atuação e reivindicação de direitos.

Desta forma, os feminismos através de pensamentos e práticas plurais, formularam conceitos e recriaram um campo teórico com percepções diferentes e distintas elaborações para a construção de uma sociedade, na qual a emancipação das mulheres, não comporta quaisquer discriminações, a exemplo, por razão de sexo ou gênero, classe ou questão racial. Nessa perspectiva são elaborados conceitos que navegam pelos vários feminismos e são tomados nas práticas cotidianas quando incidem sobre as vidas das mulheres.

Sanitaristas e feministas nesse campo resistem à minimização do SUS idealizado. Entretanto, o poder econômico e as forças políticas neoliberais, com determinações de um modelo de Estado mínimo, apoiado por agentes financeiros multilaterais avançaram descaracterizando princípios e práticas de uma saúde que deveria ser direitos para todos/as. Nessa correlação de força a saída possível para as mulheres engajadas na defesa do SUS também foi minimizar sua ação e fragmentar sua agenda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1984, as feministas elaboraram a Carta de Itapeçerica da Serra, definindo novos marcos para a saúde integral para as mulheres (LABRA, 1989). Desta forma, o movimento feminista pela saúde demarca posição política no campo das políticas públicas, assim como coloca em pauta na arena política a agenda do movimento feminista, que nesse período vivia a institucionalização dos grupos de mulheres.

O movimento feminista imprime sua agenda de lutas na saúde limitada pelo atual modelo neoliberal, vinculado ao modo de produção capitalista e articulado com forças conservadoras do Estado na manutenção das relações patriarcais. O feminismo tem como valor rejeitar a realidade patriarcal e, com essa perspectiva, rompeu os paradigmas sobre sexualidade e reprodução, construiu o PAISM, influenciou o SUS e as políticas contra feminização da Aids. No entanto, a disputa contra-hegemônica do movimento encontra resistência diante de conjunturas político-governamentais favoráveis a avançar, mesmo que minimamente, a agenda de políticas públicas para as mulheres. Desta forma, a conjuntura influencia e redefine as formas de atuação do movimento. A transição para a democracia brasileira colocou questões importantes e difíceis sobre a relação do movimento com os governos tanto conservadores, como progressistas.

No caso da Rede Saúde, sendo esta composta por uma variedade de organizações e ativistas com suas diferentes perspectivas políticas, fazer avançar a agenda de lutas requer enfrentar disputas internas e, ao mesmo tempo, atuar em confrontos nos espaços da grande política. Assim, observa-se em sua trajetória que objetivos, estratégias e táticas mudaram em diferentes momentos históricos.

Ao longo dos anos 1990, a estratégia de fazer política por dentro da esfera governamental articulada à construção de alianças com o governo moldou a agenda do movimento tornou-a minimizada, fragmentada e focalizada. A Rede para efetivar o PAISM e a PANAIMS passa a atuar no limite da influência direta na gestão pública e da participação nos espaços estabelecidos do controle social.

Nos documentos analisados, observa-se, por exemplo, que em 1984, ainda no governo militar, a implantação do PAISM aconteceu sob a coordenação de uma feminista - sanitarista que seguiu até 1985, no governo Sarney. A análise sobre esse período revela que era importante para o movimento feminista garantir a implantação do programa, mesmo no governo autoritário e em seguida no governo conservador. No entanto, as avaliações sobre a implantação do PAISM informam que a implantação do programa só seria efetiva com mudanças estruturais do sistema de saúde, ou seja, as feministas agiam na contra corrente limitadas pela conjuntura e pela falta de alicerces políticos para avançar sua agenda, a exemplo

da incompatibilidade do ideal de saúde integral das mulheres com o modelo assistencial hospitalar vigente (REDE SAÚDE, 2005).

Os caminhos tomados pela Rede Saúde apontam para o caráter do arrefecimento da “transgressão” do projeto político e sua adaptação ao projeto conservador dominante. A movimentação social dos anos 1980 trazem outros sentidos para, além disso, sendo o feminismo considerado como um dos novos movimentos sociais impulsionadores de uma força ética, conceitual e política. O contexto mais do que limitado pela crise político-econômica inferiu caminhos que desmobilizaram o projeto político feminista pela saúde delineado nos anos finais de 1970 (MÉSZÁROS, 2003; DAGNINO, 2000).

Nesse sentido, o movimento feminista no campo da saúde torna-se refém de seu próprio caminho - nega a negação. Ou seja, apesar do ideal de negação do patriarcado que orienta o seu projeto político, na prática sua ação de “agir por dentro do Estado” não rompe com as determinações subjacentes ao sistema capitalista patriarcal, no qual está inserido o sistema de saúde. O transformismo⁵ que passa o movimento, às vezes é percebido pela Rede Saúde, às vezes não. Gramsci usa o conceito de transformismo para explicar a destruição da força política da classe subalterna e a desarticulação dos movimentos sociais, quando esses passam a se identificar e assumir as características do dominador.

A conjuntura nesse caso é destruidora, institui política pública, mas não conforma a política contra-hegemônica desejada pelas feministas na saúde. A transgressão do feminismo, observada a partir da Rede Feminista de Saúde, convive com o conservadorismo do governo que usa das bandeiras do movimento, mas reforma a perspectiva política. Daí o esvaziamento de conteúdo transformador da abordagem de gênero adotada nas políticas públicas, assim como a minimização da agenda de direitos das mulheres.

A Rede Saúde redireciona suas bandeiras de radicalidade e fragmenta sua ação para se adequar à implantação do SUS, perdendo a totalidade de suas reivindicações. Diante da epidemia da Aids o silenciamento da transgressão e da radicalidade do projeto político recai sobre as mulheres ao não terem a interlocução com um movimento contestador para imprimir respostas feministas para coibir o avanço da Aids.

Observa-se que o aborto, agenda que só o feminismo enfrenta, continua sendo uma luta que representa a radicalidade do movimento, é a síntese da luta contra

⁵ O transformismo se configura, em linhas gerais, como o processo de cooptação dos potenciais dirigentes das classes subalternas, os elementos mais capazes de organizar e dirigir um movimento, por parte das elites dominantes (GRAMSCI, 2004).

o Estado patriarcal e comprometido com os dogmas das religiões. Tanto no caso da Aids como no do aborto, pode-se questionar a focalização temática. Entretanto, os dois exemplos podem ser percebidos como particularidades inseridas na complexidade das relações sociais, cujas determinações socioeconômicas, políticas e culturais devem ser enfrentadas. Enfim, analisando numa perspectiva de saúde, seguindo os valores do SUS, os dois casos dependem da efetivação do princípio de integralidade, na elaboração feminista, que significa enfrentar às desigualdades em que vivem as mulheres.

REFERÊNCIAS

AMB - Articulação de Mulheres Brasileiras. **Plataforma política feminista**. Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras. Brasília, 2002.

AQUINO, Estela. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, 1992.

ARENDDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren, DÍAZ Juan (org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/Population Council; 1999. p. 180-197.

BARBOSA, Regina. **HIV/Aids, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados por mulheres**. Rio de Janeiro: Coleção ABIA, 2001.

BOBBIO, Norberto. **O problema da guerra e as vias da paz**. São Paulo: UNESP, 2003. p. 184.

BRASIL. **Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. 2003-2007. PNAISM 2007.

CARRARA, Sérgio. Sexualidad, salud y sociedad. *Revista Latinoamericana*. 2009 Disponível em: <www.sexualidadsaludysociedad.org.>

CASSIMIRO, Isabel. **Paz na terra, guerra em casa, feminismo e organizações de mulheres em Moçambique**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1999.

CASTRO, Mary Garcia. Marxismo, feminismos e feminismo marxista: mais que um gênero em tempos neoliberais. *Revista Crítica Marxista*, São Paulo, 2000.

COSTA, Ana Maria. **Atenção à saúde da Mulher: QUO VADIS? Uma avaliação da Integralidade na atenção à saúde das Mulheres no Brasil**. 2004. Tese - (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de Brasília - UNB, Brasília, 2004.

COUTINHO, Carlos Néelson. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, Francisco et al (org). **Hegemonia às avessas**. São Paulo: Boitempo. 2010.

DAGNINO, Evelina. Cultura, cidadania e democracia. In ALVAREZ, Sonia; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo. **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

- DI STEFANO, Christine. Problemas e incomodidades a propósito de la autonomía: algunas consideraciones desde el feminismo. In: CASTELLS, Carme (comp.). **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona: Paidós, 1996. p. 53-77.
- FONSECA SOBRINHO, Délcio da. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília: FNUAP, 1993. p. 81-95.
- FREIRE COSTA, Jurandir. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 103-112, 2002.
- GIFFIN, Karen. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr/jun, 1991.
- GOHN, Maria da Glória. **História dos movimentos sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. São Paulo: Loyola, 2008.
- GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. v. 1 a 6.
- LABRA, Maria E. (Org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 297-302.
- LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002.
- LEHER, Roberto; SETUBAL, Mariana (org). **Pensamento crítico e movimentos sociais: dialogo para uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 2005.
- LENGERMANN, Patrícia; NIEBRUGGE-BRATLEY, Jill. Teoria feminista contemporânea. In: RITZER, George. **Teoria sociológica contemporânea**. São Paulo: UNESP, 1993. p. 353-409.
- LÉON, Magdalena. El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. In: LEON, Magdalena. **Poder y empoderamiento de las mujeres**. Santafé de Bogotá: TM Editores. 1997.
- LOVELL, Terry. Feminist social theory. In: TURNER, Bryan (ed.). **The blackwell companion to social theory**. Oxford: Backwell, 1996.
- LÖWY, Michel. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchausen**. São Paulo: Busca Vida, 1987.
- LYRA, Jorge. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- MEDEIROS, Patrícia. GUARESCHI, Neusa. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.
- MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2003.
- MITCHELL Juliet. Mulheres: a revolução mais longa. **Revista Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, n. 14, ano III, 1967.
- REU, Sorocaba, SP, v. 37, n. 1, p. 267-293, jun. 2011

- NEVES, Lucia Maria Wanderley (org). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005.
- PATEMAN, Carole. Críticas Feministas a la dicotomía Público/ Privado. In: CASTELL, Camen. **Perspectiva feminista en teoría política**. Barcelona: Paidós. 1996. p. 31-52.
- PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. São Paulo: Paz e Terra, 1970.
- PATEMAN, Carole. **The sexual contract**. California: Stanford University Press, 1988.
- PETRAS, James. **Império e políticas revolucionárias na América Latina**. São Paulo: Xamã, 2002.
- PETRAS, James. **La izquierda contra ataca: conflictos de clases en América Latina en la era del neoliberalismo**. Madrid: Akal, 2000.
- REDE SAÚDE. **Encontro Feminista, 1**. Pernambuco: REDE SAÚDE, 1993. Mimeo.
- REDE SAÚDE. **Encontro Feminista, 2**. São Paulo: REDE SAÚDE, 1994. Mimeo.
- REDE SAÚDE. **Encontro Feminista, 5**. Minas Gerais: REDE SAÚDE, 1998. Mimeo.
- REDE SAÚDE. **Encontro nacional da Rede, 8**. São Paulo, 2004.
- REDE SAÚDE. Dossiê PAISM 20 anos depois. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. São Paulo: RFS, nº 27, 2005.
- REDE SAÚDE. **Encontro Feminista, 10**. Rio Grande do Sul: REDE SAÚDE, 2008. Mimeo.
- ROCHA, Maria Solange Guerra. **Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo - Trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil**. 2011. 255 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.
- SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. Disponível em: < <http://www.fpa.org.br>>
- SAFFIOTI, Heleieth. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? **Revista Crítica Marxista**, São Paulo, 2000.
- SCOTT, Joan. **Gênero uma categoria útil para a análise histórica**. Recife: SOS CORPO. Disponível em: < http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html. 1992>
- SORJ, Bila. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In. COSTA, Albertina; BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Fund. Carlos Chagas, 1992. p.19-20.
- SOUTO, Katia. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista Ser Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.
- VALCÁRCEL, Amélia. O Feminismo é uma teoria ou uma ética?. In: **DEBATE Feminista**. Brasília, 1999.
- WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Igualdade Racial, 2004.

WOOD, Ellen Miksins. **Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2003.

ZANOTTA, Lia. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Interface** [online], Botucatu, v. 5, n. 8, p. 11-26, 2001.

