

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



MARIA ELIANE ALVES DE SOUSA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIDADE: contribuições dos Planos Nacionais de
Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade**

RIO DE JANEIRO-RJ

2018

MARIA ELIANE ALVES DE SOUSA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIDADE: contribuições dos Planos Nacionais de
Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, planejamento, gestão e práticas em saúde

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

Co-orientadora: Rosa Maria da Rocha

RIO DE JANEIRO-RJ

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S725p Sousa, Maria Eliane Alves de.
Promoção da saúde e equidade: contribuições dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade / Maria Eliane Alves de Sousa. -- 2018.
178 f. : il. color.

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares.
Coorientadora: Rosa Maria da Rocha.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Direito à Saúde. 2. Mulheres. 3. Promoção da Saúde. 4. Pessoaalidade. 5. Democracia. 6. Participação da Comunidade. 7. Iniquidade Social. 8. Vulnerabilidade Social.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 613

MARIA ELIANE ALVES DE SOUSA

PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIDADE: contribuições dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, planejamento, gestão e práticas em saúde

Aprovada em: 13 de dezembro de 2018.

Banca examinadora:

Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares – ENSP
(Orientadora)

Dra. Rosa Maria da Rocha – ENSP
(Co-orientadora)

Dra. Maria Helena Barros de Oliveira – ENSP
(Membro interno ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

Dra. Neide Emy Kurokawa e Silva – UFRJ
(Membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP)

Ao Ser Supremo.

À Ceilma, minha mãe (*in memorium*); e
À Sandra, Sannymara e Déborah, minhas irmãs,
mulheres com quem aprendi o lar e o lutar.

AGRADECIMENTOS

Aos que, direta ou indiretamente, incentivaram e confiaram em meu trabalho, ou ajudaram em minhas atividades na ENSP:

minhas orientadoras, Maria de Fátima Lobato Tavares e Rosa Maria da Rocha;

a docência do curso;

os colaboradores da Secretaria Acadêmica, nas pessoas de: Maria Cecília, Eduardo, Joelma, Lilian e Fabrício;

os colaboradores da Secretaria de Apoio do DAPS: Rosana, Roberta, Carmem e Wellington;

os colaboradores da Secretaria de Apoio de salas: Mara Cristina, Cosme Galvão e Ronaldo Souza.

"O grau de civilização de uma sociedade se mede
pelo grau de liberdade da Mulher."
(Charles Fourier , citado pelo Min. AYRES BRITTO, 2012:264).

PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIDADE: contribuições do Plano Nacional de Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade

RESUMO

O modelo de desenvolvimento atual afeta a humanidade em seus valores fundamentais: meio ambiente, saúde, paz, qualidade de vida, dignidade da pessoa humana, bem estar e justiça social. Essa degradação social e ambiental, produz desigualdades e vulnerabilidades, através de exclusões e pobreza. Em relação à mulher, esse quadro é ainda mais degradante, porque somam-se também as formas de discriminações e violências, frutos de uma sociedade historicamente patriarcal, sexista e racista. Apesar dos benefícios e melhorias para a qualidade de vida, advindos dos avanços tecnológicos e de conquistas políticas, sociais e jurídicas, a mulher ainda sofre limitações e enfrenta contradições na sociedade atual em relação aos seus direitos. Neste trabalho aborda-se sobre a relação entre a saúde e os direitos humanos, sob a perspectiva dos direitos da mulher, através das três versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Aborda-se a situação de vulnerabilidade, diversidade e aspectos relacionados à atenção do Estado em políticas públicas, quanto às contribuições desse Plano à equidade para mulheres em vulnerabilidade. Embora os textos do Plano tragam a narrativa da busca de inovações e avanços, as ações propostas concentram-se mais nas práticas tradicionais para a saúde reprodutiva da mulher nos períodos pré-natal, gravídico obstétrico e puerperal. Todavia, apesar dessas limitações, as estratégias e ações do Plano podem contribuir para desenvolver cidadania, novos pensamentos e direitos que visam: incremento da vivência social, equidade, aumento do conhecimento e ações de promoção da saúde para diminuir as vulnerabilidades, e melhoria da qualidade de vida das mulheres segundo as suas diversidades.

Palavras-chave: Direito à saúde; Mulher; Promoção da saúde; Dignidade; Democracia e cidadania.

HEALTH PROMOTION AND EQUITY: contributions of the National Plan of Policies for Women in situation of vulnerability

ABSTRACT

The current development model affects humanity in its fundamental values: environment, health, peace, quality of life, dignity of the human person, well-being and social justice. This social and environmental degradation produces inequalities and vulnerabilities, through exclusion and poverty. In relation to women, this situation is even more degrading, because there are also forms of discrimination and violence, fruits of a historically patriarchal, sexist and racist society. Despite the benefits and improvements to the quality of life, stemming from technological advances and political, social and legal achievements, women still suffer from limitations and face contradictions in today's society in relation to their rights. This paper deals with the relationship between health and human rights from the perspective of women's rights through the three versions of the National Plan of Policies for Women. It addresses the condition of vulnerability, diversity and aspects related to State attention in public policies, regarding the contributions of this Plan to equity for women in vulnerability. Although the texts of the Plan bring the narrative of the search for innovations and advances, the proposed actions focus more on the traditional practices for women's reproductive health in prenatal, obstetrical and puerperal pregnancies. However, despite these limitations, the Plan's strategies and actions can contribute to the development of citizenship, new thoughts and rights that aim to: increase social experience, equity, increase knowledge and health promotion actions to reduce vulnerability, and improve quality of women according to their diversity.

Keywords: Right to health; Woman; Health promotion; Dignity; Democracy and citizenship.

LISTA DE SIGLAS

BVS Biblioteca Virtual em Saúde
CDSS Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CEDAW Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CNDSS Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde
CNPM Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CRFB/88 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CSDH Commission on the Social Determinants of Health
CSW Comissão da ONU sobre a Situação das Mulheres
DecS Descritores em Ciências da Saúde
DSS Determinantes Sociais da Saúde
LOS Lei Orgânica da Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde
ONU Mulheres Organização das Nações Unidas para Mulheres
ONU Organização das Nações Unidas
PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM Plano Nacional de Políticas para Mulheres
PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
PPA Plano Plurianual
PS Promoção da Saúde
RDH Relatórios do Desenvolvimento Humano
SUS Sistema Único de Saúde
UIPES União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação para a Saúde
UNIFEM Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
WHO World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - DIREITO E SAÚDE: a saúde como direitos	18
1.1 A relação entre saúde, direito e Estado.....	18
1.2 A Constituição como aquisição evolutiva da sociedade moderna.....	25
1.3 Direitos humanos, fundamentais e sociais: situando a saúde como direitos.....	27
1.4 O Direito à Saúde.....	34
1.5 Direito à Saúde na Constituição Brasileira.....	35
1.6 Importância do princípio da equidade em saúde.....	39
1.7 Direito e Políticas públicas.....	47
CAPÍTULO II - DIREITO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	51
2.1 O Direito e a Promoção da Saúde.....	52
2.2 Determinantes sociais em saúde.....	56
2.3 Desigualdades sociais.....	58
2.4 Vulnerabilidade.....	62
2.5 Integralidade e intersetorialidade.....	67
2.6 A estratégia <i>Advocacy</i> em PS.....	69
2.7 Política Nacional de Promoção da Saúde.....	72
2.8 As mulheres no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde.....	74
CAPÍTULO III - DIREITO, SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES	77
3.1 Explicações sobre a origem da desigualdade da mulher.....	77
3.2 A importância da igualdade de gênero.....	82
3.3 A mulher e a luta pelos direitos: esboço histórico.....	84
3.4 Direitos humanos, saúde e direitos da mulher.....	91
3.5 Os direitos da mulher no ordenamento jurídico brasileiro.....	93
3.6 Direito à igualdade e direito à diferença da mulher.....	94
3.7 A Violação da igualdade e dos direitos da mulher.....	98
3.8 O direito fundamental à saúde das mulheres.....	100
3.9 Dos estudos e abordagens realizados sobre o tema: uma incursão referencial.....	101
3.10 Mulheres: diversidades, desigualdades e vulnerabilidades.....	105
METODOLOGIA	107
RESULTADOS	116
DISCUSSÃO	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
APÊNDICE - A	171
APÊNDICE - B	175

INTRODUÇÃO

Este trabalho baseia-se em tema relacionado a direitos humanos e saúde das mulheres no contexto da vulnerabilidade, uma vez que a atenção às mulheres tem sido uma preocupação mundial. Preocupação essa tanto como forma de diminuir as desigualdades de gênero e garantir-lhes direitos, quanto de valorizá-las e empoderá-las como atores sociais capazes de realizarem profundas transformações e melhorias sociais.

As diferenças sociais e econômicas, a violência, as desigualdades de gênero, a submissão às condições análogas à de escravo no trabalho, a exploração sexual e outras formas de submissão e aviltamento das mulheres, significam muito mais do que falta de valorização do gênero por si só. Tais atos ferem diretamente em essência a dignidade da pessoa humana, portanto, representam graves violações aos direitos humanos. No caso do Brasil, tais atos e sua tolerância também ferem diretamente e em essência o Estado democrático de direito constitucionalmente estabelecido.

Essas condições ocasionam degradação e agravos à saúde das mulheres, que podem ser expressos não somente sob a forma de morbidades, mas também de mortalidades. Por tais aspectos, essas condições são um problema de saúde pública, merecem atenção especial e específica sob a concepção de direitos à saúde, e saúde das mulheres.

Nesse âmbito, pode-se identificar esses problemas como desigualdades, vulnerabilidades e determinantes da saúde. Por desigualdades adota-se o conceito de serem as “diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde). Como conceito de iniquidades em saúde, “as desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça.” (BARRETO 2017:2101).

Para a vulnerabilidade utiliza-se a noção dada por Ayres (1997:2-4) como sendo um processo, uma relação que articula as condições individuais, político-institucionais e sociais que favorecem a suscetibilidade de sujeitos a agravos em saúde. Desse modo, a vulnerabilidade é socialmente produzida em decorrência de uma proteção desigual a grupos de pessoas.

Sob essa consideração de desproteção e injustiça, buscou-se a noção de vulnerabilidade das mulheres em saúde na perspectiva dos direitos humanos, utilizando-se também as orientações e aportes conceituais abordados nas obras de Paiva, Ayres e Buchalla (2012); Ayres (2014); e Oguisso e Freitas (2014). O intuito foi identificar entre os tipos de

vulnerabilidade a que é mais excludente, portanto mais violadora dos direitos das mulheres à saúde, à luz dos direitos humanos.

A indissociabilidade entre vulnerabilidade e direitos humanos também será abordada a partir das concepções de Santos (2003:14), para quem é muito presente a noção de direitos humanos como multicultural e emancipador. Uma reconceituação que explica o direitos humanos “em defesa de grupos oprimidos vitimizados por Estados autoritários, por práticas econômicas excludentes ou por políticas culturais discriminatórias.”

Os problemas supracitados são, então, caracterizados como as causas sociais das iniquidades em saúde, sob a concepção de determinantes sociais da saúde. Por causa de tais condições, são necessárias políticas e ações governamentais para combatê-las, minimizá-las. É necessário promover a equidade em saúde, entendida como a igualdade de oportunidades através de ações sobre os determinantes sociais da saúde. (Commission on the Social Determinants of Health-CSDH:2005). A saúde aqui compreendida em seu conceito ampliado de bem-estar - biológico, psíquico, econômico, cultural e social - com políticas implementadas por meio da abordagem intersetorial.

Assim, mira-se o estudo da equidade como princípio, fundada em uma rede de relações que ultrapassa a de interligação dos setores da administração estatal e governamental. Contempla a abertura para outras interligações, a das relações de outros atores sociais e suas participações nos processos dos movimentos sociais de mulheres, e propostas de agendas apresentadas em busca da equidade em contornos mais amplos, na construção e implementação dos planos.

A partir da década de 1980, a Organização das Nações Unidas (ONU), lançou vários relatórios com resultados de pesquisas sobre as situações das mulheres em vários países, e sugeria que os governos tomassem providências para erradicar explorações e violências, e para atenção especial à saúde das mulheres.

O Brasil foi um dos pioneiros em reconhecer a necessidade de atenção especial à situação das mulheres, principalmente nas questões sobre a saúde. Em 1984 o governo federal lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que posteriormente foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

No ano de 2003, criou a primeira versão do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), para promover a melhoria das condições de vida e saúde destas. Esse Plano está em sua terceira versão, a caminho dos preparativos da quarta através dos resultados da Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, ocorrida em 2016.

Diante das três versões do PNPM é importante conhecer esse plano, sob a perspectiva de conquistas e melhorias do direito à saúde para as mulheres. É relevante saber se, além de representar a promoção da saúde das mulheres sob a forma de política de combate à desigualdade de gênero, como os planos têm favorecido as mulheres não apenas como grupo homogêneo, mas também composto por diversidades étnicas, sociais, econômicas, orientação sexual, faixa etária, condições de necessidades e degradações diferentes em tais diversidades.

Como preconizam promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, os planos as visualizam em suas realidades carregadas de múltiplas necessidades: saúde, moradia, trabalho, educação e outros. O que requer políticas públicas articuladas com conhecimentos e setores que estão além dos da Saúde.

Logo, também é relevante conhecer como os PNPMs articulam políticas públicas saudáveis, intersetoriais e interdisciplinares, aproximando-se do campo de ação da Promoção da Saúde, consoante um dos compromissos que consta na Carta de Ottawa (1986): “reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade”. (BRASIL, 2002:22).

A saúde das mulheres compreendida dentro do conceito de um estado completo de bem estar físico, mental e social. Como recurso para a vida e melhoria de sua qualidade, como requer a abordagem.

Desse modo, esta pesquisa tem como objeto: as contribuições das ações do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, à equidade em saúde para mulheres em situação de vulnerabilidade.

Como questão central, saber: Em que medida as ações do Plano Nacional de Políticas para Mulheres representam avanços à equidade em saúde para mulheres em situação de vulnerabilidade?

E como questões adjacentes, se:

- i. as ações do Plano Nacional de Políticas para Mulheres representam avanços em direito à saúde de modo integral para todas as mulheres? Há especificidades em relação aos grupos de mulheres mais vulneráveis?
- ii. em que consiste o direito à saúde com equidade para mulheres em situação de vulnerabilidade?

A resposta dada a algumas dessas questões não encerra a discussão por exaustão ou por completude, considerando-se também seu significado como norte para delimitação do objeto, segundo Weber (1993:124):

Não existe nenhuma análise científica totalmente ‘objetivada’ da vida cultural, ou – o que pode significar algo mais limitado, mas seguramente não essencialmente diverso, para os nossos propósitos–dos ‘fenômenos sociais’, que seja independente de determinadas perspectivas especiais e parciais, graças às quais estas manifestações podem ser, explícita ou implicitamente, consciente ou inconscientemente, selecionadas, analisadas e organizadas na exposição, enquanto objeto da pesquisa. Isso se deve ao caráter particular da meta do conhecimento de qualquer trabalho das ciências sociais que se proponha ir além de um estudo meramente formal das normas–legais ou convencionais–da convivência social. [...]procuramos entender na realidade que está ao nosso redor, e na qual nos encontramos situados, aquilo que ela tem de específico; por um lado as conexões e a significação cultural das nossas diversas manifestações na sua configuração atual e, por outro, as causas pelas quais ela se desenvolveu historicamente de uma forma e não de outra.

A justificativa pessoal encontra-se na motivação originada de leituras sobre o Plano Nacional de Políticas para Mulheres e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Despertou o desejo de saber mais a respeito do direito à saúde como um direito especial da mulher. A buscar conhecimentos sobre promoção da saúde das mulheres sob a forma de compromisso do Estado com os direitos humanos através do referido plano nacional.

Por justifica de relevância do estudo aponta-se que:

- a) os impactos de políticas públicas sobre o direito à saúde merecem atenção em quaisquer estudos sobre promoção da saúde no âmbito das relações de gênero e desigualdades;
- b) as desigualdades para as mulheres não estão restritas às condições intergênero, mas também intragênero;
- c) as condições de vulnerabilidades para as mulheres não estão restritas apenas às condições de gênero, biológicas, sociais e econômicas, mas também da forma e alcance das políticas públicas;
- d) os resultados dos planos nacionais já efetivados enfatizam o predomínio de ações que promovem o direito à saúde das mulheres ainda sob a perspectiva reprodutiva, e com abrangência insuficiente para mulheres de todas as condições sociais. (PAISM, 1984; PNAISM, 2009; Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais, 2009).

Também é relevante para o entendimento e direcionamento do planejamento e da gestão de políticas públicas voltados para o direito à saúde das mulheres, pois levantam informações específicas sobre:

- a) as desigualdades para o reconhecimento e garantias do direito à saúde entre as mulheres;

- b) as limitações das ações dos planos e políticas para o alcance da equidade em saúde para mulheres vulneráveis;
- c) as limitações e ou contribuições dessas ações como promoção da saúde;
- d) e a interpretação desses resultados sob a forma e perspectiva de direitos humanos em dimensões variadas, com base em parâmetros constitucionais.

Apresenta-se de relevância social e política por se configurar como um problema social e de saúde pública a respeito da diminuição das desigualdades, justiça e bem estar social via promoção da saúde, com destaque em agendas políticas (supranacionais – ONU/OMS; nacionais – Secretaria Especial da Presidência da República; e subnacionais - estados e municípios). Também traz elementos de relevância científica notadamente no campo da Saúde Coletiva e sua interface com a Ciência do Direito, e para o conhecimento científico sobre o tema.

O **objetivo geral** do estudo constituiu-se em: investigar as ações propostas nas três versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (2004-2007; 2007-2011; 2013-2015), que tenham potencial para propiciar a promoção da saúde das mulheres, com ênfase no princípio da equidade para mulheres em situação de vulnerabilidade. Como **objetivos específicos**:

- a) descrever as ações das três versões do Plano, segundo as dimensões de direitos humanos reconhecidos e garantidos para as mulheres;
- b) identificar fatores normativos, sociais, ambientais, econômicos e integradores presentes nas ações das versões do Plano, que favorecem e contribuem para a equidade em saúde das mulheres em situação de vulnerabilidade;
- c) analisar os princípios, os objetivos e as diretrizes do Plano Nacional de Políticas para Mulheres e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, para identificar convergências, discrepâncias e avanços em relação ao direito à saúde das mulheres, e as articulações com a promoção da saúde.

Como pressuposto principal adotou-se que: as ações formuladas pelo PNPM representam avanços superficiais à equidade em saúde para mulheres em situação de vulnerabilidade, porque ainda adotam a visão tradicional de mulher como grupo homogêneo, e ligada à concepção doméstica e reprodutiva.

Consideram-se também os seguintes pressupostos secundários: a uma, que as ações do PNPM representam poucos avanços em direito à saúde para todas as mulheres, por não haver especificidade em relação aos grupos vulneráveis; e a duas, por serem meramente

propositivas, as ações do PNPM têm pouco alcance em avanços para a saúde integral em relação às ações do PNAISM.

A estrutura da dissertação está desenvolvida sob a forma de três capítulos. De modo a favorecer, sob a perspectiva dos direitos humanos, uma construção nocional que esclareça os conceitos e princípios de interligação dos elementos basilares, para o entendimento da relação entre: equidade em saúde, direito da mulher à saúde e sua promoção. Compõe-se também das seções de: metodologia, resultados, discussão e das considerações finais.

O capítulo I fala sobre Direito e Saúde. Busca-se elucidar as interfaces e aproximações entre esses dois campos; explicitar os conceitos e termos fundamentais da pesquisa nos nexos desses campos; destacar o Direito à saúde como Direitos humanos e Direitos fundamentais; explicar o princípio da equidade e a saúde; e explanar sobre políticas públicas afirmativas e de intervenção em saúde sob a égide do Direito constitucional.

Direito e Promoção da Saúde (PS), é o tema do capítulo II, onde pretende-se demonstrar: a relação entre o Direito e os campos de ação da PS; a importância da estratégia *Advocacy* em PS e seus aportes para a defesa de direitos à saúde; e uma interpretação da Política Nacional de Promoção da Saúde à luz do Direito constitucional brasileiro.

O terceiro capítulo versa sobre Direito, Saúde e Promoção da Saúde da Mulher. Em seu conteúdo apresentam-se as mulheres como sujeito de direitos; as origens e consequências das desigualdades para as mulheres; as mulheres no contexto dos determinantes sociais da saúde; as mulheres e as situações de vulnerabilidade.

CAPÍTULO I

DIREITO E SAÚDE: a saúde como direitos

Neste capítulo procura-se demonstrar que o direito e a saúde são importantes áreas de conhecimento e de práticas que possuem arcabouços próprios, mas também possuem muitas interligações entre si.

Aborda-se que, dessa inter-relação construída historicamente, aparecem os direitos humanos como fundamento do direito à saúde. Inclusive, a ampliação do conceito de saúde, favorece de modo a interferir positivamente na interdisciplinaridade que tanto a área do direito quanto a da saúde exigem. Nesse entremeio aborda-se também o papel e a atuação do Estado nesse processo de lutas e conquistas, permeando a política entre o direito e a saúde.

Apoia-se na lição de Vasconcelos e Oliveira (2009:13), de que: a saúde e o direito estão historicamente imbricados como expressões das relações humanas (com o corpo, a natureza, a sociedade), e nas instâncias que dão suporte à vida. Confluem na história como tributários da humanidade.

Pretende-se que essa construção teórica beneficie o entendimento do direito à saúde como um dos direitos humanos, e por isso necessário para o pleno exercício da cidadania como elemento indispensável para o respeito à dignidade da pessoa humana.

A partir dessa construção surgem as bases para o entendimento dos seguintes temas: do direito e promoção da saúde: do direito da mulher; e, da equidade na promoção da saúde das mulheres em situação de vulnerabilidade. Esses temas constam nos capítulos posteriores.

1.1 A relação entre saúde, direito e Estado

Ainda que a relação entre o direito e a saúde deva principalmente ser explicitada através do direito das políticas públicas e, assim, a interpretação constitucional é necessária, não é condição suficiente para explicar os contornos das possibilidades de interpenetração entre essas diferentes áreas do conhecimento.

Em razão da complexidade inerente à sociedade contemporânea, permeada de evolução constante e simultânea em todos os seus componentes, a análise descritiva do direito à saúde pode ser realizada por uma abordagem sistêmica. Nessa compreensão, uma abordagem adequada para tal análise é a teoria dos sistemas.

A teoria dos sistemas foi desenvolvida entre os anos 1937-1960 pelo biólogo austríaco Karl Ludwig von Bertalanffy, para entender organismos biológicos, e a partir deles

compreender o mundo como um todo. Fundamenta-se no princípio de que: os organismos vivos estão em interação com o meio ambiente sob a forma de aberturas, para atingirem uma ligação apropriada que possibilite a sobrevivência. (BERTALANFFY, 2010: 21-53).

Posteriormente, a teoria dos sistemas (ou teoria sistêmica) foi estudada por outros teóricos, que a adaptaram para diversas áreas do conhecimento. Uma dessas adaptações foi idealizada e organizada para a área do direito pelo sociólogo jurídico, o alemão Niklas Luhmann.

Consoante Luhmann (1997:23-6), a concepção sistêmica do direito moderno é indissociável do modelo de evolução social, como ampliação da complexidade que conduz à diferenciação funcional. A evolução resulta de transformações internas por meio de fatores advindos do ambiente, assimilados pelo próprio sistema como inovação. Isto caracteriza um sistema autopoietico, que se reproduz assimilando os fatores do seu ambiente circundante, mantendo a sua autonomia e identidade perante os demais sistemas sociais.

Neves (2006:18-20), discorre sobre os mecanismos evolutivos do direito no modelo luhmanniano. O direito é um sistema autopoietico, por ser construído por seus próprios componentes, cada um dos quais com uma perspectiva própria do mundo e da sociedade. Assim, os valores e razões motivadores da norma são captados de diferentes fontes, e buscam nessas fontes “os próprios princípios norteadores da e para a criação, interpretação e aplicação jurídicas”.

Com base no entendimento de autopoiese, Schwartz (2003:51-8), explica que a conexão entre direito e saúde acontece através da ideia de saúde. Pela evolução do conceito de saúde, que não tem mais o valor negativo a partir do aspecto da doença, incorpora componentes de outros sistemas do ambiente e não somente o acoplamento biomédico da doença.

O direito e a saúde são sistemas existentes dentro de um amplo ambiente, são dependentes desse ambiente, e estabelecem relações entre si e com outros sistemas abertos. Assim, pode-se explicar que dessas relações surge o direito à saúde como sistema também aberto.

Desse modo, é através da evolução das inter-relações cotidianas em busca de melhores condições de sobrevivência, vida e existência, que surgem os pontos de aproximação entre o direito e a saúde como áreas de conhecimento e campos de práticas.

A saúde é o ponto de reflexão do direito à saúde, seu objetivo almejado e desejado. Abandona-se a visão patogênica em favor de uma nova visão mais ampla e inovadora: a salutogênica (termo cunhado e defendido por Olivier Guillod, no livro *Le droit à la santé*,

1996). É esse elemento autopoietico (a saúde como abertura) que garante o constante processo evolutivo do direito à saúde, com abertura a novos espaços mais contingentes, que favorecem perceber a saúde como um processo qualitativo que engloba os elementos que a circundam, tais como lazer, moradia e trabalho. (*Idem ibidem*).

Portanto, é a partir desse processo de abertura para incorporar outros elementos de seu entorno, que pode-se entender que o direito à saúde não está ligado apenas aos aspectos de defesa da saúde como cura e prevenção de doenças, como mais saúde individual. Mas que da sua evolução pode incorporar também outros elementos de bem estar da vida humana e de sua proteção. Por isso incorpora em seu sistema também a promoção da saúde e a sua defesa, porque fazem parte do ambiente macro, como abertura para o seu entorno.

Por sua vez, oriundas das próprias sociedades modernas, as complexidades exigem da atuação estatal um novo comportamento capaz de compreender a real dimensão das diversidades existentes, sem deixar de lado o cotidiano social e político.

Ao se falar sobre a concepção do papel do Estado Democrático de Direito na vida social, pode-se dizer que a sua atuação está presente em toda a sociedade, com o objetivo de proteger a universalidade dos direitos. É o que se pode depreender dos ensinamentos de Dallari (2007:128), pois que a soberania e o poder do Estado têm “o objetivo de assegurar o respeito aos valores fundamentais da pessoa humana”.

Continuamente amplia-se a interferência dos poderes públicos na vida coletiva e individual, com o fim de prover e garantir tal proteção. Todavia, em um Estado Democrático de Direito, a extensão da atuação estatal é limitada por leis e princípios expressamente definidos ou não pelo ordenamento jurídico, também com o objetivo de proteger e garantir que direitos fundamentais não sejam violados.

Sobre essa limitação, Dallari (2007:128), explica que o caráter de ordem jurídica, sintetizados nos elementos componentes do Estado, procura reduzir a margem de arbítrio e discricionariedade e assegurar a existência de limites jurídicos à ação do Estado. O Estado é necessariamente dinâmico, e toda a sua atividade está ligada a justificativas e objetivos, em função dos quais se estabelecem os meios.

Consoante explica Neves (2006:69-105), o Estado Democrático como invenção da modernidade, é uma tentativa de superar a contradição da relação tradicional entre uma justiça transcendente (divina) e o poder como mera facticidade. Assim, o Estado é rearticulado para superar sua tendência expansiva, incompatível com a pluralidade sistêmica da sociedade atual; a partir das tensões e conflitos estabelecer uma relação construtiva, de modo que o

direito não seja uma mera abstração e a política não seja um poder impotente por falta de referência legitimadora.

O autor defende que o Estado Democrático de Direito é um dos principais focos possibilitadores da reprodução construtiva da sociedade mundial moderna. Que há condições para uma relação entre política e direito que possibilite enfrentar os graves problemas da sociedade mundial do presente. Nesse sentido, adota uma noção de Estado de Direito cuja validade se baseia na Constituição, porque somente no plano constitucional alcança-se plenamente o Estado de Direito, uma vez que este é associado à democracia.

As construções teóricas aqui apresentadas dizem respeito à sistemática de explicação teórica da Teoria Geral do Estado. Entretanto, entre a atuação estatal idealizada e a atuação real cotidiana presente em toda a sociedade, com o objetivo de proteger a universalidade dos direitos, há muitas interferências, imperfeições e lacunas.

Especialmente quando se analisam as problemáticas do Estado diante das profundas transformações pelas quais passa o mundo contemporaneamente. Uma vez que as radicais transformações no cenário político mundial (capitaneadas pelo fenômeno da globalização) operam profundas alterações políticas, econômicas, jurídicas, culturais e sociais em todas as formas de Estado.

É necessária uma análise crítica de algumas perspectivas originadas pelos problemas atuais enfrentados pelo Estado, em face dos desenvolvimentos que se apresentam a partir de ordens jurídicas globais e de políticas mundiais. Especialmente em relação à preocupação com a pluralidade de interesses, valores e discursos da sociedade atual. Para essa análise crítica foram selecionados os textos de alguns estudiosos reconhecidos nacional e internacionalmente, que apontam para novas abordagens e aportes para se repensar o papel e atuação do Estado.

Boaventura de Sousa Santos (1999:83-90), analisa o modelo de contrato social da modernidade, proveniente do consenso neoliberal (Consenso de Washington). Esse modelo baseia-se em três critérios inclusivos, mas que operam para a exclusão, a saber: inclui apenas os indivíduos e suas associações, excluindo o meio ambiente; inclui a cidadania territorialmente fundada, excluindo mulheres, estrangeiros e minorias étnicas; e inclui o comércio público de interesses (identidade coletiva), excluindo os que não são exprimíveis na sociedade civil. Por meio desses critérios o contrato resultou em: socialização da economia, o Estado passou a garantir e regular os direitos dos trabalhadores; politização do Estado pelo aumento da capacidade reguladora como campo de luta política; e nacionalização da

identidade cultural, as identidades dos grupos sociais são territorializadas e temporalizadas, reforçando a exclusão.

Para esse autor, tal contrato passa por uma profunda crise ocasionada pelo processo de exclusão, que é possível pensar em uma mudança de paradigma. A fragmentação da sociedade faz com que a noção de bem comum e vontade geral deixem de fazer sentido, e valores (como: liberdade, igualdade, autonomia e justiça) passam a significar coisas diferentes devido à diversidade de pessoas e grupos sociais. A exclusão das pessoas da sociedade civil, as coloca em um novo estado de natureza de permanente preocupação com o presente e o futuro. A redução do Estado e a diminuição das despesas sociais reforçam a modalidade neoliberal de “consenso de Estado fraco”, sob o argumento de que o enfraquecimento do Estado é condição para o fortalecimento da sociedade civil. (*Idem ibidem*, p. 91-109).

O mencionado autor apresenta um novo contrato social baseado em “sociabilidades alternativas”, como resposta alternativa para solucionar os inconvenientes da exclusão provenientes do pré e pós-contratualismo sobre os países periféricos. Para tanto, é preciso pensar e investir na “redescoberta democrática do trabalho” e na “transformação do Estado em um novo movimento social”. Na transformação do Estado, este passa a ser um articulador e coordenador, e não mais um centralizador; “não poderá ser visto apenas como uma materialidade institucional e burocrática, mas como um campo de luta política”, que envolve os “fascismos sociais” e as forças democráticas, para lutar por uma democracia redistributiva, não limitada à democracia representativa e sim combinada à participativa, transformando o Estado em componente do espaço público não estatal. (*Idem ibidem*, p. 110-129).

Outro crítico sobre a atuação estatal na atualidade, e que propõe alternativas contra a degradação humana e social advindas da forte interferência da economia na política, é Amartya Kumar Sen, economista e filósofo indiano, ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 1998.

Diante das condições neoliberais e da globalização - que consubstancia a instauração de um Estado mínimo incumbido de funções reduzidas para proteger e garantir o livre mercado, e de redução ou retirada das tutelas estatais em âmbito social – propugna por um fortalecimento da democracia e da liberdade. Estes dois pilares devem ser trabalhados como fundamentos do desenvolvimento, que deve ser um processo de expansão das liberdades substanciais das pessoas. O desenvolvimento não deve ser visto de forma restrita como fim e focado na economia, apenas atrelado ao crescimento de exportações de bens, de aumento de rendas pessoais, da industrialização, do avanço tecnológico. Tais fatores são importantes, mas devem ser considerados como meios de desenvolvimento das liberdades, em conjunto com

outros fatores como as políticas sociais nas áreas de educação e saúde, e a garantia dos direitos civis. (SEN, 2001:17-51).

Conforme explica Sen (2001:52-72), liberdades como fins primordiais do desenvolvimento significa atribuir papel constitutivo da liberdade no desenvolvimento, ajudam a construí-lo e a promovê-lo. Papel que se relaciona à importância da liberdade substantiva no enriquecimento da vida humana. São exemplos de liberdades substantivas: ter condições de evitar a fome, saber ler, ter participação política, dentre outras. Ao analisar as realidades econômicas e sociais de alguns países apurou ser necessário que os países subdesenvolvidos promovam políticas sociais (liberdades), porque elas é que os ajudarão a alcançar o desenvolvimento.

As liberdades vistas como meios para o desenvolvimento são instrumentais, pois favorecem o aparecimento de outras liberdades como oportunidades sociais. Por exemplo, educação e saúde facilitam a participação econômica. São liberdades instrumentais: liberdades políticas, oportunidades econômicas e sociais, garantias de transparência e segurança protetora. O desenvolvimento como liberdade coloca o ser humano como o centro das preocupações, como desenvolvimento da capacidade humana e de suas potencialidades para a realização e felicidade pessoal (*Idem ibdem*).

Ao falar sobre a ideia de que o desenvolvimento deve ser baseado no ser humano, Piovesan (2001:36-7), comenta sob a perspectiva do direito:

a violação aos direitos econômicos, sociais e culturais propicia a violação aos direitos civis e políticos, eis que a **vulnerabilidade econômico-social leva à vulnerabilidade dos direitos civis e políticos**, o que **acarreta a fragilização da democracia**. A necessidade de se pensar em formas de desenvolvimento que se preocupem com políticas sociais é tão premente que os formuladores do Consenso de Washington já reconhecem a necessidade de um Pós Consenso de Washington, capaz de incluir temas relativos ao desenvolvimento humano, à educação, à tecnologia e ao meio ambiente – enfim, **entende-se fundamental apontar as funções que o Estado deve assumir para assegurar um desenvolvimento sustentável e democrático**.

A citada autora alerta para o perigo contra o Estado de Direito e a função que esse deve assumir para a diminuição dos desníveis sociais, por meios que garantam a globalização da democracia e dos direitos humanos, porque na atualidade “emerge o desafio da construção de um novo paradigma, pautado por uma agenda de inclusão, que seja capaz de assegurar um desenvolvimento sustentável, mais igualitário e democrático, nos planos local, regional e global”. (*Idem ibdem*, p. 39).

Essa necessidade de um novo modelo de desenvolvimento inclusivo com planos em vários níveis espaciais é explicada por Lima (2004:158), porque uma das mazelas causadas no plano político-jurídico, decorrentes do processo de transnacionalização do espaço político

pela globalização, é a perda referencial da noção de política manifestada em um espaço político definido territorialmente. As decisões transcendem o âmbito do Estado, definidas pelas empresas transnacionais e organismos internacionais, implicam em enfraquecimento do poder local e produzem apatia política, uma vez que a participação política dos cidadãos perde significância.

Segundo esse mesmo autor, no plano social identifica-se uma crescente exclusão caracterizada por: precarização das condições de trabalho, disseminação do desemprego crônico, baixos níveis salariais, perda das garantias sociais e geração de um quadro de pobreza estrutural, que compromete a participação dos cidadãos nos âmbitos político e jurídico, por não terem garantidas condições mínimas e dignas de existência para participarem politicamente. Há também as mazelas jurídicas via diminuição do papel do Estado, da esfera pública que perde importância em face do poder detido pelas empresas transnacionais, gerando esvanecimento dos direitos políticos comprometendo a definição dos destinos da sociedade pelos cidadãos. (*Idem ibidem*, p.159).

Nesse mesmo espeque, ao refletir sobre a fragilização do Estado diante das políticas neoliberais e da globalização que interferem nas decisões jurídicas, Streck (2002:17), aponta que “a globalização coloca em xeque a própria ideia de constituição, que parece não se adaptar aos novos postulados. Somente através da constituição dirigente, da soberania e do Estado social, os Estados que ainda não chegaram ao pleno desenvolvimento podem sobreviver.” Esse estudioso do direito traz uma reflexão sobre a importância da constituição, por ser através dela que a sociedade expressa os contornos do Estado Democrático de Direito.

Freitas (2004:229), interpreta essa reflexão sobre a crise repercutir sobre a ordem jurídica constitucional, como uma crise ideológica reativa do pensamento neoliberal, que enxerga na ordem jurídica um novo obstáculo ao desenvolvimento ou à inclusão do país no bloco das grandes potências.

O que esses estudiosos sustentam é a necessária e contínua luta pelos direitos, tendo em vista que a existência de injustiças, desigualdades e exclusões gera o conflito como oportunidade da sociedade exigir, e fazer uma existência mais igualitária para todas as pessoas.

O Estado Democrático de Direito tem como centralidade os direitos fundamentais e sua efetivação, sob a forma de compromisso com os direitos transindividuais, a igualdade, a inclusão e a liberdade.

Como principal marco do ordenamento jurídico, principalmente em Estados democráticos, na Constituição encontram-se os dispositivos que fundamentam a proteção e efetivação dos direitos.

1.2 A Constituição como aquisição evolutiva da sociedade moderna

No Estado Democrático de Direito a diferença entre política e direito acontece por intermédio da Constituição. Pode-se compreender a Constituição como aquisição evolutiva da sociedade moderna, porque está vinculada às transformações revolucionárias ocorridas no início da era contemporânea. Esse novo sentido rompe com o paradigma semântico emergente na transição para a época moderna, no âmbito do qual a Constituição era conceituada como carta de liberdade ou pacto de poder. Nas revoluções burguesas do século XVIII, o constitucionalismo moderno aponta tanto para o sentido normativo quanto para a função constituinte de poder abrangente e universal da Constituição. (NEVES, 2006:95-6).

Como termo polissêmico, o conceito e a noção de Constituição também encontram na Ciência jurídica várias polêmicas e dificuldades plurívocas, que a concebe em visões unilaterais, sistêmicas ou substanciais. (MENDES e BRANCO, 2016:55).

Nesse diapasão, Silva (2008b:38), destaca as acepções feitas por três importantes doutrinadores do Direito: Ferdinand Lassalle a entende no sentido sociológico, como soma dos fatores reais do poder que regem um país, sendo esta a constituição real e efetiva, não passando a constituição escrita de uma “folha de papel”; Carl Schmitt empresta-lhe sentido político, considerando-a como decisão política fundamental, decisão concreta de conjunto sobre o modo e a forma de existência da unidade política; e, Hans Kelsen a considera apenas no sentido jurídico, como norma pura, puro dever ser, sem qualquer pretensão a fundamentação sociológica, política ou filosófica.

A Constituição em sentido especificamente moderno pode ser apreendida como uma limitação jurídica ao governo; como fator e produto da diferenciação funcional entre política e direito como subsistemas da sociedade. Apresenta-se como mecanismo de interpenetração permanente e concentrada entre esses dois sistemas sociais autônomos: possibilita influências recíprocas permanentes entre direito e política, filtrando-as; e impede que critérios externos de natureza valorativa, moral e política tenham validade imediata no interior do sistema jurídico, delimitando-lhe dessa forma as fronteiras. A especialização constitucional das funções limita juridicamente o poder, aumenta a capacidade dos sistemas político e jurídico responderem adequadamente às exigências do respectivo ambiente. (NEVES, 2006:95-106).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) estabelece em seu preâmbulo que o Brasil é um Estado Democrático de Direito “destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.” (BRASIL, 2016:21).

A Carta Magna contém os elementos essenciais que regulam e formam a organização do Estado brasileiro, a forma de governo, o modo de aquisição e exercício do poder, os limites de sua ação, os direitos e garantias fundamentais do ser humano. Assim, no Estado de Direito, é o Direito Constitucional que rege o próprio Estado como comunidade e poder. (BRASIL, 2016).

O modelo de Estado Democrático de Direito é estabelecido expressamente nos princípios fundamentais da CRFB/88:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, **constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:**

I – a soberania;

II – **a cidadania;**

III – **a dignidade da pessoa humana;**

[...] *Omissis*

Art. 3º Constituem **objetivos fundamentais da República** Federativa do Brasil:

I – construir uma **sociedade livre, justa e solidária;**

II – garantir o **desenvolvimento nacional;**

III – **erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades** sociais e regionais;

IV – **promover o bem de todos, sem preconceitos** de origem, raça, sexo, cor, idade e **quaisquer outras** formas de **discriminação**. (BRASIL, 2016:11). (grifos nossos).

A CRFB/88 representa um grande avanço para o processo democrático brasileiro, pois: contou com ampla participação popular em sua elaboração; proclama a plena realização da cidadania; e inclui em seu texto um sistema avançado de proteção dos direitos humanos. Abrange direitos e garantias fundamentais de forma moderna e ampla, para proteger direitos individuais, coletivos e os direitos sociais. Dentre os direitos sociais expressamente garantidos estão: educação, trabalho, lazer e saúde.

Todavia, Freitas (2004:228), comenta que o modelo de Estado preconizado na Constituição de 1988 conflita abertamente com o modelo neoliberal. Daí advém uma série de consequências graves para a ordem jurídica interna, em decorrência da falta de implementação do modelo de Estado democrático previsto na ordem constitucional. Afirma que:

A globalização surpreende o Brasil a meio caminho entre o Estado social e o Estado democrático, ou seja, quando o país ainda nem conseguiu efetivar os benefícios mínimos de saúde, educação, emprego e assistência, com uma Democracia ainda

insipiente, e uma Constituição que, sequer, teve seus princípios completamente entendidos, quanto menos aplicados.

Para compreender os significados e alcances dos benefícios mínimos a serem efetivados pelo Estado democrático brasileiro, a sua sustentação constitucional, e como a saúde é tratada nesses aspectos, faz-se necessário discorrer sobre algumas categorias de direitos supraconstitucionais e constitucionais.

1.3 Direitos humanos, fundamentais e sociais: situando a saúde como direitos

Não é o escopo deste estudo abordar as discussões sobre se a saúde deve ser considerada apenas como direitos humanos, direito fundamental ou direito social. Por esse motivo, adotam-se as noções mais abrangentes e mais afeitas às concepções jurídicas aceitas pela legislação brasileira, e também para a área da saúde. Sabe-se que tal debate tem uma complexidade jusfilosófica e epistemológica muita extensa em todas as áreas das ciências (jurídicas e sociais), longe de haver uma pacificação doutrinária entre elas.

Porém, pode-se entender que a descrição aqui proposta busca elucidar o direito à saúde como propõe Nunes (2009:144), pelo fato que deve-se buscar reivindicar direitos mesmo quando não parecem fazer parte de uma concepção ampla e coerente da saúde como direito, mas constituem formas de realização deste. Para o autor:

[...] De facto, a saúde e o direito a saúde, enquanto complexos de conhecimentos, de instituições, de práticas, de actores, de situações, são *co-produzidos* ou constituem-se mutuamente através de processos de *construção heterogênea* (Jasanoff, 2004; Taylor, 2005). **O que está em jogo quando se fala de direito à saúde é tanto a luta pela definição do que conta como saúde, como daquilo que conta como direito à saúde.** (grifos nossos).

A diferenciação conceitual entre direitos humanos, direitos fundamentais e direitos sociais é importante para indicar o norte de relação entre eles.

Consoante explica Diniz (2010:211), os direitos humanos pertencem à seara do direito internacional público, e referem-se ao conjunto de normas substantivas contidas na Declaração Universal dos Direitos do Homem, e não nas normas constitucionais. **Relacionam os direitos elementares à dignidade**, liberdade e igualdade humana sejam eles civis, políticos, econômicos, sociais ou culturais, aplicáveis ao homem individualmente ou como membros da sociedade. (grifos nossos).

Sarlet (2015:57), complementa o conceito acima, considerando que os direitos humanos constituem o fundamento do Estado democrático, e que possuem validade universal

para todos os povos e tempos, independentemente de sua vinculação com certa ordem constitucional, por isso considerados como supranacionais.

A universalização dos direitos humanos deu-se na Declaração Universal de Direitos Humanos, proclamada pela Resolução n. 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948, após a II Guerra Mundial. Como principais consensos reafirma o princípio da não-discriminação, e proclama que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, e que os Estados Partes têm a obrigação de garanti-los.

Posteriormente, realizou-se a I e a II Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Teerã (1968) e Viena (1993) respectivamente, que marcam os aspectos denominados de internacionalização dos direitos humanos. A segunda Conferência consagrou os direitos humanos como tema global, reafirmando sua universalidade, indivisibilidade e interdependência. Foi o que dispôs o parágrafo 5º da Declaração e Programa de Ação de Viena, de 1993. (COELHO, 2007:160).

A II Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, além das reafirmações e reconhecimentos descritos acima, também reconheceu a legitimidade da preocupação internacional com os direitos humanos; e reconheceu que o direito ao desenvolvimento é um direito humano fundamental.

Já os direitos fundamentais, Silva (2008b:177-78), leciona que são aqueles direitos no nível do direito positivo, que designam as prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantia de uma convivência digna, livre e igual de todas as pessoas. O termo **fundamental indica que tratam de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive**. São fundamentais do homem no sentido de que a todos, por igual, devem ser reconhecidos e de forma concreta e materialmente efetivados. O termo do homem não se refere ao macho da espécie, mas aplica-se no sentido de pessoa humana. Significam a limitação imposta pela soberania popular aos poderes constituídos do Estado que dela dependem. Traduzem a concepção de Estado como de Estado Democrático de Direito. Abrangem direitos individuais, sociais, econômicos, culturais e coletivos. Também são denominados de: direitos fundamentais do homem; direitos fundamentais da pessoa humana; liberdades fundamentais ou liberdades públicas. (grifos nossos).

Os direitos fundamentais possuem uma destacada característica, a de vinculação dos poderes públicos, que os coloca como obrigações indeclináveis do Estado. Faz com que a garantia e a realização dos direitos fundamentais sejam dever do Estado, que não pode ser afastado sob pena de ofensa à Constituição. Essa característica representa a limitação imposta

pela soberania popular aos poderes constituídos do Estado, para racionalizar a atuação e organização destes, de forma a proteger e garantir as liberdades e direitos dos indivíduos. (BRANCO, 2002:126).

Por sua vez, os direitos sociais, na explanação de Silva (2008b:286-87), pertencem à dimensão dos direitos fundamentais, são **prestações positivas proporcionadas pelo Estado** direta ou indiretamente enunciadas em normas constitucionais, que **possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos**, direitos que tendem a **realizar a igualização de situações sociais desiguais**. Valem como direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, que por sua vez proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. Em suas categorias estão os seguintes direitos: educação, saúde, cultura, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância, assistência aos desamparados, família, adolescentes, idosos e ao meio ambiente. (grifos nossos).

Ainda sobre o papel do Estado quanto à finalidade da prestação material dos direitos sociais, é oportuno mencionar a explicação de Carvalho (2003:19):

Os direitos sociais [...] exigem que o Estado aja prestando serviços ou atividades, para melhorar as condições de vida e o desenvolvimento da população, tentando atenuar desigualdades e moldar o país para um futuro melhor. O que se quer é um Estado ativo, interventor, implementador e transformador.

Os direitos humanos podem ou não estar presentes (positivados) no texto constitucional de um Estado, ao passo que os direitos fundamentais são aqueles direitos que constam diretamente no texto da constituição de um Estado, e os direitos sociais estão contidos nos direitos fundamentais, sendo assim direitos positivados.

A partir disso, pode-se dizer que o direito à saúde pertence ao mesmo tempo às categorias de direitos acima citados, por ser: elementar à dignidade, liberdade e igualdade humana; tratar de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; e, porque possibilita melhores condições de vida aos mais fracos, para realizar a igualização de situações sociais desiguais. A saúde como direito é direitos humanos, é direito fundamental e é também direito social. Portanto, reconhecido como direito universal e igualitário.

Ao comentar sobre o enfoque dos direitos humanos na atuação em saúde como um aporte de cuidado e esperança, Püras (2017:5), destaca a explicação de Jonathan Mann, um dos pioneiros em estudar a saúde como direito humano:

The human rights framework provides a more useful approach for analyzing and responding to modern public health challenges than any framework thus far available with the biomedical tradition.

Em termos gerais, o direito à saúde é mais comumente denominado como direito fundamental por parte da maioria da doutrina jurídica brasileira, em face de sua expressa previsão no texto constitucional e vinculação às políticas públicas. Contudo, pode-se entender a colocação da saúde como um direito fundamental para além de uma simples sistematização doutrinária e jurídica. A esse respeito, Vasconcelos e Oliveira (2009:13;15-6), comentam que:

A saúde, uma vez alçada à condição de direito humano fundamental [...] no campo político-institucional passou a exigir uma confluência cada vez mais emergente e ideológica entre a saúde e o direito.

[...] seguir considerando que as relações entre o direito e a saúde se situam apenas no marco das conquistas consignadas na lei, [...] parece pouco para expressar o que pode ser um campo de articulações mais ousado e inovador, na direção de um Estado de Direito sempre mais justo do que o que vigora, enquanto persistam as iniquidades.

No mesmo sentido, Nunes (2009:144), argumenta:

Assumir que a saúde é um direito fundamental, porém, implica considerar as transformações por que tem passado, durante as últimas décadas, as concepções do que é a saúde e, em particular, a ampliação do conceito de saúde. Essas transformações, por sua vez, não podem ser dissociadas das mudanças nos saberes sobre a saúde e nas práticas científicas e profissionais neste campo, nem da emergência de uma diversidade de formas de governar a vida (biopoder), de reconfigurar relações sociais a partir de afinidades ou partilhas de características associadas a biologia (biossocialidade) e da constituição da “vida em si mesma” como fonte de valor e de acumulação de capital.

A diversidade de situações em que se procura afirmar e realizar a saúde como um direito fundamental não pode ser abordada de forma adequada sem considerar a relação de constituição mútua entre *concepções do direito à saúde e concepções de saúde*.

Consideram os autores que é necessário refletir sobre o direito à saúde para além do que está posto na lei. A positividade e garantia por lei como um direito, não blinda a saúde contra as mazelas que atingem esse campo como ciência e como prática; não a alija do processo histórico e social ao qual pertence; e não a retira do debate e da interação necessária e exigida com outras ciências, práticas, gestão e formas de conhecimento, de seus conclames para interagir em interdisciplinaridade e intersetorialidade, como fator importante para a dignidade e cidadania universalizadas.

Trazer à reflexão os meandros que envolvem a efetivação e aplicação dos direitos humanos fundamentais para alcançar justiça social em uma sociedade, tem importância para compreender os significados explícitos e subliminares das ameaças e violações desses direitos.

Conforme explica Piovesan (2001:36), o alcance universal dos direitos humanos tem como principal empecilho a exclusão sócio-econômica:

O forte padrão de exclusão sócio-econômica constitui um grave comprometimento às noções de universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos. O alcance universal dos direitos humanos é mitigado ao largo exército de excluídos, que se

tornam supérfluos em face do paradigma econômico vigente, vivendo mais no 'Estado da natureza' que propriamente no 'Estado Democrático de Direito'.

O caráter indivisível desses direitos é enfraquecido pela tendência de flexibilização de direitos sociais básicos, que integram o conteúdo dos direitos humanos fundamentais, como é o caso do direito ao trabalho, à saúde e à educação, que são, hoje, vistos como obstáculos ao funcionamento do mercado e à livre circulação do capital. (*Idem Ibidem*).

No cenário brasileiro, um importante ponto a ser apresentado, é a polêmica sobre a aplicação e eficácia dos direitos sociais, que são discutidos à luz da Constituição.

Carvalho (2003:20), explica que quanto à aplicabilidade, os direitos fundamentais sem distinção alguma, têm aplicação imediata por serem programas de ação social. A falta de condições fáticas para aplicá-las, que pode-se confundir com vontade política, não condiz com os ditames constitucionais que privilegia a dignidade humana como fundamento da república brasileira. Em decorrência dessas fragilidades políticas e sociais para aplicação, a situação gera o fenômeno da transmutação, por converter situações políticas em judiciais, como se o Judiciário fosse implementador de políticas públicas frente à omissão do Estado em prestar serviços.

Ao referir-se à concretização dos direitos no Brasil, Mendes (2006:244-58), diz que a experiência brasileira enquadra-se como um caso típico de modernidade periférica [da relação entre países centrais e periféricos], pelas situações em que o modelo textual da Constituição do Estado Democrático de Direito é adotado. Carece amplamente de concretização porque não houve o correspondente desenvolvimento do Estado de Direito.

O autor enfatiza que o cerne do problema está na insuficiente construção de uma esfera pública pluralista, devido à persistência de privilégios e exclusões que impedem a construção de uma esfera pública universalista como espaço de cidadãos iguais. O Estado Democrático de Direito não se realiza pela simples declaração constitucional dos procedimentos legitimadores. Depende de fatores socioeconômicos e culturais que possam viabilizar a desprivatização do Estado e a superação de relações de subintegração e sobreintegração. O problema ultrapassa as variáveis político-jurídicas, assenta-se em pressupostos sociais mais abrangentes e dependentes de condições determinadas pela sociedade mundial. (*Idem ibdem*).

As críticas apresentadas sobre a atuação do Estado não a invalidam, apenas indicam que esta possui limitações próprias, e que sofre limitações impostas por fatores e atores estranhos ao processo democrático e representativo popular.

Revelam que a necessária e contínua luta pelos direitos, também requer que continuamente esteja-se lutando por um Estado verdadeiramente democrático e de direito, porque este também é uma conquista da sociedade contra as formas de opressão e autoritarismo dos poderes constituídos. E por meio dele, contra a existência de injustiças, desigualdades e exclusões geradas pelas forças econômicas.

Desse modo, a centralidade dos direitos fundamentais e sua efetivação é do Estado Democrático de Direito, comprometido com os direitos transindividuais, a igualdade, a inclusão e a liberdade através dos dispositivos da Constituição.

Esse movimento que ao mesmo tempo propicia a luta e a conquista de direitos, pertence à humanidade como legado de seu processo evolutivo histórico. O surgimento dos direitos, como normas reconhecidas e positivadas em instrumentos estatais legiferantes, é um importante aspecto a ser destacado.

Uma incursão descritiva sobre o surgimento dos direitos fundamentais leva às considerações feitas pelo italiano Noberto Bobbio, que os classificou em “gerações de direitos”.

Conforme defende esse jusfilósofo, sob o ponto de vista teórico, existem três pontos básicos que norteiam o movimento histórico dos direitos: os direitos naturais são direitos históricos; nascem no início da era moderna, juntamente com a concepção individualista da sociedade; e, tornam-se um dos principais indicadores do progresso histórico. (BOBBIO, 2004:1-2). Argumenta que:

“os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos **históricos**, ou seja, **nascidos em** certas circunstâncias, caracterizadas por **lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual**, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas. (BOBBIO, 2004:5). (grifos nossos).

Nesse processo gradual de formação dos novos direitos, que denominou de “gerações de direitos”, os direitos emergem como novas reivindicações e exigências de novas proteções do homem em suas diversas fases de vida e em seus diversos estágios, como demandas de limitações do poder do homem sobre o homem. As “gerações de direitos” são assim apresentadas:

- a) os direitos de primeira geração são as liberdades: a liberdade religiosa, as liberdades civis, a liberdade política e as liberdades sociais;
- b) os direitos de segunda geração são os direitos sociais;
- c) os direitos de terceira geração são heterogêneos e vagos, sendo o mais importante deles “o direito de viver num ambiente não poluído”;

- d) os direitos de quarta geração são os que se referem ao efeitos traumáticos das pesquisas biológicas e genéticas. (*Idem ibdem*).

Alguns estudiosos apresentaram críticas à denominação, e defendem o uso do termo “dimensão” ao invés de “geração”, porque “esses direitos não são substituídos ou alterados de tempos em tempos, mas resultam num processo de fazer-se e de complementaridade permanente.” O termo “geração” poderia induzir a uma ideia de sucessão cronológica de direitos normatizados, como se os posteriores derrogassem os das gerações anteriores. (WOLKMER, 2003:6).

Nessa concepção, apresenta as mesmas descrições de direitos como dimensões, e acrescenta mais uma dimensão, assim consideradas:

- a) os direitos de primeira dimensão são os de: igualdade, liberdade, propriedade, manifestação de pensamento, vida e de segurança dos indivíduos. Relacionam-se a um “não agir” do Estado, por isso, denominados de direitos negativos;
- b) os direitos de segunda dimensão são os direitos sociais, econômicos e culturais. O sujeito ainda é o indivíduo, mas contextualizado socialmente. Impõem ao Estado uma “obrigação de agir, de fazer”, como: saúde, educação, moradia, segurança pública, alimentação, trabalho, previdência social, lazer etc. Baseiam-se na noção de igualdade material (redução de desigualdades), no pressuposto de que não adianta ter liberdades sem condições mínimas para exercê-las. São os direitos positivos;
- c) os direitos de terceira dimensão são transindividuais, difusos e coletivos. São os direitos de solidariedade, paz, autodeterminação dos povos, desenvolvimento, meio ambiente, qualidade de vida, comunicação, informação e direitos do consumidor;
- d) os direitos de quarta dimensão são os direitos de democracia, informação e pluralismo. Todavia, Bobbio coloca que são os direitos relacionados às pesquisas biológicas, bioética, biotecnologia e de engenharia genética. Por exemplo: gestação, aborto, eutanásia, clonagens, transplantes etc.;
- e) os direitos de quinta dimensão são os direitos decorrentes da aplicação da cibernética no mundo virtual, do desenvolvimento de tecnologias aplicadas ao espaço cibernético, capazes de romper limites territoriais e estabelecer conflitos entre países. (*Idem*, p.14-15).

A consideração do surgimento dos direitos e suas dimensões, é importante para verificar como os direitos conquistados pelas mulheres estão posicionados dentro dessas dimensões, e como conquistas sob a perspectiva do gênero.

1.4 O Direito à Saúde

Para as considerações deste estudo, tomar-se-á a noção adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera a saúde “um bem público de interesse nacional, caracterizado como o estado de pleno bem estar físico ou biológico, psíquico ou mental, social, cultural e ambiental da pessoa humana individual, coletiva e publicamente considerada” (WHO, 2005:s.n.p.). Esta definição constitui-se de uma ampliação de outra definição adotada pela OMS, segundo a qual saúde é o “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de moléstias e enfermidades” (WHO, 2002: s.n.p.).

Nota-se que, pelas noções e argumentos até aqui expostos e em razão das desafiantes questões de saúde enfrentadas na atualidade, trata-se de noção vinculada a um complexo de ações harmônicas, prioritárias, permanentes, preventivas e repressivas, ajustáveis ao equilibrado estado de salubridade ambiental, em progressivas condições favoráveis à promoção, defesa, proteção e recuperação, e à melhoria e preservação da saúde ambiental, da saúde pública e da vida.

Todavia, a construção da noção de saúde como direito remonta a períodos anteriores. Para uma demarcação nocional histórica, citam-se alguns documentos internacionais.

A Declaração Universal de Direitos Humanos, proclamada pela Resolução n. 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 1948, em seu art. 25, I, defende que o direito à saúde constitui-se em um dos direitos humanos: “Toda a pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (PITCHO, 2007:66).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 1966, ratificado pelo Brasil em 1992, destaca que o direito às justas e favoráveis condições de trabalho e o direito à saúde são direitos humanos. Em seu art. 12 declara: “Os Estados-partes no Presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”. (ONU, 2012: s.n.p.).

O Pacto de São José da Costa Rica, adotado na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos em 1969, e ratificado pelo Brasil em 1992, também estabelece a proteção à saúde em seu art. 5º: “Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral”. Posteriormente, em 1978, a saúde foi considerada como

direito humano fundamental na Declaração de Alma Ata, um dos primeiros pactos mundiais em relação à saúde (VASCONCELOS e OLIVEIRA, 2009:13).

Em período mais recente, a consideração da saúde como direito fundamental é reafirmada em um importante pacto sobre a saúde dos povos, através de um dos primeiros documentos que originaram os debates sobre a Promoção da Saúde: a Declaração de Alma Ata em 1978. (BRASIL, 2002:33).

Importante destacar que as Cartas, Tratados e Convenções da ONU são acordos multilaterais abertos, de caráter normativo, que podem ser ratificados sem limitação de prazo por qualquer dos Estados-Membros. (PORTELA, 2014:102).

Desse modo, como país membro da ONU, o Brasil torna-se signatário nesses documentos e acata as propostas neles delineadas. É o que estabelece o art. 5º, §§ 2º e 3º, da CRFB/88. (BRASIL, 2016:14).

O Brasil inspirou-se no pacto da Declaração de Alma Ata e no conceito da OMS para elevar a saúde ao patamar de direito fundamental legalmente amparado. O direito à saúde passou a ser reconhecido, como prerrogativa de exigibilidade e como área de conhecimento, a partir da Constituição Federal de 1988. Desde então suscita muitas discussões com diversos posicionamentos, no ambiente do direito e da saúde.

1.5 Direito à Saúde na Constituição Brasileira

No Brasil, a CRFB/88 foi a primeira Constituição a consagrar o direito fundamental à saúde. Esta conquista aconteceu por meio das conquistas dos movimentos sanitários sociais.

Nas Constituições anteriores, somente a de 1824 fazia uma referência à garantia de “socorros públicos” (art. 179, XXXI). (MENDES e BRANCO, 2016:684).

Na atual Constituição o direito à saúde possui uma seção específica, a Seção II do Capítulo II – Da Seguridade Social, que consta no Título VIII – Da Ordem Social, que traz orientação primordial: Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como **objetivo o bem-estar e a justiça sociais**. (BRASIL, 2016:14). (grifos nossos).

Por expressa determinação legal da Carta Magna, a saúde foi elevada ao patamar de direito social:

São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (art. 6º, CRFB/88). (BRASIL, 2016:14). (grifos nossos).

O texto constitucional estabelece que a saúde constitui-se em:

“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (art. 196, CRFB/88). (BRASIL, 2016:73).

Também determina que as políticas sociais e econômicas da saúde contarão com a participação da coletividade às ações e aos serviços para sua promoção, proteção, recuperação, melhoria e preservação. Trata-se de noção jurídica abrangente e progressista, compatível e em sintonia com a ampla noção de saúde da OMS.

A Constituição Federal de 1988 inovou a ordem social brasileira, ao colocar a saúde como direito de todos e dever do Estado, pautada na concepção de justiça social, sob uma perspectiva integral e universal, que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, delineou a saúde pública sobre importantes princípios fundamentais de direitos humanos, especialmente os de distributividade, equidade, solidariedade e sustentabilidade. (BRASIL, 2016:73-4).

Sob essa ótica, há de se entender o direito à saúde como uma totalidade do ser humano, um direito de importância ímpar à dignidade, que não pode ser negligenciado pelo Estado social, conforme assevera Nascimento (2010:363):

Impossível a flexibilização de direitos sociais, especialmente daqueles voltados para a dignidade da pessoa humana, como a saúde. Aqui se tem um direito fundamental amparado por cláusula constitucional expressa (CF, art. 60, §4º, IV). Não se diz de sua absolutividade, mas do seu caráter socialmente relevante e, portanto, um direito irrenunciável que não pode ser quebrado pela incúria do gestor público ou por políticos desconectados com a realidade e, sobretudo descompromissados com o social.

Compreende-se que, ao dizer-se do direito à saúde como uma totalidade do ser humano, tal referir-se demonstra sua ligação às diversidades e transversalidades que a saúde e o direito construíram historicamente. Esse aspecto revela, também, não haver restrições na relação saúde e direito.

Sob essa perspectiva de imbricação entre a saúde e vários temas do Direito, cabe destacar que a própria Constituição faz demonstrações a respeito, a saber: erradicação da pobreza e da marginalização; redução das desigualdades; promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, III e IV); prevalência dos direitos humanos como princípio que rege as relações internacionais do Brasil (art. 4º, II); e, como supracitado, o primado do trabalho e os objetivos do bem estar e da justiça social como fundamento da ordem social (BRASIL, 2016:11).

Contempla princípios gerais que se cobrem de claro sentido social, que englobam a saúde e a norteiam. Destarte, uma análise do direito à saúde é intrincada porque reproduz e concentra um grande conjunto de direitos individuais e sociais.

No art. 5º, referente aos direitos e garantias fundamentais, a CRFB/88 assegura a inviolabilidade do direito à vida. Uma vez que a saúde decorre do direito à vida, recebe da Constituição também um tratamento de direito fundamental.

Determina o texto constitucional as competências (comum e concorrente) da União e entes federados em relação ao dever de cuidar, proteger e defender a saúde (arts. 23, II e 24, XII, CRFB/88). Estes dois artigos vinculam-se diretamente com o art. 196 supracitado, pois manifestam expressamente os deveres do poder estatal para atingir tais deveres prestacionais por intermédio de leis e das políticas públicas. (BRASIL, 2016:20).

Como dever do Poder Público, então, o direito à saúde passa a ser um direito subjetivo. Nesse sentido escreve Silva (2008:768):

decorre um especial direito subjetivo de conteúdo duplo: por um lado, pelo não-cumprimento das tarefas estatais para sua satisfação, dá cabimento à ação de *inconstitucionalidade por omissão* (arts. 102, I, “a”, e 103, § 2º); e, por outro lado, seu não-atendimento, *in concreto*, por falta de regulamentação, pode abrir pressupostos para a impetração do *mandado de injunção* (art. 5º, LXXI).

A Carta Magna estatui o direito à saúde como normas programáticas, por ser direito humano fundamental, consoante expressa a CRFB/88 em seu art. 5º, § 1º. Logo, possuem eficácia jurídica imediata, direta e vinculante, estabelecendo deveres e condicionantes legislativos, executivos e judiciários. São inconstitucionais as normas e atos que violarem seus preceitos.

Daí a importância de estabelecer que, os serviços e ações de saúde, são de relevância pública:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2016:73).

O indigitado artigo enuncia a natureza das ações e serviços de saúde. Por isso ficam, nos termos da lei, inteiramente sujeitos a regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público. Significa que sobre tais ações e serviços o Poder Público tem total poder de dominação, que é o sentido do termo “controle”, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização (SILVA, 2008:769).

Carvalho e Santos (2001:307) explicam que o legislador deu sentido prioritário à saúde por ser ela condição necessária para desfrutar de outros direitos:

quis o legislador talvez enunciar a saúde como um estado de bem estar prioritário, fora do qual o indivíduo não tem condições de gozar outras oportunidades proporcionadas pelo Estado, como a educação, antecipando-se, assim, à qualificação de “relevância” que a legislação infraconstitucional deverá outorgar a outros serviços públicos e privados.

Constitucionalmente, o direito à saúde é o único direito social expressamente garantido com vinculação às políticas públicas sociais e econômicas, e também diretrizes, participação social e atribuições formuladas.

Neste cenário constitucional, destacam-se as disposições sobre as diretrizes, organização e funcionamento do setor de saúde. Especificamente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), consta da CRFB/88:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II – **atendimento integral**, com **prioridade** para as **atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – **participação da comunidade**.

A CRFB/88 instituiu o SUS com diretrizes capazes de assegurar e responder pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades das pessoas e da coletividade. São diretrizes coerentes com os requisitos do Estado Democrático de Direito delineados na Magna Carta.

Infraconstitucionalmente, é a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que incorpora o conceito ampliado de saúde “resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos”. Conceito preconizado pela OMS (WHO, 2002:s.n.p.).

A LOS é formada pelas Leis n. 8.080/90 e 8.142/90, que tratam o tema de forma genérica. Esse instrumento normativo, em diversas passagens, faz a ligação da saúde com o direito, como se percebe nas seguintes extrações: a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; o dever de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País; dizem respeito também à saúde as ações que, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990:s.n.p.).

Pela exposição do texto legal, não há dúvida que, quanto à saúde, em se tratando de bem jurídico com a qualificação de fundamental, o Estado deve adotar o máximo de medidas protetoras.

A LOS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Em consonância com os princípios constitucionais preconizados no art. 198 da CRFB/88, a

LOS (art. 7º) estabelece diretrizes e princípios segundo os quais devem ser desenvolvidas as ações e serviços públicos de saúde. Dentre esses princípios, pontuam-se os seguintes: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação e participação da comunidade. (BRASIL, 1990:s.n.p.).

São princípios que dispõem sobre a organização e funcionamento dos serviços e ações de saúde. Mas também contêm indicativos de ênfase às ações de prevenção de adoecimentos, danos e riscos; de se proporcionar as ações e serviços com respeito à dignidade da pessoa humana em sua individualidade; e da necessária participação popular para as tratativas relacionadas à saúde e, assim, ao direito à saúde.

Em todos esses dispositivos estão presentes princípios basilares para o direito à saúde, alguns definidos expressamente (universalidade, integralidade, igualdade) e outros implicitamente (como a equidade).

Em termos da Constituição e da LOS, o princípio da equidade está ligado a dois aspectos importantes. O primeiro aspecto, diz respeito à oportunidade para o acesso universal e igualitário. E o segundo, diz respeito às condições criadas para que haja ação sobre os determinantes dos níveis de saúde. Em ambos há influências sobre o direito à saúde da população, um direito que se deseja concretizado sob a égide do bem estar e da justiça social, conforme estabelece a Constituição Brasileira.

1.6 Importância do princípio da equidade em saúde

O uso do termo equidade, tanto na área do direito quanto na área da saúde, não contempla uma abordagem única em relação a uma definição ou conceito. As diferentes abordagens revelam a dificuldade polissêmica, e também o nível de pluralidade e complexidade relacionadas ao tema.

Uma síntese sobre a problemática polissêmica nas duas referidas áreas é apresentada a seguir. A pretensão não é a de um estudo demonstrativo etimológico, mas de um esforço semântico. Um pequeno estudo em busca das relações de sentidos que o termo adquiriu para se adequar aos diversos contextos e intenções comunicativas. O objetivo é adotar o significado mais coerente com o contexto da relação entre direitos humanos, saúde, mulher e promoção da saúde.

Em consonância com a explicação de Rabello (2006:65), são vários os significados e raro o consenso em torno de uma definição, por causa “do conjunto de valores predominantes,

diferentes conotações podem ser atribuídas à equidade ao longo do tempo e em distantes sociedades”.

Na área do direito o termo equidade é estudado sob dois aspectos: o da hermenêutica, para interpretar e aplicar as leis consoante as particularidades e a dinâmica social que envolvem os fatos; e o da integração, para suprir lacunas no ordenamento jurídico. Os estudiosos do direito divergem tanto no que se refere a definir o termo e seu alcance hermenêutico (princípio e valor jusfilosófico), quanto no que se refere a definir o termo e seu alcance integrativo. Para o interesse desta dissertação a abordagem será a da hermenêutica, uma vez que deseja-se estudar a equidade como valor e princípio para o direito e a saúde.

Desde o período dos antigos filósofos gregos a abordagem da equidade é tomada como princípio e valor relacionada à igualdade ou à justiça, sob a perspectiva cultural e deontológica. Posteriormente, incursionou-se pelo campo dos direitos humanos através das idealizações sobre dignidade com Immanuel Kant. Hodiernamente, a equidade é estabelecida em perspectivas jusfilosóficas constitucionais e supralegais sob a perspectiva da justiça social distributiva e redistributiva.

Por parte da doutrina jurídica, toma-se o conceito de equidade como sendo o **critério** básico da justiça, que **através das diferenças busca a igualdade** em respeito ao direito alheio **para não cometer injustiças** (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008:539). (grifos nossos).

Ao tratar da equidade como valor, Fux (2001:479-480), ensina que esta é substancialmente, a **solução mais justa** a ser adotada, **atendendo aos fins sociais da lei e às exigências do bem comum**. A equidade é valoração advinda da filosofia e, sob esse caráter, pode e deve permear todos os princípios gerais do direito. O sistema jurídico brasileiro admite a equidade valor, porque não é sistema normativo absolutamente fechado às valorações e interpretações necessárias à melhor adequação da justiça ao caso concreto. (grifos nossos).

Na lição de Bobbio (1983:27), a equidade relaciona-se à igualdade e à liberdade porque remete à questão da justiça, dos direitos e deveres do cidadão e do Estado. Nessa ótica, como liberdade indica um estado, e como igualdade uma relação, em ambos uma condição. Um estado do indivíduo e uma relação geral, desejável, entre indivíduos em sociedade. Tanto a liberdade quanto a igualdade influenciam e são influenciadas pela equidade, porque isoladamente a noção de cada um é de princípio, mas adquire a noção de valor na medida em que cada um seja condição necessária para um ordenamento justo.

Como princípio constitucional, Silva (2008:761) comenta que a equidade é a expressão da ideia de justiça na forma de um tratamento igual, mas não apenas isso. E sim um tratamento que busca atribuir a cada um o que é seu, com a ideia de proporcionalidade e

razoabilidade, no sentido de atribuir mais a quem mais precise e menos a quem menos precise. Assim, a equidade é princípio e valor que visa que a lei, como dever e direito, alcance a todos sem injustiça.

Pelo exposto, pode-se compreender que a lei – como normas sociais de direitos e deveres – existe para todos os indivíduos sem distinção, pois proclama a universalidade e igualdade. Todavia, a lei deve ser aplicada visando-se a justiça, por isso sem rigores de excessos ou abrandamentos arbitrários e discriminatórios. Daí o cerne para se estabelecer o equilíbrio entre a lei e a justiça: a equidade, como necessária para compreender os desníveis, não de alcance formal e sim de concretização. Portanto, através da equidade surgem os critérios de especificidades para que a injustiça não prevaleça diante das desigualdades.

Em termos de justiça social, a preocupação com a equidade ganhou mais relevância em outras áreas do conhecimento a partir dos estudos contemporâneos do filósofo americano John Rawls, porque a colocou como pilar das políticas públicas, como importante critério na tomada de decisões. Silva e Ramos (2017:113), descrevem que Rawls expressa a teoria da “justiça como equidade”, no qual defende o princípio da diferença como base para a tomada de decisão em estabelecer prioridades diante de recursos insuficientes, trabalhando como o pressuposto da finitude:

Rawls (2008), considera que as desigualdades surgem de um processo histórico e pelos modos de organização e de produção de uma sociedade. Assim, ele descreve dois princípios fundamentais e concomitantes para se garantir a justiça com equidade: (1) Deveria haver igualdade na distribuição dos direitos e liberdades civis, como direito à manifestação autônoma, à liberdade de locomoção, de expressão de opiniões, de reclamação, de associação, de informação, de direito à privacidade e o direito à saúde, inscrito na constituição da maioria dos países.

(2) o princípio da diferença, defende que é justa a ação que tenha consequências desiguais. Explica que as desigualdades somente são moralmente legítimas se o aumento das expectativas das classes mais favorecidas resultar em maiores benefícios para os menos favorecidos da sociedade. A estrutura básica da sociedade deve contemplar mecanismos de regulação e ajuste contínuos das iniquidades e que as instituições devem garantir com equidade a realização dos planos de vida das pessoas.

[...] a justiça é a “maneira pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social”. Poder-se-ia dizer que Rawls considera a equidade como uma desigualdade justa, aceitando-se o tratamento diferenciado entre as pessoas quando baseado em necessidades individuais.

As ideias de Amartya Sen sobre equidade são desenvolvidas a partir de sua análise crítica à teoria da justiça de John Rawls. A ideia de Sen é contrária aos princípios de justiça definidos apenas com relação às instituições. Para Sen, deve se concentrar na vida e na liberdade das pessoas envolvidas, uma vez que a justiça não deve se limitar à escolha das instituições e à definição de arranjos sociais ideais, mas depende também das realizações

humanas e incluem as vidas que as pessoas conseguem viver, ou não viver. (LAMA, 2015:31).

A partir dessa compreensão, Sen (2002:303-306), enfatiza que a equidade é importante para a saúde por ser multidimensional, porque inclui aspectos que dizem respeito a: alcançar uma boa saúde e a possibilidade de alcançar uma boa saúde, e somente com a distribuição da atenção sanitária; promover a justiça nos processos prestando atenção na ausência da discriminação da prestação da assistência sanitária; e, integrar as considerações sobre a saúde e os temas mais amplos da justiça social e da equidade global. Desse modo, saúde participa da justiça social de várias formas distintas, uma vez que é um componente fundamental das possibilidades humanas de vida e de liberdade. A equidade em saúde, então, deve focar a saúde em suas relações com outras características por meio da distribuição de recursos e acordos sociais. Portanto, a ubiquidade da saúde [i.é, a saúde está em todas as coisas ao mesmo tempo] é o ponto de partida como uma consideração social para a compreensão de justiça social.

Na área da saúde alguns estudiosos apresentam discussões e propõem usos específicos do termo em abordagens variadas, desde técnica operacional até finalísticas (resultados). Muitas dessas discussões e propostas giram em torno do acesso ao SUS; outras tecem argumentos a partir das propostas de John Rawls; e outras seguem os argumentos de Amartya Sen.

A esse respeito Albrecht, Rosa e Bordin (2017:115), realizaram uma revisão bibliográfica para identificar como o princípio da equidade é empregado nos estudos brasileiros que versam sobre saúde, e averiguaram que:

Como resultado, percebe-se que a equidade é entendida na maioria dos artigos como um fator essencial para a justiça social, considerando o contexto de desigualdades sociais no qual o Sistema Único de Saúde se encontra inserido. Houve a predominância do conceito de equidade proposto pela Organização Mundial da Saúde que destaca a dimensão moral e ética do termo. A concentração da discussão da equidade apenas no nível do acesso indica uma compreensão restrita do termo, que pode ser explicada pela dificuldade em operacionalizá-lo, uma vez que um princípio social se trata de um valor abstrato.

Cabe ressaltar que a CRFB/88, não traz expresso o termo equidade, mas em seu corpo o legislador ressalta o princípio e o valor em seus dispositivos, ao referir-se à consecução da justiça social, eliminação de desigualdades e desenvolvimento nacional como objetivos da República Federativa do Brasil, e ao positivar os direitos fundamentais. Em relação à saúde, a Magna Carta considera equidade como igualdade no acesso: “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). Portanto, na Constituição o termo apresenta-se através da hermenêutica. De forma expressa o termo

aparece em normas extravagantes sobre a saúde, por documentos do Executivo e do Judiciário após a CRFB/88.

Em nível internacional, o aparecimento do termo em documentos da área de saúde ocorre na Carta de Ottawa (1986), na I Conferência Internacional da Promoção da Saúde – temas evidenciados no capítulo II.

Um conjunto de definições genéricas é apresentado em alguns estudos sobre o tema em saúde. Uma dessas definições, que possuem mais uma característica classificatória, é apresentada por Duarte (2000:444-45), baseado em Turner (1986):

- a) equidade ontológica se refere à igualdade fundamental entre as pessoas. Possui abordagens religiosas, culturas e sistemas sociais;
- b) equidade de oportunidade de se alcançar os objetivos almejados. Considera ser possível uma mobilidade social perfeita, a partir da igualdade de oportunidades. Uma vez garantida a universalidade dos direitos fundamentais, todos têm, independente de sua origem, as mesmas oportunidades de alcançar as mais altas posições individuais;
- c) equidade de condições, para haver oportunidades iguais para todos os membros da sociedade, a equidade precisa ser observada também no “ponto de partida”: apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas “em igualdade” para competir com base em habilidades e méritos individuais;
- d) equidade dos efeitos ou resultados, a legislação e outras medidas políticas procuram compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais. Mecanismos de discriminação positiva precisam operar em favor de grupos menos privilegiados que têm, assim, suas oportunidades aumentadas.

Também em termos gerais, Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009:S222), mencionam uma distinção entre: a equidade horizontal, que corresponderia ao tratamento igual de iguais; e, a equidade vertical, que corresponderia ao tratamento desigual de desiguais.

Em relação a estudos teóricos, Viacava *et al* (2004:716) e Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009:) apresentam um trabalho com várias discussões sobre o conceito de equidade em saúde. Propõem um consenso para a operacionalização do termo, quando se trata de propostas de avaliação do desempenho de sistemas de serviços de saúde.

Durante muito tempo, a avaliação do desempenho de sistemas de serviços de saúde tomava por base os sete pilares da qualidade, idealizados por Avedis Donabedian. A equidade considerada como um desses pilares, definida como um atributo que determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado, e os benefícios para os membros da população. É

parte do que faz o cuidado aceitável para o indivíduos e socialmente legitimado. Cada indivíduo tem noção do que é equitativo no acesso ao cuidado, e sobre a qualidade do acesso. Por isso é importante a sociedade deliberar sobre políticas sociais de acesso ao cuidado, porque nem sempre o altruísmo pode ser a regra. (DONABEDIAN, 1990:1115-18).

Todavia, em publicação mais recente, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, (COMMITTEE,2001), a equidade como atributo da qualidade de sistemas de serviços de saúde tem como definição: o atributo de “prover cuidado cuja qualidade não varie em função de características pessoais, tais como: gênero, etnia, origem geográfica, condições socioeconômicas”. (CNS, 2016:151).

Em relação às concepções de equidade no âmbito da saúde, a maioria dos estudos citam a definição elaborada por Margareth Whithead, no Documento EUR/ICP/RPD/414 *The Concepts and principals of equity and health* em 1990, de uma consultoria para a ONU:

Health inequities refer to those inequalities in health that are deemed to be unfair or that stem from some form of injustice. They are influenced by social, cultural, political and environmental factors and addressing them effectively requires extraordinary effort on a number of levels. Achieving gains in health equity requires effort from health promotion and other parts of the health sector, but it also depends on the efforts of all other sectors of government and society.

Albrecht, Rosa e Bordin (2017:116), explicam que:

Para Whitehead (1992) a **equidade** exige que, idealmente, **as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde** e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial, caso essa situação possa ser evitada. As **políticas** deveriam **reduzir ou eliminar as diferenças em saúde** que são **resultado dos fatores** considerados **evitáveis e injustos**. (grifos nossos).

A ênfase da concepção delineada por Margareth Whithead está em colocar a equidade como base na discriminação positiva, para que haja justiça social mediante condições distributivas e redistributivas. Com isso apresenta a equidade apoiada na tríade: oportunidades para as pessoas atingirem as possibilidades de bem estar em relação à saúde; condições que evitem as desigualdades injustas e evitáveis, que as colocam em desvantagens e sem escolhas; e, políticas que as favoreçam com mecanismos de discriminação positiva como patamar de igualdade.

Surge também o termo iniquidade, para designar “as diferenças em saúde que são resultado dos fatores considerados evitáveis e injustos”.

Depreende-se que o enfoque para concretização da equidade dá-se pelos aspectos da inclusão social, mediante o engajamento de toda a sociedade para ajudar a reduzir ou eliminar as distâncias das oportunidades para todos os indivíduos. O foco extrapola a igualdade formal, e do mero entendimento de “mais para quem tem menos”, atinge o patamar de um novo

arranjo social para inclusão como igualdade justa com fins de desenvolvimento humano sustentável, através de ações sociais e estatais também justas e sustentáveis.

A definição e argumentos apresentados por Margareth Whithead, posteriormente aparecem em escritos de vários autores e estudiosos da área da saúde. Também em escritos de instituições e organizações. Infere-se que essa adoção acontece como um nivelamento do discurso e das práticas com foco em equidade em saúde. É o que se observa em definições a seguir transcritas.

No glossário da OMS, equidade é a “ausência de diferenças evitáveis ou remediáveis nas populações ou grupos definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente”. (OMS, 2005).

Para os Descritores em Ciências da Saúde (DecS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), equidade em saúde é a: “Oportunidade para atingir pleno potencial de saúde e que ninguém esteja em desvantagem para atingir este potencial devido à sua posição social ou outra circunstância determinada socialmente.” (<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>).

O glossário temático da promoção da saúde define que equidade em saúde é um:

Conceito que **considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis, implicando na adoção de ações governamentais para atender às diferentes necessidades da população.**

Notas: i) A equidade em saúde cria **oportunidades iguais para que todos tenham acesso à saúde**, o que está intimamente relacionado com os determinantes sociais. ii) Na atenção à saúde, o conceito envolve duas **dimensões importantes**: a equidade horizontal – **tratamento igual aos indivíduos que se encontram em situação igual de saúde** – e a equidade vertical – **tratamento apropriadamente desigual aos indivíduos em situações distintas de saúde**. iii) **Para promover a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis e acesso à informação, a experiências, a habilidades e a oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável.** (BRASIL, 2013:22). (grifos nossos).

A equidade em saúde é a tônica da promoção da saúde. Sua relevância é destacada na Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade, resultado da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde (2016 em Curitiba-PR). Esta Carta foi apresentada durante a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde (2016 em Shanghai-China):

equidade é reconhecidamente **um pré-requisito para a saúde e um objetivo essencial da promoção da saúde** há pelo menos três décadas. Devemos reconhecer que alcançar equidade em saúde não é uma meta isolada. **Equidade é a meta**; a continuidade da iniquidade em gênero, raça e etnia é um sinal de falha do sistema. (OPAS/OMS, 2016:s.n.p.). (grifos nossos).

Para além das concepções conceituais, a preocupação com as condições de precarização e fatores de degradação da saúde, levou a OMS no ano de 2005, a convocar a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). O objetivo foi estudar as

evidências disponíveis a nível mundial sobre as iniquidades na saúde, e revisar as evidências para opções de políticas que possam reverter a tendência de aumento das iniquidades. Os resultados foram apresentados no relatório “Reduzindo o fosso da Equidade na Saúde: opções políticas e oportunidades de ação”, que enfatiza como os fatores sociais se manifestam em consequências para a saúde. Esses fatores incluem “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”. A CDSS mostrou de forma conclusiva como as iniquidades em saúde não são fenômenos naturais. Portanto, podem ser evitadas melhorando-se as políticas que têm fracassado nesse âmbito. (CNDSS, 2008:10-11). Os determinantes sociais da saúde serão explicados em consonância com a promoção da saúde, no capítulo seguinte.

Em todas as concepções nota-se a preponderância dada às políticas públicas e ações sociais como a forma de se proporcionar, de modo inclusivo e sustentável, as oportunidades necessárias para se alcançar o bem estar e a justiça social. Uma consideração síntese pode ser tomada a partir de Paim (2006:35): “a equidade vem sendo reiterada como uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde”.

A partir do exposto, entende-se que, como a saúde não se restringe aos aspectos biotecnômicos, não basta ter acesso aos serviços de saúde. É preciso também que haja acesso a todos os demais fatores que compõem a saúde. Assim, a promoção da saúde só pode ser feita com equidade, porque extrapola o modelo biomédico. Afinal, não adianta, por exemplo, ter acesso a tratamento médico e farmacológico contra verminoses, mas não ter acesso a condições de saneamento básico e água potável. Compreende-se que a resposta para situações como esta é a proposta pela promoção da saúde, como área de conhecimento e como campo de prática, através do diálogo com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Os conceitos explicitados são amplos, mas não exaustivos, nem restritivos de direitos em âmbitos da saúde e dos direitos humanos. Logo, considerar a equidade como um princípio, é considerá-la como criação de oportunidade para a igualdade sob o aspecto de se fazer justiça social e sua promoção. Por isso, guardadas as devidas proporções e contribuições dos demais conceitos, para os fins dessa dissertação adotou-se o conceito destacado pela promoção da saúde.

Na visão do direito, a equidade também está relacionada a outros conceitos importantes, tais como: isonomia, universalidade, dignidade, vulnerabilidade e desigualdade. Universalidade e dignidade estão considerados nesse capítulo, os demais conceitos serão oportunamente tratados nos capítulos seguintes. Em todos esses conceitos, admite-se que se

busca a relação com a justiça social, com o entendimento de que as desigualdades por iniquidades devem ser combatidas e, conseqüentemente, todas as formas de exclusão social.

A equidade traz consigo outros princípios norteadores para o reconhecimento e garantias do(s) direito(s) à saúde das mulheres. Desse modo, a área do direito engaja-se com a da saúde, visando vencer desafios da implantação e implementação de políticas públicas. Nesse diapasão, também em busca de intersetorialidade e interdisciplinaridade. Com isso visualiza-se a ideia de ubiquidade em saúde, criada por Amartya Sen, de certa forma também presente no conceito amplo de saúde dado pela OMS.

1.7 Direito e Políticas públicas

Das exposições até aqui contempladas sobre as normas constitucionais, pode-se entender que os direitos fundamentais integram um núcleo normativo que deve ser especificamente prestigiado, por serem os direitos humanos reconhecidos por meio da Magna Carta. Por esses motivos, conforme leciona Barcelos (2005:88-89), a promoção e a proteção dos direitos fundamentais exigem omissões [não haver intromissões indevidas, nem cerceamentos] e ações estatais.

Para serem capazes de realizar os direitos fundamentais as ações estatais dependem de atividades dos poderes legislativo, executivo e judiciário. As atividades legislativa e jurisdicional envolvem a aplicação da Constituição e o cumprimento de suas normas. A legislação depende de atos de execução para tornar-se realidade, por isso, compete à Administração Pública [ao Executivo] efetivar os comandos gerais contidos na ordem jurídica, cabe-lhe implementar ações e programas dos mais diferentes tipos, para garantir a prestação dos deveres estatais. Esse conjunto de atividades pode ser identificado como políticas públicas. É por meio das políticas públicas que o Estado realiza os fins previstos na Constituição, sobretudo no que diz respeito aos direitos fundamentais [direitos humanos fundamentais] que dependam de ações para sua promoção. (BARCELOS, 2005:90; LENZA, 2015).

Sobre as políticas públicas, a CRFB/88 em seus artigos 165 a 168 institui, por meio do Plano Plurianual (PPA) a obrigatoriedade da União e demais entes federados para planejar e executar suas ações. O PPA estabelece a composição das políticas públicas em: diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas, integradas também por programas, que por sua vez são formados por ações e projetos (BRASIL, 2016).

De modo geral, uma definição genérica adotada por entidades governamentais, sob a perspectiva da atuação do Estado Democrático, delinea política pública sob os aspectos do direito como:

são conjuntos de **programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado** diretamente ou indiretamente, com a **participação de entes públicos ou privados**, que **visam assegurar determinado direito de cidadania**, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. As políticas públicas **correspondem a direitos assegurados** constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos **enquanto novos direitos** das pessoas, comunidades, coisas ou outros bens materiais ou imateriais. (BRASIL/COEA/PNCPR, 2010:16). (grifos nossos).

Para além dos aspectos jurídico-constitucionais supracitados nesses conceitos jurídico, explicita-se como política pública a seguinte definição de Marcos Sorrentino, citada por Sotero (2008:96-7), que incorpora outros elementos:

Considerando a ética da sustentabilidade e os pressupostos da cidadania, a política pública pode ser entendida como um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam a relação de poder e se destina à resolução pacífica de conflitos assim como à construção e aprimoramento do bem comum. Sua origem está nas demandas provenientes de diversos sistemas (mundial, nacional, estadual, municipal) e seus subsistemas políticos, sociais e econômicos onde as questões que afetam a sociedade se tornam públicas e formam correntes de opinião com pautas a serem debatidas em fóruns específicos (Sorrentino, 2005: 286).

O referido conceito favorece uma ampla noção sobre política pública, porque evoca princípios dos direitos humanos para a construção desta, sob o ponto de vista do desenvolvimento sustentável e alcance da justiça social com base na cidadania. Ademais, enfatiza o modo de fazê-la (procedimentos formais e informais) que não é necessariamente regulamentar executiva. Inclusive pode não ser originada por determinação unívoca como programa estatal. Pode estar relacionada a uma demanda internacional com influência para ser institucionalizado em nível nacional, estadual e municipal. Não implica atuação monocrática do Estado, mas pode ser promovida por todos os atores sociais, em função do bem estar social.

Por ser amplo o campo de atuação estatal, muitas definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas específicos nas mais variadas áreas. Todavia, em todas estão presentes elementos em comum que interagem entre si, conforme explana Melina (2006:25):

No entanto, definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o *locus* onde os embates em torno de interesses, preferências e idéias se desenvolvem, isto é, os governos. Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa desses fatores.

A área da saúde possui um grande número de políticas públicas. Mas a Lei Orgânica da Saúde é a única política que possui previsão constitucional, e que por isso é uma legislação específica.

Todavia, há políticas de saúde não explicitamente positivadas, mas decorrentes dos Daportes constitucionais do Estado Democrático de direito, exemplos:

- a) Política Nacional de Promoção da Saúde;
- b) Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres;
- c) Política Nacional de Atenção Básica.

Destacam-se também as políticas especiais na área de saúde que o Brasil tem criado, em consonância com as sugestões da ONU, através dos relatórios da OMS, como exemplos: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, e a Política Nacional de Promoção da Saúde. É um conjunto de políticas estruturadas e de alcance nacional, com ações idealizadas para cumprir objetivos específicos, mas também objetivos em comum, focados na redução da pobreza e das desigualdades, e na garantia dos direitos de cidadania das mulheres.

Essas políticas também fazem parte da Agenda Social brasileira, iniciada em 2003, que busca conciliar as dimensões social e econômica, com fins de democratização de oportunidades e à redução de todos os tipos de desigualdades: sociais, regionais, raciais e de gênero, entre outras. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), são políticas focadas na elevação da qualidade de vida dos brasileiros, especialmente daqueles em situação de vulnerabilidade social. (BRASIL, 2010:16-7).

De modo geral, como intervenções estatais, as políticas públicas possuem além de componentes de estratégias político-administrativas, também componentes político-jurídicos e éticos que se representam nos princípios e objetivos delineados nestas. É o que se depreende da explanação sobre o papel das políticas públicas, de Teixeira (2002:2): as políticas públicas traduzem formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais. Portanto, componentes com implicações sociais complexas e dinâmicas.

Além disso, os movimentos sociais, aliados à participação popular no planejamento de políticas públicas, pressionam a atuação estatal no sentido de reconhecer direitos e prover garantias destes para os grupos sociais denominados de minoritários e/ou excluídos, através de políticas públicas específicas ou ações afirmativas.

A esse respeito, Sotero (2008:97), comenta que a política pública pode surgir de demandas diversas, entretanto, sua finalidade precípua deve ser o atendimento de questões

que afetam a sociedade. As ações estatais devem ser elaboradas para a sociedade e, acima de tudo, com a sociedade, levando em conta os desejos da coletividade, principalmente dos grupos excluídos, no sentido de promover o bem estar social. O autor faz crítica à atuação política dos governantes em detrimento da atuação estatal representativa, diz ser um desafio:

[...] Equilibrar tempo de Estado e governos (governantes) é fundamental para a real efetivação das políticas públicas que tragam (para o Estado) a emergência e demandas dos diversos grupos sociais (por meio dos planos de governo) e que consigam respondê-las, mesmo que para isso seja necessária uma atuação de longo prazo, para além dos mandatos. [...] Por isso no Brasil raros são os casos de políticas estatais que sobrevivem aos governos. (SOTERO, 2008:99-100).

É sob essa ótica que as políticas públicas na área de saúde possuem importante papel, porque “implica uma abordagem mais complexa impondo a reformulação de conceitos e práticas, tanto na área da saúde quanto do Estado e o seu papel frente à sociedade.” (VERDI e CAPONI, 2005:87).

Não há como garantir o direito humano à saúde previsto no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, e nos arts. 6º e 196 da CRFB/88, sem garantir também os demais direitos humanos fundamentais ali incluídos (alimentação, vestuário, habitação, educação, trabalho, lazer, segurança, previdência social). Esses direitos estão imbricados, completam-se.

Por isso, a abordagem mais ampla e a reformulação de conceitos e práticas são arcabouços que requerem relações entre saberes e ações, sob a forma de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Esse novo olhar sobre a saúde, e essa nova forma de fazer saúde é o campo da promoção da saúde, objeto de estudo no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

DIREITO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Conforme as explanações do capítulo I, o direito e a saúde, ao longo do processo histórico e social da humanidade, passaram por transformações oriundas da dinâmica das relações sociais para a condução e ordenação das vivências e experiências. Assim, criaram-se novos direitos para proteger o ser humano e seus valores em suas relações nos espaços sociais público ou privado. Também foram criadas novas perspectivas sobre a vida e os fatores a ela inerentes.

Esse movimento de transformação e criação envolve os diversos aspectos da vida em sociedade, mas não de forma estanque. O direito à saúde inclui e está incluído em outros direitos e necessidades individuais e coletivos, tais como a vida em si, as liberdades, a paz e o bem estar.

Assim, é nesse processo social que a saúde e o direito dirigem-se para um mesmo ponto, uma convergência onde se encontram através de um aspecto fundamental do ser humano: a sua dignidade, que lhe é inerente e anterior a qualquer condição. Portanto, designa o ser da pessoa e também a sua humanidade. É o princípio da dignidade da pessoa humana que funda a saúde como direito, e que será o marco para todas as atuações relacionadas a esta.

Doravante, nesse diapasão, compreende-se que a dignidade apresenta-se na Promoção da Saúde (PS), pois é o cerne que justifica a necessidade de uma nova dinâmica para se pensar e praticar a saúde em seu sentido amplo, para além das considerações biológicas do e no próprio corpo humano. Em consequência dessa amplitude do sentido da saúde, a abrangência será também uma característica da PS, porque dialoga de forma sistêmica com os demais eixos componentes das abordagens e dimensões do cuidado e das práticas em saúde.

Nessa compreensão, para a construção desse capítulo segue-se as considerações de Tavares (2002:172), para que se busque o debate e o entendimento das relações entre saúde e seus determinantes mais gerais, de forma a “entender a vida e a saúde como uma questão de direito, o que implica numa parceria permanente entre escolhas individuais e coletivas e sua vinculação a políticas mais saudáveis.”.

Outrossim, em consonância com as explicações apresentadas no capítulo I, a abordagem dos direitos humanos apresenta-se também na PS pela influência dos Relatórios do Desenvolvimento Humano (RDH), resultantes do PNUD realizado pela ONU. A partir dos anos 1990 a ONU colocou a defesa dos direitos humanos como parâmetro para prescrever ações de combate a pobreza, aos autoritarismos e as exclusões de diversas naturezas,

embasados nos estudos de Amartya Sen. No âmbito de todas as políticas da ONU foi incluída a temática dos direitos humanos, para a construção das agendas de prescrições que visam unir direitos humanos, desenvolvimento, democracia, liberdades e combate à pobreza.

2.1 O Direito e a Promoção da Saúde

A PS surgiu como uma proposta mundial, através das tratativas e ideias da OMS para propor uma nova saúde pública, como um novo paradigma em resposta às necessidades da saúde, para além das concepções e modelos biomédicos tradicionais. É uma nova concepção que contribui “para a formulação e implementação de políticas públicas que valorizem, cada vez mais, a qualidade de vida das populações.” (BRASIL, 2002:5; CZERESNIA, 2009:11).

Fundamentada em documentos gerados em acontecimentos realizados em vários países—entre os quais o Relatório Lalonde em 1974 no Canadá, e as propostas da Conferência de Alma Ata em 1978 na antiga União Soviética – a PS corporificou-se em 1986 no Canadá com a promulgação da Carta de Ottawa. Nesse documento foi pela primeira vez assim designada como promoção da saúde.

Sua inserção no campo da saúde trouxe revitalização ao definir as condições fundamentais para a saúde: paz, moradia, educação, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. (TAVARES et al, 2010:333). Essa incorporação amplia a apropriação da interdisciplinaridade em seu processo cotidiano, e traz a compreensão de que a saúde é questão social e não apenas técnica, por isso relacionada com a forma de sociedade e de Estado. (RABELLO, 2010:21).

Segundo a Carta de Ottawa, **saúde é criação e vivência resultante dos cuidados** que as pessoas se dispensam a si mesmas e aos demais, **da capacidade de assegurar** que a sociedade em que se vive ofereça **a todos** os seus membros **a possibilidade de gozar de bom estado de saúde**. (BRASIL, 2002:6). (grifos nossos).

Observa-se que esse conceito enfatiza a necessidade de uma responsabilidade individual e conjunta para a defesa de direitos, e cumprimento de deveres em prol da própria saúde e da de outrem. Nesse sentido, as pessoas, a sociedade e o Estado precisam ter capacidades para atuar nesse processo de co-responsabilidade de cuidar da saúde e da qualidade de vida. A participação da comunidade se dá através do papel duplo, porque também estará a pressionar a ação do poder público.

Todavia, o conceito de PS, assim como o conceito de saúde, não é um ponto pacífico entre os estudiosos. A noção conceitual passou por elementos: de proposta articulada de

saberes e recursos; de reação à medicalização; de nível de atenção preventiva; de componentes de inclusão e democracia pela valorização do conhecimento popular e da participação social e de movimentos sociais (ecologistas, ambientalistas e feministas). As diversas conceituações vão desde aquelas mais restritas que focam na transformação comportamental dos indivíduos, até as mais amplas e atuais que consideram o papel de determinantes gerais externos ao controle dos indivíduos. (BUSS, 2009:21). O conceito modificou-se até a sistematização mais aceita universalmente na Carta de Ottawa. (TAVARES *et al*, 2010:333; SILVA e HELLER, 2016:1862).

Nessa Carta a PS é definida como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (BRASIL, 2002:7;19).

Consoante leciona Buss (2009:21), o significado atual de PS representa um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. Ao focar esse trinômio, a PS salienta o papel protagonista dos determinantes sociais tanto no surgimento, evolução clínica e desfecho das doenças, até nas diferentes formas de intervenção. O processo saúde-doença-cuidado envolve elementos biológicos, comportamentais, culturais, econômicos, políticos, sociais e ambientais. (SILVA e HELLER, 2016:1862).

É através das suas bases democráticas e inclusivas que a PS e o direito se aproximam: pelo amplo conceito de saúde que adota; e, pelo seu próprio conceito que incorpora o cuidado e elementos diversificados e plurais para o combate e enfrentamento dos problemas de saúde. Enfrentá-los como problemas de ordem social, econômica e política, como problemas relacionados aos direitos fundamentais para o ser humano.

Conforme explica Tavares *et al* (2010:334), a PS “converteu-se num conceito unificador para todos aqueles que admitem que, para poder fomentar a saúde, é necessário mudar tanto as condições de vida como a forma de viver”. Compreende-se que o termo fomentar aqui empregado traz consigo a noção de apoio e estímulo, através da adoção de meios e cuidados necessários, para desenvolver e conquistar resultados positivos no campo da saúde.

Logo, a PS coloca no ápice da saúde como direito a dignidade da pessoa humana. Coloca o enfoque da saúde dentro das concepções de defesa dos direitos humanos, pois: ao eleger aspectos de diversidade de saberes, práticas e culturas adota o combate às discriminações; ao envolver a participação popular adota tomar decisões e influenciar em processos comunitários e políticos de forma democrática, com cidadania; e ao reforçar a atuação estatal como uma responsabilidade mais ampla e integral adota a concepção do

Estado Democrático de Direito, e os valores justiça social, paz, equidade e solidariedade social. A adoção desses meios e cuidados de defesa dos direitos humanos via saúde, visam a realização de direitos para o desenvolvimento do ser humano, em seus aspectos positivos de bem estar e liberdades.

Sobre essa confluência entre o direito e a promoção da saúde, é oportuno destacar os aspectos de fortalecimento trazidos pela abordagem dos direitos humanos, segundo os enunciados de Gruskin e Tarantola (2012:23):

O trabalho em saúde, quando articulado com os direitos humanos, aponta os grupos populacionais que estão em desvantagem, assim como demonstra se a existência de uma diferença em um desfecho em saúde resulta de uma injustiça. Atualmente, os direitos humanos são concebidos de modo a oferecer uma estrutura para ação e planejamento, assim como para oferecer argumentos fortes e convincentes de responsabilidade governamental – não só instituir serviços de saúde, como também transformar as condições que criam, exacerbam e perpetuam pobreza, marginalização e discriminação.

A confluência entre o direito e a promoção da saúde, através do referencial e princípios dos direitos humanos está presente em toda a sistematização da PS.

A PS estabelece-se sobre cinco campos de ação, assim enunciados por Tavares *et al* (2010:333):

- Políticas públicas orientadas pelos princípios do direito à saúde e a qualidade de vida (intersetorialidade);
- Ambientes saudáveis (sustentabilidade e preservação do meio ambiente);
- Ações comunitárias (empoderamento e participação);
- Atuação sobre estilos de vida (considerando os componentes estruturais desses comportamentos ou hábitos);
- Reorientação dos serviços de saúde (desafiando programas e práticas tradicionais no campo da saúde pública).

Para atuar nesses campos a PS utiliza as seguintes estratégias:

- **Advocacy (defesa da causa da saúde)** recurso proativo coletivo em defesa da condição plena da saúde como parte da reflexão crítica dos agentes sociais, que gera uma resposta social frente às necessidades sociais de saúde em um determinado território, guardando sua identidade cultural;
- **Mediação** é um facilitador do processo de mudança, parte fundamental do processo de conciliação e negociação entre os diversos setores envolvidos como forma de proteção;
- **Capacitação** traduz-se na mobilização de competências contribuindo para o *empowerment* mediante parcerias e atenção à provisão do acesso à informação sobre saúde, da facilitação do desenvolvimento de habilidades e participação nos processos de articulação social. (TAVARES, 2017:16).

Com prioridade para ações em:

- Promoção de responsabilidade social para a saúde;
- Aumento nos investimentos para o desenvolvimento da saúde;
- Expansão das parcerias para o desenvolvimento da Promoção da Saúde;
- Incremento na capacidade comunitária e no *empowerment* individual;
- Desenvolvimento de infraestrutura segura no contexto da Promoção da Saúde. (TAVARES, 2017:17).

Quanto aos objetivos e propósitos, citam o resumo apresentado por Nutbean e Blakey (1996):

implica trabalhar ‘com’ as pessoas, não ‘para’ as pessoas; começa e acaba na comunidade local; está encaminhada até os determinantes da saúde, tanto os imediatos quanto os subjacentes; interessa-se tanto pelo indivíduo como pelo meio ambiente; enfatiza as dimensões positivas da saúde; e afeta (e devera envolver), portanto, todos os setores da sociedade e o meio ambiente. (Tavares *et al*, 2010:334).

A OMS, caracteriza como iniciativas de PS os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios:

- a) concepção holística: determina que as iniciativas de PS fomentem a saúde física, mental, social e espiritual e pressupõe a compreensão ampliada de saúde assumida pela OMS;
- b) intersectorialidade: as ações e políticas dirigidas aos determinantes da saúde requerem a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc.;
- c) empoderamento: entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde;
- d) participação social: envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas;
- e) equidade: consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar. Para alcançar a equidade é preciso reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, priorizem grupos desprivilegiados e vulneráveis, e revertam as desigualdades sociais instaladas;
- f) ações multi-estratégicas: pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação;

g) sustentabilidade: remete a um duplo significado. Primeiro, criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável; e, segundo, garantir um processo de continuidade das políticas, tendo em vista que se tratam de iniciativas de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos com impacto a médio e longo prazo, para garantir equidade e articular as relações entre o global e o local. (WHO, 1998:30-43). (tradução livre).

Como política mundial voltada para o desenvolvimento humano, a PS dá ênfase à saúde como direito humano fundamental e imprescindível à realização das potencialidades humanas. Para concretizar seus objetivos, a PS busca defender a saúde, em especial pelo combate aos fatores injustos e evitáveis que causam as desigualdades em saúde.

Nesse sentido como defesa de direitos sociais mínimos e essenciais à dignidade da pessoa humana, visando valores como a equidade, solidariedade, democracia, cidadania e justiça social. Mediante políticas públicas assim elaboradas, a PS propõe mudanças estruturantes nos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado dos grupos populacionais que estão em desvantagem.

2.2 Determinantes sociais em saúde

Hodiernamente, os determinantes sociais em saúde constituem o principal fulcro da PS como princípio e como prática. De início a Carta de Ottawa trouxe a compreensão inicial sobre os determinantes sociais em saúde, referidos como pré-requisitos básicos para a saúde:

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos. (BRASIL, 2002:20).

O modelo da CSDH destaca: as esferas de produção e da reprodução material e simbólica da sociedade, o modo de vida dos grupos sociais, o processo de trabalho, a estrutura de classes, as práticas cotidianas e a construção cultural como determinantes das configurações de risco que se acoplam ao perfil de saúde-doença-cuidado no âmbito populacional, visando a facilitar a identificação de possíveis áreas de intervenção para as políticas sociais que busquem a redução das desigualdades.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS, 2008), define que determinantes da saúde são “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.”.

Em relação ao modelo de estudo sobre os DSS, a CNDSS considera que há diversos modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. A CNDSS resolveu adotar o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), que serve de base para orientar a organização de suas atividades e os conteúdos do presente relatório. A escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS. (Idem, p. 13).

A explicação do modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1), inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes:

- a) os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde;
- b) na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros;
- c) a camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social;
- d) no próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde; e,
- e) no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. (Idem, p. 13-14).

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: extraído do Relatório Final da CNDSS (2008), p.14.

2.3 Desigualdades sociais

De início, cabe esclarecer o significado de desigualdades, para estabelecer um caminho mais coerente com as noções até aqui destacadas e adotadas em relação aos temas e suas conexões.

O termo é utilizado sob muitas perspectivas, inclusive como sinônimo de diferenças, iniquidades etc. Contudo, para contornar as dificuldades conceituais, de sinonímias e de delimitação que acontecem em abordagens relacionadas tanto em direito quanto em saúde, busca-se estabelecer a elucidação. Pois, de acordo com Barata (2009:11):

Quando falamos em igualdade ou desigualdade, estamos comparando situações, sem necessariamente, atribuímos um juízo de valor àquilo que é igual ou desigual. Felizmente, os indivíduos e os grupos sociais reúnem grandes diferenças e variabilidade com relação a muitas características, fato que torna a vida tão interessante.

Nesse desiderato, a autora propõe a seguinte definição de desigualdade, denotando-a sob o aspecto da construção social, e ligando-a para a importância e implicação no âmbito da saúde:

Mas, quando falamos em **desigualdade social** geralmente estamos nos referindo a **situações que implicam algum grau de injustiça**, isto é, diferenças que são injustas **porque estão associadas a características sociais que sistematicamente**

colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio. (*Idem*, p. 12).

Relevantes são as considerações que a autora faz, trazendo o tema para a alçada do direito, pois que “A discussão em torno das desigualdades sociais em saúde colocou a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo. Diferentes populações atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito humano fundamental.”. Nesse aspecto aponta dois posicionamentos: o da maioria dos dirigentes de países europeus, que concedem importância à redução das desigualdades sociais em saúde, considerando que os sistemas nacionais de saúde e outras políticas sociais devem ter como principal objetivo o alcance da equidade; e o do governo norte-americano, que não considera que esta seja uma questão relevante para o Estado, porque o direito à saúde é intrinsecamente relacionado com as capacidades individuais, estilos de comportamento e possibilidade de pagar pelos serviços apropriados. (*Idem ibidem*).

A autora salienta que a posição do Brasil refere-se à primeira, pois ao aprovar o capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, decidiu que a saúde é um direito de todos e que deve ser garantido mediante ações de política pública. Além disso, adotou a definição da saúde pelo conceito amplo, “que inclui os seus principais determinantes e apontou em linhas gerais os princípios que o sistema nacional de saúde deveria ter: universalidade, integralidade e equidade.”. (*Idem ibidem*).

A metodologia de estudo adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006:s.n.p.) indica que a questão da desigualdade em saúde no Brasil é delineada mediante o aspecto regional, étnico, de gênero e econômico. Considera os marcadores sociais de diferenças.

Na explicação de Pelucio (2011:79), marcadores sociais de diferenças são tramas discursivas que constituem o sujeito social e culturalmente (gênero, raça, religião, nacionalidade, sexualidade, geração, classe etc.). Mas é importante que não sejam consideradas apenas como variáveis independentes, pois elas se enfeixam de maneira que o eixo de diferenciação constitui o outro ao mesmo tempo em que é constituído pelos demais. Nesse sentido, constituem-se em interseccionalidades. Tema importante para as formas de discriminação múltiplas e cruzadas.

Para Brah (2006:331-32), os marcadores são importantes para compreender a dinâmica de poder da diferenciação social. Porque por um lado os marcadores podem produzir ou reproduzir desigualdades sociais. E por outro, podem, produzir ou reproduzir maneiras democráticas de representação de uma identidade.

No sentido de construção de desigualdades sociais e hierarquias entre as pessoas, segundo Venturi (2012:95): os marcadores sociais de diferenças são componentes determinantes em nossa sociedade para a sustentação de preconceitos, atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios que permeiam as relações sociais, tanto na esfera pública como na privada.

A partir das considerações da ONU sobre desenvolvimento, as desigualdades sociais passaram a ser combatidas com ênfase na pobreza. Conforme a explicação de Sen (2008:10), as questões do desenvolvimento devem estar relacionadas diretamente com a superação das privações de diversas ordens: “O desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdades que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente”. O autor considera que a pobreza é a maior forma de privação de liberdades das pessoas, ao referir-se que:

[...] é necessário que as liberdades substantivas sejam garantidas, sem privações. A todos devem ser estendidos serviços como educação, saúde, moradia, alimentação, emprego, direitos civis, [...]

[...] a ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a **pobreza econômica, que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis**, a oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso à água tratada ou saneamento básico. Em outros casos, **a privação de liberdades vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social, como, por exemplo, a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação [...].** (*Idem*, p.18).

Portanto, o combate às desigualdades sociais tem como foco a possibilidade de as pessoas (individual e coletivamente) viverem sem privações dos recursos que são fundamentais. A possibilidade de realizar escolhas concretas, visando a efetivar melhorias nas condições de vida, de terem oportunidades para desfrutarem dos direitos sociais, que são postos como elementos para o atendimento do desenvolvimento humano. Aos estudos e políticas de combate às desigualdades sociais são incorporadas, então, discussões e propostas de assuntos relacionados a qualidade de vida, bem estar, democracia e justiça social.

Nesse entendimento, tais condições e oportunidades são cruciais para diferenciar entre o desenvolvimento pautado em aspectos econômicos, e o desenvolvimento pautado em aspectos sociais (o desenvolvimento humano), em relação ao combate à pobreza:

É perfeitamente possível imaginar casos — e temos vários exemplos históricos — de países que obtiveram crescimento econômico, mas com pouco desenvolvimento, com crescimento econômico muito concentrador e enorme reforço das estruturas vigentes. Mas, seja como for, há aí certamente uma associação de idéias e, pode-se dizer, para resumir uma longuíssima discussão acadêmica, que o crescimento é condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento pleno propriamente dito (Kugelmas, 2007:3).

A pobreza é uma das desigualdades sociais. Mas por ser a que mais afeta e é afetada pelas demais desigualdades sociais de forma multidimensional, é a mais cruel, perversa e injusta, pelo grau de privações que deriva:

O pobre seria aquele que, de forma direta, **carrega sobre si o peso dos processos de desigualdade**, desde a privação de **recursos básicos** até mesmo a processos que os remetem a **situações preconceituosas e estigmatizantes**. O pobre **não é somente privado economicamente**, ele sofre **também outras limitações** que, por vezes perpassa a conceituação habitual do seu termo. Sendo assim, o uso da palavra pobreza pode nos levar a diferentes reflexões. (BEDIN, 2006:225; CASTEL, 2006:66). (grifos nossos).

Na análise realizada por Bajoit (2006:100-101), muitos fatores podem ser encontrados para descrever a pobreza, e esses fatores muitas vezes coexistem, uma vez que o pobre é tudo (marginal, explorado, dependente e desafiliado). A pobreza abrange vários rostos e dimensões:

O pobre, sem dúvida, é tudo isso ao mesmo tempo: um marginal, um explorado, uma pessoa dependente e um desafiliado. O problema, evidentemente, é que cada uma dessas leituras tomadas separadamente reduz o pobre a uma única dimensão, simplifica o problema de uma forma excessiva (como a foto reduz o personagem fotografado a um objeto plano, revelando dele uma parte do que ele é, mas escondendo todos os demais aspectos de sua realidade).

Ainda, segundo Bajoit (2006:94-6), pode-se destacar duas concepções da política social no olhar sobre a pobreza. Na primeira, o pobre estaria posto como principal responsável pela sua condição, cabendo a ele buscar os seus meios, com o auxílio de pessoal especializado para resolver os seus problemas. Na segunda concepção da política social, a pobreza é caracterizada como fruto do funcionamento do sistema, de caráter estrutural, “este comporta relações de dominação social que geram desigualdades, desemprego, exclusão, desafiliação” (p. 94). Para que o problema da pobreza possa ser superado, faz-se necessário que a sociedade busque se adaptar às necessidades dos pobres. Somente assim eles poderão um dia alcançar o sucesso, vencendo os obstáculos impostos pela privação, pela pobreza.

As implicações das desigualdades sociais sob a perspectiva da PS são muitas, principalmente porque demonstra uma contradição. Por um lado os avanços na saúde coletiva e na medicina contemporânea, e as melhorias das condições sociais e econômicas proporcionaram boas condições de saúde, qualidade e aumento da esperança de vida. Por outro, esses mesmos avanços e melhorias, devido às dificuldades de acesso e distribuição, aprofundaram ainda mais as desigualdades nas condições de vida e saúde entre grupos sociais.

Esse quadro agrava a situação de vulnerabilidade dos grupos mais pobres e excluídos socialmente, especialmente porque aumentado a vulnerabilidade programática ao submetê-los às condições desiguais de tratamento, expondo-os a mais exclusões e injustiças. Assim, um contexto de iniquidades em saúde.

Segundo a explicação de Barata (2009:55):

As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição dos determinantes sociais da saúde na sociedade, remetendo, portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade.

Dentre os modelos de determinantes sociais do processo saúde-doença, o proposto pela Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da Organização Mundial da Saúde (CSDH), sobressai-se pela abordagem mais complexa dos distintos níveis de organização da vida social que representa. (BARATA, 2009:99).

2.4 Vulnerabilidade

O ser humano possui diversidades e pluralidades (oriundas das mais variadas condições étnicas e sociais), que se apresentam ou se expressam no corpo, na mente, em etapas da vida, em escolhas, em ideologias etc. Juntas ou separadas, são complexidades que exigem da atuação estatal um novo comportamento capaz de compreender a real dimensão das diversidades existentes, sem deixar de lado o cotidiano social e político.

Nesse contexto de diversidade e desigualdade surge também a temática da vulnerabilidade, que ganha importância e visibilidade na definição de políticas públicas em muitas áreas: da saúde; da educação; para crianças, adolescentes e idosos; para o meio ambiente; para as comunicações cibernéticas, para a defesa civil; para a defesa dos direitos etc.

Conforme enuncia Porto (2011:53):

O conceito de vulnerabilidade, ao ser abordado por especialistas dos vários “mundos” fenomênicos, ainda que com diferentes perspectivas, pode ser considerado estratégico para o desenvolvimento de análises integradas de problemas de natureza complexa que reúnem diferentes dimensões – sociais, econômicas, ambientais, culturais ou de saúde. Abordagens integradas e trans- /interdisciplinares com esta perspectiva têm sido influenciadas em especial pela economia política, as ciências sociais e a ecologia em torno de problemas ambientais, de saúde ou os desastres.

Na perspectiva do direito como campo de saber e de prática, a problemática em relação à saúde remete aos temas da autonomia e da vulnerabilidade, pois implicam em duas condições importantes para as pessoas em suas relações intersubjetivas e com o Estado: a liberdade de decisão e as desigualdades sociais. Sob esses aspectos toma-se a primeira parte da abordagem sobre vulnerabilidade.

O termo, autonomia, é mais conhecido no campo do Direito Civil (mais comumente a expressão autonomia da vontade). Mas também aparece no Direito Internacional, no Direito

Constitucional e na Teoria Geral do Direito. Dentre esses campos, as definições presentes no Direito Civil e na Teoria Geral do Direito são as mais adequadas à problemática em estudo sobre o direito à saúde.

Nesse diapasão, a dicção conceitual de Acquaviva (2006:135), encaixa-se para revelar esse alcance do termo:

Tal expressão apresenta dois sentidos: significa, desde logo, a manifestação livre e consciente de pessoa juridicamente capaz, denominando, também, o princípio de direito privado pelo qual todos podem agir conforme seus interesses, desde que não conflitantes com a ordem jurídica. Portanto, a manifestação da vontade é relativamente livre em sua exteriorização, já que deve curvar-se perante o interesse público.

Do exposto, entende-se que a autonomia expressa independência em relação aos interesses particulares. Contudo, a autonomia não é absoluta, pois é limitada pelo interesse público.

Na área de saúde a autonomia da vontade origina direitos, como o de livre escolha e o de livre disposição do próprio corpo. Relaciona-se ao princípio da liberdade. Sobre esse tema, Aith (2004:56), leciona que:

Serve o Estado Democrático de Direito como instrumento viabilizador da realização dos direitos humanos, voltado à proteção e promoção da liberdade, da igualdade e da fraternidade. **A liberdade expressa-se**, no Estado de Direito, **através da vontade dos indivíduos**, que tem como núcleo central a idéia **da autonomia**, demonstrando-se através **da submissão de todos os membros de uma determinada sociedade às regras que ela própria estabelece** e ao poder do governante que ela própria elege. As liberdades públicas, no sentido político de autogoverno, e as liberdades privadas, mecanismos de defesa existentes contra intervenções arbitrárias do governo, compõem o primeiro elemento da tríade de princípios axiológicos supremos que têm, no Estado de Direito, a sua proteção mais sólida. E esta proteção é dada através do conjunto de direitos individuais voltados à garantia da liberdade. (grifos nossos).

A autonomia da vontade em saúde é mais conhecida através da Bioética, por causa do desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. É exercido através do protocolo de consentimento e livre esclarecimento (das pesquisas clínicas; dos exames de alta complexidade com riscos à saúde com uso de contraste, moléculas radioativas ou exposição à radiação etc.).

Assim, remete ao entendimento da vulnerabilidade como a fragilidade de uma pessoa em relação a outra que detém poderes ou conhecimentos, susceptível a sofrer sem poder defender-se de antemão.

No direito à saúde não se pode falar em vulnerabilidade como uma hipossuficiência, porque em saúde as relações não são de mercado (consumeiristas).

Disso decorre que, um importante estudo no campo da saúde e direito, é fazer um paralelismo entre a autonomia e a vulnerabilidade. Tengan et al(2005:27), conceituam vulnerabilidade em saúde, e definem seu papel no direito à saúde:

[Na área da saúde vulnerabilidade é definida como] o estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida [...] [o papel do direito à saúde] implica em proteção aos grupos vulneráveis, devendo trata-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade. A vulnerabilidade é função de uma relação social, cultural, política e econômica desigual e, como consequência de uma relação de desigualdade, pode manifestar-se de modo individual ou coletivo, manifestar-se entre indivíduos, entre diferentes grupos, culturas ou etnias minoritárias em relação a um grupo mais amplo.

Do exposto, entende-se que a exclusão social, a falta de informação e a dificuldade de acesso à saúde podem conduzir o indivíduo a um estado de fragilidade, dificultando o pleno exercício da autonomia do sujeito em relação à saúde. A associação entre esses aspectos, por conseguinte, depende de alguns determinantes. Isto porque a autonomia é individual e reflete-se na liberdade de decisão, ao passo que a vulnerabilidade é reflexo de desigualdades e diferenças entre indivíduos ou grupos.

No dizer de Guimarães e Novaes (2005:s.n.p.):

O ser vulnerável é alguém que "possui uma cidadania frágil que ignora a relevância do direito à integridade física como condição de acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos e trabalhistas"(N. Cardia). Dito assim, o que parece a primeira condição para que um ser vulnerável perca tal situação é o investimento do Estado naquilo que constrói e constitui a cidadania, naqueles atributos que transformam o indivíduo em cidadão, que transformam o "animal laborans" em homem político. Esta transformação é, no dizer de Hannah Arendt, um pressuposto da democracia pois permite ao "animal laborans" ir do reino da necessidade para o reino da liberdade.

Explicados como princípios básicos para o respeito à dignidade da pessoa humana, a partir da ideia da existência de fatores de desigualdade que reduzem a autonomia gerando a vulnerabilidade, determinam seu papel no direito à saúde para afirmar a autodeterminação em busca da cidadania e condição democrática.

Através da interpretação jurídica aqui exposta, pode-se considerar que a vulnerabilidade em saúde faz com que o indivíduo seja frágil perante a ação estatal, em relação ao exercício do direito à saúde. Essa fragilidade por si só gera situação de possíveis violações do direito à saúde do indivíduo ou de grupos populacionais.

Nessa segunda abordagem sobre o tema, reporta-se aos trabalhos de estudiosos da saúde. O propósito é apresentar as discussões sobre as potencialidades e os limites do conceito de vulnerabilidade, e sua relação com questões mais amplas e complexas da saúde.

Segundo explicações de Paim e Almeida-Filho (2014:37-38), diante das limitações do conceito de risco para explicar os problemas de saúde, o conceito de vulnerabilidade em sido

adotado. Pois enquanto aquele está relacionado a indicadores de problemas ou medidas de necessidades de saúde, este representa uma síntese conceitual e prática sobre as diferentes susceptibilidades de indivíduos ou grupos a agravos de saúde, portanto das demandas de saúde. Além disso, pelo correlato fator de risco para designar atributo de um grupo que apresenta maior incidência de uma doença, o conceito remetia ao preconceito contra os grupos e comportamentos de risco durante o aparecimento da AIDS.

Então, no campo da saúde pública, a temática sobre vulnerabilidade ganhou importância e visibilidade a partir da década de 1990 com os estudos sobre a AIDS, quando o conceito evoluiu. Assim como em outros campos, o termo vulnerabilidade vem sendo utilizado na saúde não apenas restrito a dimensão biológica, mas como estratégia conceitual e metodológica para analisar diversos processos saúde- doença. Desta forma busca incorporar elementos sociais, econômicos e culturais para analisar certos problemas complexos de saúde, como a AIDS, a saúde mental, o uso de drogas, as doenças cardiovasculares, as causas externas/violência e temas de saúde ambiental, sendo que seu aprofundamento conceitual vem se dando principalmente nos estudos sobre AIDS e saúde mental, cujas abordagens buscam incorporar a dimensão do sujeito e da autonomia (Porto, 2007).

Conforme explica Ayres *et al* (2003:117), a vulnerabilidade relacionada ao campo da saúde e ao paradigma biomédico representa uma zona de interface entre o mundo biológico da vida e o especificamente humano, pois adiciona questões éticas e culturais que trazem uma nova dimensão na apreensão da complexidade.

Em Ayres (1997:2-4), vulnerabilidade foi descrita como:

um processo, uma relação que **articula as condições** (individuais, político-institucionais e sociais) **que favorecem a suscetibilidade de sujeitos a agravos em saúde**. Desse modo, **a vulnerabilidade é socialmente produzida** em decorrência de uma **proteção desigual a grupos de pessoas**.

Posteriormente, o conceito é descrito como sendo:

o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção.

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo re-conhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional, os quais remetem às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (Ayres *et al*, 2003:123).

A vulnerabilidade é, então, classificada com base em três dimensões analíticas definidas como:

- a) individual: são aspectos biológicos, comportamentais e afetivos, que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em saúde;

- b) social: contempla características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam esses aspectos; e,
- c) programática: considera o modo e o sentido em que políticas, programas, serviços e ações já operantes nestes contextos, entre outras, interferem em determinada situação. (AYRES, 2009:14-7).

Esse autor explica que a definição de contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade, articulada com a de contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades, constituem um dos mais decisivos desafios para a prevenção e para a promoção da saúde. Que a indigitada classificação das vulnerabilidades aponta possibilidades de atuação para a redução das mesmas. (AYRES, 2002:11-24).

Em estudo posterior Ayres e Meyer et al (2006:1340), explicam que esses três componentes articulados entre si priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Nesse sentido, essa abordagem é indissociável de uma “atitude compreensiva” de conhecer, com a qual se assume que as “partes” com as quais lidamos em nossos cotidianos profissionais fazem sentido dentro de um todo que as torna apreensíveis e, em certa medida decodificáveis, para funcionarem como eixos articuladores de práticas educativo-assistenciais em saúde.

Posteriormente, esses três componentes da vulnerabilidade são explicados por Ayres *et al* (2014:14), à luz dos direitos humanos: a vulnerabilidade individual refere-se ao quanto as pessoas são reconhecidas como sujeitos de direitos; a vulnerabilidade social relaciona-se à análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania; e a vulnerabilidade programática que requer uma análise de quanto e como os governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde mais amplamente.

O conceito de vulnerabilidade ajuda a compreender a relação entre discriminação social e o processo saúde-doença-cuidado, através do bem estar e justiça social que são ligados aos direitos humanos. Analisar as discriminações a que algumas pessoas ou grupos estão sujeitos implica apreender distinções, exclusões ou restrições que tenham como objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício de direitos humanos. As discriminações que as pessoas sofrem aumentam suas vulnerabilidades (individuais, sociais e programáticas) a determinados eventos de saúde, fazendo com que passem a ter piores perfis de saúde, doença, sofrimento e morte, reduzindo o seu bem estar ao longo das diferentes fases da vida (OGUISSO & FREITAS, 2014:37-40).

Portanto, o próprio conceito de vulnerabilidade se complexifica e se humaniza ao lidarmos com o tema da saúde, ao considerar vulneráveis não apenas as pessoas com predisposições orgânicas, pertencentes a extratos socioeconômicos ou a certas faixas etárias. Mas também o contexto e os processos de vulnerabilização frente aos recursos e modos de vida que viabilizam ou restringem ciclos de vida virtuosos das pessoas e comunidades. (PORTO, 2011:43; MENDES, 2010:447-65). Os autores chamam a atenção para o que se considera como pessoa vulnerável, e para os processos de vulnerabilização. Ou seja, os processos que fragilizam, debilitam a vida das pessoas.

Em relação à incorporação do sentido humano no conceito de vulnerabilidade, Porto (2011:43) considera que isso traz alternativas de reorientar o curso dos acontecimentos, os graus de autonomia e liberdade, traz à tona uma questão ética e política fundamental para a sustentabilidade e a democracia: “quais os riscos evitáveis que se propagam no processo de desenvolvimento de certo território, e quais os grupos que se encontram mais expostos e vulneráveis.”.

Esse autor infere que desse modo, a relação desta temática incorpora a justiça, o que permite colocar em discussão quais os riscos e situações perigosas moralmente inaceitáveis por serem evitáveis, mas que acabam sendo impostos aos grupos socialmente mais vulneráveis e discriminados. A noção de justiça também estimula o desenvolvimento de ações conjuntas e solidárias entre as várias pessoas e organizações da sociedade voltadas a transformar a realidade, reconhecendo-se o papel dos conflitos e da atuação dos grupos vulnerabilizados (organizações e movimentos sociais) enquanto sujeitos coletivos ativos no processo de transformação. (*Idem*, 2011:55).

O tema da vulnerabilidade também é incorporado nas discussões dos determinantes sociais nos processos saúde-doença. A vulnerabilidade é um conceito intimamente relacionado à PS por meio dos determinantes sociais em saúde. Tais conceitos aparecem na Carta de Ottawa (1986), em decorrência do amplo conceito de saúde que a Carta adota.

2.5 Integralidade e intersetorialidade

É imprescindível também anotar que no âmbito da PS, a organização e o cuidado em saúde é considerado segundo o princípio da integralidade. Nesse aspecto, integralidade é uma ação com significados e sentidos dirigidos à saúde como um direito. Ação “entre-relações” de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e

instituições, para compreender a pluralidade dos vários saberes para repensar os aspectos do processo saúde-doença. (PINHEIRO E GUIZARD, 2004:17-24).

Sob essa perspectiva da integralidade consolida-se o trinômio da PS na relação do processo saúde-doença-cuidado. Uma vez que para esse desenvolvimento, o “estabelecimento de parcerias intersetoriais e a articulação dos aspectos preventivos, promocionais e curativos – tão ausentes no modelo assistencial hegemônico”, configuram-se como eixos centrais. (TAVARES, 2002:159).

O cuidado e a prática realizados em PS devem se coadunar como ação integral com significados e sentidos dirigidos à saúde como um direito, porque envolve concepções amplas de espaço e atores nas relações que acontecem, e em suas mediações. É o que também se depreende dos disseres de Louzada *et al* (2007:37-52), ao explicar que as ações devem contemplar uma noção de cuidado apreendida como o encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações de saúde, capaz de produzir relações de acolhimento, vínculo, respeito e dignidade.

Em referência às limitações do modelo biomédico predominante na organização dos serviços de saúde, Tavares (2002:160-61), considera que uma das causas da baixa resolutividade desse modelo na atenção às morbidades é o “pouco desenvolvimento de mecanismos intersetoriais de cooperação, que tenham impacto nas precárias condições de infra-estrutura de serviços (água potável, esgotamento sanitário, tratamento do lixo, entre outros).

Portanto, a autora aponta o desafio às competências e habilidades, e defende a conjugação de ações ao inferir que:

Assim, um desafio que se faz urgente é a reorientação dos serviços de forma a superar a visão centrada na clínica como único meio de enfrentamento dos problemas traduzidos pelas queixas/necessidades que constituem a demanda dos serviços de atenção básica. Essas respostas exigem a conjugação de ações intersetoriais na direção da promoção da saúde. (*Idem*, p. 162).

A integralidade compõe a proposição de cuidado e humanização das novas confluências de reorganização das práticas e ações, como um novo modelo em saúde. Isso ocorre em razão da ênfase da PS nos determinantes sociais em saúde, porque tal ênfase está na necessidade de adotar políticas e ações como propostas de intervenção multiestratégicas e intersetoriais.

Por isso, em seus relatos de uma experiência sobre a construção de espaço de promoção da saúde, Tavares (2002:172) salienta que há questões envolvendo a saúde que:

[...] ressaltam a necessidade de um projeto formador que dê conta da saúde como expressão da qualidade de vida. Nesse sentido, saúde transcende e ultrapassa os

limites setoriais, depende de políticas macro e microeconômicas e sociais, e envolve relações comportamentais e ações institucionais e individuais.

2.6 A estratégia *Advocacy* em PS

Para atuar em seus cinco campos de ação, a PS utiliza as estratégias de *advocacy*, de mediação e de capacitação.

A estratégia de *Advocacy* consiste na utilização da linguagem dos direitos para promover mobilização social e institucional (para a atuação intersetorial no sentido da defesa do direito à saúde), com a finalidade, por um lado, que a sociedade defenda mudanças políticas, e por outro, que se efetive a intersetorialidade para enfrentamento da falta dos recursos sociais. É importante que os diferentes atores sociais se reúnam, com o objetivo comum de capacitar e auxiliar na organização da comunidade para que ela possa ser capaz de pressionar o governo por mudanças. Neste sentido, as normas nacionais e internacionais de direitos humanos são traduzidas de forma a se ajustarem às necessidades da comunidade. (GRUSKIN e TARANTOLA, 2012:28-30).

Por esta definição pode-se notar que essa estratégia não é advocacia tradicional, prestada por um profissional do Direito pertencente à Ordem dos Advogados. Isso é possível porque há direitos que se referem a importantes interesses, chamados difusos, que não pertencem a pessoas específicas, como acontece no Direito civil. São direitos mais amplos que os públicos, os quais podem ser de toda a humanidade, podendo até referir-se às gerações futuras. É difícil identificar com precisão os titulares dos interesses difusos e daí decorrem as dificuldades de defesa destes direitos e de viabilizar a tutela de seus interesses. Em tais casos, o *advocacy* é o procedimento eficaz para a proteção dos direitos difusos. O advogado, na *advocacy*, pode ser qualquer pessoa, não necessariamente um bacharel do Direito. (CANEL e CASTRO, 2008:78). Como a PS é necessariamente inclusiva e democrática, requer que os diferentes atores sociais participem ou estejam envolvidos no trabalho de *advocacy*.

Quando o interesse envolvido é o direito à saúde, então o *Advocacy* se baseia nos esforços organizados de indivíduos e de grupos, para influenciar governo, empresas, administração pública, de modo que esses órgãos se tornem mais sensíveis às necessidades dos cidadãos, mediante o estabelecimento de políticas públicas que garantam a justiça social e o acesso universal à saúde. Embora a saúde pública não seja estritamente um interesse difuso, ela depende de políticas sociais e econômicas, o *Advocacy*, considera também a defesa destes interesses. (Idem, p. 78-79).

Para explicar o contexto em que a estratégia *Advocacy* é de interesse para o direito como cuidado e prática de saúde, respalda-se nas práticas sociais, como forma de “**articulação de saberes** técnicos e populares e a **mobilização de recursos** institucionais e comunitários, públicos e privados, **para o enfrentamento e resolução de problemas de saúde e seus determinantes** (BUSS, 2000:167). (grifos nossos).

Dessa forma, como prática social, o direito como cuidado em relação à saúde requer envolvimento social, estatal e das áreas de conhecimento, em interação e integração, para intervir através de políticas, programas e ações. Vários atores sociais estão envolvidos (agentes públicos, comunidade, gestores, profissionais da área de saúde). Em interação e integração desses em relação à capacidade de gestão, organização e práticas dos conhecimentos e recursos de modo efetivo e em respeito às necessidades de saúde e bem estar das pessoas.

Para a União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES), o *Advocacy* constitui-se de ações de indivíduos ou de grupos organizados que procuram influir sobre autoridades e sobre particulares, para reivindicar direitos na área da saúde, principalmente em benefício de grupos sociais desfavorecidos ou oprimidos. (UIPES, 2000). Trata-se de defender o direito à saúde, mas sob a concepção de sua realização em contextos difíceis e com objetivos específicos, como é o caso das vulnerabilidades.

A UIPES considera que o *Advocacy* como estratégia é importante para a implementação dos princípios da promoção da saúde, por sua atuação em termos de reivindicação de direitos e de capacidade de exercer influência sobre políticas públicas. Cabe ao *Advocacy* tratar dos problemas relacionados à garantia do direito à saúde: “conquistar o apoio e o compromisso político de instâncias decisórias, a aceitação social, os espaços de discussão e de atuação em favor da saúde.” (UIPES, 2005).

Segundo destacam Canel e Castro (2008:83), na América Latina o *Advocacy* tem como objetivo lutar por melhores condições de vida e pela equidade, através do desenvolvimento de ações coletivas para obter direitos e combater as causas sociais da pobreza.

Para atuar na defesa das melhores condições de vida e de saúde para amplas camadas da população, o *Advocacy* foi discutido na VI Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde (Bangkok, 2005). A Carta de Bangkok enfatiza as estratégias para a PS num mundo globalizado, destacando-se o *Advocacy*:

- a) **advogar para a saúde**, com base em direitos humanos e em solidariedade;
- b) investir em **políticas sustentáveis**, ações e infra-estruturas para fomentar os determinantes da saúde;

- c) construir **capacitação para o desenvolvimento das políticas**, da liderança, da prática da PS, da transferência do conhecimento e da pesquisa, e da “alfabetização” em saúde;
- d) **produzir leis e regulamentos** que assegurem um alto nível de proteção contra danos e que proporcionem igualdade de oportunidade para a saúde e o bem-estar para todas as pessoas;
- e) **montar parcerias** entre organizações públicas, privadas, não governamentais e a sociedade civil, **para criar ações sustentáveis**. (UIPES/ORLA). (grifos nossos).

Como estratégia as ações do *Advocacy* são realizadas de várias formas (meios de comunicação, grupos de pressão política e outras), com o objetivo de: favorecer a conscientização, por parte dos diversos atores, sobre os determinantes da saúde, e interferir sobre a formulação e a implementação de políticas públicas. É uma estratégia importante para promover o empoderamento, por parte da população, em relação às questões de saúde, não só para fazer valer o que já está legitimado, como também para tornar legítimo tudo o que é identificado como necessidade de saúde, justiça e inclusão social. Na América Latina, o *Advocacy* tem como objetivo principal lutar por melhores condições de vida e pela equidade. Assim, desenvolve ações coletivas para obter direitos e combater as causas sociais da pobreza. (CANEL e CASTRO, 2008:83).

Esses autores salientam que as estratégias do *Advocacy* no Brasil podem ter grande impacto como democracia participativa, porque:

Dentro de um Estado de Direito, não se pode falar em participação popular, empoderamento e equidade, sem legitimização. A Advocacia em Saúde é um caminho eficaz para agilizar a legitimização dos princípios essenciais elencados nas Cartas e Declarações e pela OMS, uma vez que, ela trata de problemas específicos, dá sustentação ao que a própria Constituição de 1988 e as Diretrizes do SUS preconizam, quanto ao processo de participação popular na definição e implementação de Políticas Públicas, abrangendo os espaços operativo, institucional e jurídico. (*Idem*, p.84).

Enfatizam a importância do *Advocacy* para que a PS possa desenvolver o seu papel político e suas diretrizes, e dar continuidade e sustentabilidade às suas políticas e práticas, considerando os diversos contextos e os diversos atores envolvidos. A principal atividade do *Advocacy* consiste em incluir a Saúde e a PS na pauta dos outros setores sociais, tornar melhor definido o papel específico da própria área da Saúde na PS. (*Idem ibidem*).

Além da estratégia de *Advocacy*, a PS se estrutura com outras categorias de mecanismo de defesa do direito à saúde: a legislação, as políticas e os programas.

- a) O sistema legal, do instrumental dos direitos humanos para responsabilizar, juridicamente, o governo e os agentes privados e fazê-los cumprir as obrigações, presentes em tratados internacionais, que podem repercutir no bem-estar e em melhores

condições de saúde, não violar os direitos à saúde, respeitando-os, defendendo-os e protegendo as populações;

- b) o sistema de políticas públicas para a adoção das normas e padrões de direitos humanos pelos órgãos formuladores de políticas, nacionais e internacionais, para permitir que as estratégias elaboradas tenham como parâmetro referencial o dos direitos humanos;
- c) o sistema programático seria a implementação de direitos por meio de programas de saúde, tanto o desenho quanto a elaboração, o monitoramento e a avaliação dos programas incluir os princípios dos direitos humanos.

A comunidade participaria em todas as fases, de forma não discriminada, todas as ações devem ser transparentes, apontando os que são juridicamente responsáveis pelos resultados e pela não violação dos direitos. (GRUSKIN e TARANTOLA, 2012: 30-33).

2.7 Política Nacional de Promoção da Saúde

No Brasil, os temas e compromissos das Cartas de PS estão na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que apresenta o objetivo geral de:

promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (BRASIL, 2015:11;28).

A PNPS foi revisada em 2014, dando maior visibilidade às necessidades de articulação com outras políticas públicas para fortalecer populações específicas, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares:

Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais. (BRASIL, 2015:11).

Ao comentarem sobre o texto revisado da PNPS (2014), Tavares; Rocha *et al* (2016:1801) ressaltam que essa política “traz a compreensão clara de se manter em permanente diálogo com as demais políticas, com outros setores governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil”.

Ainda, consideram que reafirma a necessidade de promover processos para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores; e incentiva o aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas de modo a fortalecer o desenvolvimento humano sustentável. As autoras enfatizam que o novo texto da PNPS:

mantém a importância do diálogo intersetorial propondo que esta articulação deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando assim, todos os setores e fazendo que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas. (Idem ibidem, p. 1802).

A PNPS destaca como pontos importantes: a necessidade de articulação com outras políticas públicas; e a participação social e dos movimentos populares, para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. Esses pontos delineiam as bases conceituais, metodológicas, objetivos, justificativa e alcance do documento, visando: equidade, melhoria das condições e dos modos de viver e afirmação do direito à vida e à saúde (BRASIL, 2015:6).

Como bases de operacionalização dessa Política estão:

- a) consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes;
- b) ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território;
- c) conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo;
- d) articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial;
- e) participação ativa de todos os sujeitos na análise e na formulação de ações que visem à promoção da saúde; e,
- f) produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa. (BRASIL, 2015:7).

Todas as diretrizes e valores da PNPS devem se ajustar às exigências constitucionais e da LOS, de orientação à promoção e proteção, com o intuito de eliminar, prevenir ou diminuir riscos à saúde. Consoante estabelece em seu art. 3º, os valores fundantes para a sua efetivação são: solidariedade, felicidade, ética, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social. (BRASIL, 2015:26).

Entre os princípios da PNPS destaca-se de seu art. 4º “a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos.”

A intrassetorialidade e articulação com outras políticas públicas de proteção social não estão apenas referida no texto acima, mas também elencadas de forma exemplificativa, para demonstrar a necessidade de tal relação para melhorar as condições de saúde, tais como: a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa

(ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas. (BRASIL, 2015:8-9).

Para que tais objetivos e políticas sejam efetivados, o documento conclama a participação ativa de todos os atores sociais, tendo em vista que tal atuação reveste-se de dever coletivo em busca da igualdade de oportunidades, de cidadania e dignidade. Esse chamamento refere-se às participações setoriais e intersetoriais, em âmbito governamental, e também da sociedade civil e do indivíduo.

A esse respeito, Malta et al (2016:1683), enfatizam que:

A saúde faz-se um bem público produzido pelas e nas redes de relação e disputas de sujeitos que almejam colocar determinados interesses e necessidades na agenda das políticas públicas. A Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população, emerge marcada pelas tensões próprias à defesa do direito à saúde.

Entende-se que a realização e o reconhecimento do direito à saúde dependem de ações transformadoras, com instrumentos de persuasão que alcancem além da legitimidade de reivindicação. Por este motivo, é importante considerar a PNPS como uma política afirmativa. Originada de anseios reivindicatórios dos cidadãos e de exigências da LOS(SUS), todas nascidas e legitimadas nos princípios e ditames constitucionais, da democracia representativa e participativa.

2.8 As mulheres no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde

A relevância da mulher como sujeito histórico (como autor e ator) da PS é enunciado por Buss (2009:20), em referência ao desenvolvimento humano sustentável:

O protagonismo social e político da mulher nas ações de promoção da saúde, presentes na maioria das declarações e documentos contemporâneos referentes ao tema aproximam, em definitivo, este campo com o movimento feminista.

Por esse protagonismo, as mulheres têm ganhado importantes espaços em políticas engajadas com a promoção da saúde. Como exemplo, a Agenda 2030 lançada em conferência da ONU em 2015, cujas temáticas também foram discutidas na 9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde (“Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”), realizada em Shanghai (2016). Nessa Agenda estão propostas e orientações para as políticas nacionais e atividades de cooperação internacional durante o período 2016-2030, em sucessão à

declaração anterior dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para dar continuidade às metas alcançadas e buscar atingir as metas inacabadas. (BRASIL, 2015b:1).

Consoante a Agenda 2030, os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as 169 metas estimularão a ação em áreas de importância crucial para a humanidade e para o planeta, como compromissos coletivos assumidos pelos países membros para “não deixar ninguém para trás, reconhecendo a dignidade da pessoa humana como fundamental.” (BRASIL, 2015b:3).

De modo geral enfatiza:

- a) acabar com a pobreza e a fome, em todas as suas formas e dimensões, e garantir que todos os seres humanos possam realizar o seu potencial em matéria de dignidade e igualdade, em um ambiente saudável;
- b) assegurar que todos os seres humanos possam desfrutar de uma vida próspera e de plena realização pessoal, e que o progresso econômico, social e tecnológico ocorra em harmonia com a natureza;
- c) a promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas, livres do medo e da violência. Não pode haver desenvolvimento sustentável sem paz, e não há paz sem desenvolvimento sustentável;
- d) com base no espírito de solidariedade global fortalecida, com ênfase especial nas necessidades dos mais pobres e mais vulneráveis;
- e) o acesso equitativo e universal à educação de qualidade em todos os níveis, aos cuidados de saúde e proteção social, onde o bem-estar físico, mental e social são assegurados.
- f) respeito universal aos direitos humanos e à dignidade humana, ao Estado de Direito, à justiça, à igualdade e a não discriminação; ao respeito pela raça, etnia e diversidade cultural; e à igualdade de oportunidades que permita a plena satisfação do potencial humano e que contribua para a prosperidade compartilhada. (*Idem ibidem*, p.1-2).

De modo específico para as mulheres, em uma das 17 metas o seguinte:

Um mundo em **que cada mulher e menina desfrute da plena igualdade de gênero, e que todos os entraves legais, sociais e econômicos para seu empoderamento sejam removidos**. Um mundo justo, equitativo, tolerante, aberto e socialmente inclusivo em que sejam **atendidas as necessidades das pessoas mais vulneráveis**. (BRASIL, 2015b:3). (grifos nossos).

Pode-se entender que os planos e políticas públicas direcionados para as mulheres, em suas condições e necessidades, constituem-se em compromissos de estratégia política global como bem jurídico social. Não se constituem em modismos de enfiamentos pontuais e

entranques, mas de interesse baseado em valores éticos planetários para a consecução da justiça social.

E nesse contexto, destaca-se a importância das políticas para as mulheres no que concerne à equidade em saúde para todas elas, considerando suas: necessidades, diversidades, desigualdades e vulnerabilidades.

CAPÍTULO III

DIREITO, SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES

Os fatores que envolvem o direito e a saúde tornaram-se muito complexos, principalmente pela influência dos avanços tecnológicos e científicos, que impõem novas formas de práticas e de acessos. Além disso, a atual crise econômica e social repercute sob a forma de fragilização e desestruturação da sociedade e do Estado, dificultando o alcance dessas novas práticas e acessos pela população. Tais aspectos têm cooperado para produzir e reproduzir desigualdades sociais.

A sociedade tem se tornado mais ativa na participação dos processos decisórios, para resolver os problemas oriundos dessas influências. Para isso, a atuação das mulheres tornou-se muito importante como avanços do processo democrático, no combate as desigualdades sociais e no alcance da justiça social.

Este capítulo destina-se a refletir sobre a relação existente entre a saúde e os direitos humanos, sob a perspectiva dos direitos das mulheres. A abordagem será a da nova condição jurídica das mulheres brasileiras, em termos constitucionais e infraconstitucionais. Atrelado a isso, aborda-se também a situação de vulnerabilidade das mulheres, a diversidade e aspectos relacionados à atenção do Estado em políticas públicas.

3.1 Explicações sobre a origem da desigualdade da mulher

Uma teoria ou uma abordagem única por si só não explica a origem das situações ou condições que tornam as mulheres pessoas tão afetadas por desigualdades. Olhar sobre o aspecto econômico, biológico, jurídico etc. é necessário, mas não é suficiente para explicar a diferença constitutiva do masculino e do feminino que está presente em todas as culturas e sociedades. Uma diferença marcante pelas desigualdades, violências e coerções de formas múltiplas e cruzadas.

Para esclarecer a situação da mulher como sujeito de direitos e a sua condição na sociedade, nesse tópico apresenta-se uma noção da abordagem de gênero, por ser esta a mais adotada atualmente pelas organizações de direitos humanos e por grande parte da literatura acadêmica.

Conforme explicam, Pena e Correia (2003:37), o conceito de gênero é uma construção sociológica relativamente recente, respondendo à necessidade de diferenciar o sexo biológico de sua tradução social em papéis sociais e expectativas de comportamentos femininos e

masculinos. Tradução demarcada pelas relações de poder entre homens e mulheres vigentes na sociedade, que aponta papéis e relações socialmente construídas. São processos de aprendizado nascidos de padrões sociais estabelecidos, reforçados através de normas, mas também através da coerção. São modificados no tempo, refletindo as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais.

O gênero refere-se aos aspectos da vida social que são vivenciados diferentemente, porque homens e mulheres têm papéis diferentes que lhes são designados. Estes resultam em:

- a) homens e mulheres manifestam preferências, interesses e prioridades diferentemente;
- b) desigualdades e diferenças baseiam-se em ser masculino ou feminino;
- c) homens e mulheres enfrentam oportunidades, obstáculos e desafios diferentes;
- d) homens e mulheres são afetados diferentemente por e contribuem de modos diferentes para o desenvolvimento social e econômico. (*Idem ibidem*).

Consoante explica Alembert (2004:26), a história da mulher desde a antiguidade até os dias atuais, é de exclusão, invisibilidade, opressão e exploração. De modo geral, explana que o patriarcado – a relação de dominação do homem sobre a mulher – surge com a apropriação individual da riqueza material produzida por todos. Com a invenção do arado o trabalho do homem torna-se mais valorizado e o da mulher em plano inferior. Assim, o lugar principal nos clãs passa a ser dos homens que dominam tudo, inclusive as mulheres. Foi a primeira a ser escravizada, porque o homem precisava ter a certeza de sua prole para a transmissão legítima da herança.

Em comentários sobre a desigualdade de gênero, Benedictis (2016:27-31), anota que não é apenas o aspecto econômico o motivador das desigualdades na sociedade, pois, se assim o fosse, a mulher estaria atrelada a uma determinada classe e não sofreria discriminações. No entanto, tanto as que pertencem a um nível elitizado da sociedade, como as que pertencem a uma classe menos abastada, em certa medida, são vítimas do preconceito e discriminação. Além dos aspectos econômicos, há também os aspectos culturais, políticos e sociais que influenciam no comportamento, no modo de ser e ver de cada sociedade no tempo e espaço.

Para muitas sociedades, as mulheres ainda são consideradas o sexo frágil, e por isso, vivem e convivem apenas no espaço doméstico. Em muitas partes do mundo, em pleno século XXI, as mulheres não possuem o direito real de mobilidade no seio da sociedade, são coagidas a negar sua natureza, a sua forma de se vestir, de se comportar; ainda são concebidas como objeto de desejo, de reprodução, de domínio, sendo, portanto objetos da violência física, psicológica e simbólica. (*idem*, p. 32).

A respeito da estrutura contraditória da sociedade, que dá às mulheres algumas conquistas, mas as mantém em posições inferiores, Tohidi (2016:76), destaca as mulheres iranianas, que possuem alto índice de escolaridade superior, inclusive acima dos homens. Contudo, em muitos aspectos são inferiorizadas e privadas de liberdades mínimas em relações sociais. Segundo a autora, muitos fatores moldaram essa posição contraditória, devido principalmente ao aspecto da imposição ocidental que choca com a religião e os poderes locais.

A IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em setembro de 1995, identificou as seguintes desigualdades sofridas pelas mulheres:

- a) a crescente proporção de mulheres em situação de pobreza (fenômeno que passou a ser conhecido como a feminização da pobreza);
- b) a desigualdade no acesso à educação e à capacitação;
- c) a desigualdade no acesso aos serviços de saúde;
- d) a violência contra a mulher;
- e) a desigualdade quanto à participação nas estruturas econômicas, nas atividades produtivas e no acesso a recursos;
- f) a desigualdade em relação à participação no poder político e nas instâncias decisórias;
- g) as deficiências na promoção e proteção dos direitos das mulheres e das meninas;
- h) o tratamento estereotipado dos temas relativos às mulheres nos meios de comunicação e a desigualdade de acesso a esses meios;
- i) a desigualdade de participação nas decisões sobre o manejo dos recursos naturais e a proteção do meio ambiente; e,
- j) a necessidade de proteção e promoção voltadas especificamente para os direitos das meninas. (ONU Mulheres, 2013b:148-150).

O quadro atual revelado na 62ª Sessão da Comissão da ONU sobre a Situação das Mulheres (CSW 62) em março de 2018, em Nova Iorque, reitera que:

o progresso na consecução da igualdade de gênero e do empoderamento de todas as mulheres e meninas, em particular nas áreas rurais, assim como a realização de seus direitos humanos **têm sido atrasados devido à persistência de relações de poder desiguais históricas e estruturais entre mulheres e homens**. Estas relações se concretizam **nos mais variados campos**: na forma diferenciada em que mulheres vivenciam a pobreza, nas desigualdades e desvantagens no acesso à propriedade e controle sobre recursos, nas lacunas na igualdade de oportunidades, no acesso limitado aos serviços universais de saúde e ao ensino fundamental e superior, na violência de gênero, existência de leis e políticas discriminatórias, normas sociais negativas e estereótipos, bem como a desigualdade na divisão de tarefas de cuidados e trabalho doméstico não remunerado. (ONU Mulheres, 2018:s.n.p.). (grifos nossos).

Essa persistência de relações de poder desiguais, históricas e estruturais, possui uma lógica de articulação causal com explicações variadas. Em pesquisa sobre as mudanças estruturais e estratificação no Brasil, período de 1980 a 2000, Hasenbalg e Silva (2003:37), estudaram como as desigualdades sociais continuam e são transmitidas ao longo da vida.

Destacam que há uma articulação entre as diversas dimensões de desigualdades no decurso das etapas do ciclo de vida individual, através das quais ocorre a transmissão intergeracional desde sua origem no contexto familiar de nascimento, até a situação atual das famílias em que uma nova geração é produzida. A estrutura desigual de recursos e de oportunidades sociais manifesta numa dada etapa do ciclo de vida tende a produzir um impacto causal nas etapas seguintes, uma feição de cumulação de desvantagens, o que pode potencializar a transmissão. São determinadas pela situação destes indivíduos nas etapas anteriores da vida. (*Idem ibidem*).

Os resultados apurados pelos pesquisadores revelam um quadro de grandes desigualdades e dificuldades socioeconômicas para as mulheres brasileiras, principalmente para as negras e pardas, adolescentes, das classes sociais mais baixas, baixa escolaridade, chefias de família monoparental e gravidez na adolescência. Explicam os pesquisadores que essas mulheres contam com sérias desvantagens na apropriação e acumulação dos capitais (recursos) social, cultural e econômico, configurando assim contextos mais desfavoráveis para a socialização de novas gerações. Implica em desigualdades nos pontos de partida e de chegada dessas mulheres. (*Idem, p. 55- 81*).

Porém, a distribuição de recursos e oportunidades também possuem determinantes exógenos ao sistema de transmissão, que desfrutam de certa autonomia intrínseca, implicando em possibilidade de modificação corretiva dos níveis de desigualdade até certos limites. São modificações resultantes de políticas públicas, que, entretanto podem ter impacto positivo ou negativo sobre o quadro de desigualdades, e assim alterar as oportunidades oferecidas nas etapas subsequentes do ciclo de vida dos indivíduos. (*Idem, p. 38*).

3.1.1As desigualdades de gênero em números

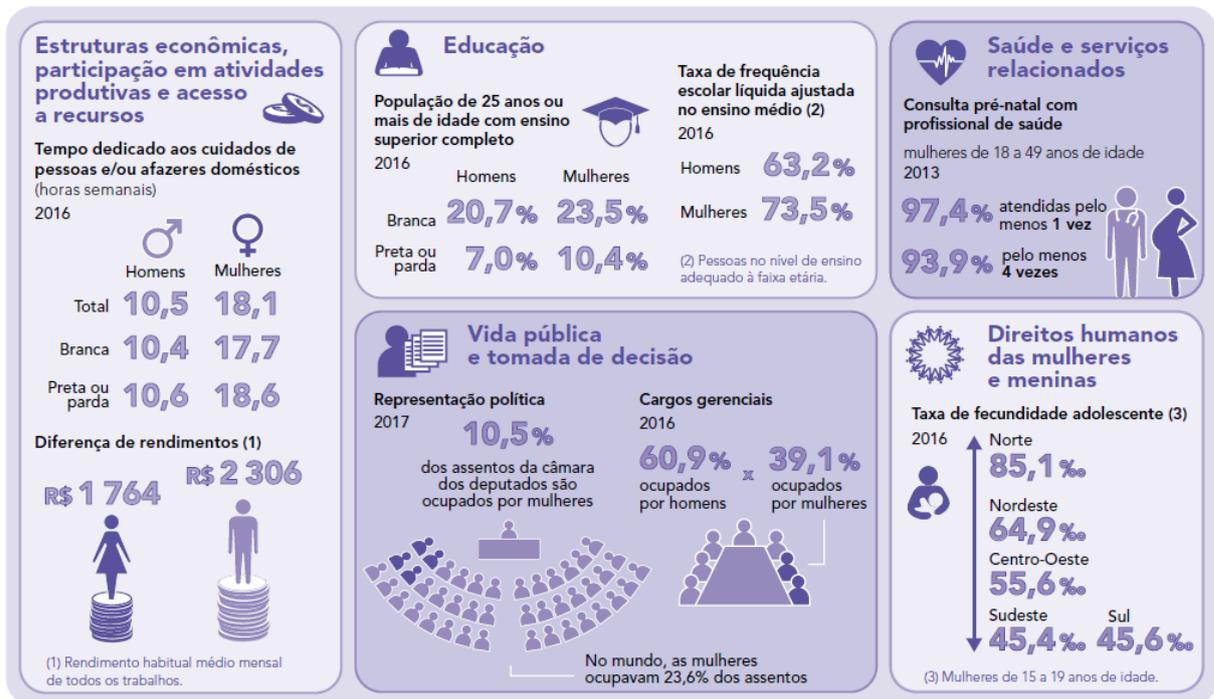
O relatório de acompanhamento da Agenda 2030 da ONU para o Desenvolvimento Sustentável, lançado em março 2018, indica que ainda é muito lento o progresso das mulheres e meninas em relação à desigualdade de gênero. Os principais dados, em nível mundial, são os seguintes:

- a) a violência contra mulheres e meninas continua sendo uma pandemia global: uma em cada três mulheres e meninas experimenta violência física ou sexual ao longo de sua vida;
- b) as mulheres ocupam apenas 23,7% dos assentos parlamentares, um aumento de 10 pontos percentuais em relação ao ano 2000, embora ainda muito abaixo de paridade;
- c) existem 122 mulheres, com idade entre 25 a 34anos, que vivem em condições de extrema pobreza, para cada 100 homens do mesmo grupo de idade;
- d) as mulheres representam 28,8% das pessoas que trabalham com pesquisa e inovação científica. Em apenas um de cada cinco países há paridade de gênero nesse âmbito;
- e) as mulheres têm até 11% mais chances de padecer por insegurança alimentar do que os homens;
- f) entre 2010 e 2015, o mundo perdeu 3,3 milhões de hectares de área florestal. Mulheres pobres das áreas rurais que dependem dos recursos de uso comum são especialmente afetadas quando estes diminuem;
- g) as mulheres dedicam 2,6 vezes mais tempo em trabalho doméstico e cuidados não remunerados do que os homens;
- h) a mudança climática tem impacto desproporcional em mulheres e meninas, já que é 14 vezes mais provável que morra durante um desastre do que os homens;
- i) a diferença salarial entre os sexos está em 23%; a taxa de atividade das mulheres é 63%, enquanto que a dos homens é 94%. (ONU MUJERES, 2018:20-21). (tradução livre).

É alarmante ver que muitas das conquistas duramente alcançadas em termos de igualdade de gênero estão ameaçadas. As principais ameaças às conquistas são: a mudança climática e a degradação ambiental estão minando os meios de vida de milhões de mulheres; a desaceleração da economia, a recessão e a austeridade fiscal, agravam as desigualdades. A mudança para uma política de exclusão, baseada no medo está aprofundando divisões sociais, fomentando conflitos e instabilidades, e renovando a resistência aos direitos das mulheres. (*Idem*, p.14). (tradução livre).

No Brasil, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrados na Figura 1, demonstram que, além das desigualdades de gênero, as desigualdades raciais e geográficas que afetam as mulheres se colocam como desafios a serem enfrentados.

Figura 1 - Indicadores sociais das mulheres no Brasil, 2018.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Fonte: extraído do informe Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n.38.

Os dados evidenciam que, embora tenham conseguido grandes conquistas em mudanças sociais e econômicas, as desigualdades de gênero ainda persistem no Brasil, especialmente para as mulheres negras. Pode-se inferir que são desigualdades estruturais históricas, caracterizando-se como desvantagens acumuladas em gerações. As mazelas do sexismo, do racismo e da escravidão ainda estão presentes na sociedade brasileira, afetam mais as mulheres pobres.

3.2 A importância da igualdade de gênero

A partir das décadas de 1970 a 1980, a ONU, lançou vários relatórios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD), com resultados de pesquisas sobre as condições das mulheres em vários países. Nesses relatórios sugeria que os governos tomassem providências para erradicar explorações e violências, e para atenção especial à desigualdade de gênero.

Em 1979, a ONU realizou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Convenção da Mulher ou CEDAW). A declaração elaborada deu início a um importante período para a luta contra a discriminação e desigualdade de gênero em nível mundial.

Nessa declaração, a explicação em prol da igualdade de gênero, refere-se que: a discriminação contra as mulheres viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana; constitui-se em um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família; e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher, pois a participação máxima da mulher, em igualdade de condições com o homem, em todos os campos, é indispensável para o desenvolvimento pleno e completo de um país, o bem-estar do mundo e a causa da paz, (BRASIL, 2002b:s.n.p.).

No relatório de acompanhamento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, o atual Secretário Geral das Nações Unidas, António Guterres, descreve a importância da igualdade de gênero através do seguinte alerta:

A criação de **sociedades inclusivas e pacíficas estará fora do nosso alcance até que as mulheres e meninas estejam a salvo de todas as formas de violência**, e possam influenciar nas decisões que afetam suas vidas. A **igualdade de gênero é um objetivo por direito próprio**, e um poderoso motor para defender a promessa principal da Agenda 2030: **não deixar ninguém para trás**. (ONU MUJERES, 2018:2). (tradução livre). (grifos nossos).

O supracitado relatório apresenta o papel e a importância das mulheres como efeitos catalizadores para atingir os objetivos da agenda, e também a repercussão dos efeitos da violência contra elas. Em comentário geral sobre a importância da igualdade de gênero expõe sobre os seguintes aspectos, especialmente no que se refere à saúde e bem estar:

- a) mulheres e meninas representam metade da população em todo o mundo, portanto, representam metade do potencial humano mundial. Quando a vida deles melhorar, os benefícios repercutem em toda a sociedade;
- b) o acesso de mulheres a trabalho decente e renda regular, não só contribui para a redução da pobreza, mas também ajuda a alcançar melhores resultados na educação, saúde e nutrição das mulheres, crianças e daqueles que dependem delas;
- c) da mesma forma, a eliminação de todas as formas de violência contra mulheres e meninas não é apenas um componente fundamental por si só, mas também é crucial para garantir uma vida saudável e bem-estar de pessoas de todas as idades;
- d) é 1,5 vezes mais provável que as mulheres que experimentam violência física ou sexual por seu parceiro íntimo contraíam o HIV. Também é quase o dobro a probabilidade de sofrer de depressão e distúrbios devido ao álcool;
- e) as consequências para a saúde por violência contra mulheres e meninas são estendidas aos filhos, já que filhas e filhos testemunham abusos e traumas prolongados sofridos por elas, que afetam seu desenvolvimento físico, emocional e social;

- f) as diferenças entre mulheres e homens (como diferenças socialmente determinados em relação aos seus direitos, funções e responsabilidades) destroem a saúde e o bem-estar de mulheres e meninas;
- g) a falta de controle de recursos humanos, a violência de gênero, o ônus do trabalho doméstico e cuidados não pagos, a jornada de trabalho mais longa e condições de trabalho insalubre, impedem as mulheres de levarem uma vida saudável;
- h) as leis, e os preconceitos de gênero determinam a maneira como o Estado e a sociedade percebem as necessidades das mulheres em questões de saúde. No sistema de saúde, por exemplo, a identificação de mulheres sobreviventes de violência e o apoio que recebem muitas vezes são insuficientes;
- i) nas moradias, relações de poder entre os sexos podem resultar em mulheres carentes dos recursos necessários para procurar atendimento médico, ou que devem obter o consentimento dos membros da família para fazê-lo.

Portanto, a eliminação de restrições específicas de gênero, bem como outras formas de discriminação com as quais se cruzam, é transcendental. (ONU MUJERES, 2018:73). (tradução livre).

Destaca-se também a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, instituída pela ONU em 1986. Nos dispositivos 1º e 8º estabelece que: o direito ao desenvolvimento é um direito humano inalienável, do qual toda pessoa e todos os povos estão habilitados a participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, para contribuir e dele desfrutar. Por este motivo os Estados devem tomar todas as medidas necessárias e efetivas para assegurar que as mulheres tenham um papel ativo no processo de desenvolvimento. (ONU,1986:s.n.p.).

Compreende-se que a defesa do direito à igualdade de gênero, implica em tratamento e oportunidades iguais para homens e mulheres. Para as mulheres essa igualdade implica em liberdade de suas capacidades para o desenvolvimento. O respeito aos direitos das mulheres é fundamental para haver desenvolvimento humano sustentável.

3.3 A mulher e a luta pelos direitos: esboço histórico

A luta da mulher para conquistar e garantir seus direitos estabelece-se como uma relação de gêneros, por ser uma relação construída social, cultural e historicamente sob a forma de dominação do sexo masculino sobre o feminino. Assim, as diferenças para

submissão e inferiorização da mulher são construções, não sendo aqui tomadas como aspectos relativos à condição biológica.

Sob uma perspectiva histórica mais formalizada e mais divulgada como marco temporal, os direitos e a relação de gênero como forma de reivindicação iniciou-se na França, a partir da Revolução de 1789, como forma de chamar a atenção sobre uma revolução que não havia alcançado as mulheres francesas plenamente. Consoante explica Pinsky (2003:269), durante a Revolução francesa:

numerosas francesas questionaram o Estado e a economia, exigiram direitos e organizaram grupos e instituições para representar seus interesses. Reivindicaram o fim das guildas, demandaram pão, requisitaram o direito de frequentar estabelecimentos de ensino, obter emprego e portar armas, exigindo do governo o controle de preços e iniciando movimentos de taxaço popular. No corpo político da nova República francesa, as mulheres tomaram parte como “cidadãs passivas”. [...] Chegaram a conquistar alguns direitos civis. Entretanto, o desenrolar do movimento revolucionário desaponta as mulheres, [...] ao lhes proporcionar ganhos limitados [...] e proibir sua atuação política em 1793. **A maior parte dos homens que apoiavam a Revolução não achava que liberdade, igualdade e fraternidade estendiam-se às mulheres**, sendo favoráveis a sua volta à vida doméstica, para não subverterem a “natureza”, exigindo participação direta nos assuntos do Estado.

Desse modo, a declaração criada para espalhar-se pelos povos e influenciar os sistemas políticos e jurídicos, consoante desejavam os franceses: “Queremos fazer uma declaração para todos os homens, para todos os tempos e para todos os países”, não favorecia as mulheres. Os princípios consagrados eram direitos masculinos, os cidadãos ativos eram os homens. (BRANDÃO, 2001:98). As mulheres mais uma vez ficaram relegadas ao âmbito doméstico tido como naturalmente feminino, sem acesso ao âmbito público tido como naturalmente masculino.

Todavia, inspiradas pela Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, algumas mulheres propuseram a aplicação dessa declaração também às mulheres. Lideradas pela francesa Olympe de Gouges (pseudônimo de Marie Gouze), em 1791 publicaram a Declaração da Mulher e da Cidadã que, dentre as assertivas dizia: “A mulher nasce livre e seus direitos são os mesmos dos homens”. (MACHADO, 2003:122).

A declaração proposta por Olympe também é composta de 17 artigos como marca de seu caráter crítico à Declaração dos Direitos do Homem, e serve “ao mesmo tempo como apelo às mulheres para que elas se posicionassem responsabilmente frente ao que (lhes) acontecia”. (ASSMANN, 2007:s.n.p.).

A Declaração da Mulher e da Cidadã contém reivindicações de direitos relacionados: a liberdade, a propriedade, a segurança, e a resistência à opressão. Em seu preâmbulo assevera o seguinte:

As mães, as filhas, as irmãs, representantes da nação, reivindicam constituírem-se em Assembléia Nacional.

Considerando que a ignorância, o esquecimento ou o menosprezo dos direitos da mulher são as únicas causas das desgraças públicas e da corrupção no governo, resolveram expor, em uma declaração solene, os direitos naturais inalienáveis e sagrados da mulher. Assim, que esta declaração, constantemente presente a todos os membros do corpo social, lhes lembre sem cessar os seus direitos e os seus deveres; que, sendo mais respeitados, os atos do poder das mulheres e os atos do poder dos homens possam ser a cada instante comparados com o objetivo de toda instituição política; e que as reivindicações das cidadãs, fundamentadas doravante em princípios simples e incontestáveis, sempre respeitem a constituição, os bons costumes e a felicidade de todos.

Conseqüentemente, o sexo superior em beleza e em coragem, em meio aos sofrimentos maternais, reconhece e declara, na presença e sob a proteção do Ser Supremo, os **seguintes Direitos da Mulher e da Cidadã**. (*Idem ibdem*).

E em seu pós-âmbulo faz uma convocação às mulheres para que tomem seus destinos em suas mãos e lutem por seus direitos:

Mulher, acorda! A força da razão faz-se ouvir em todo o universo: reconhece teus direitos. O poderoso império da natureza já não está limitado por preconceitos, superstição e mentiras. A bandeira da verdade dissipou todas as nuvens da parvoíce e da usurpação. O homem escravo multiplicou suas forças, precisou recorrer às tuas (forças) para romper seus grilhões. Tornado livre, ele fez-se injusto em relação à sua companheira. [...].(*Idem ibdem*).

Ainda na França, em 1804, com a promulgação do código de Napoleão, determinava-se a incapacidade civil e submissão da mulher ao homem, ao reger que “o marido é a cabeça da casa e a mulher deve obedecê-lo.” Tal código foi tomado como modelo em outros países europeus, e na América Latina, perpetuando a dominação masculina e a visão machista na sociedade. (PINSKY, 2003:269).

Outro fato histórico que marcou de forma trágica a história de luta das mulheres por seus direitos, aconteceu em Nova York no dia 8 de março de 1857: operárias de uma fábrica de tecidos entraram em greve para reivindicar redução da carga horária diária de trabalho, equiparação de salários com os homens e tratamento digno dentro do ambiente de trabalho. As operárias teriam sido trancadas na fábrica e aproximadamente 130 morreram queimadas, após um incêndio. O Dia Internacional da Mulher foi instituído em memória daquelas mulheres. (AMARANTE, 2008:s.n.p.).

Em 1946 a ONU instituiu a Comissão sobre o *Status* da Mulher (CSW), com o objetivo de estudar, analisar e criar recomendações que oferecessem subsídios à formulação de políticas, para o desenvolvimento das mulheres enquanto seres humanos. No período de 1949 a 1962, a CSW fez muitos estudos sobre a condição das mulheres no mundo, o que culminou na elaboração de vários documentos sobre os direitos da mulher pela ONU: Convenção dos Direitos Políticos das Mulheres (1952), Convenção sobre a Nacionalidade das Mulheres Casadas (1957), Convenção sobre o Casamento por Consenso, Idade Mínima para

Casamento e Registro de Casamentos (1962). Em 1967, elaborou a Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, que se constituiu em um instrumento legal de padrões internacionais, propondo direitos iguais para homens e mulheres, contudo não chegou a ser efetivada como tratado, pois não estabeleceu obrigações aos Estados signatários. Essa Declaração considerava “a importância da contribuição da mulher à vida social, política, econômica e cultural, assim como sua função na família e especialmente na educação dos filhos”. (SOUZA, 2009:348-49).

A partir dos relatórios do PNUD (1970 a 1980), novo impulso foi dado em apoio aos direitos das mulheres em vários países. Em 1972 a ONU, através da Resolução 3010 (XXVII), proclamou 1975 como o Ano Internacional da Mulher. E através da Resolução 3520 (XXX), proclamou o período 1976-1985 Décênio da ONU para a Mulher, com os temas Igualdade, Desenvolvimento e Paz.

Esses acontecimentos impulsionaram a ONU a aprovar a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), aprovada em 18 de dezembro de 1979 por meio da resolução n. A-34-180, que entrou em vigor em 3 de setembro de 1981, após atingir o número mínimo de 20 ratificações. Dentre as Convenções da ONU, a CEDAW foi a que mais recebeu reservas por parte dos países que a ratificaram. (MELO, 1999:87). O Brasil foi um dos países que apresentou vetos à Convenção e a adotou tardiamente.

Na Conferência de Viena (1993), o movimento de mulheres levou a bandeira de luta: "os direitos da mulher também são direitos humanos". E pela primeira vez foram reconhecidos em uma assembleia mundial, constando na Declaração e Programa de Ação de Viena (item 18):

Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos **direitos humanos universais**. A plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural nos níveis nacional, regional e internacional e a erradicação de todas as formas de discriminação, com base no sexo, são objetivos prioritários da comunidade internacional. (ONU MULHERES, 2013a:s.n.p.). (grifos nossos).

Em 1995 a ONU realizou em Pequim (China), a IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, intitulada “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”. É considerada a mais importante das CSW, pelos avanços conceituais e programáticos que propiciou, e pela influência que continua a ter na promoção da situação da mulher. Essa Conferência partiu de uma avaliação dos avanços obtidos desde as conferências anteriores (Nairobi, 1985; Copenhague, 1980; e México, 1975) e de uma análise dos obstáculos a

superar para que as mulheres possam exercer plenamente seus direitos, e alcancem seu desenvolvimento integral como pessoas. (ONU Mulheres, 2013b:148).

A Plataforma de Ação de Pequim consagrou três inovações dotadas de grande potencial transformador na luta pela promoção da situação e dos direitos da mulher:

- a) **O conceito de gênero** permitiu passar de uma análise da situação da mulher baseada no aspecto biológico para uma compreensão das relações entre homens e mulheres como produto de padrões determinados social e culturalmente, e portanto passíveis de modificação. As relações de gênero, com seu substrato de poder, passam a constituir o centro das preocupações e a chave para a superação dos padrões de desigualdade.
- b) **O empoderamento da mulher** – um dos objetivos centrais da Plataforma de Ação – consiste em realçar a importância de que a mulher adquira o controle sobre o seu desenvolvimento, devendo o governo e a sociedade criar as condições para tanto e apoiá-la nesse processo.
- c) **A noção de transversalidade** busca assegurar que a perspectiva de gênero passe efetivamente a integrar as políticas públicas em todas as esferas de atuação governamental. (grifos nossos).

A essas inovações conceituais veio juntar-se a ênfase no tratamento da situação da mulher sob a perspectiva de direitos, o que implica reconhecer que a desigualdade entre homens e mulheres é uma questão de direitos humanos, e não apenas uma situação decorrente de problemas econômicos e sociais a serem superados. (ONU Mulheres, 2013b:149).

Outra conquista histórica para as mulheres veio através da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher realizada no ano de 1994, em Belém do Pará (Brasil). Entre os pontos declarados destacam-se: a violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos; é uma ofensa à dignidade humana; transcende todos os setores da sociedade; e afeta negativamente suas próprias bases. A eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para seu desenvolvimento individual e social e sua plena igualitária participação em todas as esferas da vida.

Em 2010 foi criada a ONU Mulheres, com os objetivos de fortalecer e ampliar os esforços empreendidos na defesa dos direitos humanos das mulheres. Segue o legado de duas décadas do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM). Tem sede em Nova Iorque, nos Estados Unidos, e escritórios regionais em países da África, Américas, Ásia e Europa. No Brasil, o escritório opera em Brasília. Atua como secretariado da Comissão da ONU sobre a Situação das Mulheres (CSW). É uma das principais instâncias de negociação e de monitoramento de compromissos internacionais sobre direitos humanos das mulheres. (ONUMULHERES, 2018:snp).

Atualmente, em todos os países as mulheres continuam em mobilizações por suas conquistas. Mas ainda enfrentam grandes entraves na luta por seus direitos, com destaque para o aumento das violências. Os avanços normativos, desde a CEDAW em 1979, demonstraram

ser mais formais que efetivos. A maior presença das mulheres no espaço público vem acompanhada por índices alarmantes de violência de gênero. A ofensiva conservadora contra a ideologia de gênero vem ganhando adesão crescente e corroendo conquistas. (COSTA, 2016:5).

Considerar a luta pelos direitos sob a perspectiva da relação de gêneros implica em observar que as prerrogativas humanas e universais, foram cerceadas, mitigadas e até mesmo negadas para as mulheres por séculos em vários países, e até hoje assim acontece em alguns países que mantêm matrizes culturais fundamentadas no patriarcado e no machismo. Ainda hoje assistimos pequenos avanços ocorrerem em alguns países do oriente médio, como a Arábia Saudita, que nesse ano de 2018 permitiu que as mulheres frequentem locais de entretenimento como ginásios de esportes e cinemas, e possam dirigir veículos.

Logo, foi de forma indireta que a Revolução francesa, o ataque incendiário à fábrica têxtil e outros episódios de lutas e sacrifícios, favoreceram as posteriores lutas das mulheres por seus direitos, em todo o mundo. Nota-se que a conquista de direitos pelas mulheres aconteceu graças ao envolvimento e engajamento das próprias mulheres em trajetórias de denúncias, resistências e quebras de paradigmas. De atos de coragem de mulheres que se dedicaram (e se dedicam) a lutar contra a desigualdade e a fortalecer a democracia e a cidadania em prol das mulheres.

No Brasil, a história de luta das mulheres por seus direitos pode ser pontuada como marco temporal entre o fim do século XVIII e início do XIX, com a luta por direitos iguais, reivindicações por direitos democráticos, liberdade sexual e também os de caráter sindical, ambos buscando a igualdade entre os gêneros. Conforme explanam Soares e Andrade (2016:s.n.p.):

No Brasil, o movimento tomou forma entre o fim do século 18 e início do 19, quando as mulheres brasileiras começaram a se organizar e conquistar espaço na área da educação e do trabalho. Nísia Floresta (criadora da primeira escola para mulheres), Bertha Lutz e Jerônima Mesquita (ambas ativistas do voto feminino) são as expoentes do período.

Tendo em seu histórico uma divisão entre três momentos de maiores relevâncias. O primeiro; que foi motivado pelas reivindicações pelos direitos democráticos, tendo como exemplo o direito ao voto, divórcio, trabalho, o segundo; ocorrido na década de 60, que foi marcado pela luta à liberdade sexual, e o terceiro, que começou a se constituir no fim dos anos 70, com uma luta de caráter sindical. Em ambos os períodos, clamava-se o cumprimento do texto constitucional, não apenas na prática formal, mas na efetiva.

O movimento de mulheres no Brasil passa a ser considerado como um ato político de relevância, em meados da década de 1970, enquanto o país ainda vivia sob um regime militar.

O movimento feminista, então, integra forças democráticas, que também lutavam contra o regime ditatorial em exercício no país, ao passo que com suas manifestações, amplia os conceitos outrora aplicados à democracia e a igualdade, pois denuncia as discriminações sofridas pelas mulheres na esfera política e social.

No período pós ditadura militar, marcado pela presença do povo através de movimentos sociais em defesa da democracia e luta para o reconhecimento de direitos pela implantação do Estado Democrático de Direito no Brasil, as mulheres surgem como uma nova forma de organização. Sobre esse período pode-se destacar:

Em 1985, diante do contexto do grande movimento de massas denominado de Diretas Já, e da transição democrática em curso no nosso País, surge o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, um órgão que visava desenvolver políticas públicas para melhoria na condição da mulher, o qual pretendia alcançar o objetivo propondo novas leis e programas, além de aconselhar a presidência e os ministérios para que houvesse o desenvolvimento de projetos mais específicos.

[...] conseguiu-se a aprovação da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, a qual apresentava as propostas das mulheres, para a criação de uma ordenação normativa que evidenciasse a igualdade entre os seres, independentemente do gênero, sendo de dever do Estado a garantia da aplicabilidade de tal.

[...]Algumas propostas das mulheres iam além do papel que o Estado exercera até então, expandindo o conceito de direitos humanos. (PITANGUY, 2008:s.n.p.).

O conteúdo da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes incluiu reivindicações de direitos sobre variadas demandas femininas, e/ou questões sociais e políticas relacionadas (direta ou indiretamente) a : violência, família e direito civil, educação, discriminação racial, cultura, terceira idade, saúde, trabalho no campo, creche, participação política, trabalho nos centros urbanos e questões nacionais e internacionais. A Carta foi formatada por discussões no Encontro Nacional Mulher e Constituinte, remetidas pelos diversos grupos, entidades e conselhos de mulheres de todo o Brasil, além das manifestações individuais enviadas por mulheres interessadas em colaborar. (DA SILVA, 2011:151-52).

O referido Encontro aconteceu em Brasília (DF), em 26 de agosto de 1986. Foi formado por duas mil mulheres, divididas em doze grupos de trabalho organizados por temas (as comissões), para sistematizar, discutir e deliberar sobre as propostas a serem encaminhadas à Assembleia Constituinte. Tais grupos eram constituídos pelas diversas participantes e organizados por uma coordenadora e uma relatora, além de contar com o auxílio de advogadas especialistas nas áreas em comento. (*Idem*, p.152).

Por essa atuação, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher ficou conhecido como o *lobby* do batom, e obteve importantes avanços nas leis que garantem a igualdade de direitos e obrigações entre homens e mulheres na nova Constituição promulgada em 1988.

Em relação à CEDAW, o Congresso Nacional Brasileiro aprovou, pelo Decreto Legislativo nº 93, de 14 de novembro de 1983, a Convenção da Mulher, assinada pela República Federativa do Brasil, em Nova York, no dia 31 de março de 1981, com reservas aos seus artigos 15, parágrafo 4º, e 16, parágrafo 1º, alíneas (a), (c), (g) e (h). Entretanto, pelo Decreto Legislativo nº 26, de 22 de junho de 1994, o Congresso Nacional revogou o citado

Decreto Legislativo nº 93, aprovando a Convenção da Mulher, inclusive os citados artigos 15, parágrafo 4º, e 16, parágrafo 1º, alíneas (a), (c), (g) e (h). (BRASIL, 2002b:s.n.p.).

3.4 Direitos humanos, saúde e direitos da mulher

A luta das mulheres em busca de melhores condições de sobrevivência, vida e existência, acontece pela reivindicação de direitos em todas as áreas, mas sobretudo pelo reconhecimento da igualdade de direitos entre homens e mulheres.

Pode-se considerar que esse reconhecimento à igualdade teve como importante ponto de aproximação a Declaração Universal de Direitos Humanos, proclamada pela Resolução n. 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948: a “dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.” (ONU, 1948).

O princípio da igualdade está atrelado ao princípio da dignidade, conforme estabelece a mesma Declaração: “Art. 1º - Todos as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade. (*Idem ibidem*).

Todavia, foi a II Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena 1993), que reconhece ser responsabilidade dos Estados membros “**proteger e promover os direitos humanos** e liberdades fundamentais **de todas as pessoas sem distinção** de raça, sexo, idioma ou religião”. (grifos nossos).

Além de reafirmar a igualdade abstrata para toda a humanidade, a Conferência de Viena foi histórica ao reconhecer de forma específica: os direitos das mulheres e das meninas como parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais; a plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural como objetivos prioritários da comunidade internacional; explicitar que a violência contra as mulheres constitui violação dos direitos humanos; e, instar os governos e toda a sociedade a intensificarem seus esforços em prol da proteção e promoção dos direitos humanos da mulher e da menina. (ONU MULHERES, 2013a:s.n.p.). (grifos nossos).

Em seu art. 25, I, a Declaração Universal de Direitos Humanos defende que o direito à saúde constitui-se em um dos direitos humanos: “Toda a pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (ONU, 1948).

Nesse sentido, em relação aos direitos das mulheres, a CEDAW destacou que “em situações de pobreza, a mulher tem um acesso mínimo à alimentação, à saúde, à educação, à capacitação e às oportunidades de emprego, assim como à satisfação de outras necessidades. (BRASIL, 2002b:s.n.p.).

Com base nesse fato de vulnerabilidades, para combater a discriminação das mulheres em aspectos relacionados à saúde, em seu artigo 11 a CEDAW declara:

- a) direito à seguridade social;
- b) proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho a fim de impedir a discriminação por razões de casamento ou maternidade, e a demissão por motivo de gravidez ou licença maternidade;
- c) implantação da licença maternidade;
- d) fornecimento de serviços sociais para permitir que os pais combinem as obrigações para com a família, especialmente o cuidado das crianças;
- e) proteção especial às mulheres durante a gravidez nos tipos de trabalho comprovadamente prejudiciais para elas. (BRASIL, 2002b:s.n.p.).

Na Declaração de Pequim (1995), a ONU reafirmou esses direitos, e especificamente enfatizou:

12. O empoderamento e o avanço das mulheres, [...] lhes garantindo possibilidade de [...] construir suas vidas de acordo com suas próprias aspirações.

(Omissis)

16. A erradicação da pobreza [...] requer a participação da mulher no processo de desenvolvimento econômico e social, oportunidades iguais e a plena participação, em condições de igualdade [...];

17. O reconhecimento explícito e a reafirmação do direito de todas as mulheres de controlarem todos os aspectos de sua saúde [...]. (ONU Mulheres, 2013b:151-52).

A Carta da CEDAW (1979) e a Declaração de Viena (1993), representam os amparos supraleais dos direitos das mulheres. Implicam em obrigações legais aos Estados-membros da ONU, por serem responsáveis para garantir os direitos da mulher sem discriminações. Por isso essas cartas são os instrumentos mais importantes, para nortear a regulamentação dos direitos das mulheres nos países signatários. Contribuem efetiva e significativamente com as comissões ao elaborarem e implementarem políticas públicas para mulheres.

A ampliação do conceito de saúde, para além dos critérios estritamente biológicos intrínsecos ao corpo humano, favorece de modo a interferir positivamente na concepção de saúde como direito, portanto intimamente ligado à dignidade da pessoa humana, a saúde como direitos humanos.

O direito à saúde é um dos direitos humanos, necessário para o respeito à dignidade da pessoa humana e exercício da cidadania. Por isso, ele é indispensável à preservação e promoção da dignidade em três aspectos de abrangência: do individual, do outro e do coletivo.

Assim, com base nos direitos humanos, sua efetivação como direito fundamental na Constituição, e pela amplidão de fatores abraçados pelo conceito de saúde dado pela ONU, entende-se que os direitos da mulher fundamentam-se na dignidade da pessoa humana, que a torna livre e igual em dignidade e direitos como membro da família humana.

3.5 Os direitos da mulher no ordenamento jurídico brasileiro

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu como um dos princípios fundamentais e objetivos da República, a não discriminação:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I – **construir uma sociedade livre, justa e solidária;**

II – garantir o desenvolvimento nacional;

III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV – **promover o bem de todos, sem preconceitos** de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 2016:11). (grifos nossos).

Além disso, a Carta Magna determinou a igualdade jurídica ao decretar:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I – **homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;** [...]. (BRASIL, 2016:11). (grifos nossos).

O referido artigo traz em seu texto os direitos fundamentais, eliminando quaisquer tipos de discriminação ao gozo desses direitos, e de forma específica determina o princípio da isonomia, retirando a desigualdade nas relações de gênero, que pesava sobre a sociedade brasileira, composta em sua maioria por mulheres. A partir de então o Estado compromete-se a tutelar o direito da mulher à igualdade de direitos.

Ainda em relação à igualdade entre gêneros, a Constituição expressamente determina a igualdade no que diz respeito às relações da vida conjugal: “Art. 226. (*Omissis*) § 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.” (Idem, p.81).

Além da igualdade jurídica nos aspectos civis, como sujeito de direitos a mulher obteve proteção também em outras áreas do Direito. Sobre esse assunto, Gomes (2003:59-60),

comenta que o Diploma Legal reconheceu e positivou "demandas contra a não discriminação da mão-de-obra feminina, a proteção à gestante e à empregada-mãe".

Como outros exemplos de proteção ao trabalho da mulher, cita-se a Lei n.9.029/95, que proíbe o uso de atestados de gravidez e esterilização, e de outras exigências discriminatórias para admissão ou de permanência em vínculo de trabalho. (VADE MECUM, 2013:750).

E no sentido de retirar os entraves legais à emancipação da mulher, cita-se a lei: Lei n.10.406/ 2002, o novo Código Civil Brasileiro que retirou os entraves à independência e capacidade da vida civil da mulher. As leis que alteraram o Código Penal Brasileiro: Lei n.10.886/ 2004 que tratou de proteger também a mulher no âmbito familiar, ao instituir lei contra a violência doméstica; Lei n.11.106/2005 e Lei n.12.015/2009, que dão tratamento diferenciado à proteção do corpo e vida da mulher contra abusos e violência sexual. (*Idem*, pp.249;594;609).

Sob o aspecto da proteção, atualmente o maior símbolo é a Lei n.11.340/06, a Lei Maria da Penha, que dispõe especificamente sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher, tanto para a repressão quanto para a prevenção e erradicação da violência de gênero. (*Idem*, p.1789).

As mulheres são pioneiras no avanço legislativo do marco referencial da internet, com a aprovação da Lei n. 12.737/2012 (Lei Carolina Dieckman), que estabelece segurança jurídica para a vida privada *on line* contra delitos informáticos.

Recentemente a Lei n. 13.104/2015, que de modo específico tipifica o feminicídio como homicídio qualificado e o inclui no rol dos crimes hediondos. (BRASIL, 2015).

Todas essas leis foram criadas nos moldes de proteção e garantias preconizadas pela Constituição Federal de 1988. Desse modo, a Constituição de 1988 é um marco na luta pela igualdade de direitos entre os sexos, bem como na positivação de uma gama de direitos no que tange à situação jurídica da mulher brasileira.

3.6 Direito à igualdade e direito à diferença da mulher

O princípio da igualdade (ou da isonomia), amplamente adotado pela CRFB/88, conceitualmente significa:

1.Princípio constitucional da igualdade de todos perante a lei, sem qualquer distinção de sexo, classe social, raça, religião, convicção política etc. A todos são aplicadas as normas jurídicas, sem que se façam quaisquer distinções na legislação, administração ou na função jurisdicional. Trata-se da isonomia, pela qual as obrigações, as permissões e as proibições legais são as mesmas para todos os

cidadãos. 2.Princípio constitucional que consiste em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, abarcando o princípio da especialidade. (DINIZ, 2010:313).

A mesma autora explica que o princípio traduz a ideia de igual condições de direito à vida, à liberdade e à propriedade para que alguém possa alcançar posição segundo a sua capacidade; o que não basta para aqueles que são de uma forma ou de outra desfavorecidos, quer em razão de sexo, idade, cor, estado civil, convicção política ou religiosa, classe econômica ou social. (DINIZ, 1998:756).

Observa-se que o termo é tomado em duas acepções, a primeira evoca um nivelamento de todos perante os poderes estatais como sujeitos de direitos pela característica, pela essência que todos possuem: a dignidade humana. A segunda evoca a necessidade de um desnivelamento como recurso para que a primeira acepção seja satisfeita, diante de condições de especialidades fáticas e/ou axiológicas, como é o caso da mulher, que enfrenta desigualdades sociais e de valores.

É justamente sobre essa segunda acepção que Souza Santos (2003:56), trata como o direito à diferença, ao considerar que: “Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza.”

Tal consideração fundamenta-se na necessidade de respeitar a diversidade existente em uma sociedade. Conforme explica Kamimura et al. (2017:72):

Temos o direito de ser tratados igualmente, sem discriminação alguma. Mas também temos o direito a ser tratados diferentemente de acordo com nossas diferenças. O direito à igualdade, portanto, deve contemplar o respeito à diversidade. É preciso que a igualdade reconheça as diferenças e é fundamental que uma diferença não produza, fomente ou reproduza desigualdades.

Portanto, além da igualdade como efeito geral para todos reconhecida e garantida constitucionalmente como fundamento da nossa República, o poder legislativo brasileiro baseia-se nessa acepção de direito à diferença para atingir o direito à igualdade, para reconhecer e estabelecer em leis constitucionais e infraconstitucionais um *discrímen*, apoiado no princípio da especialidade, decorrente do princípio da igualdade.

O princípio da especialidade, desdobrando-se do princípio da isonomia, propugna o tratamento desigual do que é desigual, fazendo-se as diferenciações fáticas e axiológicas. (DINIZ, 2010:468).

A explicação de Steinmetz (2001:177), sobre o princípio da igualdade poder envolver uma discriminação positiva, passa pela compreensão de que os fatores usados como discriminação não rompem com a ordem isonômica, porque não são arbitrários nem absurdos.

As discriminações entre sujeitos de direito são possíveis, desde que fundamentadas na razoabilidade e na proporcionalidade. O que se protege são as finalidades envolvidas por essa discriminação positiva.

É por meio desse princípio que a mulher tem o direito à igualdade para não ser inferiorizada, e também o direito à diferença para não ser excluída. Ambos precisam ser reconhecidos, respeitados e concretizados legalmente e socialmente.

Isso porque a igualdade de direitos entre os sexos, nos moldes da sociedade como a conhecemos, tem requerido que a igualdade jurídica seja a condição primeira da igualdade de fato. Para melhor compreensão, na citação de Steinmetz (2001:178), significa que:

Até admitindo que uma igualdade real pré-existe em virtude de qualquer causa, ela não subsistiria sem a garantia do direito. Não se forma uma sociedade de iguais se os seus membros não têm, antes de qualquer coisa, o direito de serem iguais. Sem a garantia do direito, a igualdade ficaria privada de efeito (...) mas a igualdade jurídica é também a condição para que a igualdade real seja real.

Em Piovesan (1992:39), encontra-se explicada tal relação de igualdade jurídica sob a égide da proteção, como norma de proteção em abstrato (geral) e a norma específica, para legitimar uma diferença perante a lei:

sistema especial de proteção realça o processo de especificação do sujeito de direito, no qual **o sujeito passa a ser visto em sua especificidade e concreticidade** (ex.: protege-se as mulheres, a criança, os grupos étnicos minoritários, as vítimas de tortura, ...). Já **o sistema geral de proteção** (ex: Pactos da ONU de 1966) **tem por endereçado toda e qualquer pessoa**, concebida em sua abstração e generalidade (ninguém, todos,...). Vale dizer, torna-se insuficiente tratar o indivíduo de forma genérica, geral e abstrata. Torna-se necessário a especificação do sujeito de direito, que passa a ser visto em sua peculiaridade e particularidade. Nesta ótica determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direito exigem uma resposta específica, diferenciada. Neste cenário **as mulheres devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social**. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial."(grifos nossos).

Juridicamente, o princípio da igualdade é considerado sob dois aspectos: o da igualdade na lei e o da igualdade perante a lei. O primeiro é exigência dirigida ao legislador, que ao elaborar as leis não poderá incluir elementos de discriminação. O segundo destina-se aos demais poderes estatais que aplicam as leis, pois após sua elaboração pelo legislativo, estas não poderão estar subordinadas a critérios arbitrários de tratamento seletivo ou discriminatório. (BRASIL/RDA, 1998).

Sobre o direito à igualdade, a CEDAW postula tanto a formal quanto a concreta. Em relação à concreta, dispõe sobre a adoção da discriminação positiva temporária:

Artigo 4º

1. **A adoção pelos Estados-Partes de medidas especiais de caráter temporário destinadas a acelerar a igualdade de fato entre o homem e a mulher não se considerará discriminação na forma definida nesta Convenção**, mas de nenhuma maneira implicará, como consequência, a manutenção de normas desiguais ou

separadas; essas medidas **cessarão quando os objetivos de igualdade de oportunidade e tratamento houverem sido alcançados.**

2. A adoção pelos Estados-Partes de **medidas especiais, inclusive** as contidas na presente Convenção, **destinadas a proteger a maternidade, não se considerará discriminatória.** (BRASIL, 2002b:s.n.p.). (grifos nossos).

Assim, sob esse aspecto, a igualdade será: igualdade formal (a da lei), e igualdade material ou concreta (a perante a lei). Há suporte legal para que a mulher tenha tratamento diferenciado. Nessa perspectiva, é necessário entender porque os efeitos da igualdade de direitos para a mulher devem traduzir-se na adoção de instrumentos que viabilizem a igualdade concreta: as políticas públicas.

Até o século XX as leis brasileiras não adotavam o princípio da igualdade. Ratificavam a diferença de gênero entre homens e mulheres criando condições desiguais e de exclusão em relação a direitos: as mulheres precisavam de autorização do marido para trabalhar fora, não podiam votar, não podiam candidatar-se e não podiam praticar qualquer ato da vida civil. A desigualdade era consagrada como algo natural pela sociedade da época, que achava que as mulheres deveriam ser submissas e obedecer aos ditames dos maridos. (KAMIMURA et al, 2017:72).

Todavia, acompanhando as mudanças sociais e de valores, posteriormente a legislação passou a adotar dispositivos que favoreceram as mulheres em seus direitos políticos, sociais, civis e trabalhistas. Especialmente após a promulgação da CRFB/88, todos os códigos deveriam obedecer ao princípio da igualdade como fundamento.

Várias leis especiais e específicas como discriminação positiva foram promulgadas, para dar às mulheres igualdade de condições em proteção mais efetiva, por exemplo: a Lei n.9.504/1997 que determinou cotas para garantir maior participação das mulheres em candidaturas nas eleições; a Lei Maria da Penha, embora já houvesse dispositivo que criminalizasse a violência doméstica. Foi necessária uma lei específica para proteger a mulher por causa do alto nível de violência que sofria, tornava desproporcional o grau de defesa e proteção e restringia o exercício de seus direitos. De igual modo a Lei do feminicídio, embora já houvesse a tutela da vida contra assassinatos, através do Código Penal Brasileiro, essa lei protege de forma específica as mulheres.

3.7 A Violação da igualdade e dos direitos da mulher

No capítulo 1 destacou-se que os processos econômicos da globalização afetam profundamente a atuação do Estado, agravando a crise e acentuando os problemas sociais,

uma vez que o fragiliza e impede de implementar políticas públicas. Consequentemente, os direitos humanos são diretamente influenciados, porque violados, ocasionando ainda mais desigualdades e vulnerabilidades.

Trazer à reflexão os meandros que envolvem a efetivação e aplicação dos direitos humanos e fundamentais para alcançar justiça social em uma sociedade, tem importância para compreender os significados explícitos e subliminares das ameaças e violações desses direitos em relação às mulheres.

Uma das formas de violação dos direitos humanos, é salientada por Sen (2010:33-4) como “exclusão como forma de privação”:

Muitas privações e violações de direitos humanos de fato assumem a forma da exclusão de prerrogativas individuais elementares que deveriam ser dadas como certas [...] Vários tipos de privação, que vão da violação dos direitos civis e políticos, [...] à destituição econômica e à falta de assistência médica e educação.

Contudo, também enfatiza uma outra forma de violação dos direitos humanos como privação, que não perpassa pela exclusão. Trata-se do que denomina de “inclusão injusta” e de “inclusão desfavorável”: “grande parte dos problemas de privação surge de termos desfavoráveis de inclusão e de condições desfavoráveis de participação, e não do que se poderia chamar de um caso de exclusão”. Assim considera as condições participativas desiguais, cujo foco imediato está na natureza desfavorável da inclusão envolvida. Para o autor continuam sendo exclusões ainda mais graves, pois mitigam a exclusão em formas de “incluir o excluído”. (*Idem*, p35).

Segundo o autor, são exclusões por privações em situações veladas que incluem violações de direitos. É uma classe importante de privações que recebe uma atenção pequena, mas que possui um alcance massivo, atinge as classes sociais mais pobres. Envolve simultaneamente inclusões injustas e exclusões debilitantes (*Idem*, p.38).

Portanto, pode-se considerar que as privações, além de originarem exclusões, são também formas de excluir porque trazem em si diversos aspectos de violação de direitos. De um lado porque não os oferece, e de outro porque o faz de modo injusto ou desfavorável. Configuram-se como exclusões múltiplas. Por certo, as mulheres estão nessa inclusão de excluídos, porque ainda não estão incluídas de forma justa e favorável em igualdade de direitos na sociedade.

A respeito da exclusão por condições de desigualdades sociais e políticas da mulher, Mayor (2000:366) ao citar Hannah Arendt, compara que excluir o “Outro” é roubar-lhe a dignidade, é não reconhecê-lo como membro de uma comunidade, despojá-lo de cidadania.

Considera que a exclusão abre portas para discriminações, violências e perseguições. E completa que:

A luta contra a discriminação das mulheres obriga à sua participação plena e inteira na vida econômica, política e cultural. Os direitos humanos são os direitos de toda a humanidade.”.

Os efeitos da igualdade de direitos devem traduzir-se na adoção de instrumentos que viabilizem a igualdade concreta. A importância está na implementação dos direitos que garantem o exercício da cidadania, com base nas relações de gênero, nesse caso, as políticas públicas para a mulher.

A esse respeito, Gomes (2003:65), comenta que as ideias que mudaram o estatuto legal das mulheres através da Constituição, precisam refletir os efeitos não apenas no papel:

A igualdade constitucional terá que ser implantada não apenas alterando toda a legislação infraconstitucional que a contrarie, mas, sobretudo, criando condições sociais, políticas e econômicas que viabilizam (sic!) a eficácia da lei. Há que se por em prática mecanismos específicos para se cumprir a imposição constitucional.

O que ainda acontece são condições que impedem essa concretização, consoante denuncia Krempel (2001:88):

Na prática, assistimos mulheres que não podem trabalhar por não terem onde deixar seus filhos, uma vez que faltam creches; outras que perdem o emprego ao levar o filho ao médico e ficar (sic!) por horas em uma fila do serviço público de saúde; falta de estudo dessas mulheres que acabam tornando-se desqualificadas para pleitear um emprego melhor e assim melhorar as condições de vida sua e de sua família.

Sobre o que pode ser realizado para a implementação, Zimath (2004:113-4), responde que uma possibilidade é a criação de instituições capazes de dar executabilidade aos preceitos que desenham o ordenamento jurídico, através de mobilização conjunta entre o Estado e a sociedade civil. Deve haver um programa político e social amplo, capaz de modificar as práticas sociais, uma vez que condutas se modificam e se transformam através da educação e de políticas públicas.

Compreende-se que os direitos conquistados pelas mulheres, e transformados em leis, somente acontecerão e se tornarão acessíveis para todas, mediante o oferecimento de condições efetivas para o seu exercício. Condições que podem ser dadas através de políticas públicas diretamente implementadas pelo Estado. Mas que também podem ser oportunizadas pela sociedade através de vários atores sociais, que se engajem na causa pela defesa da igualdade de direitos, em termos de gênero.

3.8 O direito fundamental à saúde das mulheres

No campo da saúde, o direito também alcança a mulheres de forma especial e específica para garantir a sua igualdade respeitando-se as suas diferenças. No início, o direito à saúde da mulheres baseava-se em questões biológicas, pelo fato de a reprodução humana acontecer no corpo da mulher. O direito consagrava e protegia apenas os direitos das mulheres decorrentes da reprodução: serviços de atenção pré-natal, parto, puerpério, prevenir a mortalidade materna etc. Em decorrência da característica reprodutiva, outros direitos passaram também a ter proteção: licença maternidade, amamentação etc. (KAMIMURA et al, 2017:73).

Posteriormente outros direitos sem relação com o aspecto reprodutivo da mulher foram incorporados, mas ainda relacionados ao corpo, como por exemplo: prevenção contra o câncer de mama, útero e ovário. Mas pode-se também falar em direitos na área trabalhista, previdenciária e educacional. Embora ainda lutem para obter o direito à igualdade de remuneração, e para poderem dispor sobre o próprio corpo em relação ao aborto.

A partir dos relatórios do PNUD lançados pela ONU, com resultados de pesquisas sobre as condições das mulheres em vários países, e das Cartas das Conferências da CSW, sugestões específicas sobre o direito à saúde da mulher tomaram uma conexão mais propícia à dimensão mais ampla do conceito de saúde. Isso se dá pelo entendimento de que, para que o desenvolvimento humano seja alcançado, é necessário respeitar os direitos humanos.

Os relatórios e as Cartas começaram a apresentar parâmetros e prescrever ações de combate às desigualdades relacionadas à pobreza, autoritarismos e exclusões de diversas naturezas. Sob o enfoque dos direitos humanos delineava-se atingir as metas de desenvolvimento com democracia, liberdades e combate à pobreza e desigualdades de gênero.

A Carta da CEDAW (1979), é a grande referência dos indigitados enfoques, e a primeira a dispor amplamente sobre os direitos à saúde da mulher. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado em 1985, vinculado ao Ministério da Justiça, para promover políticas que visassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. (<<http://www.spm.gov.br>>).

De 1985 a 2010, o CNDM teve suas funções e atribuições bastante alteradas. Em 2003, o Brasil criou a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, diretamente subordinada à Presidência da República. Atualmente denomina-se Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), e foi transferida para o Ministério dos Direitos humanos. O CNDM passou a integrar

a estrutura da SPM e a contar, em sua composição, com representantes da sociedade civil e do governo. Isso ampliou significativamente o processo de controle social sobre as políticas públicas para as mulheres. O CNDM tem como um de suas importantes atribuições apoiar a SPM em suas articulações com diversas instituições da Administração Pública Federal e com a sociedade civil. (<<http://www.spm.gov.br>>).

O Brasil foi um dos pioneiros na América Latina em reconhecer a necessidade de atenção especial às condições da mulher, principalmente nas questões sobre a saúde. Em 1984 o governo federal lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que posteriormente foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). (BRASIL/PNAISM, 2009)

Sob a responsabilidade da SPM, foram criadas as três versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), para promover a melhoria das condições de vida e saúde destas, em consonância com os requisitos da CEDAW.

Como preconizam promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, os PNPMs as visualizam em suas realidades carregadas de múltiplas necessidades (saúde, moradia, trabalho, educação e outros). O que requer políticas públicas articuladas com outros conhecimentos e setores, além dos que já acontecem na área da saúde.

3.9 Dos estudos e abordagens realizados sobre o tema: uma incursão referencial

De maneira específica, os modos de ser e de viver das mulheres são influenciados por determinantes sociais em vários âmbitos. Entre esses âmbitos está o da saúde. Nesse aspecto, a condição da mulher tem sido uma preocupação abordada em nível mundial por organizações internacionais humanitárias e de defesa dos direitos humanos, como a ONU. Os alertas sobre as condições de vida degradantes das mulheres em países desenvolvidos, subdesenvolvidos em desenvolvimento, bem como as sugestões de políticas públicas voltadas especialmente para atenção às mulheres tem sido tema de relatórios e campanhas. A partir dessas iniciativas muitos países têm se posicionado com políticas para o enfrentamento de tais adversidades.

Entre os estudiosos desses temas há os que defendem a adoção de políticas públicas voltadas para as diversidades como forma de reduzir as desigualdades e as vulnerabilidades (PINHEIRO *et al*, 2002; RIBEIRO, 2007).

Entretanto, há os que não defendem a adoção de tais políticas e tecem críticas às práticas do Estado e dos movimentos sociais que as defendem. Como exemplos, Assis e Jesus

(2012:2870) citam os seguintes comentários de Saito, Lacerda e Fracolli (2006), e Sorj (2004):

A proposição de políticas de saúde para grupos específicos gera polêmica por ser, a princípio, contrária à universalidade defendida na Carta Magna. “Verifica-se que importantes justificativas teóricas são impostas para a adequação dos serviços às demandas, porém o acesso à APS não deve lançar mão de nenhum método ou processo que eleja populações prioritárias, visto que, no sistema, esse nível é considerado a porta de entrada”.

Sorj, contrariando tal expectativa, faz um alerta decisivo no balizamento de ações inclusivas: “a demanda de direitos realizada pelas novas identidades coletivas, quando associada a reivindicações distributivas, apresenta risco de despolitização e da erosão do espaço público, pois essas identidades questionam a política como produção de uma utopia comum e transformam o sistema de representação em um processo de agregação de interesses de fragmentos sociais”.

Nesse estudo sobre acesso aos serviços de saúde, Assis e Jesus (2012:2870) discutem que “alguns dos grupos de risco a própria evolução agressiva da patologia, ou o grande potencial de contágio, exige condições de acesso aos serviços de saúde diferenciados”. Como exemplo entre os que necessitam de diferenciação positiva: os portadores de HIV/AIDS. Em relação a questão de gênero pontuam que o diferencial ao acesso de serviços de saúde em muitos estudos de demanda, privilegiam a população feminina. Entre as causas estão os valores subjetivos como a incompatibilidade da demonstração de fraqueza.

Segundo as referidas autoras as maiores dificuldades devem-se ao grande desafio para o sistema de saúde a efetivar acesso equitativo, porque cada segmento social tem diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão, nem sempre percebidas pelo poder público. E quando percebidas a gestão não tem acúmulo reflexivo, para formular políticas. Para grupos sociais organizados as dificuldades não são menos díspares, o atendimento de suas necessidades se dá após reivindicações e pressões sobre os governos. As autoras opinam que:

As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente; e construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral. (ASSIS e JESUS, 2012:2871).

Não obstante o tema que se propõe estudar não se refira apenas à equidade no acesso a serviços de saúde, nem o grupo social mulher ser minoritário, pode-se tomar os argumentos apresentados pelas autoras para embasamento do que acontece com as reivindicações das mulheres por políticas públicas voltadas às necessidades destas.

Desse modo, é oportuno apontar trechos da reportagem de Machado (2017:21), realizada com representantes de movimentos de mulheres na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (CNSMu), em agosto de 2017. Em suas falas as representantes deixam

evidente o isolamento e a exclusão que muitas mulheres estão submetidas, e dimensionam os desafios para a efetivação de uma política de atenção integral à saúde das mulheres como um grupo composto também por diversidades e desigualdades.

Nessa conferência buscou-se o debate de ideias e práticas para o crescimento da força das mulheres. Conforme relatam as representantes de movimentos e as delegadas da CNMu, a pluralidade das mulheres é uma grande questão que precisa ser evidenciada: “Hoje, não falamos mais da saúde da mulher, mas sim da saúde das mulheres.” Para as representantes, “são mulheres que estão à margem da margem da sociedade, invisíveis a tantos outros grupos”, a exemplo das moradoras de rua. A representante da União Brasileira de Mulheres (UBM), Carmem Lucia Luiz, avalia que: “só será possível trabalhar a equidade se conseguirmos ver onde estão as diferenças e quais dessas diferenças implicaram desigualdades.” (MACHADO, 2017:21;24).

A maioria dos estudos encontrados sobre a relação entre equidade-saúde-mulher, a considera sob a perspectiva da diferenciação de gênero e abordagem epidemiológica. Nessa linha citam-se como exemplos os seguintes trabalhos:

- Pinheiro *et al* (2002:687-707), analisaram o perfil de morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde em homens e mulheres no Brasil, segundo idade e região urbana e rural. Foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio.
- Santos (2008:97-128), estudou a estrutura familiar e o trabalho das mulheres. A autora encontrou dados que comprovam a sobrecarga de trabalho para as mulheres. Identificou novas tendências na constituição das relações de gênero e nas ações do Estado, para melhorias nas áreas da educação e da saúde para as mulheres.

Entre as pesquisas voltadas para a relação equidade-saúde-mulher com enfoque apenas para grupos de mulheres, com ênfase para os aspectos de promoção da saúde, estão os trabalhos de:

- Pinheiro e Ogando (2012:s.n.p.) estudaram de forma mais geral, como os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) impactam a formulação das políticas públicas focadas em gênero no país entre os anos de 2005 e 2011. Apontam que os desafios presentes na articulação das metas dos planos podem ser associados às dificuldades: de produzir transformações orçamentárias; de articular ações com escopo mais específico e destinado para certos grupos de mulheres; de coletar dados para avaliação das políticas públicas; e de ter apoio de outros ministérios, dos municípios e estados na implementação das ações e metas dos planos;

- Giffin (2002:103-12) estudou pobreza, desigualdade e equidade em saúde a partir de uma perspectiva de gênero transversal, para relacionar os gêneros e comparar mulheres de diferentes classes sociais. Segundo a autora, em termos gerais a política de saúde para as mulheres consolidou uma separação entre o uso de métodos artificiais de controle da fecundidade e os cuidados à saúde para as mulheres mais pobres que dependem dos serviços públicos, que são a maioria no país;
- Tavares, Mendonça e Rocha (2006: 1054-62): analisaram as práticas de Saúde da Família e processos de trabalho correspondentes à atenção à saúde da mulher junto à equipe de saúde e usuárias (em grandes centros urbanos do estado do Rio de Janeiro). O estudo destacou as seguintes categorias empíricas: conceito de saúde, modelo de atenção, organização da rede e do cuidado e práticas. Consideram que o foco na atenção à saúde da mulher é relevante no âmbito da Atenção Primária à Saúde e possibilita o aprofundamento dos limites e potencialidades;
- Freitas *et al* (2009:424-28), analisaram, epistemologicamente, os pressupostos da promoção da saúde da PNAISM. A PNAISM procurou em seus princípios e diretrizes estabelecer áreas prioritárias, enfatizando com isso, mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias, mas, ainda assim, o próprio sistema de saúde enfrenta dificuldades em atender à mulher em tais especificidades;
- McIntyre; Mooney (2014) no livro Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde, uma equipe internacional de experts no campo da economia da saúde proporcionou uma análise da equidade na saúde e na atenção sanitária. Por meio de casos de vários países, abordam questões sobre o acesso aos serviços de saúde e as desigualdades, destacam fatores de relevância internacional e as causas das desigualdades em saúde. Enfatizam que é essencial considerar as diferenças para aplicar políticas e programas que deem respostas a problemas específicos com o fim de alcançar maiores níveis de equidade;
- Pasqual, Carvalhaes e Parada (2015:21-7), avaliaram o processo de atenção prestada a mulheres, com idade a partir de 50 anos, tendo como referência o conceito de vulnerabilidade. Encontraram situação que evidencia a vulnerabilidade programática a que estão expostas as mulheres na faixa etária citada. Ressaltam que cabe à atenção básica promover o cuidado inclusivo, humanizado e com resolubilidade. E superar a vulnerabilidade encontrada, será necessário o envolvimento, tanto dos gestores quanto da equipe de saúde;
- Katrein *et al* (2015:1416-26) analisaram a desigualdade socioeconômica no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras (15 a 49 anos), para

identificar os grupos mais vulneráveis. Os grupos que apresentaram maior prevalência de acesso foram os domiciliados na zona rural. Porém, as análises demonstram que existe desigualdade socioeconômica no acesso a medicamentos a favor dos mais ricos, identificando como grupo mais vulnerável aquele dos indivíduos mais pobres e com maior número de doenças crônicas;

- Diniz *et al* (2016:561-72) analisaram as mudanças nas desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade no Sudeste do Brasil, segundo raça/cor, na última década. Encontraram diferenças desfavoráveis às pretas e pardas; as brancas tinham mais planos de saúde privados. As pretas e pardas tiveram menor número de consultas, menos ultrassonografias, mais cuidado pré-natal considerado inadequado, maior paridade e mais síndromes hipertensivas. Destacam que, ainda que importantes disparidades persistam, houve alguma redução das diferenças sociodemográficas e um aumento do acesso.

3.10 Mulheres: diversidades, desigualdades e vulnerabilidades

As questões relacionadas à mulher são majoritariamente tratadas sob a perspectiva do gênero, para o combate às desigualdades em relação ao homem. Contudo, novas abordagens têm direcionado o foco das análises para a situação da mulher quanto à diversidade desse grupo, uma vez que a vulnerabilidade e a desigualdade não se dão de forma homogênea para todas as mulheres.

Essas novas abordagens criticam o isolamento pautado no gênero, para a elaboração e gestão de políticas públicas para a equidade. Consideram que tal simplificação prejudica a percepção da complexidade entre fatores de diferenças, impedem a compreensão e enfrentamento de forma mais precisa das suas articulações, e favorecem subgrupos em posição de privilégios. (RODRIGUES, 2013:5-6; HENNING, 2015:105-10).

A mulher como gênero é minoria e vulnerável historicamente. Por isso das vulnerabilidades a que está sujeita, a programática é a mais forte, porque a mulher não recebeu, ou recebeu pouca proteção e atenção conferida pelo Estado (executivo e legislativo). (PAULA *et al*, 2017:3842).

Mas intragênero ainda há mulheres que são mais invisibilizadas, minorias e vulneráveis. Por tais aspectos, uma atenção mais específica tem sido requerida para as necessidades das mulheres: negras, indígenas, lésbicas, prostitutas, do campo etc. Essas mulheres sofrem as discriminações por interseccionalidade.

Segundo explica Carneiro (2002:201-12), são estes grupos de mulheres que sofrem as múltiplas formas de discriminação social, pela conjugação perversa dos marcadores de diferenças, com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida.

Por causa da discriminação, essas mulheres estão expostas a diferentes formas de violências e exclusões (sociais e de políticas públicas). Em decorrência disso, sofrem mais desigualdades.

Pode-se ilustrar essa condição de desigualdade com as palavras de Giffin (2002:105-6):

a mulher da classe média também entrou na força de trabalho, em condições e salários melhores, o que obviamente não quer dizer em igualdade com os homens da sua classe. No que diz respeito às suas condições para sair da esfera doméstica, essas mulheres se beneficiam da farta oferta de trabalhadoras domésticas que assumem uma dupla jornada *doméstica* em troca de salários irrisórios, e à margem das leis trabalhistas.

Sob essa ótica, analisar as discriminações a que estão sujeitas as mulheres em suas diversidades, implica apreender distinções, exclusões ou restrições que prejudiquem ou anulem o reconhecimento, gozo ou exercício de direitos humanos.

A Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável tem como promessa principal: “não deixar ninguém para trás”. Nesse sentido, o olhar sobre a mulher deve ser sobre as mulheres, para que todas estejam sob a perspectiva dos direitos humanos.

Movimentos sociais de mulheres chamam a atenção para o fato de ser necessário considerar as especificidades das mulheres, para a proposta de ações mais efetivas.

METODOLOGIA DO ESTUDO

O caminho idealizado para pesquisar a problemática contou com as informações captadas durante a estruturação do projeto de pesquisa, desde as primeiras leituras de referências temáticas das áreas até as contribuições dos membros da banca de qualificação. E continuou durante toda a elaboração desta dissertação, através da construção e das informações obtidas no marco teórico-conceitual, e do debruçar-se sobre os dados coletados para interpretá-los e concatená-los ou confrontá-los com o referido marco.

Entretanto, foi contínuo, mas não linear e unidirecional no todo, pois foi necessário aprofundar-se e dar mais volume a alguns aspectos, ou demorar-se mais por reexames necessários em outros.

As limitações do método dão-se em função de aspectos da própria delimitação do estudo, as dimensões epistemológicas, e os aspectos operacionais. Na expressão de Minayo *et al* (2010:10), como uma das formas de construção do conhecimento da realidade, a ciência não é conclusiva e nem definitiva; continuamos a fazer perguntas e a buscar soluções. A ciência tem possibilidades de respostas. “Para problemas essenciais, como a pobreza, a miséria, a fome, a violência, a ciência continua sem respostas e sem propostas”.

Compreende-se, assim, que o processo de criação do conhecimento é contínuo e aberto, de modo que um ponto de chegada significará também ponto de partida para outras propostas e modos de conhecer.

Caracterizações do estudo

Do ponto de vista da abordagem do problema efetuou-se um enfoque qualitativo, com o propósito de conhecer como ocorrem os fenômenos do objeto estudado e quais as razões que os explicam. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares; nas ciências sociais se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis; enfatiza as qualidades, os processos e significados das entidades que não são medidos experimentalmente; ressalta a natureza socialmente construída da realidade, repleta de valores, em busca de soluções para questões que tratam do modo como a experiência social é criada e adquire significado.(DENZIN e LINCOLN, 2006:23; MINAYO *et al*, 2010:21-22).

Em relação aos objetivos, é uma pesquisa exploratória. Este tipo de pesquisa é realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso, ou nenhum conhecimento

acumulado sistematizado. O pesquisador deverá priorizar e definir a utilidade da informação. (TOBAR e YALOUR, 2001:69). Esse é o caso da pesquisa realizada, pois devido à temática ser incipiente há escassa literatura e pesquisa acadêmica sobre os PNPMs. E o que se deseja com as informações coletadas é obter um ponto de apoio sobre o estado da arte da temática (saúde, mulher e direitos humanos no Brasil), para viabilizar o embasamento dos conceitos e teorias necessários para consecução dos objetivos da pesquisa. Portanto, um levantamento exploratório.

Quanto aos meios empregados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e a documental. A primeira como estudo sistematizador a partir de literatura especializada e acadêmica (livros, artigos, materiais de aulas, literatura cinzenta), como fontes primárias e secundárias de pensamentos e teorias que explicam o fenômeno estudado, e sobre o que já se produziu a respeito do tema. (TOBAR e YALOUR, 2001:73). A teoria serve como um sistema organizado de proposições que orientam a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de conceitos que veiculam seu sentido. (MINAYO *et al*, 2010:19).

O tipo de pesquisa bibliográfica escolhida foi a revisão narrativa simples, por ser esta apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas para questões específicas. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações; não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas; é adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos. Fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada. Constitui-se basicamente de análise de literatura na interpretação e análise crítica pessoal do autor. (ROTHER, 2007:v; VOSGERAU e ROMANOWSK, 2014:170-73; UNESP- BOTUCATU, 2015:s.n.p.).

A segunda como procedimento técnico de observação indireta através de documentos oficiais, tendo como fontes dos dados secundários os textos dos três PNPMs. Estes também foram unidades de análise, pois proveram os dados de que se necessitava, foi onde se mensurou qualitativamente as variáveis. Os dados são, quanto à natureza, objetivos. Como tipo de análise: a temática. (TOBAR e YALOUR, 2001:75-78).

Consoante explica Minayo *et al* (2010:62), a pesquisa social também trabalha com as realizações das pessoas, como é o caso da produção documental, que são produtos e exposições de ações. E Victora *et al* (2011:71-72), completa essa explicação ao dizer que, embora a pesquisa documental seja pouco utilizada na pesquisa qualitativa, os documentos

oficiais, os pessoais e os públicos são grandes fontes de informações e evidências. Cita como vantagens da pesquisa documental: a forma elaborada do conteúdo, a disponibilidade do material para análise, a rapidez na seleção dos aspectos de interesse, e maior possibilidade de controle e domínio desses aspectos por parte do pesquisador.

Em relação à dimensão temporal é longitudinal evolutiva, porque o fenômeno foi observado em relação ao seu desenvolvimento, alteração e seus desdobramentos em relação à saúde com equidade para as mulheres nos documentos do PNPM. Segundo explica Cellard (2008:295), o documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, possibilita operar um corte longitudinal que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, comportamentos, conhecimentos, práticas etc., bem como de sua gênese até os nossos dias.

Sobre os dados

A pesquisa utilizou apenas dados de domínio público e acesso irrestrito, constantes em sítios de organizações e agências, governamentais e não governamentais (nacionais e internacionais), na *World Wide Web*. Para a revisão narrativa, realizada em literatura acadêmica, literatura cinzenta e em documentos oficiais normativos, os endereços eletrônicos são:

<<http://onu.org.br>>, sítio da Organização das Nações Unidas;

<<http://www.onumulheres.org.br>>, sítio da ONU voltado para defesa dos direitos das mulheres;

<<https://www12.senado.leg.br>>, sítio oficial da Câmara do Senado do Brasil, órgão legislativo;

<<http://www.spm.gov.br>>, sítio oficial da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres;

<<http://www.mulheres.ba.gov.br>>, sítio oficial da Secretaria de Políticas para Mulheres do Estado da Bahia;

<<http://www.observatoriodegenero.gov.br>>, sítio oficial do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, vinculado à Comissão Econômica para América Latina e o Caribe;

<<http://bvsmis.saude.gov.br>>, banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, uma divisão da Biblioteca do Ministério da Saúde;

< <https://scholar.google.com>>, ferramenta de pesquisa do banco de informações da plataforma Google;

<<http://bdtd.ibict.br>>, banco de teses e dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT).

Das bases de dados foram extraídos artigos, dissertações e teses; e das bases de informação extraíram-se textos e folhetos sobre a temática. Como período de referência optou-se por dados e informações a partir de 1994, ano em que a CEDAW foi re-ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro sem reservas aos direitos humanos das mulheres.

Os termos de indexação ou descritores escolhidos para as buscas foram: [saúde]; [equidade]; [mulheres]; [promoção da saúde]; [direitos humanos]; [políticas para mulheres]. Esses termos foram utilizados de forma isolada ou combinada, com delimitação de intervalo temporal de 1994 a 2017. Filtrou-se pelo local, pretendendo-se focar a temática no Brasil. Os critérios de inclusão das publicações foram os seguintes: ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona à política para mulheres com aspectos vinculados aos direitos humanos. Excluíram-se os artigos que não apresentavam o critério de inclusão estabelecido e as duplicidades por serem publicações recuperadas em mais de uma das bases de dados ou de informações.

Para a pesquisa documental: as três versões das unidades de análise (IPNPM, IIPNPM e IIIPNPM) fornecedoras dos dados utilizados, foram coletadas na *World Wide Web*, são de domínio público e acesso livre. Estão disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres, atualmente vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos: <<http://www.spm.gov.br>>.

Seguiu-se um roteiro pré-estabelecido (Apêndice A), construído para a verificação das condições de elaboração interna dos PNPMs em relação à PS, bem como para aferição de suas conformidades com o que é exigido pelos procedimentos específicos da CEDAW.

Categorizações, técnicas e instrumentos de coleta e sistematização dos dados

A categorização das ações, para identificar como elas estão focadas para as mulheres segundo as vulnerabilidades, seguiu os critérios definidos por Ayres (2009:14-7), com base nas três dimensões analíticas definidas como:

- a) individual: aspectos biológicos, comportamentais e afetivos. Em consonância com o espírito de liberdade e emancipação dos fundamentos dos direitos humanos, para essa

dimensão não se considera, neste estudo, os aspectos comportamentais e afetivos como estigmatizantes ou culpabilizantes das mulheres. Apenas serão considerados como necessidades de cuidados especiais em saúde. Inclusive porque o interesse da pesquisa foi observar se as ações contemplam as mulheres em suas diversidades (se alguma mulher está sendo deixada para trás). Algumas categorias criadas a partir de descrições da PNAISM (BRASIL/PNAISM, 2009):

- saúde reprodutiva: reprodução, infertilidade, gestação (pré-natal), puerpério, mortalidade materna, amamentação, violência à parturiente, situações de abortamento;
- saúde ginecológica: doenças do útero, ovário e mamas(inclusive oncológicas), climatério e menopausa;
- saúde das meninas;
- saúde da mulher adolescente;
- saúde do corpo: doenças crônico-degenerativas, doenças infecto-contagiosas, doenças sexualmente transmissíveis, e outras doenças oncológicas;
- saúde mental;
- riscos e agravos por: prostituição, uso de álcool e/ou drogas;
- alimentação;
- deficiências (física, auditiva, visual, mental)
- atividade física.

b) social: segundo a pesquisa bibliográfica as maiores vulnerabilidades nesta dimensão em relação à mulher são: pobreza, baixa escolaridade (em especial para as mulheres negras) e salários mais baixos. Investigaram-se as ações em relação aos fatores:

- analfabetismo, educação e cultura;
- diversidades ou marcadores sociais de diferença: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, posição geracional, ocupação e classe social;
- pobreza e/ou desemprego, trabalho, emprego, renda;
- segurança alimentar;
- saúde ocupacional;
- habitação;
- infraestrutura social: saneamento; água, esgoto sanitário, transporte, energia;
- discriminação: sexual, racial, étnica, social, ocupacional, geracional e classe social;

- violência doméstica;
 - violência sexual (assédios, estupros e correlatos);
 - outras formas de violência (moral, psíquica);
 - trabalho escravo;
 - tráfico de mulheres;
 - meio ambiente;
 - vida civil, democracia e cidadania.
- c) programática: elaboração e implementação de políticas, programas, serviços e ações voltadas às principais vulnerabilidades individuais e sociais. Seus aspectos quanto a
- articulação com movimentos sociais;
 - redes de informação/comunicação;
 - intersetorialidade.

Para colocar as mulheres segundo categorias de diversidade, como forma de diferenciar do grupo homogêneo mulher, adotaram-se as categorias já definidas no III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2013-2015:30), baseadas em:

- a) variáveis de diferenciação: raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade (meninas, adolescentes, jovens e idosas), soropositividade HIV;
- b) grupos específicos: mulheres lésbicas, bissexuais, que vivenciam a transexualidade, no climatério, donas de casa, mulheres chefe de família, trabalhadoras domésticas, trabalhadoras do campo e da cidade, gestoras e servidoras públicas, mulheres do campo e da floresta, índias, negras, quilombolas, ribeirinhas, mulheres em situação de prisão, mulheres com deficiência, que vivem em situação de rua, ciganas, mulheres com doenças crônicas.

Essas categorias também estão definidas na PNAISM (BRASIL/ PNAISM, 2009:5;19;21), apenas com a diferença em relação à variável idade, distribuída nas seguintes faixas etárias:

- a) 10 a 14 anos;
- b) 15 a 19 anos;
- c) 20 a 29 anos;
- d) 30 a 39 anos;
- e) 40 a 49 anos;
- f) 50 anos e mais.

Para distribuir as ações dos PNPMs em relação à diversidade da Mulher como grupo homogêneo ou por grupos de diferenças, o critério foi de exclusão. Adotou-se apenas a

variável ou o grupo citado em cada ação dos PNPMS. Quando não havia informação por variáveis de diferenciação ou por grupos específicos ou apenas a referência a mulheres, adotou-se o termo “geral”.

Tal critério de exclusão deve-se por não se pretender abordar diretamente as múltiplas formas de discriminação, violência e interseccionalidades em relação à mulher, uma vez que a atual estruturação, conteúdo, gestão e monitoramento dos PNPMS não comportam extrações dessas informações.

Para categorizar e comparar as ações das três versões do Plano, com o fim de avaliar os avanços e conquistas de direitos à saúde como direito ao desenvolvimento humano das mulheres, segundo as dimensões de direitos humanos fundamentais, seguiu-se a classificação de dimensões dos direitos idealizadas por Norberto Bobbio e Paulo Bonavides, assim sistematizadas:

- a) direitos de primeira dimensão: as liberdades pública (igualdade, liberdade, propriedade, manifestação de pensamento, vida e de segurança) com previsão de direitos civis e políticos, como proteção perante o Estado;
- b) direitos de segunda dimensão: os direitos sociais, culturais e econômicos (saúde, educação, moradia, segurança pública, alimentação, trabalho, previdência social, lazer e cultura);
- c) direitos de terceira dimensão: fortalecimento do humanismo e do sentimento universal de sororidade e solidariedade; direitos como consumidora, desenvolvimento, comunicação, direito à informação, meio ambiente e qualidade de vida; democracia e pluralismo (difusos e metaindividuais); direitos da idosa, da infância, da juventude, da deficiente física;
- d) direitos de quarta dimensão: relacionados a bioética, envolvendo pesquisas biológicas, bioética, biotecnologia e de engenharia genética, gestação (fetos e embriões fecundação e usos), aborto, eutanásia, clonagens, transplantes;
- e) direitos de quinta dimensão: direitos decorrentes da aplicação da cibernética e mundo virtual, desenvolvimento de tecnologias aplicadas ao espaço cibernético.

Para auxiliar essas categorizações em suas listagens e anotações dos resultados obtidos em cada PNPM, elaboraram-se quadros sinópticos (Apêndice B). Procedeu-se a apuração dos resultados de forma simples (por categorias: vulnerável, diversidade e dimensão de direitos) e cruzadas (entre categorias) para articular as relações simples entre estas.

Em seguida às indigitadas categorizações e descrições, os dados obtidos por meio do roteiro e dos quadros sinópticos descritivos, foram interpretados e compreendidos através dos cinco princípios das iniciativas de PS:

- a) concepção holística;
- b) intersetorialidade;
- c) empoderamento;
- d) participação social;
- e) equidade;
- f) ações multi-estratégicas; e,
- g) sustentabilidade.

Para analisar os planos e suas ações em relação aos avanços em direito à saúde para as mulheres vulneráveis, adotou-se a fase exploratória e descritiva do *Advocacy* em Promoção da Saúde.

O processo de *Advocacy* aplicado foi o descrito por Barber-Madden (1992:19-21); Dallari et al (1996:592-601); Germani e Aith (2013:34-59), desenvolvido nas seguintes etapas:

- a) estudo do problema específico (mulheres em condições de vulnerabilidade programática);
- b) coleta e apresentação dos dados do problema, localizando-os no tempo e no espaço;
- c) identificação dos direitos não atendidos;
- d) identificação da legislação pertinente.

O tratamento dos dados obtidos nas análises documentais foi sob a forma de produção textual simples, com recurso a quadros explicativos para a sistematização dos resultados. Constam na seção seguinte: Resultados.

Considerações éticas

O estudo realizado não envolveu seres humanos. Os dados utilizados são dados secundários disponíveis em bases (de dados e informações) e sites estatais oficiais, de domínio público e acesso livre, em sua maioria sob a licença *Creative Commons CCO* ou *BY*. Assim, o projeto está dispensado de considerações e aprovação prévia em Comitê de Ética, conforme protocolo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), por meio da Resolução CNS nº01 de 1988, atualizada pela Resolução CNS 196 de 1996, pelo Sistema CEP/Conep da Plataforma Brasil, em ação conjunta CNS/MS.

Embora o estudo realizado tenha tais características, o projeto de pesquisa aprovado pela banca de qualificação foi submetido às considerações do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), por meio de protocolo oficial e regulamentação do mesmo Comitê. Foi emitido parecer de dispensa de aprovação pelo Sistema CEP-CONEP sob n.01/2018 CEP/ENSP atestando as condições de aptidão do projeto.

Outrossim, buscou-se seguir as boas práticas da pesquisa, com respeito e responsabilidade em relação aos trabalhos dos autores e instituições consultados, para a construção textual da pesquisa.

A mestrandas e orientadoras declaram não haver conflito de interesses.

RESULTADOS

O Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), em suas três versões, é um decreto para torná-lo efetivo nacionalmente, conforme previsão legal das atribuições privativas da Presidência da República estabelecida pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88) em seu art. 84,VI,a. São as seguintes aprovações por decretos:

- a) I PNPM: Decreto n. 5.390, de 8 de março de 2005;
- b) II PNPM: Decreto n. 6.387, de 5 de março de 2008; e,
- c) III PNPM: Decreto nº 7.959, de 13 de março de 2013.

Consistem em documentos oficiais do Poder Executivo Federal. São disposições normativas do ordenamento jurídico brasileiro, com a finalidade de regulamentar assuntos relacionados a leis já existentes sobre os direitos da mulher, em consonância com os pressupostos dos instrumentos reguladores da democracia no Brasil: a Constituição da República; e os acordos internacionais na área dos direitos humanos e dos direitos humanos das mulheres, assinados pelo Brasil como país signatário. É principalmente a partir desses instrumentos que a legislação brasileira infraconstitucional, estabelece normas especiais e específicas para a defesa dos direitos das mulheres.

Assim, além de poder político, como poder jurídico os PNPMs possuem caráter propositivo de ato normativo (descritivo e orientador) de políticas públicas em âmbito nacional, para a tutela e consecução dos direitos das mulheres.

Estruturalmente, os PNPMs exibem a padronização de seus elementos constitutivos, consoante as definições e deliberações normativas de documentos oficiais; as bases estabelecidas pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW); e as decisões e indicações apresentadas nas conferências nacionais de direitos da mulher.

Por serem documentos oficiais do Estado com *status* de legislação executiva, os PNPMs já trazem em si os requisitos e credenciais de credibilidade e representatividade documentais.

No ano de 2004, instituído como o Ano da Mulher no Brasil, o I PNPM foi elaborado após a 1ª Reunião do CNPM (Conselho Nacional de Políticas para Mulheres) em julho de 2004, intitulada “Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”. Foi redigido por um Grupo de Trabalho, coordenado pela Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SPM), e composto por representantes de órgãos do governo federal,

do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e das esferas governamentais estadual e municipal. O texto baseou-se em propostas aprovadas na CNPM e dos debates realizados nos grupos de trabalho. Foi lançado no dia 8 de dezembro de 2004, e executado até 2007.

Em agosto de 2007, a partir das resoluções da 2ª CNPM “Participação das Mulheres nos Espaços de Poder”, foi elaborado o II PNPM, resultado da revisão do I PNPM e das diretrizes elencadas na II CNPM. O Comitê de Monitoramento passou a contar com mais representantes do CNDM, e as reuniões de revisão passaram a ser acompanhadas por membros da sociedade civil convidados pela SPM. A 3ª CNPM ocorreu em dezembro de 2011. Como resultado de suas propostas elaborou-se o III PNPM (2013-2015).

Em seu texto de apresentação, cada Plano reporta-se a frações temporais das convenções de sua elaboração, o que facilita: compreender o sentido das mensagens que contêm sobre a luta e as conquistas alcançadas pelas mulheres; e entender como a sociedade e o Estado se expressam por meio de cada PNPM.

Nesse sentido também a narrativa que trazem sobre o contexto social das mulheres, no período em que foram elaborados. Possibilita conhecer a conjuntura política, econômica, social, demográfica e cultural que favoreceu os avanços ou impôs limitações sobre os Planos.

A partir do II PNPM observam-se adequações semânticas de termos e expressões, para exprimir o ajustamento do Plano:

- a) às mudanças socioculturais sugeridas pela CEDAW e pela Declaração de Pequim, em relação a incorporar a ênfase sobre gênero, empoderamento e transversalidade para combater as discriminações e superar as desigualdades; e,
- b) às propostas apresentadas pelos grupos de trabalho das conferências de mulheres.

Como política pública de Estado, os PNPMs possuem características afirmativas de direitos universais e específicos.

Os elementos de conteúdo dos PNPMs (escopo, objetivos, pressupostos, princípios, diretrizes e estratégias), nos quadros de 1 a 3, exprimem os entendimentos da CEDAW. Em cada versão há clareza e encadeamento na apresentação e desenvolvimento desses elementos. Todos expressam os fundamentos de cidadania e democracia em relação às mulheres, aportes essenciais dos direitos humanos e para o desenvolvimento humano.

O I PNPM é tomado como o texto principal, uma vez que foi através dele que a CNPM validou os princípios e pressupostos da Política Nacional para as Mulheres, bem como as diretrizes e prioridades apontadas pela 1ª Conferência.

Aspectos estruturais dos PNPMs

Quadro 1 – Caracterização dos PNPMs segundo as finalidades

Elementos	Versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres		
	I PNPM	II PNPM	III PNPM
Escopo	<ul style="list-style-type: none"> • Redução das desigualdades de gênero e raça 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a participação das Mulheres nos espaços de poder 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia e igualdade para as mulheres
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Romper a visão corrente que desqualifica e discrimina a mulher e seu papel em nossa sociedade; • Interferir nas ações do Estado, de forma a promover a equidade de gênero, com respeito às diversidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a igualdade, a autonomia e a justiça social para as mulheres em todos os espaços de poder; • Valorizar as diversidades como responsabilidade de todos os órgãos do Estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Combater problemas decorrentes de práticas assimétricas historicamente configuradas que inviabilizam o processo de participação social e política democrática e igualitária; • Transformar os espaços cristalizados de opressão e invisibilidade das mulheres dentro do aparato estatal, através da transversalidade.

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa documental.

Nas demais conferências para elaboração das versões II e III, esses elementos são reafirmados (Quadro 2). (BRASIL/IIPNPM, 2008:17;27; BRASIL/IIIPNPM, 2013:9-12).

Quadro 2 – Caracterização dos PNPMs segundo os fundamentos

Elementos	Versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres		
	I PNPM	II PNPM	III PNPM
Princípios	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdade e respeito à diversidade • Equidade • Autonomia das mulheres • Laicidade do Estado • Universalidade das políticas • Justiça social • Transparência dos atos públicos Participação e controle social 		<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia das mulheres; • Igualdade efetiva entre mulheres e homens; • Respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; • Caráter laico do Estado; • Universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; • Participação ativa em políticas públicas; • Transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.
Pressupostos	<ul style="list-style-type: none"> • A definição dos papéis sociais de homens e mulheres é uma construção social histórica, e um componente estrutural das relações sociais e econômicas; • A atuação do Estado por meio da formulação e implementação de políticas, interfere na vida das mulheres, ao determinar, reproduzir ou alterar as relações de gênero, raça e etnia e o exercício da sexualidade. 		<ul style="list-style-type: none"> • As práticas patriarcais seculares enraizadas nas relações sociais e nas diversas institucionalidades do Estado devem ser combatidas no cotidiano de maneira permanente; • Importância do protagonismo das mulheres na construção de um projeto de sociedade mais justa, mais equânime e democrática, com a participação de diferentes mulheres, com maior e menor visibilidade e presença política; • O compromisso com a luta pela consolidação dos direitos humanos das mulheres em todas as suas faces e dimensões.
Diretrizes	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir e fomentar: <ul style="list-style-type: none"> -implementação de políticas públicas integradas; -desenvolvimento democrático e sustentável; -cumprimento dos acordos internacionais; -inclusão de critérios de combate às desigualdades em todas as práticas; -alocação e execução de recursos orçamentários; -participação e controle social. 		

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa documental.

O III PNPM reafirma a configuração presente nos Planos anteriores (Quadro 2). Entretanto, em seu texto não aparecem os princípios da equidade e da justiça social (mas estão reafirmados nos Anais da 3ªCNPM). Apresenta a transversalidade das políticas como princípio orientador para um novo jeito de fazer políticas públicas, como um modelo de responsabilidade compartilhada, pois “não cabe apenas ao organismo de políticas para as mulheres promover a igualdade de gênero, mas a todos os órgãos dos três níveis federativos”. A transversalidade permite abordar problemas multidimensionais e intersetoriais, considera todas as formas de desigualdades, dá condições de se enfrentar o problema por inteiro. (BRASIL/III PNPM, 2013:10).

Quadro 3 – Caracterização dos PNPMs segundo as estratégias de atuação

Elemento	Versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres		
	I PNPM	II PNPM	III PNPM
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania Educação inclusiva e não sexista Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos Enfrentamento à violência contra as mulheres 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho com inclusão social Educação inclusiva, não-sexista, não-racista; não-homofóbica e não-lesbofóbica Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres Participação nos espaços de poder e decisão Desenvolvimento sustentável no meio rural, cidade e floresta, com justiça ambiental, soberania e segurança alimentar Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais Cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia Enfrentamento das desigualdades geracionais 	<ul style="list-style-type: none"> Igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica Educação para igualdade e cidadania Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres Fortalecimento e participação nos espaços de poder e decisão Desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social Direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta Cultura, esporte, comunicação e mídia Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia Igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres com deficiência

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa documental.

O II PNPM foi ampliado (Quadro 3), novos eixos estratégicos foram introduzidos e houve o detalhamento de eixos já existentes, de forma a destacar segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidade, ou de qualificar os procedimentos e os meios para a obtenção dos resultados esperados. (BRASIL/II PNPM, 2008:21).

Esses novos eixos buscam responder às demandas para grupos específicos de mulheres, de modo a introduzir no Plano o tratamento das dimensões referenciadas por

marcadores sociais de diferenças (gênero, raça/etnia, orientação e identidade sexual, idade, ocupação, origem etc.). Nesse aspecto, vale-se do conceito de interseccionalidade para trabalhar em conjunto os fatores: vulnerabilidades, violências e discriminações. (BRASIL/IIIPNPM, 2013:170).

Principais conceitos tratados nos PNPMS

Os três planos abordam implicitamente em seus textos alguns conceitos importantes. A saúde é entendida dentro do conceito amplo da OMS, como universal e integral em referência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como uma ruptura conceitual de política e critérios de prioridades, para além das demandas da gravidez e do parto.

Pontuam que a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que, a partir da saúde, a mulher obtenha a resolução dos problemas identificados, fortaleça-se frente a essas identificações, e tenha seus direitos reconhecidos e respeitados na promoção do auto cuidado.

O conceito de gênero é tratado prioritariamente com o de desigualdade. A desigualdade de gênero é considerada como uma rígida divisão de relações cristalizadas de poder entre homens e mulheres. No âmbito da igualdade, o conceito é retratado como de construção de um mundo que respeite as diferenças, para que elas sejam apenas uma expressão da rica diversidade humana, e que haja oportunidades para todas as pessoas.

O conceito de equidade é tratado de forma específica no tópico dos princípios, embora perpassa em todo o contexto dos PNPMS. É intimamente associada ao conceito de igualdade e respeito às diferenças, através da justiça social e pleno reconhecimento das necessidades próprias dos diferentes grupos de mulheres. (BRASIL/IPNPM, 2004:32).

Embora o princípio da equidade não apareça no texto do III PNPM, na Resolução constante nos Anais da 3ª CNPM, o princípio está reafirmado. (ANAIS 3ª CNPM, 2013:90).

O conceito de diversidade alia-se aos de igualdade e equidade. O respeito àquela é pré-requisito para a construção social destas, considerando-se tanto o aspecto de gênero quanto o de outros marcadores sociais de diferenças (raça e etnia, gerações, orientação sexual e deficiências). (BRASIL/IPNPM, 2004:31).

Nesse sentido, o II e IIIPNPM tratam essa relação sob a ótica da interseccionalidade entre os marcadores sociais de diferenças, para o desenvolvimento de políticas específicas que

combatam desigualdades entre as mulheres. (BRASIL/IIPNPM, 2008:31,55,131,170; BRASIL/IIPNPM, 2013:23).

O PNPM até então não oferece dados que possibilitem avaliar a interseccionalidade, de desigualdades e discriminações, que as mulheres de grupos específicos padecem. Isso por impossibilidades apresentadas pela forma de exposição das ações, e também pelos resultados apurados nos relatórios de gestão e monitoramento de avaliação dos Planos.

A preocupação com a igualdade que considere todas as diversidades, como fortalecimento dos direitos humanos, aparece pela primeira vez no IIPNPM. (BRASIL/IIPNPM, 2013:23).

O termo e conceito de vulnerabilidade está mais presente a partir do II PNPM, que explora a noção de vulnerabilidade social, relacionando-a à necessidade de combate às desigualdades, especialmente à pobreza.

No I PNPM o termo aparece na estratégia da saúde para explicar a vida reprodutiva e maternidade precoce de mulheres adolescentes (15 a 19 anos), como aspectos que expõem aos agravos em saúde sexual e saúde reprodutiva neste grupo. Outro uso do termo nesse mesmo Plano trata-o como aspecto relacionado à autonomia econômica e política, para a redução da vulnerabilidade externa. (BRASIL/IPNPM, 2004:26;83).

O PNPM apoia-se na definição de vulnerabilidade social construída pelo Instituto de Pesquisa Econômica aplicada (IPEA), como sendo a ausência ou a insuficiência de acesso aos ativos (infraestrutura básica; capital humano; e renda e trabalho), como oferta de bens e serviços públicos. Este conceito foi pensado para dialogar com o desenho da política social brasileira, segundo o que estabelece a CRFB/88 (arts. 5º, 6º e 7º), esses ativos deveriam ser providos aos cidadãos pelo Estado, nas suas diversas instâncias administrativas. (BRASIL/IPEA, 2015:13).

O conceito supracitado é de cunho político, que introduz novos recursos interpretativos, concebidos para o planejamento de políticas públicas compromissadas com as responsabilidades do Estado, na promoção do bem-estar dos cidadãos. Embora seja político, tal conceito está em sintonia com o conceito de vulnerabilidade social em saúde interpretada pelo viés dos direitos humanos definido por Ayres (2014).

O conceito de direito aparece como o de norma jurídica para representar o Estado de Direito; e como de prerrogativa de poder da mulher individualmente ou em grupo. Nessa última noção, o termo está mais atrelado às expressões de direitos sexuais e direitos reprodutivos; porém também ganha noção, mais ampla de direitos da mulher, com a percepção voltada para os direitos humanos em relação a fomento e implementação de

políticas afirmativas, como instrumento necessário ao pleno exercício de todos os direitos e liberdades fundamentais para distintos grupos de mulheres. (BRASIL/IPNPM, 2004:11-89). Mas nota-se que a partir do II PNPM o termo é mais utilizado sob a perspectiva dos direitos humanos para/ e das mulheres.

O II PNPM possui o maior texto das três versões, é o mais informativo e com mais comentários sobre os temas de seus eixos estratégicos. Todavia não é uma tendência que tenha continuidade na terceira versão, pois apresenta um texto mais resumido, com dados e informações numéricas, mas sem detalhamentos explicativos.

Do exposto, observa-se que a aplicabilidade dos conceitos se dá de forma abrangente a partir do II PNPM, que passa a ser um marco de especificidades do conteúdo do Plano em termos dos critérios de combate às desigualdades.

O I PNPM faz mais exposições de temas gerais sobre a desigualdade de gênero, em torno dos grandes eixos de suas estratégias (trabalho e educação). Mas trata de forma mais específica temas sobre a mulher em relação à saúde reprodutiva e a violência contra a mulher.

Pode-se dizer que o I PNPM não aprofunda o debate sobre a igualdade para além da questão de gênero (a equidade vertical). Embora esboce em seu texto de apresentação o compromisso com o respeito às diversidades, e que tenha como princípio a equidade “por ações específicas e afirmativas voltadas aos grupos historicamente discriminados [...], buscando-se justiça social, requer pleno reconhecimento das necessidades próprias dos diferentes grupos de mulheres”. (BRASIL/SPM, 2004:31-2).

No II PNPM os temas gerais são ampliados com os novos eixos desenvolvimento, meio ambiente e racismo. E nos temas específicos entram os relacionados aos espaços de poder; o direito à terra e moradia com foco para as mulheres do campo e às chefes de família; o combate aos mitos e estereótipos discriminatórios à mulher no campo da cultura e da mídia, ao sexismo, à lesbofobia; e às desigualdades geracionais entre as mulheres.

O debate para além da questão de gênero é ampliado à partir do II PNPM, que privilegia a inserção da diversidade das mulheres brasileiras (negras, índias, quilombolas, ciganas, do campo, da floresta, urbanas, lésbicas, bissexuais, transexuais, deficientes, jovens, adolescentes, idosas etc.).

É nesse Plano que a vulnerabilidade social das mulheres em relação à violência recebe mais ações específicas. Agora com o apoio da aprovação da Lei Maria da Penha, surgem modificações e novas ações que visam dar atenção especial a grupos específicos de mulheres: as crianças e jovens vítimas de violência e exploração sexual, e as mulheres presidiárias.

O III PNPM mantém as mesmas exposições de temas encontradas no Plano anterior.

Características da promoção da saúde nos PNPMs

Sob a perspectiva de políticas públicas de promoção da saúde, a análise dos PNPMs exhibe os componentes apresentados a seguir.

No que concerne aos aspectos essenciais relacionados à Promoção da Saúde, que demonstram imbricação e equilíbrio entre os temas que se associam à saúde, os PNPMs trazem as características descritas abaixo:

- a) necessidade de políticas públicas saudáveis: o texto do I PNPM não traz de modo explícito estratégias e ações assim denominadas. Porém, reconhece que a saúde e o bem-estar são influenciados por determinantes que estão para além do exclusivo domínio do setor da saúde, reconhece a necessidade de políticas para o desenvolvimento social justo e equitativo das mulheres ao dar atenção ao combate às desigualdades com olhar principalmente no gênero. Poucas ações das estratégias que não pertencem à da saúde trazem esse enfoque, nesse Plano. Nos demais Planos as ações incluem essa abordagem ao tratar das melhorias de infraestrutura social básica e moradia;
- b) novo entendimento sobre desenvolvimento social e o papel do Estado: o Planos reconhecem o papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito. Que cabe ao Estado e aos governos que o representam, garantir políticas públicas construídas em permanente diálogo com a sociedade e as organizações que a representam, para alterar as desigualdades sociais existentes em nosso país. Trazem esse compromisso através do enfrentamento das desigualdades nas ações que propõe, e ao entenderem que as políticas para as mulheres constituem-se em política de Estado e não de governo, que é necessária a transversalidade nas políticas como responsabilidade do conjunto do governo. Expõem o entendimento de que a atuação do Estado, por meio da formulação e implementação de políticas, interfere na vida das mulheres ao determinar, reproduzir ou alterar as relações. Por isso a Política Nacional para as Mulheres tem como compromisso e desafio interferir nas ações do Estado, para promover o desenvolvimento econômico e social considerando as mulheres como sujeitos de direitos e sujeitos políticos;
- c) atenção ao meio ambiente: como marco da Política Nacional para as mulheres, o I PNPM reconhece que o desenvolvimento econômico e social deve ser promovido de maneira sustentável, com respeito ao meio-ambiente e por meio do uso adequado dos recursos naturais do país, com maior acesso e participação das mulheres nos espaços de poder, e mais oportunidades para as mulheres como sujeitos de direitos e sujeitos políticos.

- Contudo, não traz estratégias e ações especificamente voltadas ao meio ambiente, como ocorre com as políticas públicas saudáveis, tema diretamente relacionado às políticas públicas saudáveis. Tal atenção se dá com mais clareza e especificidade a partir do II PNPM, com a criação da estratégia de Desenvolvimento sustentável no meio rural, cidade e floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar;
- d) equidade como prioridade de alocação, dimensionamento e distribuição de recursos e serviços de saúde aos grupos de mulheres menos privilegiadas e mais vulneráveis: os PNPMs, através de suas estratégias e ações, propõe-se estimular e provocar as diferentes áreas do governo para que o impacto das políticas sobre a vida das mulheres aconteça de forma universal, necessariamente a considerar as diferentes origens, orientações sexuais, gerações e condições física e mental em direção à promoção da igualdade;
 - e) participação popular: em todas as versões o PNPM reafirma um modelo de gestão solidária e compartilhada, de permanente diálogo com os movimentos e setores sociais, como forma de fortalecer a democracia brasileira. A participação popular pauta todos os PNPMs, desde os preparativos de sua elaboração através das conferências de mulheres (municipais, regionais, estaduais e nacional), até a sua gestão e monitoramento. Garantindo representatividade e a expressão da diversidade da população. O Plano é, portanto, resultado de uma construção coletiva, apresenta-se como importante instrumento para a construção de relações democráticas com os movimentos feministas e de mulheres. Além disso, explicita a adoção da transparência das ações governamentais como um princípio e o diálogo como forma legítima de condução das relações entre o Estado e a sociedade;
 - f) empoderamento: citam que as ações devem ser desenvolvidas ou aprofundadas para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras. Nesse sentido, os Planos buscam seguir as orientações da Declaração de Pequim, de potencializar a transformação das mulheres, para que adquiram o controle sobre o seu desenvolvimento;
 - g) ações multiestratégicas: enfatizam que as melhorias nas condições de vida das mulheres é de responsabilidade do conjunto de governo, e não de uma área específica, que a implementação do Plano requer uma ação coordenada e articulada de vários órgãos, secretarias e ministérios;
 - h) sustentabilidade: trabalham a noção de sustentabilidade em termos de meio ambiente. Mas também como sustentabilidade social no conjunto das estratégias e ações, com a

finalidade de melhorar a qualidade de vida das mulheres, para diminuir as desigualdades sociais, ampliar os direitos e garantir acesso pleno à cidadania.

Abordagem integrada sobre saúde, direito e promoção da saúde

Entre as principais propostas apresentadas pelo I PNPM, pode-se citar a criação de uma rede institucional entre os entes da federação para a implementação do Plano, com vistas a garantir o alcance de seus resultados e a superação da desigualdade de gênero no país. (BRASIL, 2004:32).

O II PNPM amplia e aprofunda as propostas de atuação ao incluir seis novas áreas estratégicas: participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias; enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas. (BRASIL/IIPNPM, 2008:18).

Também apresenta como novas propostas: a articulação com o Plano Plurianual (PPA 2008-2011); a inclusão de ações da Agenda Social dos setores de governo que atuam em prol da igualdade de gênero; e a ampliação da representação da sociedade civil em número de representantes do CNDM, incorporação de representantes de mecanismos governamentais de políticas para as mulheres estaduais e municipais, e como convidadas às reuniões de revisão do PNPM, representantes dos movimentos de mulheres negras e de mulheres jovens. (BRASIL/IIPNPM, 2008:22-23).

O III PNPM propõe linhas de ação e ações que possuem alcance internacional para enfrentar e combater o tráfico internacional de mulheres, e dar assistência às brasileiras vítimas de tráfico e exploração sexual em países estrangeiros. (BRASIL/IIPNPM 2013:12).

As implicações dessas propostas relacionam-se a:

- a) maior responsabilidade e envolvimento estatal (de todos os setores) para a efetivação dos direitos assumidos nos Planos;
- b) maior compromisso com a implantação de mecanismos e recursos que garantam os direitos assumidos;
- c) maior compromisso para dar continuidade às ações efetivadas e implementar outras, para que haja mais avanços em direitos humanos para as mulheres, especialmente os avanços

relacionados à saúde e sua promoção, por causa da extensão inclusiva e participativa que essa área possui como direito social;

- d) fortalecimento de parcerias e de ideais comuns, ou convergentes, no âmbito do poder público; e,
- e) a permeabilidade de uma teia de relações que aproxima governo e sociedade, reconhecendo e unificando as interfaces dos movimentos sociais nos seus diferentes segmentos.

As ações em relação à diversidade das mulheres

O I PNPM reconhece em seu texto que o grupo mulher não é uma categoria homogênea: “As mulheres são plurais, e as políticas propostas devem levar em consideração as diferenças existentes entre elas.” (BRASIL/IPNPM, 2004:31). Apesar disso, possui poucas ações voltadas especificamente à diversidade de mulheres por grupos, conforme resultados mostrados no Quadro 4 a seguir.

No I PNPM a área da saúde é a que possui mais ações com disposições para a diversidade das mulheres por grupos. A área de enfrentamento à violência não traz nenhuma categorização das mulheres por grupos específicos. Apenas considera uma categorização segundo a idade (meninas e adolescentes).

A consideração das diferenças entre as mulheres para as ações propostas é mais pronunciada no II PNPM, que diz responder à mobilização da sociedade brasileira para a ampliação da perspectiva de gênero e raça/etnia nas ações desenvolvidas pelo Estado, de forma a destacar segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidade: “Fomentar e implementar políticas de ação afirmativa como instrumento necessário ao pleno exercício de todos os direitos e liberdades fundamentais para distintos grupos de mulheres”. (BRASIL/II PNPM, 2008:21;28;29).

A área da saúde continua a ser a que possui mais ações com disposições para a diversidade das mulheres por grupos, mantém os grupos descritos no primeiro plano e acrescenta mais do que as outras áreas. As ações da área estratégica de enfrentamento à violência incorporam o tratamento por grupos de mulheres segundo a diversidade. O empoderamento econômico das mulheres por grupos específicos ganha reforços em ações das áreas de desenvolvimento no meio rural; e direito à terra e moradia nos meios rural e urbano.

Quadro 4 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo a dimensão de diversidades

Ações quanto à área estratégica de atuação	Diversidades	
	Por variáveis	Por grupos
Mundo do trabalho	<p>I PNPM traz: -Referência geral mulheres; -Gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiências e soropositividade HIV;-Idade (< 16 anos).</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Idade (idosas).</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Idade (adolescentes).</p>	<p>I PNPM traz:-Donas de casa;-Mulheres chefe de família; -Mulheres do campo.</p> <p>II PNPM mantém e acrescenta:-Mulheres lésbicas.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Mulheres idosas;-Mulheres negras;-Indígenas; -Trabalhadoras domésticas;-Empreendedoras autônomas; -Produtoras rurais.</p>
Educação	<p>I PNPM traz:-Referência geral mulheres;-Gênero, raça, etnia e orientação sexual;-Idade (adolescência);-Idade (criança e adolescente);-Idade (adultas e idosas).</p> <p>II PNPM apenas mantém as anteriores.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>	<p>I PNPM traz:-Negras;-Índias.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Mulheres deficientes.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>
Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos	<p>I PNPM traz:-Referência geral mulheres; -Gênero;-Raça e etnia;-Idade (adolescência); -Idade (adolescentes e jovens em idade fértil).</p> <p>II PNPM apenas mantém as anteriores.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Diferenças de raça, etnia, condição social, geracionais, deficiências, ou por estarem ou viverem com doenças que promovam estigmas.</p>	<p>I PNPM traz:-Mulheres do campo;-Mulheres da cidade; -Trabalhadora doméstica;-Presidiárias;-Mulheres no climatério;-Mulheres com deficiência;-Mulheres lésbicas.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta:-Negras; -Indígenas;-Quilombolas;-Mulheres da floresta;-Ciganas; -Mulheres em situação de rua;-Trabalhadoras do campo e da cidade;-Bissexuais;-Transexuais.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Mulheres com sofrimento psíquico; -Mulheres idosas; -Mulheres usuárias de crack e outras drogas.</p>
Enfrentamento à violência	<p>I PNPM traz:-Referência geral;-Idade (meninas e adolescentes).</p> <p>II PNPM apenas mantém as anteriores.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>	<p>I PNPM não traz ações para essa categoria.</p> <p>II PNPM traz: -Mulheres do Campo;-Mulheres da Floresta;-Mulheres rurais;-Quilombolas;-Indígenas; -Mulheres do campo;-Mulheres da floresta;-Mulheres ribeirinhas;-Prisioneiras.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>
Espaços de poder e decisão ¹	<p>II PNPM traz: -Diversidade étnico-racial, classe e orientação sexual; -Idade (jovens);-Idade (jovens e idosas).</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Diversidade por identidade de gênero e regional.</p>	<p>II PNPM traz:-Gestoras públicas;-Indígenas;-Negras; -Mulheres com deficiência intelectual e transtornos mentais.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Mulheres idosas</p>
Desenvolvimento sustentável ¹	<p>II PNPM traz: referência geral mulheres.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>	<p>II PNPM traz: -Mulheres de populações e comunidades tradicionais;-Quilombolas;-Indígenas.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Ribeirinhas.</p>
Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano ¹	<p>II PNPM traz: -referência geral mulheres.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>	<p>II PNPM traz: -Mulheres chefes de família;-Indígenas.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Mulheres de povos e comunidades tradicionais; -Mulheres do campo; -Mulheres de terreiros; -Ribeirinhas.</p>
Cultura, comunicação, mídia e esporte ¹	<p>II PNPM traz: -referência geral mulheres;-Diversidade de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>	<p>II PNPM traz: -Indígenas.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores.</p>

Continua

(Continuação)

Quadro 4 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo a dimensão de diversidades

Ações quanto à área estratégica de atuação	Diversidades	
	Por variáveis	Por grupos
Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia ^{1,2}	II PNPM traz: -Diversidade de gênero, raça/etnia, orientação sexual. III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Identidade de gênero.	II PNPM traz: -Mulheres negras, quilombolas, indígenas, ciganas, população feminina do campo e floresta, lésbicas e bissexuais. III PNPM apenas mantém as anteriores.
Enfrentamento das desigualdades geracionais ^{1,3}	II PNPM traz: -Diversidade geracional. II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Diversidade geracional	II PNPM traz: -Meninas;-Mulheres jovens;-Mulheres idosas. III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Mulheres com deficiência.

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa documental.

¹Estratégia e ações consideradas pela SPM a partir do II PNPM.

^{2,3}O Plano não apresentou detalhamentos em separado para as ações dessas estratégias, considerou que: "As ações referentes a este capítulo encontram-se distribuídas pelos outros capítulos do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres."(p.176;183). A apuração aqui apresentada foi feita por garimpagem nas outras estratégias.

A terceira versão do Plano também apresenta avanços de novas inserções de grupos de mulheres. Reconhece o esforço das mulheres brasileiras em sua busca incessante por equidade e igualdade, ressaltando as especificidades raciais, étnicas, geracionais, regionais e de orientação sexual e a importância que cada um desses temas têm para configuração das políticas públicas para as mulheres, de modo a torná-las igualmente beneficiárias dos avanços a serem conquistados pela luta coletiva das mulheres. (BRASIL/IIIPNPM, 2013:102). No III PNPM a área que mais incorpora ações com disposições para a diversidade das mulheres por grupos é a do trabalho e autonomia econômica.

De modo geral, a área da saúde destaca-se em considerar as mulheres por grupos segundo a diversidade em suas ações desde o IPNPM. A área de educação tem a menor contribuição nesse sentido, o que é preocupante por estar presente desde o primeiro plano, e pelo impacto positivo que possui sobre o desenvolvimento humano. Mas é uma área favorecida por ações de cunho educativo de outras áreas.

Considerando-se as ações das estratégias que aparecem apenas no II e IIIPNPM, a da cultura comunicação e mídia é a que possui menos ações por grupos de mulheres, e também por variáveis genéricas de categorização.

Todavia, em todas as versões há o predomínio de ações com enfoque para a categoria mulher em geral, ou com definição para variáveis mais genéricas de categorização da mulher (raça e etnia, gerações, orientação sexual e deficiências).

As ações em relação às vulnerabilidades

Com base no que é apresentado no texto dos Planos, a área estratégica da saúde possui mais ações com fatores relacionados à vulnerabilidade individual. Nas demais áreas o predomínio é a vulnerabilidade social, com maior influência dos marcadores sociais de diferenças, devido ao escopo de combate às desigualdades e às discriminações, principalmente por gênero.

Pelo exposto nas ações (Quadro 5), nota-se a forte influência da vulnerabilidade programática, pois envolvem importantes atuações e interferências do Estado (campanhas, capacitações, apoios, legislação etc.), para inclusão, garantias e proteção das mulheres. As áreas da saúde e de enfrentamento à violência exibem mais essa influência, por receberem mais a atenção estatal desde o IPNPM, em relação às demais áreas.

Há uma ênfase em atender necessidades específicas de grupos de mulheres, com programas exclusivos: priorizar o acesso à moradia para mulheres chefe de família; priorizar o acesso a registro de propriedade rural; crédito financeiro especial para mulheres do campo; valorizar as práticas e saberes das mulheres indígenas e de comunidades tradicionais; atenção especial às adolescentes e às idosas em áreas da saúde, trabalho, educação e violência.

Isso demonstra que as mulheres necessitam que o Estado não somente atue, mas que intervenha com políticas públicas que as favoreça com condições e oportunidades que propiciem melhorias de vida, qualidade de vida, justiça social e cidadania. A vulnerabilidade das mulheres precisa ser combatida no Estado, para que as demais vulnerabilidades também sejam combatidas.

O destaque no que diz respeito às vulnerabilidades é a importância dada à educação como viés em todas as estratégias para enfrentar, ou combater, ou mitigar, ou eliminar condições de degradação, sofrimento ou aviltamento às condições de vida e saúde das mulheres. Pode-se dizer que a igualdade e a equidade dependem também dos aspectos culturais da sociedade, e que o Estado tem papel importante para dar condições para acontecerem mudanças de valores e de paradigmas de inter-relacionamentos e intersubjetividades humanas.

Quadro 5 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo a dimensão de vulnerabilidades

Ações quanto à área estratégica de atuação	Vulnerabilidade		
	Individual	Social	Programática
Mundo do trabalho	<p>I PNPM traz: -Deficiência física.</p> <p>II PNPM apenas mantém a do IPNPM.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Idade.</p>	<p>I PNPM traz:-violência sexual;- discriminação (gênero, raça, etnia, sexual, deficiência física, ocupação);-violência moral;</p> <p>-renda;-habitação;-infraestrutura social;- aposentadoria.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta:-Pensão por morte de homoafetivos;-segurança alimentar;- assistência social;</p> <p>-trabalho escravo;-tráfico de mulheres.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -discriminação por: identidade de gênero.</p>	<p>IPNPM traz:-Campanhas;-Capacitação de servidores;-Legislação;-Inclusão em programas;-Apoio a programas;</p> <p>-Proteção contra o trabalho infantil.</p> <p>II PNPM apenas mantém as anteriores.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta:- Ampliação da oferta de cursos de profissionalização articulados com o aumento da escolaridade;- Incentivar a igualdade salarial entre mulheres negras e não negras;-Fomento a práticas de economia solidária;-Implantação de equipamentos e serviços públicos de apoio à alimentação;-Debate sobre a licença parental;-Ampliar a seguridade social para as mulheres, valorizando o trabalho doméstico não remunerado;</p> <p>-Intersetorialidade.</p>
Educação	<p>I PNPM não traz ações para essa categoria.</p> <p>II PNPM traz:-Alcoolismo;-Drogas;-DST e HIV.</p> <p>III PNPM apenas mantém a do II PNPM.</p>	<p>I PNPM traz:-violência sexual;- discriminação (gênero, raça, etnia, sexual, estereótipos à mulher);-trabalho;-analfabetismo.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta:-violência de gênero;- discriminação por: idade e deficiência.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -discriminação por: identidade de gênero;-violência doméstica.</p>	<p>I PNPM traz:-Redes de informação e comunicação para: ensino, materiais e atividades pedagógicas;-Projeto;-Campanhas.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Capacitação de servidores.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta:-Intersetorialidade.</p>
Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos	<p>I PNPM traz:</p> <p>Saúde reprodutiva: -idade fértil;- gravidez;- pré natal;-puerpério -mortalidade matern;-infertilidade;- aborto.</p> <p>Saúde ginecológica: -câncer de colo;- câncer uterino;-câncer de mamas.</p> <p>Saúde do corpo:-doenças crônico-degenerativas;-doenças infecto-contagiosas, DSTs e HIV.</p> <p>Saúde mental.</p> <p>Hábitos:-tabagismo.</p> <p>Idade</p> <p>Climatério</p> <p>Deficiência física.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta:</p> <p>-Alimentação de comunidades tradicionais.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta:</p> <p>Saúde do corpo:-Hepatites.</p> <p>Transtornos mentais;</p> <p>Hábitos: Prática de atividades físicas; - Uso de substâncias psicoativas (álcool, crack etc.);</p> <p>Envelhecimento.</p>	<p>I PNPM traz:</p> <p>-Diversidade social, cultural, sexual, racial e étnica;</p> <p>-Localização rural;</p> <p>-Trabalho doméstico;</p> <p>-Parto cesáreo;</p> <p>-Abortamento em condições inseguras.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta:</p> <p>-Parto domiciliar com parteiras;</p> <p>-Parto normal.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta:</p> <p>-Diversidade identidade de gênero;</p> <p>-Acesso às práticas saudáveis;</p> <p>-Óbitos por homicídio;</p> <p>-Incidência de câncer por exposição ao sol, aos agrotóxicos e outras substâncias em mulheres do campo.</p>	<p>I PNPM traz:</p> <p>-Legislação;</p> <p>-Campanhas;</p> <p>-Incorporação de terapias étnicas de tratamento complementar;</p> <p>-Pactos de gestão</p> <p>-Políticas, projetos e programas;</p> <p>- Proteção;</p> <p>-Apoio técnico e financeiro;</p> <p>-Pólos educacionais;</p> <p>-Materiais técnicos e educativos;</p> <p>-Capacitação de servidores, líderes comunitários e ONGs.</p> <p>-Distribuição de preservativos e anticoncepcionais;</p> <p>-Assistência metod. Conceptivos e planjmt familiar;</p> <p>-Apoio serviços móvel de urgência;</p> <p>-Revisão legislação punitiva sobre aborto voluntário.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta:</p> <p>-Enfrentamento da Feminização das DST/Aids;</p> <p>-Fortalecimento do SUS.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta:</p> <p>-Intersetorialidade.</p>

Continua

(Continuação)

Quadro 5 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo a dimensão de vulnerabilidades

Ações quanto à área estratégica de atuação	Vulnerabilidade		
	Individual	Social	Programática
Enfrentamento à violência	<p>I PNPM não traz ações para essa vulnerabilidade.</p> <p>II PNPM traz: -Prostituição.</p> <p>III PNPM mantém a anterior.</p>	<p>I PNPM traz: -violência contra as mulheres; -violência doméstica e sexual; -Violência sexual; -Tráfico de mulheres.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Perspectiva de gênero, raça/etnia e geração; -Racismo, sexismo e lesbofobia; -Abortamento previsto em lei.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores.</p>	<p>I PNPM traz: -Criação de rede de prevenção e atendimento específicos; -Divulgação e garantia Legislação nacional e internacional; -Elaboração Legislação criminal; -Elaboração Legislação procedimental; -Apoio ações preventivas e educativas; -Ações de enfrentamento; -Campanhas; -Capacitação de servidores; -Apoio técnico e financeiro às rede de prevenção e atendimento específicos; -Distribuição pílula anticoncepcional de emergência; -Notificação compulsória dos casos.</p> <p>II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Criação Casas abrigo; -Atendimento em países conhecidos como destino de brasileiras traficadas.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Responsabilização e Educação do Agressor; - Combate a impunidade e a omissão à violência e homicídio; -Intersetorialidade.</p>
Espaços de poder e decisão ¹		<p>II PNPM traz: -Discriminação: racismo, sexismo e lesbofobia.</p> <p>III PNPM apenas manteve as ações anteriores.</p>	<p>II PNPM traz: -Apoio ações de formação política; -Campanhas filiação partidária e candidatura; -Incorporação da agenda das mulheres, pelos partidos políticos e instituições dos Poderes da Federação; -Apoio a criação e o fortalecimento de conselhos; -Criação de Secretarias de Mulheres; -Estímulo à ampliação da participação na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; -Apoio técnica e financeiramente; -Legislação.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Intersetorialidade.</p>
Desenvolvimento sustentável ¹		<p>II PNPM traz: -Trabalho, -Emprego, -Renda; - Insegurança alimentar; -Exclusão por gênero, raça/etnia, geração e território.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Infraestrutura social; -Consumo.</p>	<p>II PNPM traz: -Promover valorização da participação das mulheres em instâncias colegiadas de implementação de políticas; - Apoio a elaboração de material pedagógico para fortalecer o processo educativo ambiental; -Capacitação de mulheres; -Promoção valorização e preservação dos conhecimentos tradicionais em biodiversidade; -Promoção da participação nos programas que tratam de mudanças climáticas, -Assentamentos rurais e licenciamento.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Intersetorialidade; -Promoção campanhas sobre consumo sustentável; -Garantia acesso à tecnologias sociais e ambientalmente sustentáveis.</p>

Continua

(Continuação)

Quadro 5 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo a dimensão de vulnerabilidades

Ações quanto à área estratégica de atuação	Vulnerabilidade		
	Individual	Social	Programática
Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano ¹		<p>II PNPM traz: -Pobreza; -Habitação -Saneamento.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Insegurança alimentar; -Emprego, trabalho e renda</p>	<p>II PNPM traz: -Apoio e realização de: -Programas e Ações conjugados; -Programas de urbanização de favelas; -Programas de regularização fundiária.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Intersetorialidade; -Articulação com movimentos sociais; -Apoio a produção das mulheres nas hortas urbanas e rurais; -Ampliação das culturas que respeitam os saberes tradicionais das mulheres;-Apoio à pesquisa, em especial dos alimentos; -Redes de informação comunicação.</p>
Cultura, comunicação, mídia e esporte ¹		<p>II PNPM traz:-Cultura; -Discriminação: sexual, racial, étnica e geracional; -Outras formas de violência contra a mulher (psicológica, mitos e estereótipos).</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Discriminação por identidade de gênero e deficiência</p>	<p>II PNPM traz: -Elaboração material educativo informativo;-Apoio às abordagens de valorização da contribuição política, social, econômica e cultural da mulher; -Campanhas denúncia e combate à discriminação e estereótipos; -Capacitação de profissionais mídia e pessoas em temas de respeito e não discriminação;-Monitoração de veiculações discriminatórias na mídia;-Legislação.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Intersetorialidade; -Fomento a participação das mulheres nas atividades e eventos de esporte e lazer;-Valorização das mulheres atletas;-Campanhas de incentivo à prática esportiva com ênfase nos benefícios para a saúde e qualidade de vida;-parcerias com clubes, federações e confederações esportivas para o enfrentamento à violência, exploração sexual e à discriminação</p>
Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia ^{1,2}		<p>II PNPM traz:-Cultura; -Discriminação: sexual, racial, -Outras formas de violência contra a mulher.</p> <p>III PNPM apenas mantém as anteriores</p>	<p>II PNPM traz:-Apoio estudos e pesquisas em todos níveis educação contra a discriminação;-Capacitar profissionais abordagem específica; -Realização de eventos, políticas e programas e ferramnts para superar a discriminação.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Campanhas; -Programas;-Receber e atuar em denúncias de assédio moral e sexual, bem como de racismo, sexismo e lesbofobia;-Realização de eventos e espaços para debates e discussão programática do enfrentamento, e promoção da igualdade de gênero. -Intersetorialidade</p>
Enfrentamento das desigualdades geracionais ^{1,3}	<p>II PNPM traz: -Idade</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Deficiência física.</p>	<p>II PNPM traz: -Cultura; -Discriminação: geracional; -Outras formas de violência contra a mulher.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta: - Discriminação geracional.</p>	<p>II PNPM traz:-Apoio estudos e pesquisas em todos níveis educação contra desigualdade geracional; -Capacitar profissionais abordagem específica;-Realização de eventos, políticas e programas e ferramnts contra a desigualdade.</p> <p>III PNPM mantém as anteriores e acrescenta:-Intersetorialidade.</p>

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa documental.

¹Estratégia e ações consideradas pela SPM a partir do II PNPM.

^{2,3}O Plano não apresentou detalhamentos em separado para as ações dessas estratégias, considerou que: "As ações referentes a este capítulo encontram-se distribuídas pelos outros capítulos do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres."(p.176;183). A apuração aqui apresentada foi feita por garimpagem nas outras estratégias.

A tendência observada é a de manterem-se as ações pactuadas no IPNPM, e acrescentarem-se outras, a cada nova versão do Plano, com maior alcance em relação às vulnerabilidades sociais. O alcance também é maior em relação às mulheres segundo grupos específicos, e não apenas por variáveis que as definam de modo genérico. Esse alcance ajuda a valorização dos movimentos sociais de grupos de mulheres específicos, que se inserem com mais visibilidade e representatividade para reivindicar direitos e o seu cumprimento.

E mesmo as ações definidas apenas por variáveis genéricas, tendem a incorporar variáveis para além das tradicionais (gênero, raça, etnia), incluem: origem, identidade sexual, deficiência e geração.

As ações em relação às dimensões de direitos

Em termos de direitos, em suas três versões o Plano apresenta novas propostas e abordagens de direitos de primeira, segunda e terceira dimensão, conforme observa-se no Quadro 6.

A maior parte dos direitos aparecem no IPNPM, nas quatro estratégias (trabalho, educação, saúde e violência), definidas a partir desse. Nos demais Planos, outros direitos são acrescentados, mas a maioria desses acréscimos em decorrência das seis novas estratégias e suas ações (espaços de poder, meio ambiente, terra e moradia, cultura e comunicação, combate às discriminações e às desigualdades). Contudo, em todas essas novas estratégias o alcance dos direitos também vai até a terceira dimensão.

As dimensões de direitos contidas nos Planos, em geral são ricas em termos de bens que defendem. Poucas são as ações por estratégia que contemplam apenas um ou dois bens. Os direitos de primeira dimensão estão presentes em todas as estratégias. A que apresenta ações com menor alcance em dimensão de direitos é a do espaços de poder, porque suas ações são muito específicas, sem interrelação com a saúde ou outras estratégias de ação que possibilitem (de forma direta) alcançar outras dimensões de direito.

Devido às lacunas e limitações presentes nos temas e propostas de ações, não há alcance aos direitos de quarta e quinta dimensões. Faltam propostas de inserção de temas relacionados às mulheres quanto aos aspectos em bioética, biotecnologia, cibernética e tecnologias da informação.

Embora as mulheres tenham sido pioneiras no avanço legislativo do marco referencial da internet no Brasil, com a aprovação da Lei n. 12.737/2012 (Lei Karolina Dieckman), não

há propostas que contemplem desenvolvimento na área de cibernética e tecnologias da informação.

Quadro 6 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo a dimensão de direitos

Ações quanto à área estratégica de atuação	Direitos		
	1ª dimensão	2ª dimensão	3ª dimensão
Mundo do trabalho	I PNPM traz: -Liberdade;-Igualdade;-Segurança;-Propriedade. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.	I PNPM traz: -Saúde;-Trabalho;-Segurança pública;-Previdência;-Moradia. II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Proteção social. III PNPM mantém as anteriores e acrescenta:-Educação;-Alimentação.	I PNPM traz: -Meio ambiente;-Qualidade de vida;-Desenvolvimento;-Direito das deficientes . II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.
Educação	I PNPM traz: -Liberdade;-Igualdade;-Manifestação de pensamento. II PNPM mantém as anteriores e acrescenta: -Direitos sexuais e reprodutivos. -Liberdade de locomoção. III PNPM mantém as anteriores.	I PNPM traz: -Saúde;-Educação;-Segurança pública. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.	I PNPM traz: -Desenvolvimento;-Comunicação;-Direito à informação;-Humanismo sororidade e solidariedade;-Democracia e pluralismo. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.
Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos	I PNPM traz:-Liberdade;-Igualdade;-Direitos sexuais e reprodutivos. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.	I PNPM traz:-Saúde;-Educação;-Trabalho. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.	I PNPM traz:-Humanismo sororidade e solidariedade;-Democracia e pluralismo;-Qualidade de vida;-Desenvolvimento;-Direito à informação. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.
Enfrentamento à violência	I PNPM traz:-Liberdade. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.	I PNPM traz:-Saúde;-Segurança;-Trabalho;-Educação. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.	I PNPM traz:-Qualidade de vida;-Comunicação;-Direito à informação. II PNPM mantém as anteriores. III PNPM mantém as anteriores.
Espaços de poder e decisão ¹	II PNPM traz:-Liberdade;-Igualdade;-Manifestação de pensamento;-Direitos políticos. III PNPM mantém as anteriores.		
Desenvolvimento sustentável ¹	II PNPM traz:-Liberdade;-Igualdade. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Saúde;-Educação;-Moradia;-Alimentação;-Trabalho. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Desenvolvimento;-Democracia e pluralismo;-Meio ambiente;-Qualidade de vida. III PNPM mantém as anteriores.
Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano ¹	II PNPM traz:-Liberdade;-Igualdade;-Segurança;-Propriedade. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Saúde;-Moradia;-Trabalho. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Meio ambiente;-Qualidade de vida;-Desenvolvimento. III PNPM mantém as anteriores.
Cultura, comunicação, mídia e esporte ¹	II PNPM traz:-Liberdade;-Igualdade;-Manifestação de pensamento. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Saúde;-Educação;-Segurança pública;-Trabalho;-Cultura. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:- Humanismo sororidade e solidariedade;-Democracia e pluralismo;-Qualidade de vida;-Desenvolvimento;-Comunicação. III PNPM mantém as anteriores.

Continua

(Continuação)

Quadro 6 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo a dimensão de direitos

Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia ^{1,2}	II PNPM traz: -Liberdade;-Igualdade. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Saúde;-Educação; -Segurança pública;-Trabalho; -Cultura. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:- Humanismo sororidade e solidariedade;-Democracia e pluralismo;-Qualidade de vida; -Desenvolvimento;-Comunicação. III PNPM mantém as anteriores.
Enfrentamento das desigualdades geracionais ^{1,3}	II PNPM traz: -Liberdade;-Igualdade. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Saúde;-Educação; -Trabalho;-Cultura;-Segurança pública. III PNPM mantém as anteriores.	II PNPM traz:-Humanismo sororidade e solidariedade;-Democracia e pluralismo;-Direitos da idosa, da infância, da juventude. III PNPM mantém as anteriores.

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa documental.

¹Estratégia e ações consideradas pela SPM a partir do II PNPM.

^{2,3}O Plano não apresentou detalhamentos em separado para as ações dessas estratégias, considerou que: "As ações referentes a este capítulo encontram-se distribuídas pelos outros capítulos do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres."(p.176;183). A apuração aqui apresentada foi feita por garimpagem nas outras estratégias.

Importante ressaltar que, ao considerar as mulheres segundo a diversidade por grupos, os direitos em suas dimensões ganham maior alcance, porque essas mulheres saem da universalidade contida em categorias homogêneas, passam a contar com esses direitos segundo as suas próprias especificidades e necessidades por grupo. Um ganho importante para a equidade, e para os aspectos inclusivos e emancipatórios que os direitos humanos representam para as mulheres.

Além do direito à saúde, as ações propostas inserem-se mais nos direitos sociais relacionados à educação, trabalho, moradia e segurança pública. Poucas ações contemplam os direitos sociais relacionados à alimentação, lazer e previdência social.

Pode-se considerar que há avanços em áreas estratégicas chaves para a as reivindicações das mulheres, e para as recomendações do CEDAW.

Aspectos da área estratégica da saúde

No eixo estratégico da saúde, o I e II PNPM tratam o tema sob a conotação de “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, para representar as mudanças implementadas pela PNAISM. No III PNPM o tema foi modificado para “Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, para reforçar a representação de atenção integral à saúde.

A ideia é ampliar o conceito de saúde da mulher a partir da incorporação da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Assim, representar as questões de saúde sob os aspectos da atenção integral, incorporando as dimensões da reprodução, maternidade, vivência da sexualidade, planejamento familiar, doenças oncológicas, DSTs. A atenção aos casos de

violências contra a mulher constam na estratégia que trata especificamente do assunto. (BRASIL/IPNPM, 2004:61-5; BRASIL/IIPNPM, 2008:72; BRASIL/IIIPNPM, 2013:30).

Contudo, os avanços e limites da área da saúde são percebidos através das ações em todas as versões do Plano. O IPNPM apresenta discussões e expõe como prioridade incorporar as perspectivas das mulheres negras, indígenas, lésbicas e rurais. No entanto, poucas são as ações da estratégia da saúde que refletem essa prioridade.

A educação e o enfrentamento à violência são outras duas áreas chaves. A área da educação em relação à saúde explora ações que visam o combate às discriminações e estereótipos à mulher. Nessa ótica há também a preocupação com o empoderamento pela via inclusiva do trabalho e combate ao analfabetismo. O primeiro com foco centrado para as mulheres negras, e o segundo contemplando também as mulheres indígenas.

Nesses aspectos a educação demonstra o hiato entre grupos em relação às mulheres, pois as negras ainda possuem menos anos de estudo que as mulheres brancas, assim como as de outras etnias e origens. O que repercute na autonomia econômica e no trabalho. Logo, repercute também na saúde.

Os PNPMs mantêm as ações da educação que repercutem sobre a saúde da mulher, e reforçam a valorização desta ao ampliar as ações de enfrentamento à violência com viés educativo; e ao criar as estratégias de enfrentamento à discriminação por orientação e identidade sexual, e às desigualdades geracionais também com aporte educativo.

Todavia, é na área de educação onde se observa a menor apresentação de ações com interligação direta para a da saúde, para a promoção desta, revelando pouco avanço em âmbito institucional e cultural.

As áreas de espaços de poder e da cultura exibem as ações com menores alcances em interligação direta com a saúde. Portanto, são as mais limitadas.

Na área do trabalho destaca-se a preocupação em valorizar o trabalho da mulher, inclusive o trabalho doméstico. E o incentivo para que os maridos e outros familiares compartilhem o trabalho doméstico, e os cuidados com os filhos e outros familiares. São ações que também servem para problematizar e conscientizar sobre as duplas jornadas que as mulheres enfrentam.

Por meio das ações propostas em suas três versões, os Planos oferecem práticas, técnicas e métodos utilizados em diferentes áreas da saúde e da promoção da saúde, que incluem: eventos, informações, materiais educativos e de capacitação profissional, eventos intersetoriais e de participação popular. Destacam-se as ações relacionadas a:

- a) programas de: hipertensão, diabetes, controle do tabagismo;

- b) programas de: tuberculose, hanseníase, saúde do idoso, saúde do adolescente, DST/Aids;
- c) práticas complementares: fitoterapia, homeopatia, acupuntura, saberes tradicionais;
- d) calendário vacinal para adolescentes;
- e) experiências piloto do programa de anemia falciforme, ênfase para mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal;
- f) saúde das presidiárias, incluindo controle de DSTs e HIV;
- g) métodos anticoncepcionais de emergência;
- h) assistência à infertilidade para casais soro-diferentes para HIV;
- i) planejamento familiar;
- j) programas de humanização do pré-natal e parto;
- k) redução de mortalidade materna e neonatal;
- l) novas estratégias para redução da taxa de cesáreas;
- m) apoio a projetos de ONGs para prevenção das DST e HIV entre mulheres;
- n) oncologia preventiva em colo uterino, ovário e mama, contemplando cirurgia de reconstrução mamária;
- o) serviços de atenção ao aborto previsto em lei;
- p) revisão da legislação para descriminalizar a interrupção voluntária da gravidez. (BRASIL/IPNPM, 2004:67-71; BRASIL/IIPNPM, 2008:82-94; BRASIL/IIIPNPM, 2013:33-40).

O IIPNPM inclui ações específicas sobre: mulheres no climatério, reprodução humana assistida; atenção às queixas ginecológicas; farmácia popular; prevenção da gravidez na adolescência; atenção ao abortamento inseguro; atenção ao parto domiciliar; atenção ao parto domiciliar em diversidades étnicas e raciais com parteiras tradicionais; distribuição de preservativos masculinos e femininos; enfrentar a feminização das DST e Aids; saúde mental e gênero; atenção de alta complexidade em oncologia; direito à saúde das mulheres por grupos de diversidades; saberes das mulheres indígenas e quilombolas em alimentação, preservação da saúde e curas de doenças físicas e psicológicas; fortalecimento dos movimentos de mulheres e feministas; fortalecimento do SUS. (BRASIL/IIPNPM, 2008:82-94).

O IIPNPM representa um salto em termos de ações nas políticas públicas para as mulheres, porque procura contemplar maior número de grupos de mulheres segundo as diversidades, em relação à saúde e à promoção da saúde.

Mas pelo conteúdo que as ações de todos os Planos englobam, nota-se que ainda é preponderante a visão da saúde da mulher como saúde materna (pré-natal, parto e puerpério).

Em relação à PNAISM, a estratégia da saúde dos PNPMs reflete aquela política, em total articulação entre objetivos, princípios, diretrizes e ações, em busca de reforçar a sua institucionalização, recepcionando-a. A Política e o Plano convergem em avanços em relação ao direito à saúde da mulher, e vinculações com a promoção da saúde através das ações que propõem. De modo geral, ambas objetivam:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro. (BRASIL/PNAISM, 2004:11).

Aspectos relacionados ao desenvolvimento humano

De modo geral, pelos resultados apresentados nos quadros acima, apesar das limitações apontadas, as estratégias e ações podem contribuir para desenvolver cidadania, novos pensamentos e direitos que visam: incremento da vivência social, equidade, aumento do conhecimento e ações de promoção da saúde para diminuir as vulnerabilidades, e melhoria da qualidade de vida das mulheres. Isso pode se dar tanto de forma direta quanto indireta, pois as estratégias e as ações estão planejadas com elementos que visam aspectos como:

- a) o combate às desigualdades, à discriminação e à violência, sob todas as formas e em todos os ambientes;
- b) considerar as mulheres como sujeitos de direitos e sujeitos políticos, com direito ao desenvolvimento econômico e social promovido de maneira sustentável, com respeito ao meio-ambiente e por meio do uso adequado dos recursos naturais;
- c) considerar a implementação de políticas mais amplas, com incidência sobre a vida das mulheres e sobre a dinâmica das relações de gênero, para assegurar-lhes mais autonomia e justiça social.

As ações propostas possuem uma perspectiva emancipatória da mulher através da abordagem da mulher como sujeito político de direitos.

Os PNPMs contextualizam a situação das mulheres brasileiras por meio de dados oficiais do Ministério da Saúde e do SUS. Propõem-se a analisar os problemas específicos da saúde da mulher vulnerável. Apesar dos avanços em relação à assistência pelo SUS, o Plano admite as principais dificuldades em relação a:

- a) precariedade das ações para as queixas ginecológicas;
- b) baixa qualidade da atenção obstétrica, com alto índice de cesarianas em partos;
- c) baixa qualidade da atenção ao planejamento familiar;

- d) ausência ou insuficiência de dados mais elaborados e sistematizados para os grupos de diversidade por raça/etnia, sexual, geracional;
- e) alto índice de mortalidade materna, principalmente para as negras;
- f) baixo ou nenhum acesso ao pré-natal para as mulheres do meio rural e indígenas;
- g) precariedade no acesso a anticoncepcionais tradicionais;
- h) limitado acesso a outras formas anticonceptivas;
- i) precariedades na orientação e tratamento adequado de doenças sexualmente transmissíveis;
- j) atenção à saúde mental com ênfase apenas para a fase reprodutiva;
- k) precariedade no atendimento às mulheres com infecção pelo HIV;
- l) precariedade na atenção aos problemas relacionados ao aborto;
- m) desigualdades nas condições de vida e relações ente homens e mulheres;
- n) violência sexual e outras formas de violência contra a mulher;
- o) sobrecarga de trabalho das mulheres, por acumular o trabalho doméstico e cuidado de filhos e/ou familiares;
- p) dificuldades técnicas, políticas e administrativas dos municípios para implantar ações de atenção integral à saúde da mulher, em relação aos problemas descritos. (BRASIL/IPNPM, 2004: 61-6; BRASIL/IINPM, 2008:71-80; BRASIL/III PNPM, 2013:30-3).

Os Planos propõem soluções para esses problemas através das ações, com base nas recomendações do CEDAW, para que o Brasil inicie e consolide atenção às ações de saúde, de modo a incorporar novos segmentos populacionais como forma de assegurar a integralidade e a equidade.

No I PNPM, as ações previstas buscavam alcançar a integralidade na promoção de mudanças de paradigmas, para atender as necessidades e especificidades de grupos de mulheres historicamente alijados das políticas públicas. Bem como institucionalizar a PNAISM. Nesse Plano há a preocupação de inovar as ações das políticas para mulheres, em considerar o respeito aos direitos e garantias legalmente constituídas. (BRASIL/IPNPM, 2004: 65).

Entretanto, é no II PNPM que há mais inovação nas ações das políticas propostas as mulheres segundo as suas diversidades, e a perspectiva de considerar o respeito aos direitos e garantias passa a ser de direitos sociais como direitos humanos das mulheres. (BRASIL/IINPM, 2008:79).

No IIPNPM a atenção às propostas inovadoras e com base nas perspectivas dos direitos humanos são mantidas, em busca de demonstrar que os Planos têm avançado no sentido de contrapor-se: à exclusão de segmentos de mulheres; à discriminação; e a práticas natalistas, de controle do corpo e da sexualidade, para incorporar a visão dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos da mulher, sob um novo conceito da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde em todos os ciclos de vida. (BRASIL/III PNPM, 2013:30-1).

Todavia, embora os textos dos PNPMs tragam essa narrativa da busca de inovações e avanços, as ações propostas concentram-se mais nas práticas tradicionais para a saúde reprodutiva da mulher nos períodos pré-natal, gravídico obstétrico e puerperal.

Pode-se dizer que os Planos apresentam lacunas em várias estratégias: pesquisas biológicas e em outras ciências; avanços na legislação sobre o aborto (legalização ou descriminalização), inclusão em tecnologias cibernéticas.

Os Planos relatam o que outros participantes e entidades pensam sobre as propostas, uma vez que o processo de preparação dos PNPMs envolve diretamente as mulheres (através de suas representações políticas e sociais) que discutem, em plenárias municipais e regionais e em conferências estaduais, a situação das mulheres brasileiras, com o objetivo de propor as diretrizes para fundamentação do Plano. Também participam representantes dos poderes executivos estaduais e municipais, diversos ministérios e secretarias especiais. A construção do Plano acontece de modo dialógico, e a SPM deixa claro que são incluídas as prioridades já definidas pelo Governo Federal.

A participação de mulheres de todo o país, dá consistência às propostas, garantindo representatividade e a expressão da diversidade da população. O Plano resulta de uma construção coletiva de mulheres brasileiras, que debatem em seus municípios e aprofundam a discussão sobre seus direitos e suas demandas.

Além dessa manifestação no processo de elaboração, há a avaliação do Plano com a finalidade principal de seu aperfeiçoamento, adequando-o às necessidades impostas pela própria dinâmica da sua implementação e pelas demandas da sociedade civil. Nesse processo, os participantes deixam claro que deve ser preservada a continuidade de ações fundamentais para o cumprimento dos objetivos e metas. Isto significa que o PNPM se renova por meio do processo de avaliação, sem perder a referência dos pressupostos, princípios e diretrizes que pautam a Política Nacional para as Mulheres e que norteiam os seus principais objetivos. (BRASIL/IIPNPM, 2008:22).

Em relação ao aspecto de continuidade dos avanços e novas propostas, os Planos posteriores (II e III PNPM) retomam os pontos e propostas que não foram aprovados em planos anteriores (I e II PNPM). Reconhecem que, como política de promoção da igualdade e de valorização das diversidades, o PNPM encontra-se em permanente processo de construção e aperfeiçoamento, e constitui-se em responsabilidade de todos os órgãos governamentais.

DISCUSSÃO

Das áreas estratégicas de atuação, quatro serão discutidas mais detalhadamente sobre suas ações, porque constam do PNPM desde a primeira versão. São as áreas: trabalho, educação, saúde e violência.

Os resultados possibilitam interpretar e discutir as ações dos Planos sob a perspectiva da situação de vulnerabilidade das mulheres brasileiras. Das três categorias adotadas para a análise, a vulnerabilidade social e a programática são as mais presentes nos Planos.

Os PNPM consideram o conceito político de vulnerabilidade, como uma relação desigual injusta que reduz a capacidade de autodeterminação das mulheres. Ou seja, reduz a autonomia das mulheres, essa entendida como direito humano. Nesse sentido, adotam explicitamente a vulnerabilidade social, como de importância e visibilidade na definição de suas políticas públicas.

A vulnerabilidade social demonstra que sobre as mulheres há uma pesada carga de características próprias a contextos e relações socialmente configurados. São as condições econômicas, sociais, culturais e políticas que fragilizam e expõem as mulheres às situações de desigualdades, exclusões, violências e discriminações.

Em todas as áreas estratégicas as ações dos Planos enfatizam a necessidade de diminuir a vulnerabilidade social das mulheres. Nesse âmbito, dois aspectos podem ser destacados. Primeiro, as violências e as discriminações são tão marcantes como vulnerabilidades para as mulheres, que além de aparecerem como interface em estratégias-chaves (trabalho, educação e saúde), foram transformadas em estratégias próprias de enfrentamento. E segundo, em todas as áreas há a presença de ações para a capacitação de profissionais, para atuarem nesse contexto de vulnerabilidade social.

Contudo, o que essas ações mais expressam é a vulnerabilidade programática a que as mulheres estão expostas: pela ausência ou insuficiência de atuação estatal para implementar políticas públicas e estimular a implantação de políticas sociais em âmbito do setor privado; ou pela ausência ou insuficiência de capacitação dos profissionais/agentes. São vulnerabilidades (programáticas) que precisam ser resolvidas, como forma de evitar a vulnerabilidade individual e social.

Nessa acepção, Venturi (2012:95-6), explica que atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios permeiam as relações sociais interpessoais e institucionais, de forma consciente ou inadvertidamente, em serviços e programas de saúde. Tais posturas podem reforçar ou agravar a vulnerabilidade de indivíduos pertencentes a grupos com

marcadores sociais de diferenças, violar o direito à saúde integral ainda quando se pretende revertê-la ou minimizá-la.

Constituem-se, pois, em violações ao direito à saúde das mulheres tomado em sentido estrito, mas também em sentido amplo da saúde em relação aos demais direitos humanos. Reforça-se que: as situações de vulnerabilidades programáticas das mulheres precisam ser resolvidas, como forma de evitar as situações de vulnerabilidades individuais e sociais. Uma vez que, consoante visto em Ayres (2002:11-24), a vulnerabilidade não se dá de modo isolado em cada dimensão analítica. Também é uma relação de seus contextos, articulam-se, sendo um desafio para a promoção da saúde reduzi-las.

A área do trabalho salienta a desigualdade de gênero em suas ações, mas acrescenta outras ênfases para dar visibilidade a questões muito complexas e graves, muito impactantes sobre a vida e a saúde das mulheres: trabalho infantil, trabalho escravo, tráfico de mulheres, trabalho doméstico, trabalho não remunerado e a dupla jornada de trabalho.

Além dessas questões, destaca as discriminações por desigualdades regionais, classe, raça/etnia, orientação e identidade sexual; as violências físicas, psíquicas, sexistas e assédio sexual.

A discriminação de gênero no mundo do trabalho ainda persiste. As ações dos Planos evidenciam a precariedade, a informalidade, as atividades menos qualificadas e os salários inferiores para atividades equivalentes exercidas pelos homens.

Todos esses fatores degradam a saúde das mulheres porque violam direitos, sobredeterminam outras vulnerabilidades sociais construindo a história social de seus adoecimentos, dificultam o acesso a tratamentos da saúde. As mulheres que sofrem violências, as que possuem dupla jornada e são cuidadoras de filhos ou familiares, podem se proteger menos, cuidar menos de sua própria saúde, se não tiverem apoio para lidarem com essas situações. Se essas vulnerabilidades sociais não forem consideradas, além de aumentá-las acarreta também vulnerabilidades programática e individual. (VENTURI, 2012:95-6).

A educação é um fator importante para a PS. Por seu alto poder de inclusão, é um meio propício às informações sobre saúde, conscientização sobre o cuidado e outros aportes que favorecem para o bem estar e qualidade de vida. Também é através da educação que as mulheres podem ser alcançadas em suas necessidades, conforme as especificidades e vulnerabilidades de suas diversidades. É um fator importante para o alcance da equidade, ao lado da saúde integral.

Todavia, o viés econômico da autonomia é mais preponderante na ênfase dada à educação nos PNPMS, como agente relevante para superar a desigualdade de gênero. O foco

em relação a superar as desigualdades entre as mulheres ainda é pequeno. A exclusão educacional dificulta o acesso a outros direitos sociais e às oportunidades de melhorias, porque reforça as desigualdades e a pobreza. Portanto, também refletem-se nas condições de saúde das mulheres.

No âmbito da saúde, existem mais ações que se concentram na visão da mulher como ser reprodutivo. Há poucas ações voltadas para incorporar as perspectivas das especificidades das mulheres por grupos étnicos, em diferenças intra-gênero em vários programas e metodologias. Da primeira até a terceira versão do Plano, o direito à saúde de modo integral para todas as mulheres ainda não está contemplado através das ações.

Portanto, essas falhas no alcance das ações em relação à saúde da mulher implicam em desigualdades entre as mulheres, e aumento da vulnerabilidade dos grupos de minorias étnicas.

A verticalidade das ações ainda é presente, ao considerar as mulheres homogeneamente, com atenção às variáveis de categorias mais gerais, e poucas ações que se articulam com áreas estratégicas de forte impacto em mudanças sociais (como o trabalho, a educação, a cultura).

As novas áreas estratégicas incluídas a partir do IIPNPM, inserem as questões e a problemática das diversas interseccionalidades referentes aos grupos específicos de mulheres. Essas interseccionalidades são importantes para a área da saúde, pois agravam a situação de vulnerabilidades de grupos de mulheres, revelam ainda mais as desigualdades intra gênero.

Dentre as novas áreas estratégias, é relevante salientar duas que possuem ações específicas para a maior quantidade de grupos específicos de mulheres: desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; e direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta. Implicam condições de profundo impacto para a vida e saúde das mulheres do campo e da floresta (de comunidades tradicionais, quilombolas, indígenas e ribeirinhas).

Considerando-se pela ótica das dimensões dos direitos, ao dar importância e visibilidade para esses grupos de mulheres, o PNPM implicitamente traz à tona as conquistas das mulheres por uma Carta Magna como Constituição Cidadã, pautada no pluralismo. Ao que Lenza (2015:63) sinaliza como o Novo Constitucionalismo Democrático Latino Americano, de um Estado pluralista e multicultural. Pois, essas novas áreas estratégias trazem como resgate, a marca de um Brasil que se abre para os novos direitos da natureza, da memória e da história através das mulheres.

Conforme explicam, Campos (2011: 86-90) e, França e Lima (2013:35): as condições e os modos de produção de bens e seu consumo, o agronegócio, o desenvolvimento econômico e social, e a degradação ambiental têm um impacto perverso sobre a vida, a saúde e a qualidade de vida das mulheres do campo e da floresta. São mulheres destituídas de proteção social, desprovidas de meios de subsistência, dependem da monocultura ou do extrativismo ou da coletoria nativa, vivem de modo mais intenso a feminização da pobreza.

Contudo, o aprofundamento das ações que abordam as diferenças entre as mulheres e entre seus grupos na sociedade, não tomam a abordagem da interseccionalidade. Apenas tentam dar um viés nesse sentido. Uma das justificativas para essa lacuna é que, ações com essa abordagem complexa, exigem um grau de transversalidade para o qual o Estado ainda não está preparado.

Embora o II e III PNPM tragam mais ações com a finalidade de alcançar a saúde integral para as mulheres segundo a diversidade, e darem atenção às transversalidades entre eixos estratégicos importantes, a fragilidade para garantir a integralidade ainda repercute-se.

Como a PNAISM foi totalmente recepcionada pelo PNPM para compor a sua área estratégica da saúde, este possui o mesmo poder propositivo que aquela, representa o mesmo alcance em avanços para a saúde integral das mulheres.

A saúde sexual e a saúde reprodutiva das mulheres, como direitos sexuais e direitos reprodutivos, na perspectiva dos direitos humanos, constituem-se em importante conquista dos movimentos feministas pela igualdade de gênero, inicialmente corporificada no PAISM e depois ampliada com a PNAISM. Mas para além da condição de gênero, a PNAISM representa um grande avanço no sentido da promoção da saúde da mulher, pelos novos conceitos que incorpora à atenção à saúde, tendo-se as mulheres como sujeitos ativos no cuidado de sua saúde. Como conceitos integrantes da saúde integral da mulher, o direito sexual é o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento; e o direito reprodutivo é o exercício da maternidade voluntária e da contracepção autodecidida. (BRASIL/PNAISM, 2009:5-7; BRASIL/DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, 2009:6-8). As mulheres são vistas como sujeitos com autonomia para decidir sobre seus corpos e demais aspectos de suas vidas, no dizer da promoção da saúde representa um empoderamento.

Todavia, pelos aspectos supracitados, as ações dos PNPM representam avanços superficiais à equidade em saúde para mulheres em situação de vulnerabilidade, porque ainda é muito presente a visão tradicional das mulheres como grupo homogêneo e sob o ponto de vista doméstico e reprodutivo.

Sob a perspectiva enunciada nos PNPMs, o direito à saúde das mulheres (Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos), deveria ser implementado como um desenvolvimento do conceito de saúde como uma noção de construção de direitos de cidadania. Desse modo, a saúde integral ultrapassaria as questões biomédicas da reprodução, gravidez e puerpério. Não seria apenas acesso universal e gratuito a contraceptivos, pré-natal, consultas, exames laboratoriais e assistência ao parto.

As mulheres não mais seriam tratadas dentro do espaço privado restrito ao doméstico, passariam para o âmbito mais amplo do espaço político. A incorporação dos direitos sexuais, direitos reprodutivos e direito ao planejamento familiar, deveriam ter papel fundamental para dar às mulheres autonomia cidadã para decidirem sobre o seus corpos e suas próprias vidas. Conforme descreve a Declaração de Pequim (1995), essas mudanças representam a incorporação de outros direitos, através de ações mais complexas, com interação em termos de moradia, creche, educação, trabalho, divisão do trabalho doméstico e dos cuidados com familiares, respeito às diversidades etc. (ONU Mulheres, 2013b).

Ao falar sobre a saúde reprodutiva da população negra, Edna Roland, apresenta argumentos que explicam sobre a necessidade de políticas públicas que atendam às especificidades das mulheres por grupos. Defende que os programas de saúde não levam em conta as necessidades e desejos das mulheres, prendendo-se unicamente aos resultados demográficos das práticas em relação à gravidez e contraceptivas. “Em um país racista como o Brasil, não existe possibilidade de políticas que se dirijam a grandes contingentes populacionais, sem que essas políticas tenham efeitos diferenciados e desiguais entre brancos e negros”. (ROLAND, 2009:s.n.p.).

São essas conotações que permeiam o PNPM, e o aproximam da área da promoção da saúde, pela inclusão e a não discriminação às diversidades, em consideração aos direitos humanos.

Contudo, é possível também dizer que as ações representam poucos avanços em direito à saúde para todas as mulheres, porque há áreas estratégicas de grande importância para a promoção da saúde, com poucas ou nenhuma ação orientada para as especificidades em relação às mulheres por grupos vulneráveis. Há poucas ações na área da saúde em diálogo com outras áreas, e vice-versa, que busquem oportunizar condições de empoderamento, combate à discriminação e inserção no mercado de trabalho.

O que compromete também um importante princípio constitucional para a justiça social, que é o princípio da proporcionalidade. Em sentido amplo, esse princípio prega a ponderação da atuação estatal, visando avaliar os objetivos do legislador em razão dos

interesses da sociedade e os meios utilizados para isso. A adequação necessária entre o fim de uma norma e os meios que ela designa, para atingi-lo, através do uso dela feito pelo Poder Executivo. (BONAVIDES, 2006:434).

Assim, o direito à saúde é universal, mas por causa das vulnerabilidades a que estão submetidas, esse direito deve ser dado às mulheres com adequações/vantagens específicas pelo poder executivo. Logo, aos grupos de mulheres que têm mais vulnerabilidades que outras, o poder executivo poderá criar políticas públicas em saúde que as alcance com adequações específicas.

É importante dar destaque a essa questão, porque há grupos de mulheres que, além de suas necessidades específicas, estão mais vulneráveis programaticamente. É o caso das indígenas, que estão sob condição legislativa especial e atenção da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para assistência, o que dificulta alcançá-las sem empenho transversal e intersetorial. (BRASIL/FUNAI, 2008). E nesse mesmo sentido de explicação e exemplo, também a exposição supracitada de Edna Roland sobre as mulheres negras.

Uma crítica apresentada a esse respeito, como justificativa para a falta de atenção do Estado em atender as mulheres por grupos específicos, seria o fato de estas ações muitas vezes implicar num grande investimento que resulta em públicos menores atingidos. E por questões políticas e utilizando-se do cálculo eleitoral, um Ministério pode preferir realizar ações que atinjam um número maior de pessoas. (PINHEIRO & OGANDO, 2012:25).

O Estado elaborou bastantes leis para proteger a mulher no período gestacional e puerperal. Todavia, falta atenção para áreas importantes como a saúde ocupacional e para a saúde mental não atrelada à gestação; e mais ações relacionadas à alimentação saudável, atividades físicas e atenção geriátrica.

Sob a perspectiva dos direitos humanos, pode-se dizer que a saúde integral para as mulheres desempenha relevante papel para a afirmação, conquista, respeito e cumprimento de todas as prerrogativas e oportunidades para a concretização das suas capacidades de desenvolvimento humano. O direito à saúde faz a interação entre todos os direitos sociais, que possuem como fundamento a defesa da dignidade humana. (SANTOS, 2013: 70).

Apesar de poucos ou insuficientes, os avanços indicam que o Estado se propõe a estar mais atento às considerações e propostas apresentadas pelos movimentos feministas e de mulheres. As ações expressam algumas dessas reivindicações, como as de elaboração de leis para proteção à mulher contra as violências e abusos; e de leis para participação das mulheres nos espaços de poder público, com metas de inclusão obrigatória em partidos.

Entretanto, expressam também as dificuldades para implementação de ações de estratégias potentes e centrais, pelo fato de haver dificuldades de articulação entre os movimentos e representações de mulheres com o Estado. E também dificuldades relacionadas ao comportamento e rejeição às mudanças culturais da sociedade, ainda influenciada por considerações sociopolíticas do patriarcado, por vários tipos de discriminações e por ponderações religiosas.

As dificuldades demonstram porque predominam ações focadas nas mulheres como seres reprodutivos, com pouco olhar sobre os direitos da mulher em saúde que avance para além desse aspecto. São barreiras que dificultam a discussão sobre a autonomia do corpo das mulheres nas esferas públicas, porque tratam a reprodução e sexualidade como uma questão somente de saúde pública, e não como um direito das mulheres de decidirem sobre seus próprios corpos.

É necessário tratar a reprodução e sexualidade sob o enfoque de direitos humanos, como condição de cidadania das mulheres, para separar a pessoa humana da mulher, da maternidade obrigatória construída secularmente pela sociedade.

Isso é importante, pois as barreiras indicam que esses direitos precisam de contínua pressão dos movimentos feministas e de mulheres para serem alcançados em futuras legislações, através de estratégias de enfrentamento aos impedimentos culturais e políticos. (PINHEIRO & OGANDO, 2012:18; FRANÇA & LIMA, 2013:39).

Em relação ao Estado, as dificuldades expressam-se também porque as ações exigem um novo paradigma de planejamento e gestão de políticas públicas, pautado na intersectorialidade e na transversalidade. Isso demanda: apoio de setores e órgãos estatais direta e indiretamente ligados à SPM; e influenciar os governos estaduais e municipais para implementarem as ações do PNPM. São limitações políticas e de estruturas sociais.

Depreende-se que o direito à saúde com equidade para mulheres em situação de vulnerabilidade consiste no dever que as políticas públicas têm de atingir e modificar a vida das mulheres para o desenvolvimento humano, estabelecendo relações mais igualitárias entre as próprias mulheres. É necessário ir além da desigualdade de gênero, para que nenhum grupo de mulheres esteja esquecido em suas necessidades e especificidades, por causa de políticas públicas que as homogeneiza com base em critérios de dominação que perpetuam injustiças.

Vulnerabilidades e desigualdades são temas preocupantes para as mulheres, porque emperram as suas capacidades de desenvolvimento. Mas como sujeitos políticos em desvantagens elas resistem. E é preciso que elas mostrem suas diversidades, dar conta de todos os contextos de vida, publicizar todas as demandas e a luta não só pela efetividade de

direitos já conquistados, mas pela construção de novos direitos. (FRANÇA & LIMA, 2013:36).

Com base nos resultados infere-se que a partir do II PNPM as relações expostas pelos movimentos (feministas e de mulheres), estão sendo transformadas em relações mais democráticas de criação e fortalecimento de mecanismos institucionais que ampliam a participação das mulheres. Logo, há uma tendência de se assegurar mais proteção de direitos aos grupos de mulheres vulneráveis, segundo as suas especificidades (por marcadores sociais de diferenças).

Nesse sentido, o PNPM representa (alguns) avanços à equidade em saúde para mulheres em situação de vulnerabilidade, à medida que expande a abrangência e especificidade das ações para alcançar mais categorias de diversidade de mulheres por grupos. São avanços em equidade horizontal, para diminuir as vulnerabilidades individuais e sociais dessas mulheres, através da diminuição das vulnerabilidades programáticas.

Não se pode descartar as contribuições dadas à saúde da mulher (mulher como referência geral) através das ações com foco em variáveis definidas genericamente. Entretanto, são ações universalizantes, que podem ter limitado alcance inclusivo para a saúde das mulheres (mulher em diversidades). Muitas conquistas foram obtidas através do coletivo dos movimentos de mulheres e feministas, na perspectiva da transversalidade de gênero. Mas para alcançar um outro patamar de igualdade e desenvolvimento, faz-se necessário colocar essas conquistas em nível de equidade entre as mulheres, ampliando e aprofundando as conquistas históricas. Afinal, “os avanços do ponto de vista dos direitos e da redução das desigualdades são historicamente conquistas, nunca presentes ou dádivas.” (FRANÇA & LIMA, 2013:40).

As ações propostas possuem uma perspectiva emancipatória da mulher através da abordagem da mulher como sujeito político de direitos. Buscam potencializar a luta das mulheres contra as nocivas influências das dominações históricas e sociais que as alijou de importantes processos dos âmbitos políticos, sociais e econômicos. Trazem as atualizações e os significados das lutas das mulheres, respeitando os conhecimentos e os saberes presentes em suas diversidades: tradicionais, indígenas, camponesas, urbanas, rurais.

Da explicação de Santos (2003:10;13), as políticas recorrem à linguagem dos direitos humanos para reinventar a linguagem da emancipação. Contudo, para poder operar de forma contra-hegemônica, os Direitos Humanos têm de ser reconceitualizados como multiculturais. Uma política emancipatória deve saber distinguir entre a luta pela igualdade e a luta pelo reconhecimento igualitário das diferenças, a fim de poder travar ambas as lutas eficazmente.

Como dimensões de direitos, as conquistas das mulheres repercutem no tempo e no espaço de forma dinâmica, acontecem concomitantemente. Não são dados como sobrepostos ou superados, em relação aos novos patamares de propostas. Estruturam-se em conjunto como direitos à igualdade e à diferença, pela e para a autonomia das mulheres.

Por meio das propostas de ações dos PNPMs o Brasil demonstra que busca seguir as recomendações da CEDAW, e dos demais tratados e convenções de direitos humanos e das mulheres celebrados internacionalmente através da ONU. Esse fato representa um avanço no respeito aos direitos humanos e aos direitos das mulheres, visto que é um país onde a democracia e a Constituição são recentes (30 anos de implantação); e tem marcas históricas e sociais profundas deixadas por regimes de governos colonizadores, escravistas, machistas, sexistas e totalitários que até então incidem sobre todas as estruturas. De certo é um avanço que demonstra fragilidades e insuficiências, mas é uma melhoria.

Para esse avanço foi essencial a participação dos movimentos feministas e de mulheres em todos os momentos históricos do país. São conquistas conseguidas pelas mulheres, por certo com muitas lutas, esforços e humilhações. E como as mulheres são seres que exercem grandes influências e impulsionamentos sociais, suas conquistas refletem-se sobre toda a sociedade para o seu desenvolvimento e para ampliação e respeito aos direitos humanos.

As mulheres necessitam que o Estado atue com políticas públicas que as favoreça com condições e oportunidades que propiciem melhorias de vida, qualidade de vida, justiça social e cidadania. Com ações específicas segundo as diversidades, favorecendo a igualdade e equidade entre as mulheres, dando-lhes oportunidades de desenvolvimento social e econômico.

O Estado e a sociedade precisam dar atenção às mulheres em suas diversidades, para que nenhuma delas fique para trás: em vulnerabilidades, desigualdades e discriminações. Que essa proposta não seja considerada apenas como um dos Objetos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, mas sobretudo seja um compromisso ético social de respeito à cada mulher por sua dignidade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de desenvolvimento atual afeta a humanidade em seus valores fundamentais: meio ambiente, saúde, paz, qualidade de vida, dignidade da pessoa humana, bem estar e justiça social. Essa degradação social e ambiental, produz desigualdades e vulnerabilidades, através de exclusões e pobreza.

Em relação à mulher, esse quadro é ainda mais degradante, porque somam-se também as formas de discriminações e violências, frutos de uma sociedade historicamente patriarcal, sexista e machista. Apesar dos benefícios e melhorias para a qualidade de vida, advindos dos avanços tecnológicos e de conquistas políticas, sociais e jurídicas, a mulher ainda sofre limitações e enfrenta contradições na sociedade atual em relação aos seus direitos.

Nesse sentido, da relação entre a saúde e os direitos humanos, sob a perspectiva dos direitos das mulheres, pode-se destacar que:

- a) os direitos humanos e o conceito ampliado de saúde possibilitam ver as questões e problemas sociais e culturais das mulheres através do viés da saúde para combater as desigualdades e as violações de direitos;
- b) a desigualdade de gênero não é mais uma questão ideológica, é uma violação dos direitos humanos das mulheres;
- c) a igualdade e equidade de direitos entre as mulheres significa uma nova condição de arranjo de relações sociais, de forma coerente com a visão de desenvolvimento humano equitativo e sustentável;
- d) combater as discriminações contra as mulheres, as desigualdades sociais e eliminar as vulnerabilidades sociais e programáticas, significa defender seus direitos e dar-lhes oportunidades e capacidades para o desenvolvimento humano;
- e) as ações que viabilizam o reconhecimento, gozo e fruição dos direitos das mulheres precisam ser estruturadas através de políticas públicas oportunas e adequadas.

Defende-se a importância dos direitos das mulheres e sua garantia como discriminação positiva, bem como a necessidade de implementação através de políticas públicas especiais e específicas, segundo categorias de direitos que alcancem as mulheres em sua diversidade.

Essa defesa é possível através da promoção da saúde da mulher, porque o direito à saúde ao interagir com os demais direitos fundamentais, reforça-os, amplia-os e aprofunda-os. Nesse sentido, a estratégia *Advocacy* da promoção da saúde torna-se um importante instrumento em defesa dos direitos humanos das mulheres, pelo engajamento democrático participativo que evoca aos movimentos de mulheres e de defesa dos direitos humanos.

Como defesa da causa da saúde o *Advocacy* envolve a justiça social, mediante o estabelecimento de políticas públicas que garantam o acesso universal as condições e os recursos fundamentais (determinantes sociais da saúde).

Defender, proteger e promover os direitos humanos das mulheres é respeitá-las em sua dignidade como seres humanos livres, autônomos e iguais. A defesa dos direitos das mulheres fortalece os direitos fundamentais de todas as pessoas porque, como agentes catalizadores, as mulheres fortalecem a defesa da democracia, as conquistas da cidadania e a justiça social.

Das limitações do estudo.

Por meio dessa pesquisa pode-se responder que as ações do PNPM representam avanços à equidade em saúde para mulheres em condições de vulnerabilidade, à medida que expande a abrangência e especificidade dessas ações para alcançar mais categorias de diversidade de mulheres por grupos.

Mas responder se apresentam avanços e se eles significam condições de igualdade e equidade alcançadas totalmente; e, se a manutenção de ações criadas desde o IPNPM representam apenas continuidade como sustentabilidade do Plano, ou se significa falta ou insuficiência na implementação e efetivação das ações, não podem ser respondidas nessa análise qualitativa.

Para encontrar as possíveis respostas é necessário outro estudo. Um estudo que requer mais esforço e uma metodologia de cunho quantitativo por ser necessário analisar relatórios de gestão e avaliação da implementação. Requer abordagens de pesquisa e uma metodologia mais extensa em tempo e recursos.

Por tais aspectos, este estudo qualitativo exploratório é a primeira parte de um trabalho que se pretende continuar em curso de doutorado, com abordagens qualitativas e quantitativas, e com as demais fases da estratégia do *Advocacy* da promoção da saúde para a elaboração de possíveis propostas interventivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACQUAVIVA, M. C. **Dicionário Jurídico Brasileiro Acquaviva**. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2006.

AITH, F. M. A. Reflexões sobre o princípio da legalidade na ciência do direito contemporâneo. **Revista de Direito Sanitário**. v. 5, n. 3, p.41-81, Nov. 2004.

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde soc.** [online]. 2017, vol.26, n.1, pp.115-128. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017162684>.

ALEMBERT, Z. **A história da mulher. A mulher na história**. Brasília: Fundação Astrogildo Pereira, FAP Abaré, 2004. Disponível em: <https://issuu.com/abare.editorial/docs/a_mulher_na_hist_ria_-_zuleika_ala10 jun. 2013 ...>. Acesso: março 2018.

AMARANTE, J. Luta pelos direitos das mulheres na Constituinte ficou conhecida como Lobby do Batom. **Agência Brasil**, 8 de março de 2008. Disponível em: <<http://www.nominuto.com/noticias/brasil/luta-pelos-direitos-das-mulheres-na-constituente-ficou-conhecida-como-lobby-do-batom/12927/>>. Acesso: 10/03/2018.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**. n.17, v. 11, 2012, p. 2865-75.

ASSMANN, S. J. Declaração dos direitos da mulher e da cidadã. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**. Florianópolis, v.4, n.1, Jan/Jun. 2007, s.n.p.

AYRES J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas FM (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003. p. 121-143.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(11):11-24.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. v. 18, Supl. 2, 2009, p.11-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003. Acesso: 19/09/2017.

AYRES, J.R.C.M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico*. v.15, n.3, 1997, p.2-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000067&pid=S0080-6234200900060003100002&lng=en. Acesso em: 11/10/2017.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F.; FERNANDES, J. J. **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. 1. ed. Barueri, SP : Manole, 2014.

BAJOIT, Guy. Olhares sociológicos, rostos da pobreza e concepções do trabalho social. In: BALSÁ, Casimiro; BONETI, Lindomar W.; SOULET, Marc-Henry (Orgs.). **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006. p. 31-102.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).

BARBER-MADEN, R. La abogacía em salud publica. In: **OPS: el derecho a la salud em la nueva constitución brasilina**. Washington: OPS, 1992, p. 19-21.

BARCELOS, A. M. Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro, n. 240, Abr/Jun 2005, p. 83-103. <http://dx.doi.org/10.12660/rda.v240.2005.43620>. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43620>. Acesso em: 2016.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. n.7, v.22, 2017, p.2097-2108. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702097&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso: 21/09/2017.

BEDIN, Gilmar Antonio. Estado de Direito e desigualdades sociais: uma leitura da exclusão social a partir da realidade brasileira. In: BALSÁ, Casimiro; BONETI, Lindomar W.; SOULET, Marc-Henry (Orgs.). **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006, p. 225-236.

BENEDICTIS, N. M. S. M. **Memória e geografia social de mulheres em Rio de Contas – Bahia**: a participação feminina no processo de organização de uma sociedade. Tese (doutorado mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade). - Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2016. Orientadora Profa. Dra. Rita Maria Radl Philipp, Vitória da Conquista, 2016. Disponível em: <<http://www2.uesb.br/ppg/ppgmls/wp-content/uploads/2017/06/Tese-Nereida-Maria-Mafra-de-Benedictis.pdf> >. Acesso: 21/06/2018

BERTALANFFY, Karl Ludwig Von. **Teoria Geral dos Sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Nova edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, P. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Malheiros, 18ª ed. 2006.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadenos Pagu** [online]. 2006, n.26, pp.329-376. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf>>. Acesso: 2018.

BRANCO, P. G. G. Direitos fundamentais. In: MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G.; COELHO, I. M. *Hermenêutica constitucional e direitos fundamentais*. 1 ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2002.

BRANDÃO, P. T. **Ações constitucionais**: novos direitos e acesso à justiça. Florianópolis: Habitus, 2001.

BRASIL. [1992]. Presidência da República. Decreto N. 591, de 6 de julho de 1992. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto/1990-1994/D0591.htm>. Acesso: 2016.

BRASIL. [2002a]. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes//cartas_promocao.pdf>. Acesso: 20.08.2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016. – (Série textos básicos ; n. 113) . Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/editora>>. Acesso em: 15.08.2016.

BRASIL. **Coletânea da legislação indigenista brasileira**. – Brasília: CGDTI/FUNAI, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016.

BRASIL. Coordenação-Geral de Educação Ambiental (COEA). Secretaria de Formação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD). Ministério da Educação (MEC). Programa Nacional de Educação para a Diversidade, a Sustentabilidade e a Cidadania. Gestão ambiental participativa. Programa de Capacitação de Gestores Municipais. Programa Nacional de Capacitação de Gestores Ambientais Municipais (PNCPR). Políticas Públicas de Meio Ambiente Governo do Paraná. Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos (SEMA). Curitiba(PR), 2010, 16.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília : IPEA, 2015. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf>. Acesso: 2018.

BRASIL. **Lei n. 13.104, de 9 de março de 2015**. Legislação Informatizada. Publicação Original. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13104-9-marco-2015-780225-publicacaooriginal-146279-pl.html>>. Acesso: 18/03/2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei orgânica da saúde. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 17.01.2017.

BRASIL. **Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Código de Direito Civil Brasileiro. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso: 22.03.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração de México. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.unescap.org/esid/hds/whatsnew/6GCHP_1asp. Acesso em: 27.09.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso: 08/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso: 08/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 25.09. 2016.

BRASIL[2013]. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático : promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde.

BRASIL. **Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/>Link: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 25.09. 2016.

BRASIL. **Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/>Link: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 25.09. 2016.

BRASIL. **Portaria n. 687, de 30 de março de 2006**. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/>.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2004. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-2ago13.pdf>. Acesso: 08/09/2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-2ago13.pdf>. Acesso: 08/09/2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-2ago13.pdf>. Acesso: 08/09/2017.

BRASIL[2015b]. Presidência da República. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf. Acesso: 06/09/2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. **Anais da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres: autonomia e igualdade para as mulheres / organização Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres**. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, 2013. 130 p. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-3a-conferencia>>. Acesso: 11/10/2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Informativo n.135**. RDA 183/143, 07/12/1998.

BRASIL. Voto do Ministro Ayres Britto. **Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54**. Distrito Federal. 12/04/2012. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>. Acesso: 12/09/2017.

BRASIL.[2002b]. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm>. Acesso: 08/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso: 21/06/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática.** Brasília, 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 20 set. 2016.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, 2000, p.163-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 16/09/2017.

CAMPOS, C. S. S. **A face feminina da pobreza em meio a riqueza do agronegócio: trabalho e pobreza das mulheres em territórios do agronegócio no Brasil: o caso de Cruz Alta/RS.** Buenos Aires : CLACSO, 2011. Disponível em: <<http://bvsde.org.ni/clacso/publicaciones/A%20face%20feminina%20da%20pobreza.pdf>>. Acesso: 07 de março 2018.

CANEL, R. C.; CASTRO, C. G. J. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. **Revista de Direito Sanitário**. v. 9, n.1, p. 74-85, Mar./Jun. 2008.

CARNEIRO, S. A batalha de Durban. **Revista Estudos Feministas**. v. 10, n. 1, 2002.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde.** 3 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

CARVALHO, M. S. A saúde como direito social fundamental na Constituição de 1988. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v.4, n. 2, p. 15-31, jul./2003.

CASTEL, Robert. Classes Sociais, Desigualdades sociais, exclusão social. In: BALSÀ, Casimiro; BONETI, Lindomar W.; SOULET, Marc-Henry (Orgs.). **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2006. p. 63-77.

CELLARD, André. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Tradução: Ana Cristina Nasser. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

CLÉMENT, J. M. **Les Grands Principes du Droit de la Santé.** Bordeaux: Les Études Hospitalières, 2005.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf. Acesso: 20/09/2017.

CNS - Confederação Nacional de Saúde. **Sistema Saúde 2017.** Organizado por Cláudio José Allgayer. Porto Alegre: Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.cns.org.br/links/menu/publ_cns/CNS_2017.pdf. Acesso: 20/07/2017.

COELHO, Fernando Laélio. A declaração universal de 1948 e o processo de internacionalização e universalização dos direitos humanos: primeiras aproximações críticas. **Revista Eletrônica Direito e Política**. Itajaí(SC), v.2, n.2, 2º quadrimestre de 2007. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791. Acesso: 18/03/2018.

COSTA, A. O. **SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos** / Associação Direitos Humanos em Redev.13, n.24, São Paulo, dez. 2016. Disponível em: <http://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/sur-24-por-completo.pdf>. Acesso: 03/2018.

CSDH-COMMISSION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005.

CSDH-COMMISSION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report**. Genebre: World Health Organization, 2008 .

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DA SILVA, S. M. **A carta que elas escreveram: a participação das mulheres no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988**. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador –BA, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/7298>. Acesso: 18/03/2018.

DALLARI, D. A. **Elementos de teoria geral do Estado**. 26ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DALLARI, S. G. *et al.* Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, p.592-601, 1996.

DE PLÁCIDO E SILVA. **Vocabulário jurídico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2008.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In:_____. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-41.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai; citado 2017 Jun 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso: 04/2017.

DINIZ, C. S. G.*et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 3, p. 561-572, Set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300561&lang=pt. Acesso: 30/04/2017.

DINIZ, M. H. **Dicionário Jurídico Universitário**. São Paulo: Saraiva, 2010.

DINIZ, M. H. **Dicionário Jurídico**. São Paulo: Saraiva, 1998.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-18.

DUARTE, C. M.R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, 2000, p. 443-463. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200016&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso: 20/07/2017.

Faculdade de Ciências Agrônômicas da Universidade Estadual de São Paulo (FCA/Unesp) Campus de Botucatu. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos. **Tipos de revisão de literatura**. (Apostila). Disponível em: < <http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf> >. Acesso: fevereiro 2018.

FRANÇA, L. G.; LIMA, P. M. Direitos humanos e questões de gênero. In: GONÇALVES, C. M .C. **Direitos humanos e diversidade**. Curitiba: Juruá, 2013.

FREITAS, G.L.; VASCONCELOS, C.T.M; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em:

FREITAS, N. J. Globalização, neoliberalismo e direito do trabalho. In: **Repensando a teoria do Estado**. Ricardo Marcelo Fonseca (Org.). Belo Horizonte: Fórum, 2004.

FUX, L. **Curso de Direito Processual Civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2001. pp.479-480.

GERMANI, A. C.C.G; AITH, F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 34-59, mar./jun. 2013. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56622>>. Acesso: 2017.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**. 2002;18(Suppl):103-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13797.pdf>. Acesso: 30/09/2017.

GOMES, R. R. Os novos direitos na perspectiva feminina: constitucionalização dos direitos das mulheres. In: WOLKMER, A. C.; LEITE, J. R. M. (Orgs.). Os novos direitos no Brasil: natureza e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2003.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Uma panorama sobre saúde e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. (organizadores). **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá; 2012. p. 23-33.

GUIMARÃES, M. C. S.; NOVAES, S. C. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Revista Bioética**, v.7, n.1. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288/427>. Acesso: 17.01.2017.

HASENBALG, C. ; SILVA, N. V. Origens e destinos: desigualdades sociais ao longo da vida. Rio de Janeiro: IUPERJ/UCAM/Topbooks/FAPERJ, 2003.

HENNING, C. E. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações**, v. 20, n. 2, Jul./Dez. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/download/22900/pdf>>. Acesso: 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.38. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf>. Acesso: 2018.

KAMIMURA, A. et al. **Direitos humanos e vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2017.

KANT, I. **Fundamentos da Metafísica dos Costumes**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

KATREIN, F.; TEJADA, C. A. O.; RESTREPO-MÉNDEZ, M. C.; BERTOLDI, A. D. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 31, n.7, p. 1416-1426, Set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701416&lang=pt. Acesso: 30/04/2017.

KREMPEL, L. M. O acesso das mulheres à justiça. **Cadernos Themis: gênero e direito**. Porto Alegre: Themis Assessoria jurídica e estudos de gênero. N. 2, ano II, 2001.

KUGELMAS, E. Revisitando o desenvolvimento. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, 2007.

LENZA, P. **Direito constitucional esquematizado**. 19ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LIMA, A. L. C. Globalização econômica e crise dos Estados nacionais. In: **Repensando a teoria do Estado**. Ricardo Marcelo Fonseca (Org.). Belo Horizonte: Fórum, 2004.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R. Organizadores. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2007. p. 37-52.

MACHADO, K. **Desigualdades que afetam as mulheres de diferentes matizes**. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, ano X, n.53, p. 21-26, Set./Out. 2017.

MACHADO, O. M. Mulher: códigos legais e códigos sociais - o papel dos direitos e os direitos de papel. In: HESKETH, M. A. I. **Cidadania da mulher**: uma questão de justiça. Brasília: OAB Editora, 2003.

MASSA-ARZABE, P. H. **Dimensão jurídica das políticas públicas**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 51-74.

MAYOR, Federico. Que futuro para os direitos do homem? In: AAVV. **As Chaves do Século XXI**. Lisboa: Editora Piaget/UNESCO, 2000.

MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (organizadores). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de Direito Constitucional**. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

MENDES, J. Pessoas sem voz, redes indizíveis e grupos descartáveis: os limites da teoria do actor- rede. **Análise Social**, XLV, 196, p. 447- 465, 2010.

MEYER, D. E. E. ; AYRES, J. R. C. M. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, Jun. 2006, p. 1335-1342.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. et. al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis(RJ): Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

NASCIMENTO, C. V. Direito fundamental à saúde. In: MARTINS, I. G. S.; MENDES, G. F.; NASCIMENTO, C. V. **Tratado de direito constitucional**. Vol.2. São Paulo: Saraiva, 2010.

NEVES, Marcelo. **Entre Têmis e Leviatã: uma relação difícil**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. n. 87, p.143-169, dezembro de 2009. Disponível em: <www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=2305>. Acesso: 03.01.2017.

OGUISSO, T. ; FREITAS, G. F. Direitos humanos e vulnerabilidades. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F.; FERNANDES, J. J. **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. 1. ed. Barueri, SP : Manole, 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional (2005). In: **World Health Assembly – WHA58.3**. Genebra, 2005 (espanhol).

ONU MULHERES – Entidade das Nações Unidas para igualdade e empoderamento das mulheres. Mais igualdade para as mulheres brasileiras: caminhos de transformação econômica e social. Encarte Brasil baseado no Relatório “O Progresso das Mulheres no Mundo 2015-2016, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2016/08/encarte_mais_igualdade_para_as_mulheres_brasileiras.pdf>. Acesso em: 05 de jun. 2016.

ONU MULHERES – Entidade das Nações Unidas para igualdade e empoderamento das mulheres. Sobre a ONU Mulheres (2018). Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/direitos-das-mulheres-rurais-diversidade-etnica-e-fim-da-violencia-sao-contribuicoes-do-brasil-ao-documento-final-da-csw-62/>>. Acesso: maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU (1986). **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento**. Resolução n.º 41/128 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 4 de dezembro de 1986.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MUJERES. **Hacer las promesas realidad: la igualdad de género en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible**. New York, NY, EUA, 2018. Disponível em: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-es.pdf?la=es&vs=834>. Acesso: abril de 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MULHERES (2013a). **Declaração e Programa de Ação de Viena (1993)**. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MULHERES (2013b). **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995)**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>. Acesso: maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MULHERES (2013c). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará" (1994)**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencaobelem1994.pdf>. Acesso: março 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MULHERES (2018). **Conclusões Acordadas na 62ª Sessão da Comissão da ONU sobre a Situação das Mulheres**.

Disponível em: < <http://www.onumulheres.org.br/noticias/direitos-das-mulheres-rurais-diversidade-etnica-e-fim-da-violencia-sao-contribuicoes-do-brasil-ao-documento-final-da-csw-62/> >. Acesso: maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 10 dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao>>. Acesso: 24/03/2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU/CEDAW (1979). **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - Cedaw 1979**. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf. Acesso: novembro de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade. Curitiba(PR): 2016. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5211:carta-de-curitiba-sobre-promocao-da-saude-e-equidade&Itemid=839>. Acesso: 2017.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/05.pdf>>. Acesso:

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In:_____. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PASQUAL, K. K.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 2, Jun. 2015, p. 21-7.

PAULA, C. E. A.; SILVA, A. P.; BITTAR, C. M. L. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n12, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3841.pdf>>. Acesso: 26/02/2018.

PELUCIO, L. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à Aids. **Saúde soc.** [online]. 2011, vol.20, n.1, pp.76-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/10.pdf>>. Acesso: 2018.

PENA, M. V. J; CORREIA, M. C. A questão de gênero no Brasil. In: Relatório CEPIA. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://cepia.org.br/wp-content/uploads/2003/11/questao_de_genero.pdf>. Acesso: março 2018.

PINHEIRO, M. B; OGANDO, A. C. **Os impactos dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres nas políticas públicas no Brasil**. In: I Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades, 2012, Brasília. Anais do I Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades, 2012.

Disponível em: <http://www.enap.gov.br/web/pt-br/detalhe-curso;jsessionid=4885787C3DBCA03BE15A729D>.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, 2002, p.687-707.

PINHEIRO, R.; GUIZARD, F.L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2004, p. 17-74.

PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. Igualdade e especificidade. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

PINTANGUY, J. As mulheres e a Constituição de 1988. **CEPIA.ORG**. 2008. Disponível em: <<http://www.cepia.org.br/images/nov089.pdf>>. Acesso em: 12.06.

PIOVESAN, F. Direitos humanos, democracia e integração regional: os desafios da globalização. **Revista da Procuradoria Geral do Estado**, Porto Alegre, v. 24, n.53, 2001, p.19-39.

PIOVESAN, F. Direitos da Mulher na Sociedade Contemporânea. mimeo. In: SILVA, Marlise Vinagre. **Violência contra a mulher: quem mete a colher?**. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

PITCHO, B. A saúde na sociedade global. **Revista de Direito Sanitário**, v. 8, n. 1, Mar./Jun. 2007, p. 65-92.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano**. Sustentabilidade e equidade: um futuro melhor para todos. Disponível em: < <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/pt/>>. Acesso em: 25.11. 2016.

PORTELA, P. H. G. **Direito Internacional Público e Privado**. 6 ed Salvador: Juspodium, 2014.

PORTO, M. F. Uma ecologia política dos riscos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

PORTO, M. F. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: Um ensaio de epistemologia política. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 93, p. 31- 58, Junho 2011. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/133#tocto1n2>. Acesso: 23/06/2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (RDH-PNUD). **Relatório de Desenvolvimento Humano 1990**. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990>>. Acessado em: 02 Fev. 2013.

PURAS, D. Human rights and the practice of medicine. *Public Health Reviews* 38:9, 2017. Disponível em: <<https://publichealthreviews.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40985-017-0054-7>> Acesso: 2018.

RABELLO, L. S. Promoção da saúde: desafio ou adaptação? Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade de Brasília, 2006.

RABELLO, L. S. Promoção da saúde: A construção social do conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RAWLS, J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.6, 2007, p.1525-1532. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600014&lang=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600014>. Acesso: 11/10/2017.

RODRIGUES, C. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

ROLAND, E. **Saúde reprodutiva da população negra no Brasil: entre Malthus e Gobineau**. Artigo eletrônico publicado em: 24/03/2009. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/saude-reprodutiva-da-populacao-negra-no-brasil-entre-malthus-e-gobineau/>>. Acesso: 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n.2, Jun. 2007, p.v-vi. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 25/03/2017.

SAMIOS, E. M.B. (Orgs.). Niklas Luhmann: a nova teoria dos sistemas. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1997.

SANTOS, A. O. **Discursos proferidos na audiência pública da saúde do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SOUZA SANTOS, B. **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SOUZA SANTOS, B. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SOUZA SANTOS, B. Poderá o direito ser emancipatório? Coimbra/Portugal: **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.65, maio de 2003, p.3-76. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/podera_o_direito_ser_emancipatorio_RC65.PDF>. Acesso: 14/08/2017.

SANTOS, R. P. Direitos humanos da pessoa com deficiência. In: GONÇALVES, C. M .C. **Direitos humanos e diversidade**. Curitiba: Juruá, 2013.

SANTOS, T. S. Gênero e políticas sociais: novos condicionamentos sobre a estrutura familiar. **SER Social**. Brasília, v. 10, n.22, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/Santos_genero_politicas%20sociais.pdf>. Acesso: 2017.

SARLET, I. W. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais** - Uma Teoria dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado, 2015.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição de 1988**. 9ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SCHWARTZ, G. A. D. (2004). A autopoiese do sistema sanitário. **Revista De Direito Sanitário**, v.4, n.1, p.50-59, 2003.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia. das Letras, 2010.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SEN, A. K. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington (DC), v. 11, n. 5/6, p. 302-309, 2002. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/es>>. Acesso: 25 set. 2016.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das letras, 2001.

SILVA, D. M.; RAMOS, E. Justiça social e direitos sociais em Rawls: direito à saúde e garantias de qualidade de vida com equidade. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 52, p. 112-129, maio/set. 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/index> >. Acesso: 2017.

SILVA, J. A. **Comentário contextual à Constituição**. 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2008a.

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional brasileiro**. 30ª ed. São Paulo: Malheiros, 2008b.

SOARES, M.E.P.; ANDRADE, R. S. O. L. M. et al. A influência dos movimentos feministas na formulação do princípio fundamental de igualdade previsto na Constituição de 88. **Revista Jus Navigandi**, setembro de 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/51966/a-influencia-dos-movimentos-feministas-na-formulacao-do-principio-fundamental-de-igualdade-previsto-na-constituicao-de-88>>. Acesso: 10/03/2018.

SOTERO, J. P. O financiamento público da política nacional de educação ambiental: do veto do artigo 18 às novas estratégias de financiamento. Brasília, 2008, 236 p. Dissertação de mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em:< http://www.reasul.org.br/files/dissertacao_Sotero.pdf>. Acesso: 20/03/2018.

SOUZA, M. C. A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e suas implicações para o direito brasileiro. **Revista Eletrônica de Direito Internacional**, v. 5, 2009, p. 346-386. Disponível em: http://centrodireitointernacional.com.br/static/revistaeletronica/volume5/arquivos_pdf/sumario/mercia_cardoso.pdf>. Acesso: maio 2018.

STEINMETZ, W. A. **Colisão de direitos fundamentais e princípio da proporcionalidade**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2001.

STRECK, L. L. **Jurisdição constitucional e hermenêutica**. Uma nova crítica do direito. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

TAVARES, M. F. L. *et al.* Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: UGÁ, M. A. *et al.* **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, p. 333-50.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, Mai. 2006, p. 1054-1062. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/12.pdf>. Acesso:21/09/2017.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.6, 2016, p. 1799-1808. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1799.pdf>. Acesso: 21/09/2017.

TAVARES, M. F. L. Da Saúde Escolar à Escola Saudável: Construindo Espaços de Promoção da Saúde. In: Zancan *et al* (orgs). **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local – a experiência de Manguinhos**. ABRASCO; 2002.

TAVARES, M. F. L. Notas de aulas sobre Promoção da Saúde. Slides em Power point. ENSP/FIOCRUZ, 2017. Disponibilizados por email pessoal.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002.

TENGAN, C. et al. Autonomia e vulnerabilidade do sujeito da pesquisa. **Revista de Direito Sanitário**. v. 6, n. 1/2/3, p.25-37, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TOHIDI, N. Direitos das mulheres e movimentos feministas no irã. **SUR**, v.13 n.24, 2016.

UIPES - União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação. Editorial. **Boletim**, ano 2, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/global-health-promotion/publication-profile>.

UIPES - União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação. Editorial. Editorial. **Boletim**, ano 7 n. 9, 2005. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/index.php/en/global-health-promotion/publication-profile>.

VADE MECUM. Obra coletiva. 5. ed. rev., ampl. e atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

VASCONCELOS, L. C. F.; OLIVIERA, M H. B. Direito e saúde. Aproximações para a demarcação de um novo campo de conhecimento. In:_____. **Direito e saúde: um campo em construção**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009. Disponível em: http://www.siga.foicruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/1_Direitoshuma.pdf. Acesso: 03/01/2017.

VENTURI, G. Misoginia, homofobia, racismo e “gerontofobia”: contribuições de análises da opinião pública para a prevenção. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.** v. 1, n.14, p.82-8, Jan.Mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000100011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 19/01/2017.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-724, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso: 16/08/2017.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.17, n.4, pp.921-934, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 16/08/2017.

VICTORA, C. G. et al. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer**. *The Lancet on line*, 2011. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/269299/mod_resource/content/1/Saude%20no%20Brasil%20artigo%206%20Lancet%202011.pdf>.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S217-S226, 2009. Suplemento 2. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 2018.

VOSGERAU, D. S. A. R. ; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, v.14, n.41, p.165-189, 2014. Disponível em : < Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189130424009> >. Acesso: fevereiro de 2018.

WEBER, M. **Metodologia das ciências sociais**. 2 ed. Tradução Augustin Wernet. São Paulo: Cortez. Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

WHITEHEAD, M. The Concepts and principals of equity and health. Regional Office for Europe Copenhagen. World Health Organization Office for Europe. Documente EUR/ICP/RPD/414. 1990. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WOLKMER, A. C. Direitos Humanos: novas dimensões e fundamentações. **Direito em Debate** , Ijuí, 2003.

World Health Organization – WHO. **Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020**. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>>. Acesso em: 22.02.2017.

World Health Organization – WHO. **Global crisis** – global solutions: managing public health emergencies of international concern through the revised international Health Regulations. Genebra, 2002.

World Health Organization – WHO. **Global Forum. Addressing the challenge of noncommunicable diseases**. Forum Report. 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/en/. Acesso em: 22.02.2017.

World Health Organization - WHO. **Ottawa Charter for Health Promotion** – Health Promotion (HPR); 1986. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>. Acesso em: 22.02.2017.

World Health Organization. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

ZIMATH, M. L. M. O fenômeno da geração de novos direitos e as relações de gênero. In: OLIVEIRA, A. B.; PASOLD, C. L. **Teoria jurídica das relações interpessoais**. Florianópolis (SC): Momento Atual, 2004.

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA A PESQUISA DOCUMENTAL DO
PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES (PNPM)
PERÍODOS 2004-2007; 2007-2011 E 2013-2015**

ELABORAÇÃO DO ROTEIRO

Este roteiro foi idealizado com a finalidade de orientar o estudo dos documentos alvos dessa pesquisa (os PNPMs), pela preocupação em atentar-se aos aspectos essenciais que caracterizam e diferenciam seus textos; e aos aspectos que podem ser aceitos como de significativa contribuição e relevância consonantes com os objetivos propostos na pesquisa. Além de servir para direcionar os esforços à consecução dos objetivos, também canalizará o foco para ponderar os pressupostos e, principalmente, responder às questões da pesquisa.

Minayo (2012:623) explica que um roteiro faz parte do delineamento da estratégia de pesquisa. Como instrumentos operacionais também contêm bases teóricas, constituídos de sentenças, que devem guardar estreita relação com o marco teórico.

Existe a necessidade de explorar o técnico, o conceitual e o ideológico característico de cada documento (planos, políticas e relatórios). Outros pontos exploratórios quanto à forma, matéria e conteúdo das abordagens e paradigmas conformados nesses documentos também são fundamentais para garantir a construção e exposição adequada das ideias. Por tais motivos, elaboraram-se perguntas norteadoras, sistematizadas com fulcro em elementos constitutivos dos próprios documentos, em elementos que caracterizam as estratégias e ações de promoção da saúde, e em considerações presentes nas Cartas de PS que trazem temáticas de atenção à mulher e de gênero.

A sistematização das perguntas baseia-se também em sugestões e exemplos de roteiros, apresentados por estudiosos e pesquisadores da área de metodologia e pesquisa científica em saúde. Os roteiros aplicados em cada documento orientarão a construção de um quadro sinopse para comparação e análise final.

Fundamental salientar que esse roteiro possui perguntas consideradas como requisitos mínimos de primeira atenção aos seguintes pontos:

1. O plano é hermético ou contempla um grupo grande de mulheres por categorias?
2. Há discussão de temas muito específicos ou gerais?
3. Traz expresso alguma forma de conceito sobre saúde, gênero, equidade, vulnerabilidade e direitos?
4. Tem o cuidado de incluir a aplicabilidade dos conceitos de forma abrangente?
5. Há clareza e encadeamento na apresentação e desenvolvimento do escopo, objetivos, princípios, valores, diretrizes e eixos?
6. As estratégias e ações contribuem para desenvolver (direta ou indiretamente): cidadania, novos pensamentos e direitos que visem o incremento da vivência social, equidade, aumento do conhecimento e ações de promoção da saúde para diminuir as vulnerabilidades, e melhoria da qualidade de vida?
7. Oferece novas propostas e abordagens diferenciadas em direitos por dimensões?
8. Oferece e relata as práticas, técnicas e métodos utilizados em diferentes áreas da saúde e da promoção da saúde?
9. Propõe e analisa a soluções de problemas específicos da saúde da mulher vulnerável, e da promoção da saúde, de forma inovadora e de vanguarda em termos de direitos fundamentais?
10. Qual (is) a(s) principal(is) proposta(s)?
11. Quais são as implicações dessa(s) proposta(s)?
12. O que é inovador, diferente, importante nessa(s) proposta(s)?
13. Em qual área ou áreas dos direitos sociais (educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social) a(s) proposta(s) se insere(m)?

14. O plano traz aspectos essenciais relativos à PS:
- a) necessidade de políticas públicas saudáveis;
 - b) novo entendimento de desenvolvimento social e do papel do Estado, centrado nas necessidades dos cidadãos, na equidade, na intersetorialidade, na democratização do poder, na sustentabilidade;
 - c) atenção ao meio ambiente;
 - d) equidade: prioridade de alocação, dimensionamento e distribuição de recursos e serviços de saúde aos grupos de mulheres menos privilegiadas e mais vulneráveis;
 - e) participação popular;
 - f) empoderamento;
 - g) reorientação dos serviços de saúde utilizando critérios de PS; e
 - h) fomento à preparação de recursos humanos;
 - i) ações multiestratégicas;
 - j) sustentabilidade.
15. Os planos relatam o que outros participantes e entidades pensaram sobre as propostas?
16. Os planos posteriores retomam os pontos e propostas que não foram aprovados em planos anteriores? ■

**APÊNDICE B – QUADRO SINÓTICO PARA AUXILIAR AS CATEGORIZAÇÕES
EM SUAS LISTAGENS E ANOTAÇÕES DOS RESULTADOS OBTIDOS EM CADA
PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES (PNPM)
PERÍODOS 2004-2007; 2007-2011 E 2013-2015**

