

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Doutorado em Serviço Social

Maria Solange Guerra Rocha

**Silenciosa conveniência entre**  
**transgressão e conservadorismo:**  
trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no  
Brasil

Recife, 2011

Maria Solange Guerra Rocha

**Silenciosa conveniência entre transgressão e**  
**conservadorismo:**

**trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil**

**Tese apresentada ao  
Programa de Pós-graduação em Serviço Social,  
da Universidade Federal de Pernambuco,  
como requisito parcial para a obtenção  
do grau de doutora no Curso de Serviço Social.**

**Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira**  
**Coorientador: Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca**

**Recife, 2011**

---

ROCHA, Maria Solange Guerra

Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil. Maria Solange Guerra Rocha – Recife: M.S.G Rocha, 2011.

Pags 280

Tese doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, 2011.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira

Co-orientador: Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca

1. Aids. 2. Feminismo. 3. Políticas de Saúde. 4. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 5. Políticas Públicas. 7. Estado e Sociedade Civil. 8. Movimento Social

---

Maria Solange Guerra Rocha

Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente a epidemia da Aids no Brasil.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de doutora no Curso de Serviço Social.

Aprovada em: 18 de fevereiro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Examinadora externa: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Valongueiro Alves  
NUSP/Universidade Federal de Pernambuco

Examinadora externa: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria de Brito  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz/ UFPE

Examinadora interna: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raquel Soares  
Serviço Social /Universidade Federal de Pernambuco

Examinadora interna: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elizabete Mota  
Serviço Social/ Universidade Federal de Pernambuco

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira  
Serviço Social/ Universidade Federal de Pernambuco

Coorientador: Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca  
Instituto PAPAÍ/ Universidade Federal de Pernambuco

*Na verdade, só existem na vida duas coisas irreversíveis: a morte e o conhecimento. O que se sabe não se pode deixar de saber, a inocência não se perde duas vezes. (Rosa Monteiro, 1995)*

*Dedico essa tese à memória de meu pai, que me ensinou a importância da leitura.*

## **Agradecimentos**

Fazer o mestrado com passagem direta para o doutorado foi um feliz encontro com a academia. Agradeço à Pós-graduação em Serviço Social, às/aos colegas da pós-graduação e professoras/es que provocaram reflexões sobre um mundo que eu conhecia na prática mas que, no encontro com a teoria, me proporcionou reinterpretações. Obrigada Profa. Elizabete Mota pela paciente orientação do mestrado, pelo apoio e orientação para a qualificação do projeto de doutorado; foi um grande aprendizado. Meus agradecimentos a Profa. Judith Head, supervisora do meu estágio em Cape Town, pela delicada interlocução, e ao Departamento de Sociologia da University of Cape Town pela acolhida.

Agradeço especialmente a Profa. Ana Vieira pela amizade, orientação cuidadosa e diálogos frutíferos no doutorado sobre políticas de saúde, movimentos sociais e epidemia do HIV/Aids. Sou igualmente grata ao Prof. Jorge Lyra pelas horas “sem fim” de debates criativos sobre feminismo e políticas de saúde das mulheres. Vocês deram um apoio crítico, estiveram sempre disponíveis, tornaram-se referência para as horas de dúvidas que cercaram a escrita da tese.

Nesses cinco anos, até as angústias da pesquisa e da escrita resultaram em descobertas prazerosas. Foi um redescobrimento. Foi o período de reencontro na minha vida pessoal e profissional que possibilitou recuperar caminhos profissionais e a trajetória de duas décadas no movimento feminista trabalhando com saúde das mulheres em tempos de HIV/Aids.

A posição do ‘farol’, no *Tai chi*, significa iluminação dos objetivos que se deseja; atrai apoios e amizades. Uso esse símbolo para representar meus agradecimentos a Nívea Pereira e Verônica Ferreira por terem iluminado o caminho do serviço social e me ajudado no projeto de seleção. Agradeço a Márcia Lorangeira pela amizade, escuta, presença em todas as horas e a disponibilidade para revisão do texto. Vania Maia, obrigada pela inspiração do vôo do Guarapirá sobre as matas e o mar azul; por ter me ajudado a reencontrar a confiança. A Taciana Gouveia agradeço a generosidade da leitura crítica feminista. Raquel Soares, Sandra

Valongueiro, Valéria Correia, Ana Brito, Isabel Casimiro, Nancy Castro-Leal, obrigada pelas contribuições que enriqueceram a tese. Simone Ferreira, Benedito Medrado, Isabela Farias, Michel Friedman e Elizabeth Mills vocês sempre estiveram presentes. Obrigada, amigas feministas brasileiras, sul-africanas, moçambicanas, colegas de MQD (o informal Movimento de Quase Doutores/as) pelo apoio, dicas, vinhos e sorrisos.

Gerson Winckler, meu amigo amoroso, obrigada por me ensinar o que é o mundo da Aids e da transgressão. Obrigada Josefa Conceição, Chico Pedrosa, Vladimir Reis, Jair Brandão e todos/as os/as amigos e amigas ativistas que vivem com Aids que me ensinaram sobre solidariedade e amor.

Agradeço a Rede Feminista de Saúde, ao SOS CORPO - Instituto Feminista para a Democracia e às redes do movimento de luta contra Aids, pela disponibilidade dos documentos e por terem registrado suas lutas pela saúde e contra a Aids. São registros que contribuem para entendermos a trajetória dos movimentos sociais e das políticas de saúde no Brasil. Esta tese reflete o tempo que passamos juntas/os.

Agradeço à minha mãe Valdira Guerra; com ela aprendi a ser mulher, aprendi que mulher tem valor. Obrigada pela confiança, força e aceitação das minhas escolhas. Obrigada irmãs/ão, sobrinhos/as, tias/os, família sul-africana pela compreensão e apoio, sinto orgulho de ter vocês em minha vida.

Susan Holland-Muter, minha companheira amada, obrigada pela presença, estímulo, inspiração, debates, traduções e revisões. Agradeço-te a paciência compreensiva em cada viagem, cada ausência, cada crise de estresse que vivi nesses últimos anos. Foi com nosso amor que descobri que é possível ser feliz em paz.

Agradeço a Dandara Assis Rocha, minha filha que se transformou numa linda mulher nesses cinco anos. Obrigada meu amor pela enorme compreensão e estímulo. Foram muitas as mudanças que vivemos nesse período e você fez minha vida mais leve e sorridente.

Também quero agradecer a quem cuidou de meu corpo e espírito, aos mestres da umbanda, do *Tai chi*, da *Yoga* e todas as mãos que massagearam meus músculos cansados por horas ao computador e ativaram os meus pontos de energia.

Para finalizar quero reconhecer a importância da bolsa de estágio na University of Cape Town, África do Sul, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da bolsa nacional para o doutorado na UFPE, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que possibilitaram o desenvolvimento desta tese.

## Resumo

Em algumas regiões do Brasil, a epidemia da Aids cresce significativamente entre as mulheres, marcada por desigualdades sociais e econômicas; pelo sexismo, racismo, classismo e silêncios relacionados à vivência da sexualidade. A pesquisa realizada no Brasil é um estudo documental, com perspectiva crítica e histórica que abrange o período de 1992 a 2008. Trata das iniciativas feministas, em particular da Rede Feminista de Saúde frente a epidemia da Aids. O estudo toma o princípio de integralidade contido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); nas políticas de saúde da mulher e na política de controle da Aids para interpretar as escolhas estratégicas do movimento feminista na área da saúde. Identifica os limites das estratégias de prevenção e assistência adotadas pelo SUS para combater o HIV/Aids, frente a adoção do ideário de Estado mínimo. A análise aponta que o heterogêneo movimento feminista, inflexionou as diretrizes nacionais para o enfrentamento da Aids com o enfoque antissexista-racista-classista. Entretanto, encontra-se na encruzilhada entre as demandas dos movimentos por mais direitos e à agenda do governo que torna-se mais conservadora econômica e moralmente. A tese interpreta que o feminismo na saúde imprime uma trajetória contra-hegemônica que cede diante da hegemonia dominante neoliberal, ao cumprir a agenda governamental minimizou sua agenda na reprodução biológica e no monitoramento das políticas públicas. Razão pela qual as tendências que se avizinham às iniciativas de enfrentamento ao HIV/Aids, no âmbito das políticas de saúde da mulher, não contemplam os direitos reprodutivos, direitos sexuais e a concepção de integralidade nelas referida e, todavia, não concretizada na proposta do SUS. O movimento é refém de seu próprio caminho, enfraqueceu sua luta, silenciou frente a Aids e não reflete os avanços antipatriarcal-capitalista alcançado pela movimentação feminista no seu propósito para transformar as opressões e desigualdades vividas pelas mulheres.

**Palavras-chave:** 1. Aids. 2. Feminismo. 3. Políticas de Saúde. 4. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 5. Políticas Públicas. 7. Estado e Sociedade Civil. 8. Movimento Social.

## Resumen

En algunas regiones de Brasil, la epidemia del SIDA entre las mujeres crece significativamente, marcado por las desigualdades sociales y económicas, por el sexismo, el racismo, el clasismo y los silencios relacionados con la sexualidad. La investigación llevada a cabo en Brasil es un estudio documental con una perspectiva histórica y crítica que abarca el período 1992 a 2008. Trata de las iniciativas de las feministas, particularmente de la Red Feminista de Salud contra la epidemia del SIDA. El estudio lleva el principio de integralidad que figura en el Sistema Único de Salud (SUS), la política de salud de la mujer y la política de lucha contra el SIDA para interpretar las decisiones estratégicas del movimiento feminista en la salud. Identifica los límites de estrategias de prevención y de asistencia adoptadas por el SUS para combatir el VIH / SIDA, en lo contexto de adopción de los ideales de estado mínimo. El análisis encontró que lo heterogéneo movimiento feminista, inflexión las directrices nacionales contra el VIH/ SIDA con el focus anti sexista-racista-clasista. Sin embargo, se encuentra en el cruce entre las demandas de los movimientos sociales para obtener más derechos y la agenda del gobierno que se hace más conservadora económica y moralmente. La tesis interpreta que lo feminismo en la salud imprime una acción contra-hegemónica que cede frente la hegemonía neoliberal. Para cumplir con la agenda del gobierno, focaliza su agenda en la reproducción biológica y el monitoreo de las políticas públicas. Las tendencias que se avecinan en las iniciativas para enfrentar el VIH/ SIDA, en el contexto de la salud pública de la mujer, no incluyen los derechos reproductivos, derechos sexuales y la concepción de la integralidad, sin embargo, no se han materializado en el SUS. El movimiento es rehén de su propio camino, debilita su lucha, guarda silencios contra el SIDA y no refleja los avances logrados por el movimiento feminista anti-patriarcal-capitalista en su objetivo de transformar la opresión y las desigualdades que sufren las mujeres.

**Palabras claves:** 1. SIDA. 2. Feminismo. 3. Políticas de salud 4. Derechos Sexuales y Reproductivos. 5. La política pública. 7. Estado y Sociedad Civil. 8. Movimiento Social

## Summary

In some regions of Brazil, the AIDS epidemic among women is growing significantly, marked by social and economic inequalities; by sexism, racism, classism and silences related to sexuality. The research conducted in Brazil is a study of how the feminist movement, notably the Feminist Health Network, engaged with the AIDS epidemic through a revision and analysis of their position papers, minutes and other documents, including public policies. This was done from a historical and critical perspective, covering the period from 1992 to 2008. The study interprets the strategic choices of the feminist health movement from the perspective of the principle of integration contained within the Unified Health System (SUS), the women's health policy and the HIV/AIDS policy; Identifies the limits of the prevention and care strategies adopted by SUS to combat HIV / AIDS, all within the context of a minimalist state. The analysis found that the heterogeneous feminist movement influenced the antisexist-racist-classist focus within the national HIV/AIDS guidelines. However, this focus lies at the crossroads between the demands of the social movements and the pressure for more rights on the one hand, and the government's agenda that becomes more conservative economically and morally. The thesis argues that the history of the feminist health movement imprinted a counter - hegemony before ceding to the dominant neo-liberal hegemony. In order to comply with the government agenda, the feminist health movement narrowed its agenda to a focus on biological reproduction and the monitoring of public policies. The initiatives to confront HIV/AIDS, in the context of women's health public policies do not include reproductive rights, sexual rights and the principle of integration, which has also not been implemented in the SUS. The movement became a hostage to its own choices, weakening their struggles, becoming silent in terms of HIV/AIDS and in the end not reflecting the advances achieved by the anti-patriarchal, anti-capitalist feminist movement in its vision to transform the oppressions and inequalities experienced by women.

**Key Words:** 1. HIV/AIDS. 2. Feminism. 3. Health policies. 4. Sexual and reproductive rights. 5. Public policies. 6. State and civil society. 7. Social movements. .

## Lista de abreviaturas e siglas

ABIA	- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ABONG	- Associação Brasileira das Organizações Não Governamentais
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	- Acquired immune deficiency syndrome/ Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
AMB	- Articulação de Mulheres Brasileira
ARV	- Antirretrovirais
AZT	- Azidotimidina
BEMFAM	- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
BIRD	- Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAMS	- Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais
CEBRAP	- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEDAW	- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CDD	- Católicas pelo Direito de Decidir
CD4	- Grupamento de diferenciação 4
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CIPD	- Chartered Institute of Personnel and Development
CISMU	- Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher
CLADEM	- Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
CNAIDS	- Comissão Nacional de DST e Aids
CNBB	- Comissão Nacional dos Bispos do Brasil
CNDM	- Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CUT	- Central Única dos Trabalhadores
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSDR	- Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
ECO92	- Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (também conhecida como Cúpula da Terra ou, ainda, Rio 92) realizada no Rio de Janeiro, em 1992
EUA	- Estados Unidos da América
ERONG	- Encontro Regional de ONGs Aids
ENONG	- Encontro Nacional de ONGs Aids
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FNUAP	- Fundo de População das Nações Unidas
FNS	- Fundo Nacional para Saúde

FSM	- Fórum Social Mundial
GAPA	- Grupo de Apoio à Prevenção de Aids
GCTH	- Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina
GIV	- Grupo de Incentivo à Vida
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
HPV	- Papiloma Vírus Humano
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IFM	- Instituições Financeiras Multilaterais
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LGBT	- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MARE	- Ministério da Reforma do Estado
MS	- Ministério da Saúde
MSM	- Mulheres que fazem Sexo com Mulheres
NEPPS	- Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Sociais
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
NuSS	- Núcleo de Sexualidade e Saúde
OEA	- Organização dos Estados Americanos
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMC	- Organização Mundial do Comércio
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
OSC	- Organização da Sociedade Civil
PAC	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	- Plano de Ação e Metas
PAISM	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PN/DST Aids	- Programa Nacional DST/HVI/Aids
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PROSAD	- Programa de Saúde do Adolescente
PSDB	- Partido da Social Democracia Brasileiro
PSF	- Programa de Saúde da Família
PPA	- Plano Plurianual
PPI	- Programação Pactuada Integrada
PVHIV+	- Pessoa que Vive com HIV e Aids
PT	- Partido dos Trabalhadores
REBRIP	- Rede Brasileira Pela Integração dos Povos
RFC	- Reality Female Condon
RFS	- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
RSMLAC	- Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe

SISPRENATAL	- Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SPM	- Secretaria de Política para as Mulheres
SUS	- Sistema Único de Saúde
TLC	- Tratados de Livre Comércio
TRIPS	- Tratado Relativo ao Direito de Propriedade Intelectual
TV	- Transmissão Vertical
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UNAIDS/ ONUSIDA	- Programa das Nações Unidas para HIV/Aids
UNFPA/ FNUAP	- Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais
UNGASS	- Sessão Especial das Nações Unidas para Aids
UNIFEM	- Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UNITAID	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento das Metas do Milênio
USAID	- Agência Internacional de Desenvolvimento do Governo dos Estados Unidos
USP	- Universidade de São Paulo
VIDDA	- Valorização Integração e Dignidade dos Doentes de Aids
RGMDR	- Rede Global de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos

## **Anexos**

ANEXO I - Carta de Itapecerica

ANEXO II - Quadro síntese das propostas relativas à Aids e à saúde da mulher nas Conferências do Cairo, Beijing, Durban, Ungass e Plataforma Feminista.

ANEXO III - Quadro síntese das propostas relativas à Aids – documento da RFS

ANEXO IV - Linha do tempo 1960 - 2010

ANEXO V – Caracterização dos documentos pesquisados

ANEXO VI - Quadro de presidentes, ministros e coordenadores/as de políticas para a saúde da mulher e da coordenação do programa de DST/ Aids

ANEXO VII - Cartas de anuência RFS Nacional/ Regional Pernambuco

*A coisa de classe era difícil. Eu fui vista como vítima por eles (ativistas do movimento contra Aids), eu era mulher e pobre. Era muito desafio: ora eu estava em desvantagem, ora eu era privilegiada por ser diferente. Persisti não porque era militante, mas porque queria saber mais sobre Aids. [...] Como é que consegui vencer o meu diagnóstico e ter uma vida? Iria dizer que havia três coisas fundamentais para que eu continuasse. O primeiro foi o sofrimento da minha mãe. A minha mãe, apesar da ignorância e analfabetismo, foi forte. Tinha muito coragem e enfrentava os desafios difíceis que a vida lançou a ela. A segunda coisa foi o apoio que recebi. O apoio da família com quem trabalhava era fundamental. Ensinou-me que ainda sou pessoa. A terceira coisa é que as minhas crianças não nasceram positivas. Imagine a culpa que ia sentir, culpa que os trabalhadores de saúde puseram em cima de mim. Este ponto é fundamental. Cada um tem que acreditar em si mesmo. Ninguém vai acreditar, se você não acreditar em você própria. A confiança é fundamental para estimular as outras a sair do lugar de vítima. Eu sempre pensava nas outras pessoas. Quando olho para trás, vi que entrei no movimento para sobreviver e entender a tempestade de coisas supostamente ruins que invadiram a minha vida. Ao longo do tempo, percebia que outras pessoas sentiam as mesmas coisas que eu, o mesmo receio, e assim fomos nos fortalecendo. Mas era um desafio continuar com os homossexuais e os homens da classe média; eram muito diferentes de minha realidade - **História de uma ativista vivendo com HIV/Aids** (HEAD & ROCHA, 2011:12).*

## Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>21</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>25</b>
 <b>Capítulo 1</b>	
<b>1. O Brasil na luta contra Aids – Assim se passaram 30 anos .....</b>	<b>35</b>
1.1. Aids – determinações sociais .....	36
1.1.1. Dados de uma epidemia brasileira .....	41
1.1.2. Aids: marcas de sexismo e racismo .....	45
1.1.2.1. O nó: classismo, racismo e sexismo.....	50
1.1.3. Vulnerabilidade das mulheres para a infecção do HIV/Aids .....	56
1.2. Mobilização social e Aids .....	63
 <b>Capítulo 2</b>	
<b>2. Saúde no campo de lutas democráticas.....</b>	<b>78</b>
2.1. Respostas governamentais para enfrentar a epidemia da Aids .....	80
2.1.1. Viver com Aids: direito ao tratamento.....	85
2.1.2. Políticas públicas: mulheres & Aids .....	88
2.2. Políticas sociais e o atual estágio do capitalismo .....	99
2.2.1. SUS: disputa por hegemonia.....	101
2.2.1.1. Legislação do SUS.....	105
2.2.2. Os limites da integralidade.....	110
2.2.3. Saúde Integral das Mulheres .....	115
 <b>Capítulo 3</b>	
<b>3. Formulação de um campo de mobilização social em defesa da saúde .....</b>	<b>127</b>
3.1. Trajetória histórica e política na defesa dos direitos das mulheres .....	136

3.1.1. Feminismos no campo da saúde .....	145
3.2. Rede Feminista de Saúde - projeto político em defesa das mulheres .....	155

## Capítulo 4

<b>4. Movimento feminista na área da saúde em tempos de Aids.....</b>	<b>163</b>
4.1. Aids: entre a liberdade sexual e a ordem familiar .....	167
4.2. Saúde integral das mulheres e integralidade no SUS .....	183
4.3. Estratégias de participação e mobilização.....	193
4.3.1. Atuação da Rede Feminista de Saúde .....	198
4.3.2. Agendas estratégicas.....	201
<b>Cosiderações finais .....</b>	<b>221</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>229</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>237</b>

## **Apresentação**

## Apresentação

A tese de doutoramento ***Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil***, está sendo apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação da Profa. Dra. Ana Vieira e coorientação do Dr. Jorge Lyra-da-Fonseca, para o processo de avaliação prévia para a titulação de doutorado.

A tese tem como objetivo analisar as concepções, caminhos e inflexões teórico-políticas do movimento feminista na proposição de políticas para saúde das mulheres no Brasil, que interferiram na direção política e nas estratégias adotadas para o enfrentamento da epidemia da Aids.

A análise da pesquisa faz interface com o Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto de políticas neoliberais e de adoção do ideário de Estado mínimo. Nesse sentido, tomamos o princípio de integralidade contido no âmbito do SUS; nas políticas de saúde das mulheres e na política de controle da Aids para interpretar as escolhas estratégicas do movimento feminista na área da saúde.

O interesse pelo tema é resultado da minha experiência no movimento feminista e no movimento de luta contra a Aids. Participei como ativista e profissional de organização não governamental em vários processos nacionais e internacionais por um período de quinze anos. Ao longo dessa experiência participei da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde - RFS), fundada em 1991. A Rede define-se como movimento nacional articulado a redes internacionais. Historicamente, é reconhecida como uma referência na luta contra as estruturas patriarcais da sociedade, na defesa das liberdades sexuais e da saúde das mulheres. Dentre os vários temas da agenda, a RFS desenvolveu ações no enfrentamento da epidemia da Aids.

Ao longo da minha trajetória profissional e por conta da inserção no movimento feminista integrei institucionalmente a Rede Brasileira de Integração dos Povos (REBRIP). No campo das lutas pelo enfrentamento da Aids, esta Rede travou embates em defesa do acesso a serviços sociais e a medicamentos destinados ao

combate e tratamento da Aids, confrontando-se com as medidas de liberalização comercial no bojo das propostas de Estado mínimo que, a partir dos anos 1990, inflexionaram as políticas públicas brasileiras.

Em face dessa inserção profissional e política, empreendi algumas observações e reflexões que culminaram com a decisão de aprofundá-las por meio de estudos e pesquisas no campo da relação entre Estado e Sociedade Civil. Razão do meu ingresso no Programa de Pós-graduação em Serviço Social, inicialmente em nível de mestrado em 2006 e, por passagem direta, em 2007, no Doutorado.

A partir de um posicionamento feminista no campo da saúde no Brasil é que interpreto a tese apresentada, realizada com o apoio dos estudos no Programa de Doutorado do Serviço Social da UFPE. Durante esse período realizamos no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Sociais (NEPPS), entre 2008 e 2010, projetos de intercâmbio e pesquisa, com o suporte do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), realizados com o Departamento de Sociologia da University of Cape Town, África do Sul. Os estudos enfocaram a epidemia da Aids e as determinações sociais nos dois países e abriram a possibilidade de realização de minha bolsa, do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE – CNPq), na University of Cape Town, sob supervisão da Profa. Dra. Judith Head.

A tese apresentada trata das iniciativas dos movimentos feministas no Brasil em relação à epidemia da Aids que integram o campo das lutas sociais por políticas públicas de saúde. As análises aqui apresentadas pretendem contribuir no âmbito do movimento feminista e dos movimentos de luta contra a Aids com novos olhares sobre a complexidade desta epidemia, nos marcos do atual contexto da sociedade brasileira. Pretendemos que a tese possa colaborar com outras pesquisas e contribuir para o acúmulo de conhecimentos no Serviço Social.

A contribuição dessa tese é problematizar a partir dos discursos e narrativas da RFS, o caleidoscópio que é a Aids. No transcorrer do primeiro capítulo será analisada criticamente a emergência do HIV/Aids e suas determinações sociais. Traçamos um perfil político, histórico e social com particular enfoque no crescimento da Aids entre as mulheres. Especificamente, abordaremos a vulnerabilidade das

mulheres em relação à epidemia da Aids com enfoque nas abordagens de gênero-classe-raça-sexualidade.

O segundo capítulo traça um panorama crítico sobre o campo de lutas democráticas pela saúde no Brasil e as respostas governamentais para enfrentar a epidemia da Aids. O propósito desse capítulo é articular os enfoques sobre as desigualdades e opressões que vivem as mulheres, a partir da crítica ao sistema capitalista e ao sistema patriarcal. Trata da relação entre Estado e Sociedade Civil, apoiada em Gramsci, para apreender as disputas políticas do feminismo no campo das políticas de saúde no Brasil.

O terceiro capítulo traz os aportes teóricos que qualificam a ação do feminismo no campo da saúde e analisa as respostas da Rede Feminista de Saúde (RFS) à epidemia da Aids à luz da trajetória teórico-metodológica do feminismo brasileiro no âmbito da saúde, dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

O quarto capítulo enfoca as estratégias político-filosóficas do feminismo no campo da saúde ao desenvolver lutas por direitos, justiça social e de gênero, contra o racismo, sexismo e quaisquer formas de discriminação. O capítulo aponta as contradições, avanços e limites para enfrentar a epidemia da Aids no contexto de implantação do preceito de integralidade do SUS e das políticas integrais de saúde para as mulheres .

Para finalizar, o capítulo de considerações finais sintetiza as trilhas percorridas pelo feminismo na saúde para enfrentar a Aids. A análise traça os caminhos permeados de transgressões e rupturas, mas quase sempre limitadas pela ordem vigente do capitalismo e do conservadorismo patriarcal.

## **Introdução**

## Introdução

Os dados mundiais da UNAIDS (2010) sobre a epidemia da Aids, indicam que aproximadamente 33,3 milhões de pessoas vivem com HIV, em comparação aos 26,2 milhões em 1999. Apesar desse crescimento, se observa nos dados gerais uma desaceleração da epidemia: houve 2,6 milhões de novas infecções pelo HIV, representando uma redução em comparação com as 3,1 milhões novas infecções ocorridas em 1999. Em 2009, houve cerca de 1,8 milhões de óbitos relacionados à Aids, sendo inferior aos 2,1 milhões de óbitos em 2004. O relatório da UNAIDS em 2010 aponta que em 2009, 700 mil pessoas receberam tratamento antirretroviral em países de renda alta. Ainda há mais de 10 milhões de pessoas que precisam de tratamento e não têm acesso principalmente em países mais afetados na África, leste europeu, Ásia e Caribe.

Em cada contexto surgem respostas diferenciadas, governamentais e da sociedade civil organizada, que estruturam políticas públicas para enfrentar a epidemia do HIV/Aids. O último relatório da UNAIDS (2010) informa que mais de 90% dos governos incluem em seus programas de HIV ações relacionadas a gênero e direitos humanos, contra o estigma e a discriminação. Contudo, menos da metade disponibilizam recursos ou orçamento para tais programas e não apresentaram em seus relatórios orçamentos para programas de HIV voltados para mulheres. Também é importante considerar que as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo ainda são criminalizadas em 79 países e seis aplicam a pena de morte. O relatório ainda informa que em 2009, estimou-se uma disponibilidade de US\$ 15,9 bilhões de todas as fontes para a resposta ao HIV, sendo US\$ 10 bilhões abaixo dos US\$ 26,8 bilhões necessários para os serviços de HIV em 2010 (UNAIDS, 2010).

Nesse contexto, ao analisar a morbimortalidade por HIV/Aids no Brasil, observa-se que a epidemia avança entre as mulheres e, particularmente, mulheres no Nordeste brasileiro, região marcada por determinações impostas pelas desigualdades sociais e econômicas, definidas pelo sexismo, racismo, classismo e

conservadorismos. No tocante à vivência da sexualidade, tais determinações apontam limites para o enfrentamento da epidemia da Aids circunscrevendo os limites das estratégias de prevenção e de promoção de vida saudável para as pessoas vivendo com HIV e Aids adotadas pelas políticas públicas.

Nas idas e vindas para definição do problema de tese permaneciam perguntas: por que as necessidades das mulheres são tão invisíveis no âmbito do combate ao HIV/Aids? O que significam os silêncios que permeiam a vida das mulheres? Existem questões particulares relacionadas às mulheres no contexto da epidemia da Aids? Como o movimento feminista, tomando como referência a Rede Feminista de Saúde, articulou internamente suas agendas de lutas e formulações político-teóricas especificamente relacionadas à epidemia da Aids? Como esse movimento enfrentou os limites da implementação da política integral de saúde da mulher? Como a ação do movimento enfrentou o contexto de fragmentação das políticas de Estado mínimo, decorrentes da contrarreforma neoliberal na implementação do SUS? A preocupação consistia em entender o avanço da epidemia do HIV/ Aids na vida das mulheres.

Refletir sobre a movimentação feminista frente à magnitude do problema passou a ser meu objeto de pesquisa. Nessa trilha, os estudos enfocaram as respostas feministas para o enfrentamento da epidemia da Aids no âmbito da luta por saúde das mulheres no Brasil.

A pesquisa é realizada no Brasil, abrangendo o período de 1992 a 2008. O recorte de tempo está relacionado a marcos históricos das fontes de informação. A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos<sup>1</sup> é fonte privilegiada da pesquisa e a sua criação, em 1991, é um marco que recorta o período estudado na tese.

A Rede Feminista de Saúde é uma articulação nacional do movimento de mulheres e feministas, criada para atuar em defesa da garantia e ampliação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Possui abrangência nacional e é composta

---

<sup>1</sup>Fundada com o nome Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos em 1991 e ficou conhecida como RedeSaúde. Em 2002, com o novo estatuto, passa a ser chamada de Rede Feminista de Saúde de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, mas sendo conhecida como Rede Feminista de Saúde.

por 12 Regionais organizadas no Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Goiás, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal. Um Conselho Diretor, formado por representantes de Regionais e uma Secretaria Executiva, é responsável pela coordenação política nacional e orientação a esses Regionais. A Assembléia Geral é a instância maior de decisão. O trabalho é realizado por meio de Grupos de Trabalho temáticos, seminários e encontros, mobilizações, participação em inúmeros espaços de controle social da saúde, ações de monitoramento, projetos de capacitação e desenvolvimento de pesquisas - produção de conhecimento, difusão e comunicação. A cada quatro anos ocorre mudança da Secretaria Executiva. O quadro de filiadas da Rede situa-se em 270 filiadas – sendo a metade entidades e grupos de mulheres. A outra parte é formada por núcleos universitários e ativistas autônomas.

No âmbito internacional, a RFS é filiada à Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe (RSMLAC) e à Rede Global de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos (RMMDR).

São princípios da Rede Feminista de Saúde: fortalecimento do movimento de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos; reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos; defesa da implantação e implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde; legalização do aborto, cuja realização constitui decisão que deve competir à mulher como direito. A Rede Feminista de Saúde, neste período analisado, incorpora o tema do HIV/Aids em sua agenda política e se articula com outras organizações e redes, atuando também no espaço político do movimento de luta contra a Aids (RFS, 2010).

A escolha de analisar as respostas dos movimentos sociais na área da saúde, em particular sobre a saúde das mulheres e a epidemia da Aids, tendo como fonte e referência a trajetória da Rede Feminista de Saúde, se deu por ser esse sujeito o mais representativo do feminismo e da organização das mulheres no âmbito da saúde. Reconhecemos a importância do ativismo dos movimentos de luta contra a

Aids e as estratégias para coibir o avanço do HIV/ Aids em mulheres. Entretanto, é o sujeito do feminismo, estratégico nos movimentos sociais, que terá enfoque prioritário nesta tese, analisado através do histórico processo de reivindicações e avanços dos direitos das mulheres no Brasil.

O período estudado é de intensa mobilização para a implementação do Sistema Único de Saúde; sendo considerado por ativistas feministas e gestoras de políticas nacionais o momento em que o Brasil avança nas políticas para a promoção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais. Em particular, os anos de 1990 e de 2000 são importantes para consolidar a política nacional de controle para epidemia da Aids. É nessas duas décadas que avança a infecção do HIV entre as mulheres.

Esse período também está relacionado ao contexto político-econômico-social de ajuste estrutural e de globalização econômica. Considera-se que essa conjuntura propiciou processos que marcaram a formulação e implementação das políticas de saúde no Brasil. Assim como delineou a trajetória da luta contra a epidemia da Aids no Brasil.

Escrever essa tese foi, durante todo o tempo, um exercício de aproximação e afastamento com a interlocução privilegiada e principal fonte da pesquisa – a Rede Feminista de Saúde. Faço parte como ativista desse espaço político, participei de muitos processos educativos e da incidência política para o enfrentamento da epidemia da Aids, tanto na elaboração de vários documentos pesquisados, como na participação no controle social.

Os ensinamentos da dialética gramsciana ajudaram-me a analisar o problema da tese a partir dessa condição, ser parte do objeto de estudo, ao mesmo tempo em que o analiso em meio às contradições que o cercam. Tomando Galeano (2008:30) como inspiração, escrever essa tese foi “olhar o universo pelo olho da fechadura, ou seja, redescobrir as grandezas desde o menor”.

Na fase final de escrita da tese conheci a história de vida de uma mulher vivendo com HIV/Aids publicada no livro *Desafios à Vida, desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul* (ROCHA *et al*, 2011). Josefa é o nome da ativista que,

generosamente, nos conta sua história. Talvez não seja uma história diferente de tantas outras Josefás. Mas essa história me ajudou a fazer conexões entre as análises dos documentos e `as práticas da vida`. Dessa forma, tomo como referência a história de Josefa publicada no livro citado para ilustrar os argumentos da tese.

[...] Eu não sabia o que significa aquilo, já tinha ouvido falar de Cazusa, que era doença de grupo de risco, mas aquilo não dizia respeito a mim. Não entrava na cabeça que eu podia ter Aids. Fiz o teste. Cheguei até a pensar em processar o hospital por aquela suspeita. Quando trocou o plantão a enfermeira aproximou-se da minha filha e logo foi colocando luvas. Não usou luvas com os outros bebês. Eu era uma mãe muito cuidadosa. Foi um impacto enorme. Eu estava sofrendo o primeiro preconceito em relação a uma doença que eu nem mesmo sabia se tinha. Eu estava num estado horrível e perguntava: “por favor, digam-me o que está acontecendo”. A minha filha chegou a ter alta, mas dois dias depois voltou para o hospital e morreu. Só nesse momento é que me lembrei de pedir à enfermeira se tinham o resultado do meu teste. Ela disse que sim. Era positivo. Pensei que isso era fantástico era “positivo”, mas o que ela queria dizer era que eu tinha Aids. Estas eram as suas palavras: “Você tem Aids.” Naquele momento perdi tudo e perdi também o meu sonho. O meu bebê tinha morrido. Eu tinha Aids e pensei que nunca mais poderia ter filhos (HEAD & ROCHA, 2011:20).

A história de vida dessa ativista, apesar de estar situada historicamente nos anos 1990, início das respostas para o enfrentamento da Aids, visibiliza contradições cotidianas percebidas até hoje como limites à implantação de políticas de saúde que correspondam ao avanço de direitos sociais preconizados na Constituição brasileira.

Ao se infectar com HIV, o sofrimento de Josefa não era devido à Aids em si; até porque, ela não tinha noção do significado da doença. Seu sofrimento estava relacionado à falta de informação, ao preconceito que tirava o seu direito de ser mãe. O desconhecimento dela e dos profissionais de saúde que trabalhavam nos serviços de referência para HIV/Aids em Pernambuco, naquele momento, impactou sua vida.

O diálogo entre essa história e os documentos analisados está presente em toda a tese escrita no momento de 30 anos da epidemia. Ressalto que a pesquisa não aborda particularmente a perspectiva das mulheres frente à epidemia de Aids, mas procura apreender, junto à Rede Feminista de Saúde, o significado da trajetória do feminismo na ação política para enfrentar as vulnerabilidades das mulheres à

Aids. A experiência das mulheres é aqui tomada como espaço de autonomia que expressa uma realidade vivida.

A análise enfoca na perspectiva crítica e histórica, a movimentação feminista frente a epidemia da Aids, na qual a Rede Feminista de Saúde é a fonte principal da pesquisa, tratada como intelectual orgânica, tomando a conceituação de Gramsci, com uma ação no âmbito da saúde. Abordaremos a Rede na sua capacidade de fazer escolhas políticas diante de um problema que atinge a saúde das mulheres, que é a epidemia da Aids. Analisaremos como a RFS articulou suas estratégias teórico-políticas na dimensão da integralidade que incide nas políticas de saúde no contexto da hegemonia do Estado mínimo no Brasil, ao mesmo tempo em que organizava o movimento e imprimia sua direção política.

A reflexão histórica deixa de ser atividade meramente especulativa para tornar-se uma atividade essencialmente política, já que o presente é expressão das contradições colocadas, vividas e superadas no processo histórico e a necessidade de compreendê-lo e realizar a crítica da realidade social é que motiva e justifica esta atividade (SCHLESENER, 2007:42).

Tomaremos como referência teórica a relação entre Estado e Sociedade Civil, apoiadas na referência da teoria marxista, em particular a teoria materialista histórica gramsciana, cuja razão está na realidade concreta, com o propósito de relacionar dialeticamente estrutura e superestrutura. Compreendendo que a sociedade civil não consiste em um sistema das necessidades, ou seja, as contradições sociais não se relacionam unicamente às relações econômicas, e sim ao conjunto de instituições que regulam este sistema de relações e contradições econômicas, sociais, políticas e culturais.

Buscar-se-á articular as teorias que demarcaram um posicionamento do feminismo brasileiro no âmbito das políticas de saúde e, desta forma, o que se almeja é entender o campo de disputa da atuação feminista na esfera das lutas sociais, que eleger a saúde integral como campo de luta democrática.

A teoria apoia a interpretação da pesquisa analisando as contradições que permeiam a trajetória feminista no campo da saúde. As concepções teóricas liberais e as abordagens contemporâneas serão analisadas em relação ao campo de

disputa com a perspectiva de hegemonia de Gramsci, com ênfase na experiência brasileira de lutas dos movimentos sociais para a formulação e implementação de políticas públicas no campo da saúde.

A perspectiva marxista orienta parte do feminismo brasileiro nas últimas três décadas no âmbito das lutas pela saúde no Brasil. Analisaremos os limites, resistências e alternativas criadas para enfrentar o Estado conservador e que ao longo dos séculos perpetuou desigualdades e opressões sobre as mulheres.

De acordo com Gramsci (2004), o Estado não pode ser compreendido como um fim em si mesmo – pois sua origem está localizada nas relações sociais concretas e o Estado corresponde à síntese das múltiplas mediações. Gramsci vê o Estado no seu papel ampliado, além do aparelho repressivo da burguesia, incluindo as atividades práticas e teóricas com as quais a classe dominante mantém seu domínio. As condições materiais de uma sociedade formam a base de sua estrutura social e da consciência humana. A estrutura determina a superestrutura, ou seja, a sociedade civil domina o Estado.

Gramsci articula Estado e sociedade civil numa unidade maior, vendo-os como a própria formação social, o que inclui os aparelhos governamentais e privados, que se realizam num aparato hegemônico, de direção, de conquistas de alianças, ou seja, o aparato do Estado, que determina uma reforma de consciência e de novos métodos de conhecimento. Assim, considera que a sociedade civil compreende o complexo das relações ideológicas e culturais, o complexo da vida espiritual e intelectual (GRAMSCI, 2002:26).

Desta forma, a hegemonia opera “não apenas sobre a estrutura econômica e sobre a organização política da sociedade, mas também sobre o modo de pensar, sobre as orientações ideológicas e inclusive sobre o modo de conhecer” (GRUPPI, 1980:46). Como afirma Gramsci (2004), é preciso transformar a relação de forças econômicas e políticas, por meio de intelectuais com a tarefa educativa e formativa de criar novos e elevados tipos de civilização.

Para a análise da tese, o princípio de integralidade tem centralidade expondo os seus limites no modo de produção capitalista. Nesse contexto, as estratégias

frente à epidemia da Aids articulam-se no espaço da 'grande política' e da 'pequena política' no sentido gramsciano, cuja hegemonia na relação Estado - sociedade civil é disputada para avançar na teoria e na prática cotidiana para construir as transformações do lugar de subordinação vivido pelas mulheres.

A tese é baseada em pesquisa qualitativa documental. A perspectiva é que a análise documental seja um trabalho de reconstituição da história e da memória. Desta forma, a produção de idéias e de saberes científicos tem um caráter eminentemente social, pois tem um caráter coletivo, mesmo quando formulado ou difundido por uma única pessoa. A transmissão destas ideias, oralmente ou por escrito, permite acumular conhecimentos. É um processo de articulação do presente com o passado, onde ativa e reativa a memória, evitando assim a fragmentação, quando busca elos em dois tempos históricos (PIMENTEL, 2001; MINAYO, 1996).

Na pesquisa documental primária analisamos desde o primeiro documento do I Encontro Nacional da RFS, publicado em 1992, até o relatório do X Encontro Nacional da RFS, último encontro cuja realização se deu no início da escrita desta tese, em 2008. Especificamente sobre o tema da Aids foram analisados jornais, revistas, dossiês, brochuras que abordaram a problemática no período estudado.

Também constaram na pesquisa documentos secundários, a exemplo do chamado Ciclo de Conferências Sociais da ONU para o Desenvolvimento, que conferiu legitimidade às proposições mundiais de alargamento de direitos das mulheres, destacando a Conferência sobre Desenvolvimento e População (Cairo, 1994); a Conferência Mundial das Mulheres (Pequim, 1995); a Sessão Especial da Assembléia da ONU para Aids (UNGASS 2001); a Conferência sobre Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas (Durban, 2001).

No que se refere à política de saúde, foram analisados documentos secundários que estão relacionados à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacam-se as Normas Operacionais Básicas (NOB 91/93/96, NOAS 2001) que foram elaboradas respondendo as necessidades do Estado mínimo e as estratégias de globalização econômica.

Particularmente, foram analisados o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM 1984-2002) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM 2003-2006). No âmbito das políticas nacionais contra a Aids constaram da pesquisa os projetos Aids I (1999), Aids II (2003), Aids III (2007), financiados pelo SUS, coveniados com projetos do Banco Mundial. Os documentos voltados para mulheres: Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST e HIV/Aids entre Mulheres (2003) e o Plano Nacional contra a Feminização da Epidemia (2007).

A realização da pesquisa em que se baseia a tese é justificada pela importância de conhecer e desvelar a influência do sujeito feminista no âmbito da saúde das mulheres no Brasil frente à epidemia do HIV/ Aids. Analisamos os percursos e respostas da ação feminista nesse campo, em particular, a estratégia adotada para coibir a epidemia, já que estava inserida na agenda maior da saúde integral das mulheres. A perspectiva que orienta a tese é que os significados da ação feminista frente à epidemia da Aids estão para além do campo da saúde. O caminho percorrido pela análise reflete avanços e limites dos feminismos para coibir o avanço da epidemia da Aids plasmado por dentro de uma lógica de Estado capitalista, de cunho neoliberal, com normas patriarcais.

# **Capítulo 1**

## **1. O Brasil na luta contra Aids – Assim se passaram 30 anos**

Este capítulo aborda, inicialmente, o avanço da epidemia da Aids e os significados da infecção pelo HIV/Aids e adoecimento das mulheres no Brasil. Analisa os percursos teórico-políticos do movimento feminista no âmbito da saúde que interferiram na direção política e nas estratégias adotadas para o enfrentamento da epidemia da Aids, direcionando o olhar sobre as determinações sociais.

O capítulo sistematiza a revisão bibliográfica, assumindo como principais referências os/as autores/as Richard Parker, Jane Galvão, Francisco Bastos, Wilza Villela, Regina Barbosa, Jurema Werneck e Ida Susser - pesquisadores/as que formulam uma abordagem na qual a Aids é uma epidemia de múltiplos significados, capaz de desvelar medos, estigmas e preconceitos.

Nessa direção será desenhado, em uma perspectiva histórica e social, o problema abordado na pesquisa. O texto está subdividido em itens que relacionam a epidemia às múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas e culturais. Traz dados epidemiológicos, e conduz aos capítulos seguintes que tratam das principais respostas governamentais para a Aids, no contexto de implementação do SUS e das políticas de saúde das mulheres. Em seguida, serão analisadas as respostas dos movimentos sociais frente à Aids, com ênfase na trajetória e nas inflexões do movimento feminista no campo da saúde no Brasil.

## **1.1. Aids – determinações sociais**

A ideia condutora é que a epidemia da Aids expõe a exploração e a opressão, decorrentes das relações capitalistas e patriarcais, que incidem sobre as estratégias de prevenção, e limitam respostas no que se refere à assistência, à busca da cura ou à vivência com HIV.

Nessa perspectiva, a prevenção é associada à normatização e ao controle da sexualidade, pela igreja católica, majoritária no Brasil, pelo Estado e/ou pelas famílias. Um importante exemplo é a centralidade das políticas públicas no uso do preservativo e na estratégia de negociação de práticas sexuais seguras que encontram resistência, ainda hoje, 30 anos depois do início da epidemia, em parte pela igreja católica que segue com o discurso de negação do condon. As escolas e as famílias, exceto experiências minoritárias, também resistem em falar abertamente sobre sexo, sexualidade e prevenção de DST/HIV e Aids.

Por um lado observa-se a centralidade das políticas públicas no imperativo uso do preservativo, por outro, as instituições resistem de forma conservadora a tratar abertamente das práticas sexuais mais seguras no contexto das sexualidades. Tais resistências encontram raízes na história brasileira no âmbito da saúde pública. De acordo com Parker (2002), apesar do tempo que separa a epidemia do HIV/Aids e a antiga epidemia da sífilis, em ambas as situações a ação de ativistas para formular a política pública adotaram estratégias de combate ao conservadorismo das políticas higienistas, que resultaram em décadas de controle da sexualidade e encontraram resistências e limites para a sua implementação. São exemplos as políticas controlistas sobre os corpos femininos, que resultaram em marcas de esterilização, de desinformação e de associação do prazer com a reprodução biológica o que traz repercussões para prevenção da epidemia da Aids.

Outro exemplo são as campanhas nacionais e estaduais veiculadas na mídia, que sofrem críticas e motivam pressão de setores conservadores da igreja católica desde o início da epidemia da Aids. Estudos de Maria Cristina da Costa Marques

(2003) informam que a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) publicou, em 1987, por ocasião das primeiras campanhas nacionais, comunicado para mostrar desaprovação pelo modo como a campanha estava sendo veiculada no Rio de Janeiro.

Na maioria das famílias, comunidades e escolas, sexo e sexualidade ainda são temas tabus. Falar sobre esses assuntos e exercitar a vivência plena dos direitos reprodutivos e direitos sexuais não se tornaram realidade para todas as pessoas. Pesquisas com mulheres soropositivas, realizadas pelo Grupo de Incentivo à Vida (GIV), de São Paulo, e Ministério da Saúde, revelam que nos grupos investigados a abordagem do tema da sexualidade foi permeada de risos, silêncios e de um “tom mais baixo de voz”. As respostas eram evasivas, “sexo?... sexo é um... (risos) nossa que vergonha! [...] ah! Sexo é uma coisa normal” (CRUZ & BRITO, 2000:46).

O prazer e o afeto apareceram como extensões do aspecto biológico e não como processo subjetivo que possa interferir no exercício da sexualidade. Nesse sentido, algumas mulheres se *abstêm* de sentir culpa, ou justificam seus prazeres a partir de sua *natureza humana*, biológica. [...] pouquíssimas mulheres associaram, explícita ou implicitamente, sexo ao prazer (CRUZ & BRITO, 2000:46).

Nessa mesma direção, o Instituto Patrícia Galvão divulgou, em 2003, pesquisa realizada pelo Projeto Cidadãs PositHIVas<sup>2</sup>, com mulheres vivendo com HIV/Aids que eram usuárias dos serviços públicos de saúde em diversas cidades do Brasil. Foram entrevistadas 354 mulheres entre 20 a 40 anos. Sobre o uso do preservativo masculino 70% das entrevistadas declararam ter usado na última relação sexual. Para 55% delas a vida sexual terminou ou piorou após o diagnóstico.

---

<sup>2</sup> O projeto Cidadãs PositHIVas, criado no início dos anos 2000, foi uma ação que trouxe a reflexão e a prática sobre a cidadania para as mulheres com HIV/Aids, com o objetivo de fortalecimento individual e coletivo, visando a melhoria da qualidade de vida e à prevenção da infecção pelo HIV na população feminina. Apesar de haver mulheres identificadas com o feminismo compondo o projeto, a organização do grupo era dada pela condição sorológica de suas componentes, o que propiciava maior identificação do coletivo com o Movimento Aids. A aproximação das Cidadãs com a RFS se dava nas relações individuais, nas parcerias de estudos e debates e não por meio de vínculos ou parcerias político-metodológicas institucionais.

As mulheres têm dificuldades de acesso a medidas de proteção controláveis por elas mesmas. Ainda não se tornou realidade o microbicida<sup>3</sup> anti-HIV. O preservativo feminino é caro, tornando-se de baixo acesso para a população e a distribuição pública não é disponibilizada para todas as mulheres, apenas para aquelas consideradas mais vulneráveis como, por exemplo, profissionais do sexo, usuárias de drogas ou parceiras de usuários, mulheres com HIV ou DSTs ou parceiras de homens com HIV.

A prevenção ainda está centrada no corpo dos homens, o que deixa as mulheres em desvantagem para realizar o uso do condom. Salientando que é difícil a negociação da prevenção em situações de desigualdades, expressas por meio de sexismo, racismo, diferenças geracionais e diferenças de classes sociais. Essas situações combinadas podem gerar violência e impossibilitar a negociação.

Para Rosalind Petchesky (2008), a sexualidade cruza de maneira crítica com gênero, racismo, etnicidade, classe e relações coloniais de poder. Outra perspectiva é de independência e interdependência entre sexualidade, sexo e gênero, como algo complexo e estratificado. Além do que, concordando com Bastos (2006:49) o suposto sexo 'seguro' é uma proposta absolutizante que não encontra correspondência na vida real. Para o autor,

Não se trata de modo algum de uma questão restrita ao sexo ou à sexualidade, muito pelo contrário; na verdade, nada, na esfera da vida, é absolutamente seguro, portanto, não haveria porque sê-lo em se tratando de sexo ou qualquer outra atividade humana (BASTOS, 2006:49).

No Brasil, as políticas de saúde seguem a priorização do binômio materno-infantil, apesar do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que está prestes a completar três décadas, ter avançado em respostas a muitas demandas das mulheres no âmbito da saúde reprodutiva e saúde sexual. O PAISM inaugurou, em 1984, um novo paradigma com o princípio de integralidade de saúde para as mulheres para além da reprodução biológica. Todavia, a institucionalização

---

<sup>3</sup> Microbicida é qualquer substância que pode reduzir consideravelmente a transmissão por infecções sexualmente transmissíveis (DST) quando aplicada na vagina ou no reto. Como os espermicidas de hoje, um microbicida pode ser produzido de várias formas incluindo gel, creme, supositório, filme -, ou na forma de esponja e de anel vaginal que liberam lentamente e a todo o momento os ingredientes ativos. ([www.uff.br/dst](http://www.uff.br/dst) acesso dia 12/01/2011, 11:20)

do enfoque de gênero, desde a década de 1990, não rompeu com a ideia da “natureza humana” do ser mulher vinculada ao papel biológico de reproduzir.

No campo da reprodução, as mulheres que vivem com HIV/Aids também têm seus corpos regulados e seu desejo de maternidade criticado, apesar de existirem no Brasil, técnicas para que a gravidez de mulher com HIV/Aids aconteça com baixo risco de infecção para o filho, tais como o manejo de lavagem de sêmen e o monitoramento e uso de antirretrovirais (ARVs).

[...] fui ao Hospital das Clínicas, que era de referência para Aids e, de fato, eu estava grávida. Fiz o pré-natal todos os meses. Sempre que eu ia ao hospital era outro médico ou enfermeira. Todos eles eram muito preconceituosos. O médico chefe levou-me um dia a uma sala cheia de estudantes. Eles fizeram perguntas: “O seu marido tem muitas parceiras?” “Será que ele é gay?”. Eu ficava cada vez mais sofrida, sentia muita culpa, eles não me orientavam. Na verdade, me amedrontavam (HEAD & ROCHA, 2011:23).

Olhando por outro ângulo do problema, as pessoas que vivem com Aids dependem de um atendimento de complexidade, centrado em procedimentos de alta tecnologia para diagnósticos e tratamentos. Esse setor, quase sempre, é controlado por grupos econômicos que detêm equipamentos e patentes de medicamentos. Como afirma Bastos (2006:83), “a Aids segue em expansão, com marcadas assimetrias regionais e populacionais. Os padrões de disseminação da epidemia conformariam hoje uma espécie de espelho invertido das riquezas do mundo”.

Nesse sentido, as respostas para a Aids também encontram obstáculos na globalização econômica e tecnológica, já que viver com Aids depende de descobertas científicas de drogas. Contudo, ativistas utilizam-se da internacionalização da mobilização social, aportando uma agenda cidadã pelos direitos humanos contra a mercantilização e interesses econômicos que permeiam a epidemia. Como exemplo, a indústria farmacêutica, na produção de antirretrovirais, segue acordos comerciais que privatizam o direito universal à saúde. Ao mesmo

tempo, enriquece esse setor nos países chamados desenvolvidos (BARREIRA, 2005)<sup>4</sup>.

Grande parte dos centros de pesquisas está ligada a grandes laboratórios multinacionais. Essa lógica também serve para observar o lento processo dos estudos sobre vacinas anti-HIV e métodos de proteção controláveis pelas mulheres, como os microbicidas anti-HIV. Sabe-se que o desenvolvimento de vacinas anti-HIV é complexo, encontra obstáculos na neutralização do vírus, na variabilidade do HIV 1, nas questões éticas relacionadas a testes em humanos, todavia, ativistas perguntam nas conferências e mobilizações: por que a vacina ainda não é uma realidade? (BELOQUI, 2005).

A mesma pergunta pode ser feita em relação aos microbicidas anti-HIV, substância aplicada no interior da vagina capaz de reduzir a transmissão do vírus,

Persistem vários e difíceis desafios para se chegar a um produto pronto para ser usado pelas mulheres, que variam de questões ligadas à aceitabilidade e eficiência do método ao tipo de cobertura e espectro de atuação desejada, passando por outras, relativas a financiamento e ao desenho de estudos clínicos (BARBOSA, 2002:367).

Acesso a medicamentos, desenvolvimento de vacinas ou microbicidas estão permeados de interesses econômicos nas dinâmicas do sistema capitalista que atingem o cotidiano da atenção à saúde e precarizam o acesso universal a um sistema de saúde, e que é um preceito constitucional no Brasil.

Nesse sentido, outras dimensões de inequidades também podem ser percebidas, desde a contenção e regulação de financiamento para saúde; passando pelo apoio às empresas privadas de seguro ou saúde complementar, até um discurso de promoção de saúde centrado no combate à pobreza, a exemplo das Instituições Financeiras Multilaterais (IFMs)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Barreira (2005) informa que boa parte dos custos de um medicamento está relacionada à publicidade e não ao desenvolvimento científico. Por exemplo, das 500 empresas mais ricas do mundo, as 10 primeiras são da indústria farmacêutica.

<sup>5</sup> Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (posteriormente Banco Mundial – BM) – Criados em 1944, na *Conferência de Bretton Woods*, como resultado de um acordo de cooperação e de negociação da dívida de guerra entre a Inglaterra e os Estados Unidos. Inicialmente, atuam no pós-guerra, depois dirigem sua estrutura e seu ideário para custear o “desenvolvimento” dos países do Sul — o FMI, com o papel de custear a recuperação

### 1.1.1. Dados de uma epidemia brasileira

Mundialmente, o crescimento constante da epidemia do HIV/Aids demonstra os efeitos das taxas novas de infecções por HIV que continuam elevadas, assim como reflete o impacto benéfico da terapia antirretroviral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Programa das Nações Unidas em HIV/Aids (UNAIDS, 2010), em dezembro de 2008, aproximadamente 4 milhões de pessoas em países de renda baixa e média recebiam terapia anti-retroviral – um aumento de dez vezes em cinco anos.

No Brasil, atualmente, são 544.846 mil pessoas vivendo com Aids, numa relação de dois homens para uma mulher. Foram 11,523 mortes em 2008 (UNAIDS, 2010). Em alguns centros urbanos essa relação já é inversa, isto é, são duas mulheres infectadas para cada homem com HIV/Aids. No início da epidemia essa relação era de 24 homens para 01 mulher. São cerca de 240.000 mulheres infectadas no país (UNAIDS, 2008). Em Pernambuco, dados da Secretaria Estadual de Saúde (2008) indicam que dos 8.500 casos de Aids notificados em Pernambuco, 35% são em mulheres.

Segundo os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (2006) em algumas cidades brasileiras, como Rio de Janeiro e São Paulo, naquele ano a Aids era a principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva. Crescem os números de casos de HIV/ Aids entre mulheres casadas, diagnosticadas cada vez mais no teste durante a gravidez.

Dados nacionais revelam que o aumento de casos ocorre entre mulheres de pouca ou nenhuma instrução, sendo que 75% das mulheres com Aids em 2005 tinham menos de oito anos de estudo. Junto à epidemia, é também alta a incidência

de infecções sexualmente transmissíveis que, comprovadamente, constituem um fator que aumenta o risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2008).

Com a iniciação da vida sexual mais cedo, as adolescentes brasileiras estão expondo-se às infecções sexualmente transmissíveis e aos riscos do abortamento feito na clandestinidade. O pouco uso de métodos preventivos é percebido no crescimento dos casos de Aids entre jovens, sendo que, entre as meninas, a principal via de transmissão são as relações sexuais desprotegidas. Entre jovens de 13 a 19 anos, o número de casos de Aids é maior entre as meninas. A inversão ocorre desde 1998, com 8 casos em meninos para cada 10 casos em meninas (BRASIL, 2008).

O coeficiente de mortalidade vem se mantendo estável no país, a partir de 2000, em torno de 6 óbitos por 100 mil habitantes. Nos últimos oito anos, as mortes por Aids em homens caem e em mulheres mantêm-se estáveis. Desde 1995, com o uso de antirretrovirais, o número de óbitos apresentava diminuição. Entretanto, a queda de mortalidade por Aids em mulheres não tem mostrado a mesma magnitude da observada entre os homens. Em 1995, a Aids já era a segunda causa de óbito para ambos os sexos no grupo etário de 20 a 49 anos.

Em relação à transmissão vertical, o Brasil reduziu em 41,7% a incidência de casos de Aids em crianças menores de cinco anos de idade. A queda na taxa de transmissão da mãe para o bebê é resultado dos cuidados no pré-natal e pós-parto. De 1984 a junho de 2009 foram identificados 13.036 casos de Aids em menores de cinco anos (BRASIL, 2008).

Propagam-se casos de Aids em municípios distantes das principais áreas metropolitanas. Em 1985, a doença havia atingido dez municípios brasileiros e, em 1995, 950 municípios. Desde o início dos anos 2000, das dez cidades com maior taxa de incidência, apenas duas delas eram capitais de estados.

Brito *et al* (2011) analisa a taxa de incidência de HIV/Aids ano a ano, segundo as regiões. O estudo revela que após o período inicial de tendência crescente com pico no ano de 2002, a taxa de incidência se estabilizou com tendência à queda nos anos mais recentes, no país como um todo, em decorrência do arrefecimento da

epidemia nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Mesmo assim, as taxas ainda se apresentam em patamares elevados, tendo atingido, em 2008, 18,2 casos por 100 mil habitantes. Entretanto, a pesquisadora observa que nas demais regiões - Norte, Nordeste e Sul - houve uma tendência ao crescimento no período de 2003 a 2007. Em média, foram identificados em torno de 35 mil novos casos por ano.

Os grandes centros urbanos do país, com mais de 500 mil habitantes, concentram 52% do total de casos acumulados. O conjunto das 4.982 cidades com menos de 50 mil habitantes (90% dos municípios brasileiros) concentram 34% da população e 15,4% dos casos de Aids identificados no país, em 2007 (BRASIL, 2008).

Em relação ao número de parceiros, desde final dos anos 1990 que os dados do Ministério da Saúde, bem como de diferentes estudos, apontavam que mais da metade das mulheres portadoras do HIV tiveram, em média, de dois a três parceiros ao longo da vida. Esta tendência seguiu pelos anos seguintes, o que desfaz o mito da promiscuidade associada à infecção pelo HIV em mulheres (GRINSZTEJN, 2001).

Diante desse perfil epidemiológico, social, econômico e cultural, a epidemia no Brasil é qualificada por Barbosa (2002), Parker (1999), Rocha (2010) como uma doença socialmente determinada. Contraditoriamente, nos últimos anos cientistas buscam analisar a epidemia através de uma nova tipologia. Brito, *et al* (2011) explica que a definição subdivide as epidemias como "nascente", ou "baixo nível", "concentrada" e "generalizada".

A epidemia "nascente" está relacionada à prevalência da infecção pelo HIV menor do que 5% em todas as subpopulações de um país.<sup>6</sup> Na epidemia "concentrada", a prevalência da infecção pelo HIV é superior a 5% e na "generalizada" são elevadas as taxas de prevalência à infecção pelo HIV e não mais são restritas às subpopulações de comportamento de alto risco, ao passo que a prevalência entre gestantes é igual ou superior a 5%. No Brasil, a epidemia é do tipo "concentrada", ou seja, a prevalência da infecção pelo HIV é superior a 5% em uma

---

<sup>6</sup> As sub-populações são aquelas consideradas pela epidemiologia com comportamentos de alto-risco: profissionais do sexo, homossexuais e bissexuais masculinos que não usam preservativos; usuários de drogas que compartilham seringas. (N.A.)

ou mais subpopulações, mas a prevalência entre gestantes atendidas em clínicas de pré-natal é menor do que 5% (BRITO *et al*, 2011).

Considerar que o Brasil tem uma epidemia “concentrada” permite a epidemiologistas uma melhor visualização do problema e possibilita a formulação de políticas públicas focadas nas necessidades da população. Entretanto, não explica o fato da epidemia crescer mais no Norte, Nordeste e Sul do Brasil e não retrata a totalidade das determinações sociais na qual a epidemia está inserida. Além de que, volta-se a uma terminologia do início da epidemia que tem no comportamento de risco uma referência para avaliar as vulnerabilidades da infecção. Estudos demonstraram que tal conceito é portador de estigmas e preconceitos.

Parker e Aggleton (2002) identificam quatro eixos que definem estigmas relacionados ao HIV/Aids. Os pesquisadores afirmam que em países e culturas diferentes persistem estigmas (1) relacionados à sexualidade - “peste gay”, doença da promiscuidade; (2) em relação ao gênero – doença causada pelo homem, doença de mulher; (3) relacionados ao racismo ou à etnia – “peste negra”, “doença africana”; (4) em relação à pobreza ou marginalização econômica – início da epidemia doença de rico, agora doença de pobre.

Tal como as formas preexistentes de estigmatização e discriminação em relação à sexualidade, ao gênero, raça e pobreza, as crenças sobre a infecção por HIV e Aids, e a estigmatização baseada em tais entendimentos, vêm sendo muito importantes com a evolução da epidemia. Juntamente com as outras formas de rotulação e estigma descritas acima, elas tornaram-se entrelaçadas em uma nova teia de significados relacionados ao HIV e Aids e aos mecanismos de poder, desigualdade e exclusão (PARKER&AGGLETON, 2002:20).

Susser (2009), assim como Werneck (2001) afirmam que enfrentar a Aids está inexoravelmente relacionado ao enfrentamento das desigualdades de gênero, ao racismo e à pobreza. A condição das mulheres, particularmente das mulheres negras, toma relevância nos espaços de pactuação e mediação internacional. Por exemplo, a agenda Aids *versus* subordinação de gênero é explicitada nas recomendações das Conferências do Ciclo Social de Desenvolvimento da ONU, da década de 1990, início de 2000: Cairo, 1994; Pequim, 1995; UNGASS, 2001; Durban, 2001, como também é reconhecida publicamente nas falas de Peter Piot

(2001), Diretor Executivo da UNAIDS e de Kofi Annan (2002), ex-Secretário Geral da ONU (SUSSER, 2009).

Concordando com Parker & Aggleton (2002:34) “a irracionalidade epidemiológica que parece guiar a distribuição de fundos e prioridades de programas [...] reproduz [...] uma lógica preexistente de homofobia, racismo e estigma sexual”. Tal perspectiva ilumina as contradições inerentes às respostas governamentais para o controle da epidemia da Aids no Brasil, assim como orienta as disputas entre os sujeitos políticos, intelectuais orgânicos dos movimentos sociais frente à gestão e formuladores de políticas públicas na saúde no Brasil.

Os dados epidemiológicos apontam para o que pesquisadores conceituaram como interiorização, feminização e pauperização da epidemia. Pode-se inferir pela trajetória da epidemia, que a Aids avançou na última década em comunidades menos assistidas por serviços públicos que capazes de atender casos de uma doença de alta complexidade. Dessa forma, a epidemia exige serviços de referência e tecnologia para prevenção e tratamento, no entanto, avança em um contexto de baixa implementação do SUS. Nos capítulos seguintes serão analisados os limites da descentralização e da integralidade que dificultam a consolidação da universalidade dos serviços de saúde nos últimos 30 anos.

### **1.1.2. Aids: marcas de sexismo e racismo**

A epidemia da Aids no hoje, no Brasil, é distinta do seu início. A Aids surgiu como uma doença nos anos de 1980, rapidamente cresceu em proporções epidêmicas. Inicialmente, foi percebida internacionalmente como restrita aos chamados grupos de risco: homossexuais, imigrantes haitianos nos Estados Unidos, usuários de drogas, principalmente heroína, hemofílicos (BASTOS, 2006).

Geograficamente, a epidemia se concentrava nas áreas urbanas da América do Norte, Europa Ocidental, Austrália, Nova Zelândia, alguns países da América Latina e em alguns países da África Subsaariana, com a diferença de que nesta região a transmissão avançava mais rapidamente para uma infecção entre heterossexuais (MANN *et al*, 1993).

Em todo o mundo, a epidemia cresceu e avançou no campo das parcerias heterossexuais, passando a atingir as mulheres em dimensão epidêmica. A realidade mostrou que a idéia de grupos de risco era errônea, haja vista a sua expansão em outros segmentos da população, assim como a constatação de que havia uma relação entre Aids e o contexto econômico, cultural e social nas regiões onde a epidemia se disseminava.

Esse fenômeno era constatado nos estudos epidemiológicos, que revelavam estar a epidemia, inicialmente, concentrada em camadas da população mais escolarizada e com maior poder aquisitivo, atingindo fortemente a população masculina e, particularmente, a população *gay*. Nos anos 1990 esse perfil mudou; em linhas gerais, evidenciando as desigualdades das relações de gênero e relacionando o aparecimento da doença às condições de vida, de trabalho, educação, habitação, ou seja, evidenciando os aspectos sociais e econômicos.

Em 1998, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) elabora um relatório sobre condições de saúde e pobreza, evidenciando que a falta de recursos e os adoecimentos estão fortemente vinculados a um círculo vicioso: a vivência em moradia em más condições, sem acesso à água potável, a saneamento e a serviços básicos, aumenta a probabilidade de contrair doenças.

Por outro lado, as doenças agudizam a pobreza, pois impedem o trabalho e obrigam as pessoas a dedicar parte das escassas economias para a atenção à saúde e medicamentos. Desde os anos 1990, pesquisadores analisam que a disseminação da Aids está relacionada às condições socioeconômicas e culturais e à limitação de recursos no âmbito da saúde. Neste contexto, em 1995, verificava-se no Brasil que o padrão epidemiológico apontava para a crescente incidência entre mulheres, pessoas mais jovens e entre a população vivendo em situação de pobreza (BRASIL, 1996).

A pesquisa já citada do Instituto Patrícia Galvão (2003) corrobora essa informação quando descreve o perfil das mulheres entrevistadas que viviam com HIV/Aids: 68% não tinham parceiros fixos, 60% tinham renda mensal entre R\$ 100,00 a R\$ 200,00 e 65 % havia estudado apenas até o primeiro grau. Cerca de 70% tinha de um a três filhos.

Essa trajetória de propagação da epidemia revela que dentre os mais pobres se encontram as mulheres negras, as quais, segundo estudos do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP,2003), são 70% dos pobres no mundo. Estudos do Instituto Criola no Rio de Janeiro mostram que no Brasil, segundo o censo realizado em 2000, 50% da população negra estava concentrada nas regiões Norte e Nordeste. Baseados nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Criola também divulga a pesquisa de Paixão (2000), informando que o diferencial entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de brancos e negros no Brasil é mais acentuado nas regiões Sul e Sudeste.

Considerando as desigualdades entre a população branca e negra, as mulheres negras estão em desvantagem. Como exemplo, Werneck (2001) apresenta dados da pesquisa de Alaerte Martins sobre mortalidade materna, que é um indicador de saúde. Informa que o risco de morte materna das mulheres negras brasileiras é 7,4 vezes maior do que o das brancas. Segundo Werneck (2001), a Organização Mundial de Saúde considera que uma morte materna afeta diretamente um número grande de membros da família e da comunidade que depende dessa mulher.

A aguda situação de desigualdade social e econômica das mulheres pode também ser percebida nas suas condições e oportunidades de trabalho. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD/IBGE (2005), o trabalho doméstico, desvalorizado e mal-pago, é a realidade de 17% das mulheres no Brasil. Dentre essas, 55% são mulheres negras e, em sua maioria, jovens. Em outros postos de trabalho, formais e informais, a flexibilização e a precarização transformaram o trabalho das mulheres em força de trabalho de baixo custo.

Dados sobre desigualdades de gênero e raça, analisados em 2008 pela Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SPM), revelam que mulheres

negras recebem cerca de metade do que ganham mulheres brancas e um terço do que ganham homens brancos. Em relação à taxa de desemprego da população de 16 anos ou mais de idade, segundo sexo e cor/raça, as mulheres negras são 12,2% das desempregadas, enquanto as mulheres brancas são 9,2%. Entre os homens 6,4% são negros e 5,3% são brancos.

Informe da UNAIDS (2007) aponta que as mulheres formam um contingente de 65% dos analfabetos no mundo. Embora o Ministério da Saúde afirme que o grau de escolaridade, quando utilizado de forma isolada, não indique a situação socioeconômica da população, esse indicador se constitui como referência internacional para medir o avanço da Aids. Segundo o Programa Nacional de DST/Aids (PN/DST/Aids, 2007), 52% dos casos em mulheres no Brasil ocorrem entre aquelas sem escolaridade e que não concluíram o primeiro grau de ensino fundamental. Dados da SPM (2008) informam que

[...] ao se analisar simultaneamente as clivagens de gênero e raça tem-se que a melhoria universal verificada neste indicador (de educação) não só não foi capaz de reduzir as desigualdades, como produziu uma situação em que negros apresentavam, em 2007, média de anos de estudo inferior à verificada para brancos em 1993. Assim, enquanto a média de anos de estudo era de 7,1 para brancos e de 4,7 para negros no início do período acompanhado, em 2007, estes valores subiram para, 8,8 e 6,8, respectivamente. Uma redução de apenas 0,4 anos na desigualdade em um período acumulado de quinze anos (SPM, 2008:15).

Sinteticamente, as mulheres têm menores salários, estão mais expostas ao desemprego e têm menor escolaridade. O IBGE revela também que o número das residências chefiadas por mulheres cresceu 35%, no período de 1995 – 2005.

A profunda inserção da perspectiva de gênero e classe<sup>7</sup> no campo teórico e na prática feminista, nos faz concordar com Safiotti (2000) que não é possível

---

<sup>7</sup> As feministas marxistas, tendo como referência Castro (2000) e Mitchell (1967), criticam a centralidade da categoria classe e relacionam a teoria marxista às determinações sociais que marcam a condição feminina a exemplo da categoria gênero. Para a teoria marxista a existência do Estado está relacionada às contradições das classes sociais existentes na sociedade. Assim, em vez do Estado soberano e superior, acima dos homens, Karl Marx apresenta-o como um instrumento da classe dominante. Marx considera o homem um ser social, que trabalha em sociedade e estabelece relações sociais. “É no modo de produção burguês que cada um individualmente se põe em relação com outro indivíduo, sem ter consciência do caráter social dessas relações econômicas”. Marx critica a visão liberal, burguesa de Estado, assim como a democracia do liberalismo. Para Marx, a Sociedade Civil é o conjunto das relações econômicas e o Estado é a sociedade política. É o conjunto das relações de produção que constitui a estrutura econômica da sociedade, isto é, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, à qual correspondem formas determinadas da consciência social. Marx critica Hegel, dizendo que não é o Estado que funda a sociedade civil, e sim o contrário, é a sociedade civil no seu conjunto das relações econômicas (que é sua anatomia) que explica o surgimento do Estado, seu caráter, a natureza de suas leis (MARX, 1983).

pensar nas relações sociais desvinculando o econômico do político, a dimensão política da classe social tem que ser constituída para que aconteça a luta dos interesses, contudo, “o nó formado pelo patriarcado-racismo-capitalismo constitui uma realidade bastante nova, que se construiu nos séculos XVI-XVIII, e que não apenas é contraditória, mas também regida por uma lógica igualmente contraditória” (SAFIOTTI, 2004:18).

E é sobre essa contradição que as feministas elaboram um campo político-conceitual que explica como as relações sociais marcadas pelo trinômio sexismo, racismo, classismo impõem limites para a emancipação das mulheres. Nessa perspectiva tais relações sociais ganham intersecções e se complexificam ao incorporar o campo analítico da sexualidade.

Historicamente considerada como uma função reprodutiva ou biológica, a sexualidade passou a ser discutida inicialmente pela psicanálise, seguida pelo feminismo como uma questão que se torna independente da reprodução e alcança um patamar sócio-cultural e ético, relativo ao campo do direito, das opções e escolhas das mulheres. Tais decisões esbarram diretamente nas relações de poder, razão porque sexualidade e reprodução são questões que têm incidência no âmbito democrático, das políticas e dos direitos humanos, particularmente dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

A escolha de elaborar o item seguinte sobre o nó “classismo, racismo e sexismo” não pretende ser uma revisão conceitual abrangente, posto que não é objetivo desta tese. No entanto, é necessário expor conceitos e análises que facilitem a compreensão do/a leitor/a ao mesmo tempo em que explicitem os posicionamentos teóricos da tese.

### 1.1.2.1. O nó: classismo, racismo e sexismo

Esse item tem como objetivo explicar conceitos e tensões políticas nos usos dos conceitos. Desta forma, procuramos posicionar a tese inicialmente explicitando que os conceitos de gênero, classe, “raças<sup>8</sup>”, sexualidade são aqui entendidos não como formas de opressão separadas e cumulativas, mas que, pelo contrário, gênero é construído dentro e através das diferenças de “raças”, classe, vivência da sexualidade e vice-versa (LOVELL, 1996).

O debate sobre gênero tem um marco na Década da Mulher, instituída pela Organização das Nações Unidas - ONU (1975-1985), na qual o papel da mulher passa a ser considerado relevante para o desenvolvimento social e econômico nos países do chamado Terceiro Mundo.

Quartim de Moraes (2003/2004:95), resumidamente, informa que o que hoje chamamos de ‘estudos de gênero’ foi antecedido nos anos 1970-80, no Brasil, pelos ‘estudos sobre as mulheres’ enfocando políticas e contestações *de e sobre* as mulheres, com influência de correntes socialistas e marxistas do feminismo Europeu e de feministas de esquerda que atuavam na resistência à ditadura militar brasileira.

Nos anos 1990, gênero passa a ser central para o campo ético e teórico feminista, ao ampliar o debate com enfoque nas relações sociais. Para muitas autoras dos estudos de gênero, adotar essa perspectiva também foi a possibilidade de novos olhares sobre as disputas políticas no feminismo.

Contudo, as tendências recentes dos estudos de gênero apontam os riscos e limites dessa abordagem que não é muito precisa: geralmente, sistema de gênero é usado muitas vezes como sinônimo de patriarcado. Contudo, há vários textos nos quais as distinções entre os dois usos são devidas mais a um posicionamento

---

<sup>8</sup> De acordo com as linhas teóricas que afirmam que raça é um conceito construído socialmente, e que só existe uma raça que é a humana. Nesta tese, será usada a expressão racismo ou “raças” que é referente às desigualdades provenientes do uso social da expressão raça para definir a inferioridade e superioridade de grupos populacionais. Os grupos discriminados e marginalizados pelo racismo são identificados pela cor da pele ou traços fenotípicos (COSTA, 2002).

político que se deseja afirmar do que a uma necessidade imposta por esclarecimento teórico. É possível fazer a seguinte analogia: o sistema é patriarcal e as relações que o estruturam e dinamizam são de dominação de gênero, assim como o sistema é capitalista e as relações que o estruturam e dinamizam são de classe.

Mary Castro (2000:100) analisa que o conceito de gênero “sugere que, se as relações sociais são várias e se autocondicionam, então tanto classe como gênero, de *per si*, seriam referências insuficientes para darem conta do real, inclusive o real imaginado (ideologias)”. Para essa autora, gênero seria um estruturante da totalidade social, evocando a formulação marxista de que a sociedade não consiste de indivíduos, mas da totalidade de suas relações.

Desta forma, afirma Castro (2000), gênero permitiria sair da dicotomia produção e reprodução. Joan Scott (1992) vai além quando afirma que a recorrente repetição ‘classe, raça e gênero’ sugere uma paridade entre os três termos que não existe. A autora explica,

Enquanto a categoria de “classe” está baseada na complexa teoria de Marx (e seus desenvolvimentos posteriores) sobre a determinação econômica e a mudança histórica, as categorias de “raça” e “gênero” não veiculam tais associações. Não há unanimidade entre os(as) que utilizam os conceitos de classe. Alguns(mas) pesquisadores(as) utilizam as noções de Weber, outros(as) utilizam a classe como uma fórmula heurística temporária. Além disso, [...] quando mencionamos a “classe”, trabalhamos com ou contra uma série de definições que, no caso do marxismo, implica uma idéia de causalidade econômica e uma visão do caminho pelo qual a história avançou dialeticamente. Não existe esse tipo de clareza ou coerência nem para a categoria de “raça”, nem para a de “gênero”. No caso de “gênero”, o seu uso comporta um elenco tanto de posições teóricas, quanto de simples referências descritivas às relações entre os sexos (SCOTT, 1992:12).

De forma sintética, a partir de Castro (2000) e Garretas (1994), apontaremos os principais conceitos que informam as diferentes abordagens sobre gênero:

- Gênero como distinto de sexo, e em polaridade entre a natureza, associada às mulheres, e a cultura, associada aos homens. Nessa abordagem a reprodução e a sexualidade se constroem culturalmente, e a ação das mulheres faz parte dos processos de mudanças sociais. Essa oposição natureza/cultura implica na subordinação das mulheres pelos homens.

- Gênero como elemento constituinte da organização social, cuja classe e hierarquias sociais são subjacentes. Ou seja, homens e mulheres ocupam posições distintas, a partir de um sistema simbólico que define atitudes, valores e comportamentos sociais. O predomínio do masculino sobre o feminino encontra suas raízes na ordem patriarcal, que impõe poder e autoridade dos homens, perpetuando a subordinação das mulheres. Nesse enfoque, mesmo que as mulheres tenham bastante poder e influência, estes nunca estão culturalmente legitimados.
- Gênero definido como identidade feminina e masculina desde o momento do nascimento; seus conteúdos identitários são transmitidos através da socialização. Nesse enfoque, há estudos que procuram explicar as diferentes identidades pelo biológico, pelas diferenças hormonais entre os dois sexos.
- Gênero como substituto de “mulheres” utilizado para explicar que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens. Homens-mulheres não são percebidos como esferas separadas, os dois sexos são relacionados. Mas é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos e que homens e mulheres têm papéis próprios na construção social.

Analisando o conceito de gênero, e concordando com Castro (2000), no capitalismo contemporâneo gênero é uma concepção que foi congelada ou, poder-se-ia dizer, capturada, minimizando o sentido político feminista às relações de poder subjacentes às relações sociais.

[...] reduzido a termo de posição, e, como tal, é peça chave no investimento das agências internacionais de apoio a um sistema de organizações não governamentais que lidariam com direitos das mulheres, sem subverter, ao contrário, o edifício de relações sociais que se realizam no capitalismo e seus motores como hierarquia, competição e apropriação privada em proveito de alguns (CASTRO, 2000:101).

Castro, (2000:101) analisa que a partir do final dos anos 1990 e iniciando os anos 2000, gênero passa a ser orientação de políticas transversais ou áreas específicas em governos da maioria dos países signatários das Conferências das Nações Unidas. Nessa perspectiva surgiram abordagens e ferramentas para diagnosticar as desigualdades ou iniquidades de gênero e formular respostas de

impactos nacionais, ou seja, a abordagem de gênero passa a ser um conceito central para a definição de estratégias e políticas relacionadas à condição feminina.

Assumimos como conceito orientador da tese a formulação de Scott (1992): gênero é uma categoria de análise que enfoca as relações sociais de poder, que extrapola a relação entre homens e mulheres. Assim, a abordagem de gênero amplia a explicação sobre as desigualdades entre as mulheres e os homens. As disputas relacionadas à abordagem de gênero politizaram um campo de atuação do feminismo, no qual as mulheres passaram à condição de sujeitos políticos, a partir da diversidade de pertencimentos sociais, políticos, econômicos e de suas correspondentes demandas específicas.

Em relação à questão racial, Sérgio Costa (2002) conceitua que as “raças” são uma construção social que trata das identidades sociais no campo da cultura simbólica. O autor afirma que raça não tem, no âmbito do campo dos estudos raciais no Brasil, um estatuto biológico, ou seja, as raças não são um fato do mundo físico, elas existem, contudo, de modo pleno, no mundo social. Por decorrência, o racismo é entendido como uma forma bastante específica de 'naturalizar' a vida social, isto é, de explicar diferenças pessoais, sociais e culturais a partir de diferenças tomadas como naturais.

Para Werneck & Lopes (2004), o racismo opera, basicamente, por meio de duas lógicas: a desigualdade que inferioriza e a diferenciação.

Na primeira, ele inscreve os grupos racializados na teia das relações sociais, concedendo-lhes um lugar de inferioridade, desvalorização e menosprezo social. Na segunda, os grupos racializados são percebidos como uma ameaça que deve ser afastada, não lhes sendo admitido qualquer lugar no sistema social. Corresponde a um desejo de rejeição, de exclusão, de distanciamento e, nas situações extremas, de expulsão ou destruição, [...] nesse caso, o outro é considerado poluente, como um corpo estranho, ameaçador da homogeneidade social e dos valores identitários do nós (WERNECK & LOPES, 2004:12).

As autoras citam que o movimento negro criou o conceito de Racismo Institucional que pode ser descrito como os trilhos (a estrutura, as decisões *a priori*) a partir dos quais os diferentes destinos e caminhos (as políticas e as ações) são desenvolvidos. Werneck & Lopes (2004) nos chamam a atenção de que ao longo de

todos os anos de vigência do regime escravista, a população negra, afro-brasileira teve que enfrentar altas taxas de mortalidade infantil, materna e de adultos; epidemias; violência; traumas físicos e psicológicos.

Ou, falando de outra forma: as mulheres negras, como sujeitos identitários e políticos, são resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos (Werneck & Lopes 2004:14).

Nesse contexto, Sueli Carneiro (2003) analisa que o combate ao racismo torna-se uma prioridade política para as mulheres negras, a partir da consciência da opressão racial. Já que o racismo define desigualdades econômicas e sociais e mantém negras e negros em condições subalternas.

Essa necessidade premente de articular o racismo às questões mais amplas das mulheres encontra guarida histórica, pois a “variável” racial produziu gêneros subalternizados, tanto no que toca a uma identidade feminina estigmatizada (das mulheres negras), como as masculinidades subalternizadas (dos homens negros) com prestígio inferior ao do gênero feminino do grupo racialmente dominante (das mulheres brancas) (CARNEIRO, 2003:32).

Nas últimas décadas, as feministas negras, assim como as feministas lésbicas e as dos países do hemisfério Sul, têm criticado sistematicamente a hegemonia do pensamento feminista formulado por mulheres brancas, de classe média, heterossexuais, europeias e norte-americanas. Acusam-nas de repetir os erros dos homens ao identificarem-se, elas mesmas, como sendo parâmetro do conjunto das mulheres. Tais críticas começam a ser reconhecidas pelas diversas correntes do feminismo:

Esta tese se referencia na posição política de Sueli Carneiro (2003), que acredita serem as questões racial e de gênero as lutas mais justas que se tem a travar no feminismo

[...] porque encerram contradições que não são transitórias, que não são conjunturais, porque dizem respeito a estigmas e preconceitos que atingem a essencialidade de um ser humano [...] Minha utopia consiste hoje em

buscar um atalho entre a negritude redutora da dimensão humana e a universalidade ocidental hegemônica que anula a diversidade (CARNEIRO, 2003:31).

No sistema das relações sociais o racismo, classismo e sexismo estão introjetados nas várias dimensões e dinâmicas da vida. Apreender essas múltiplas determinações nos leva a incluir o debate sobre sexualidade. Esta abordagem seguirá os pontos abordados por Rosalind Petchesky (2008), cuja análise aponta para alguns caminhos teóricos.

A sexualidade não é reduzida a uma parte do corpo ou a um impulso; deve ser entendida como parte integral de uma matriz de forças sociais, econômicas, culturais e relacionais; é construída mais que concedida. A autora afirma que a dualidade sexo-gênero tem sido sustentada durante anos pelos estudos sobre as mulheres e a literatura sobre a sexologia, isto é, a idéia de distinguir claramente entre “sexo” como impulso biológico (genético, hormonal, anatômico, psíquico) e “gênero” como conduta social e relações de poder subjacentes ao sexo.

O sexo é sempre algo político e sua politização envolve a contínua intenção de estabelecer limites entre sexo “bom” e “mal” baseado em “hierarquias de valor sexual” na religião, na medicina, nas políticas públicas e na cultura popular. Estas hierarquias “funcionam da mesma maneira que os sistemas ideológicos de racismo, etnocentrismo e chauvinismo religioso. Racionalizam o bem-estar dos sexualmente favorecidos e a adversidade da plebe sexual (PETCHESKY *et al*, 2008:8).

A autora aponta que a conduta sexual é diferente da orientação ou desejo sexual, assim como da identidade sexual. Todas essas são diferentes da conduta de gênero, da orientação ou da identidade (subjetividade de gênero). Tais conceituações sobre a sexualidade põem por terra a dualidade “natureza e cultura” e o biodeterminismo sobre a sexualidade, assim como sobre gênero. Consideram as sexualidades complexas, que se transformam e se desenvolvem sempre dentro de um sistema social (PETCHESKY *et al*, 2008).

Esse campo político-conceitual põe luzes para as análises subsequentes. O avanço da epidemia da Aids em mulheres e na população das regiões mais pobres

no Brasil nos faz refletir sobre os significados da vulnerabilidade das mulheres a partir das relações sociais determinadas pelo racismo, classismo e sexismo.

### **1.1.3. Vulnerabilidade das mulheres para a infecção do HIV e Aids**

Dados da UNAIDS (2008) informam que diante de situações de pobreza e desigualdades de poder, as mulheres estão mais expostas a viver violência sexual e doméstica, sendo esta apontada como geradora de grande vulnerabilidade para a infecção das mulheres com o HIV. Tais condições constituem limites para que as mulheres procurem ajuda e tenham acesso a serviços de saúde especializados.

No Brasil, o Plano Nacional de Combate à Feminização da Aids (2007:) aponta também que a violência – e mesmo o medo de sofrer violência – impede que muitas mulheres e meninas tomem conhecimento de/ou informem seu status de soropositividade para HIV, ou mesmo procurem serviços de saúde especializados. Pesquisas internacionais demonstram que a violência baseada nas desigualdades de gênero afasta as mulheres de serviços educativos/preventivos e de aconselhamento em saúde que poderiam orientá-las para a prevenção e para uma vida saudável com HIV/ Aids.

É possível observar na história de Josefa a tensão e a violência em um casamento permeado pelas desigualdades das relações de gênero:

O meu marido ficou comigo, mas a nossa relação era muito difícil e acabamos por não dormir juntos. Durante os oito anos em que ficamos juntos apenas dois eram anos felizes. Ele bebia cada vez mais e ficava agressivo, tanto fisicamente como verbalmente. Eu o enfrentava. Eu não era de correr. [...]. Mas se esta situação não acabasse, iria ter uma tragédia. Portanto, tinha que me separar dele. [...] Foi meu marido que me infectou.[...] A separação não era fácil porque ele não quis sair da casa. Por que é que não me separei dele antes? Tinha vontade, mesmo antes que sabia que era positiva, mas tinha vergonha. Pensei que ia sofrer de discriminação porque a gente iria separar depois de um período tão curto.

Também tinha medo da minha família que não achava a separação uma boa coisa. Mas insisti. Eu vivia com ele tanto tempo porque tinha medo da comunidade dizer “por que ela desistiu tão rápido?” [...] Sem sexo ele ficava muito mais violento. A minha família ficava preocupada. As vizinhas não acreditavam que não dormíamos juntos, porque achavam impossível uma mulher viver tanto tempo com um homem sem fazer sexo e sem ele reagir. Normalmente, quando uma coisa destas acontece, os homens ficam muito mais violentos. Elas começam a dizer: “você tem outro homem.” Os amigos gozavam dele. Foi muito difícil separar dele.[...] (HEAD & ROCHA, 2011:21)

Na última década, o aumento do número de casos de Aids em mulheres, e entre mulheres pobres, permitiu observar que desigualdades de classe, gênero e raça, incidem sobre a sexualidade e modos de vida. Tais interações estão implicadas no avanço da epidemia no Brasil. Como afirma Werneck (2003), a discussão das desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil comumente aponta para a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, de ser negra e de ser pobre.

O pesquisador Francisco Inácio Bastos (2001) reconhece agravantes na situação das mulheres negras no âmbito da saúde, em geral, e da saúde reprodutiva, em particular, e ressalta outras vulnerabilidades sociais.

A população negra brasileira está mais sujeita às conseqüências adversas da violência estrutural, mais presentes nas comunidades mais pobres e/ou faveladas, com conseqüências negativas sobre a continuidade de projetos de prevenção nessas comunidades (BASTOS, 2001:15).

Nesse contexto, as respostas até então elaboradas para coibir o avanço da Aids parecem limitadas. A pesquisadora Werneck (2003) chama a atenção para o fato de que, embora o Brasil tenha um dos melhores programas de prevenção e tratamento de HIV/Aids do mundo, “este nível de excelência — que, diga-se de passagem, foi em grande parte construído pelas organizações não governamentais — não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a feminização negrófila, ou seja, sua chegada às mulheres negras” (WERNECK, 2003:13).

No tocante à questão racial, as mulheres que vivem com Aids enfrentam a perversa associação entre as desigualdades de classe e as dimensões relacionadas

à autoestima, ao preconceito no serviço de saúde, às desigualdade nas relações interraciais. Tais pontos são selenciados nas estratégias nacionais para o enfrentamento da Aids.

A vulnerabilidade das mulheres à infecção do HIV, em que pesem determinações biológicas<sup>9</sup>, expõe um importante fator que é a combinação de sexismo e racismo. Em situações de desigualdade as negociações para prevenção tornam-se mais difíceis.

[...] aliados a situações freqüentemente vivenciadas pelas mulheres, como o sexo não consensual, as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV (VILLELA & SANEMATSU, 2003:20).

No contexto da Aids, o conceito de vulnerabilidade se aproxima do conceito de saúde presente nas políticas nacionais. Foi formulado em 1992, pelo cientista Jonathan Mann. Contrariamente às noções de “grupos de risco” ou de “risco individual” e “comportamento de risco”, concebidos pela epidemiologia, a ideia de vulnerabilidade buscava complexificar o entendimento sobre a epidemia da Aids (AYRES, 2002).

A noção de vulnerabilidade, formulada no contexto da Aids, estabelecia uma relação entre ética, política e direitos como campos fundamentais para coibir o crescimento da epidemia. Sua aplicação conectava três dimensões: social, referente às condições de vida, numa perspectiva de direitos humanos; programática, relativa à efetivação de políticas, individual, relacionada a comportamentos individuais no meio social (MANN *at al*, 1993).

A ideia formulada sobre vulnerabilidade orienta muitos programas mundiais, apesar de se considerar internacionalmente “diversas epidemias”. Ao analisar os impactos da feminização da epidemia sob a ótica das relações de gênero-classe-racismo e sexualidade, observa-se que nessa combinação de fatores os impactos sobre as mulheres são semelhantes em várias partes do mundo.

---

<sup>9</sup> Alguns fatores biológicos são a maior área de exposição de mucosa com fragilidade para microfissuras no ato da penetração; as mulheres recebem maior quantidade de fluidos na relação heterossexual do que os homens recebem das mulheres (VILLELA & SANEMATSU, 2003).

Nos Estados Unidos as mulheres negras têm 13 vezes mais riscos de se infectarem do que mulheres brancas e nove vezes mais do que mulheres latinas, consideradas mestiças. Susser (2009) revela um estudo intitulado *Left Behind: Black America, A Neglected Priority in the Global Aids Epidemic*, realizado em 2008, em que a Aids é a principal causa de morte de mulheres entre os 25 e 35 anos de idade. A autora aponta possíveis razões relacionadas ao estigma de cor e à subordinação de gênero combinadas com inadequadas estruturas das respostas governamentais.

No continente africano, inicialmente, a epidemia cresceu silenciosa, sem serem investigados os sinais de sua proliferação. Nos anos 1980, os casos entre homens e mulheres eram equânimes, explicados pelas evidências de que a epidemia surge na África Central, anterior a 1975. A epidemia no continente passa a ter importância depois que afeta os Estados Unidos e o oeste da Europa. Só então a epidemia é percebida na África, o que não significou observar suas determinações e investir esforços de controlar a epidemia precocemente no continente (SUSSEER, 2009).

Desta forma, pesquisadoras/es atribuem que estudos sobre a Aids, tanto no mapeamento da epidemia, como no significado da mortalidade, são permeados pelo enfoque ocidental, branco, de classe média, masculina, *gay*. Da mesma maneira, a perspectiva da agenda do movimento feminista é heteronormativa, adultocêntrica e focada na reprodução. O que pode explicar o distanciamento de pesquisas e ausência de respostas condizentes com as necessidades das mulheres e da população negra (PARKER, 2002; SUSSEER, 2009; ROCHA, 2011).

O avanço das políticas de enfrentamento da Aids, que conseguiu frear o crescimento da epidemia na população de classe média e *gay*, em muitas partes do mundo, pode ter dificultado os critérios de diagnóstico para as mulheres, limitando o acesso a tratamento. Nessa direção, pesquisadoras e ativistas feministas e mulheres que vivem com HIV/ Aids em todo mundo lutam para que avancem pesquisas sobre as vulnerabilidades para o adoecimento e morte das mulheres. Exigem desde pesquisas sobre insumos preventivos controláveis pelas mulheres até sobre os sintomas da infecção entre estas.

É emblemático o silêncio acerca das mulheres lésbicas e Aids. É consenso entre pesquisadores que a transmissão do HIV/Aids é baixa entre lésbicas. Contudo, é sabido que sexo entre mulheres ainda é tratado com muito preconceito pela medicina e, portanto, estes dados podem estar relacionados a uma falta de conhecimento sobre as formas de risco e prevenção do HIV/Aids nesse segmento.

Por exemplo, pesquisa realizada no início dos anos 2000 com lésbicas norte-americanas notifica números consideráveis de casais lésbicas sorodiscordantes. Estudos na África do Sul apresentado pela instituição *Triangle Project*, em 2009, informa que as mulheres lésbicas negras estão mais expostas a sofrer estupro e se infectar pelo HIV do que mulheres brancas sulafricanas.

A sexualidade tem sido um dos espaços de extremo controle sobre as relações entre homens e mulheres, que adquire uma dimensão bem maior quando dirigido a relações entre pessoas do mesmo sexo, principalmente, entre lésbicas. Esse controle é exercido de diversas maneiras: desde a punição através da agressão direta à invisibilidade e dessexualização da relação amorosa entre mulheres.

Segundo informações da UNAIDS (2002), 98% da contaminação entre mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) decorrem do uso de drogas injetáveis e de sexo com homens sem proteção. No Brasil, temos notificados, do início da epidemia até 2003, 429 casos de lésbicas infectadas por HIV (ROCHA & DANTAS, 2003).

Desigualdades de gênero também podem ser observadas em relação ao uso das terapias antirretrovirais no âmbito da ciência e da produção industrial. Quando surgiram, as drogas antirretrovirais inicialmente eram testadas com os homens e, até hoje, muitos medicamentos têm dosagens usadas indistintamente para mulheres e homens (SUSSER, 2009 MSM).

As mulheres ativistas e cientistas interpretam que esses acontecimentos podem estar relacionados à lenta percepção da epidemia entre mulheres. Na suposição inicial, as mulheres não eram infectadas. Por sua vez, as mulheres não

estão orientando suas reivindicações nessa direção e, rotineiramente, estão excluídas das pesquisas de controle da epidemia (SUSSER, 2009).

A adesão ao tratamento também é analisada por ativistas como um espaço revelador de desigualdades. Manter o tratamento é um desafio, pois significa tomar uma quantidade significativa de comprimidos ao longo do dia. Algumas drogas devem ser tomadas com líquidos ou comidas específicas, ou ser preservadas em geladeiras, o que sofre limitações em situação de pobreza. Manter essa rotina, muitas vezes requer privacidade. Isto se torna tanto mais difícil se no local do trabalho - em empresas ou no trabalho doméstico - não se sabe da condição do empregado.

Além de que, os efeitos colaterais, como a lipodistrofia<sup>10</sup> que altera a distribuição de gordura no corpo, afeta a autoestima e, particularmente, impacta a autoimagem das mulheres, que são bombardeadas todos os dias pela ideia consumista do corpo esculpido como modelos publicitários. Os medicamentos também trazem efeitos colaterais como aumento de colesterol, diabetes, osteoporose, distúrbios hormonais e vasculares, dramáticos para as mulheres que já são susceptíveis a esses problemas de saúde mesmo sem o HIV/Aids. Esses vários fatores contribuem para que usuáros/as abandonem o tratamento.

[...] Eu nunca tive uma infecção durante estes dezesseis anos, salvo quando desisti de tomar os medicamentos. Não sei por que desisto. Acontece isso de vez em quando. Algo faz com que eu recomece outra vez. Eu volto a tomar os medicamentos quando a conta do CD4 fica baixa e a carga viral alta. Não estou tomando medicamentos neste momento. A minha carga viral está média, mas a conta do CD4 é muito baixa. Fiz um teste para ver quais os melhores medicamentos para mim (HEAD & ROCHA, 2011:22).

O estudo realizado pelo Instituto Patrícia Galvão (2003) informa que se sabe pouco sobre as diferenças de respostas aos medicamentos entre homens e mulheres.

No entanto, há diferenças no que se refere aos níveis sanguíneos da medicação, pois em geral as mulheres têm menos gordura que os homens, o que afeta o modo como os medicamentos circulam pelo organismo.

---

<sup>10</sup> Bastos (2006:93) informa que "pacientes com Aids em uso de determinadas medicações apresentam, comumente, uma redistribuição de tecido gorduroso bastante peculiar e esteticamente desagradável [...] (com depósito de gordura sob forma de 'giba de búfalo', na região superior do tronco, em paralelo à perda de massa gordurosa em outras regiões como a face)".

Apesar disso, os medicamentos são prescritos em doses-padrão [...] calculadas a partir da massa corporal média masculina (VILLELA & SANEMATSU, 2003:16).

Tais análises também podem ser percebidas nos estudos de Susser (2009: 23), ao afirmar que são “dramáticas” as diferenças do conhecimento científico nos vários continentes. Exemplifica que as doenças oportunistas são absolutamente diferentes na África Subsaariana, EUA ou Europa. A autora informa que “o resultado dos sintomas e manifestações do HIV/Aids variam com a cultura e geografia”.

Os efeitos colaterais dos medicamentos quando associados às desigualdades de gênero em que vivem as mulheres, apontam para grandes desafios.

Mulheres HIV positivas sofrem discriminação, abandono e violência. O mesmo acontece com mulheres cujos parceiros ficam doentes ou morrem devido a doenças oportunistas relacionadas à Aids. Elas perdem seus lares, herança, posses, meios de subsistência e mesmo suas crianças (BRASIL, 2007:8).

O Dossiê Mulheres e Aids da Rede Feminista de Saúde (2002) revela que as desigualdades econômicas e de gênero são fatores que contribuem para o crescimento da Aids entre as mulheres. No espaço do trabalho o impacto da Aids é percebido diferentemente entre mulheres e homens. As mulheres dominam o setor informal, onde os empregos não são cobertos pelo seguro social, nem por quaisquer benefícios de saúde ocupacional. Há menos mulheres do que homens cobertos pela seguridade social ou por benefícios de saúde relacionados ao trabalho. Como recai sobre as mulheres o papel de cuidadoras, é mais provável que as mulheres com Aids interrompam seus trabalhos remunerados do que os homens.

Mesmo poder aquisitivo, mesma escolaridade e independência financeira não tiram as mulheres da vulnerabilidade à infecção, por conta das desigualdades de gênero e porque, segundo Barbosa (2002), Villela (2003) e Bastos (2001), as mulheres se percebem menos expostas ao risco, talvez pela entrada tardia na dinâmica da epidemia.

Desta forma, a política de enfrentamento da Aids, que estava orientada pelo conceito de vulnerabilidade, mesmo tendo avançado em relação à concepção

original de risco associado a atitudes individuais, se manteve relacionada às causas sociais e culturais da infecção. Tal concepção aproxima-se da idéia de determinação social adotada na saúde, que se refere à ação humana como promotora de adoecimentos e de recuperação de saúde. Entretanto, não assegura uma visão de totalidade de determinação social, que analisa os processos de saúde-doença inseridos nas relações de produção capitalista, suas contradições e repercussões na construção das relações sociais.

O conceito de vulnerabilidade passa a ser utilizado para explicar as várias dimensões da epidemia, e passa a ser aplicado para evidenciar as desigualdades em que vivem as mulheres. Ao incorporar o conceito de vulnerabilidade, o movimento feminista articulou a perspectiva de gênero como uma categoria de análise sobre as relações de poder que são estruturantes, e perpassam as dimensões culturais, sociais e políticas. As relações de desigualdade de gênero passaram a ser abordadas com centralidade para a formulação de políticas públicas, e passaram a ser um marco conceitual para os trabalhos das instituições, assim como da ação educativa e política das organizações sociais.

## **1.2. Mobilização social e Aids**

A emergência da epidemia determinou, em cada período histórico, o surgimento de iniciativas - quer dos movimentos sociais, quer das organizações governamentais - que culminaram com a criação de políticas e programas que deram visibilidade à doença e permitiram a compreensão da Aids como uma questão de saúde pública mediada pelas determinações sociais. Este fato evidencia a importância da prática organizativa da sociedade na definição de ações públicas e, no caso da Aids, a atuação do movimento feminista foi um dos principais meios

político-organizativos para dar visibilidade e pressionar pela incorporação da relação Aids/Saúde/Mulheres na agenda pública e política do Estado.

Entretanto, essa atuação acontece por dentro das práticas organizativas e da agenda política determinada pelos movimentos denominados de luta contra a Aids. Observa-se como exemplo a participação ativa de feministas nos Encontros Nacionais das ONGs Aids ou na disputa por espaços de representação no controle social das políticas de Aids. Por outro lado, é perceptível pelos documentos estudados que a Rede Feminista de Saúde contribui na produção de conhecimento sobre a epidemia e no apoio às suas afiliadas para participarem da agenda do movimento nacional de luta contra a Aids, mas não se define como um sujeito estratégico nesse campo.

A análise histórica das respostas da sociedade civil frente à epidemia da Aids indica que a urgência da Aids mobilizou inicialmente a organização de grupos *gays*. A agenda e orientação política das mulheres e do feminismo estavam voltadas para outros desafios, como por exemplo, enfrentar as políticas controlistas ou natalistas populacionais que incidiam sobre os corpos das mulheres.

No início dos anos 1980, no Brasil, surgiram as ações de prevenção no âmbito das organizações da sociedade civil, cuja capacidade de pressão política é reconhecida, no livro *Aids no Brasil*, por Jane Galvão (2000), como fundamental para a criação do Programa de Aids de São Paulo. A autora destaca nessa década a ação dos grupos de luta homossexual Somos e Outra Coisa em São Paulo; o Grupo Gay da Bahia (GGB) e o Dialogay, em Sergipe. Outros grupos de luta homossexual também surgiram nos anos 1990 engajados na luta contra Aids, formando a base de referência política para a denominada movimentação nacional de luta contra a Aids.

Outro perfil de organização da sociedade civil também surgiu nos anos 1980 com ações exclusivas para o enfrentamento da Aids. Em 1985 surge a primeira organização não governamental caracterizada como ONG Aids, o Grupo de Apoio à Prevenção de Aids (GAPA), de São Paulo, com iniciativas voltadas para informação e prevenção. No Rio de Janeiro, surgiu, em 1986, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), fundada por Herbert de Souza (Betinho), infectado por transfusão de sangue, que assumiu, publicamente, estar vivendo com Aids.

Em 1989, foi criada também no Rio de Janeiro, o Pela VIDDA – Valorização, Integração e Dignidade dos Doentes de Aids. Trata-se do primeiro grupo formado basicamente por pessoas soropositivas para o HIV. Na década seguinte foi criada a Rede Nacional de Pessoas que Vivem com HIV/Aids, sendo esse um espaço político que articulava e visibilizava as vozes desses sujeitos (GALVÃO, 2000).

No passar das décadas, surgiram novos grupos – ONGs Aids -, particularmente nos anos 1990, incentivados com recursos do Banco Mundial junto ao Programa Nacional de DST/Aids, que destinava fundos para que as ONGs realizassem ações de prevenção. Dados do Ministério da Saúde informam que já início dos anos 2000 cerca de 800 organizações da sociedade civil desenvolviam projetos contra a Aids em todo Brasil.

Somaram-se a esse montante de organizações e redes outros grupos que não exclusivamente trabalhavam com Aids, mas que passaram a incorporar ações de prevenção e comunicação em suas estratégias, e que levaram o tema da Aids para a agenda de outros movimentos sociais. É importante ressaltar que essas iniciativas estavam articuladas com as estratégias internacionais dos movimentos sociais no enfrentamento da epidemia.

Os grupos feministas com trabalho na área da saúde e sexualidade, a partir dos anos 1990, iniciaram ações para coibir o avanço da epidemia da Aids entre mulheres. Uma das primeiras iniciativas foi a publicação no Brasil, em 1993, do livro *Tripla Ameaça* – iniciativa conjunta da organização feminista SOS CORPO, de Pernambuco, e a ABIA, do Rio de Janeiro. O livro passa a ser uma referência para o debate sobre as vulnerabilidades das mulheres frente à epidemia da Aids (O'LEARY & CHENEY, 1993).

A obra acima citada é publicada pela primeira vez na Inglaterra, em 1990, por ocasião do Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Representou um marco internacional por abordar o avanço da epidemia da Aids entre as mulheres como um problema social, econômico e político relacionado às desigualdades de gênero.

Nesse mesmo período, organizações que trabalhavam com a saúde das mulheres levaram o tema da Aids como um problema para ser enfrentado pela então

chamada Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos , que também estava sendo criada nos anos 1990. Nas últimas décadas, esta articulação produziu conhecimento sobre a epidemia e seus impactos na vida das mulheres e participou de instâncias de controle social com o propósito de incluir a perspectiva de gênero na agenda da saúde das mulheres e Aids.

Nesse contexto, o movimento político-organizativo das mulheres avançou em estratégias de enfrentamento da Aids aliadas às lutas por igualdade de direitos das mulheres e por justiça social. Seu impacto no campo específico da saúde foi a adoção do conceito de vulnerabilidade, a partir de uma abordagem de gênero, articulado com o conceito de saúde integral (VILLELA, 2003).

Nos anos 1990 as organizações feministas adotaram a perspectiva de gênero nos processos de incidência sobre políticas públicas e em sua ação educativa com o propósito de fortalecer as mulheres como sujeito político. Tal perspectiva visava mudanças de atitude das mulheres adiante das relações de poder na vida privada e pública, assim como incentivava a atuação das mulheres na vida política.

As respostas institucionais e as estratégias dos movimentos de luta contra a Aids, iniciadas nos anos 1980, enfrentaram em um pouco mais de duas décadas mudanças significativas relacionadas às transformações do perfil da epidemia. Tais mudanças trouxeram reflexos nas estratégias adotadas para exigir que as políticas públicas fossem mais eficazes no combate contra a Aids.

O movimento de luta contra a Aids no Brasil tem vivido a tensão de se colocar em permanente desafio de reafirmação de identidade e de diálogo com outros movimentos, constituindo-se como um dos sujeitos do processo democrático brasileiro. As organizações nesse campo criaram como dinâmica e modo de atuação política o encontro bienal chamado Encontro Nacional de ONG Aids (ENONG), que é precedido de encontros regionais (ERONG).

Esses espaços bienais definem estratégias de atuação dos movimentos e articulam as proposições de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia.

Nos encontros nacionais as lideranças são eleitas pelo voto para representar o movimento nas instâncias nacionais de controle social.

A pauta de luta do movimento pode ser sintetizada em grandes blocos de reivindicações: 1) fortalecimento do espaço político das ONGs e seus fóruns estaduais de luta contra a Aids, refletindo a autonomia ativista e a sinergia com os demais movimentos sociais; 2) debate político sobre a agenda internacional da cooperação bilateral, os compromissos da ONU e de suas agências e programas; 3) controle social e fortalecimento da sociedade civil organizada, numa resistência democrática ao modelo de Estado mínimo promovido pelas políticas de ajuste estrutural; 4) proposições de políticas de prevenção, assistência e acesso a tratamento; 5) qualidade de vida das pessoas que vivem com HVI/Aids (PVHIV/Aids); 6) disputas de linhas de financiamento e de projetos a serem financiados pelo Programa Nacional; 7) ampliação dos direitos das PVHIVAids. 8) estratégias de comunicação e mobilização (ENONG 2001, 2003, 2005, 2007).

Quanto às propostas voltadas para as mulheres, destaca-se a importância de ações que busquem ampliar as pesquisas com mulheres soropositivas e de políticas mais efetivas para a saúde reprodutiva e sexual e a vivência dos direitos reprodutivos e sexuais. Desde os primeiros encontros nacionais se observava a participação de pesquisadoras e ativistas feministas filiadas à Rede Feminista de Saúde. Essa participação cresce e passa a ser visível nos painéis expositivos e na condução de plenárias. Também a RFS passa a disputar e ocupar espaços nacionais de representação política.

Um importante passo foi dado no ENONG de 2003, quando o movimento, reunido em São Paulo, posicionou-se contra a política *Abstinence, Being faithful to ones partner, and using Condoms (ABC)*, de Bush e exigiu que a Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) reparasse, com políticas efetivas de prevenção ao HIV/Aids, a enorme dívida social que mantém com as mulheres que foram esterilizadas nos anos 1960-1970. A política de controle de natalidade foi instituída por meio do uso da laqueadura como método contraceptivo, constituindo-se em uma das estratégias da Aliança para Progresso que visava o desenvolvimento e o controle político dos países na América Latina, no contexto do

avanço das movimentações comunistas-socialistas. Seus efeitos perduram até hoje, de modo que exige mudanças nas políticas de prevenção, já que o uso da laqueadura se mantém alto e as mulheres laqueadas apresentam grande resistência ao uso do preservativo.

Ao mesmo tempo, foi dado o alerta para que a sociedade civil organizada fosse mais atenta e crítica ao Projeto ABC elaborado pelo governo norte-americano para prevenção de DST/Aids, a ser aplicado nos países em desenvolvimento, que implica medidas conservadoras de mudança de comportamento, como abstinência, fidelidade e postergação do início da vida sexual.

Nesse contexto, a epidemia da Aids traz, para os movimentos sociais na área da saúde, uma cultura de diálogos e enfrentamentos, fruto da relação estreita e permanente entre ativistas e gestores da saúde. Essa forma de atuação possibilita também um acompanhamento minucioso da execução dessa política, se comparado aos modelos vigentes nas outras áreas da saúde. Entretanto, a proximidade colaborativa e construtora do internacionalmente reconhecido modelo de programa de luta contra a Aids por vezes anula ou minimiza a crítica fiscalizadora.

Tais características do movimento de luta contra a Aids no Brasil também são percebidas nos movimentos internacionais. Bastos (2006) analisa nos Estados Unidos e Europa o protagonismo contra a Aids: coube às comunidades afetadas pelo HIV formular respostas vigorosas e bem sucedidas, utilizando mobilização social, mídia, pressão sobre fontes de financiamento e governos.

O que se seguiu foi uma combinação de diálogo e confronto, sempre caminhando no fio da navalha entre a incorporação das iniciativas à agenda das agências de fomento e governos, e os riscos, por um lado, de quebra de diálogo, e, por outro, de cooptação de ativistas pelos governos e agências (BASTOS, 2006:53).

As três décadas de epidemia da Aids no Brasil foram marcadas por tensões nesse campo, apesar do estreito relacionamento entre movimento social e órgãos executivos dos governos. Cada vez mais, o movimento tem buscado realizar o controle social vinculando-se aos espaços formais do SUS, via conselhos e comissões técnicas, mantendo o diálogo com o Executivo. E se fortalecendo para

atuar nesses espaços, em específico, das políticas contra Aids, como é o caso da Comissão Nacional de Aids (CNAIDS) e da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS).

A estrutura para o exercício formal do controle social se dá através dos conselhos de saúde, bem como das comissões e dos grupos de trabalho que dele se originam. Essa estrutura é integrada legalmente ao Poder Executivo, tem caráter deliberativo sobre as políticas e ações a serem implantadas, sendo o maior espaço de pactuação de prioridades e de proposição são as Conferências de Saúde. De acordo com Maria Valéria Correia (2007:298), “na política de saúde brasileira, a expressão controle social foi concebida como participação da sociedade na definição desta política, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme a Lei 8.142/90”. Contudo, a autora afirma que os processos de reforma administrativa na saúde não foram implantados de forma global, mas de modo fragmentado e localizado, devido às resistências da estrutura organizacional que prevalece no SUS.

Correia (2007) defende em sua tese a importância das lutas políticas e das resistências dos segmentos subalternos e seus reflexos na atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por contribuir efetivamente para inibir, ou mesmo evitar a implementação de muitas dentre as recomendações contrárias à implementação do SUS. A autora afirma que estas atuações foram impulsionadas e apoiadas pelas Conferências Nacionais de Saúde e pelos Encontros e Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, em cujas mobilizações e organizações o CNS esteve presente. Contudo, ressalta que “não conseguiu influenciar de forma incisiva no modelo de assistência à saúde implementado, o qual seguiu, em parte, as orientações do Banco Mundial, nem tão pouco influenciou na determinação do montante de recursos destinados à saúde” (CORREIA, 2007: 309).

Nesse contexto, a representação do segmento de enfrentamento da Aids no CNS estava condicionada a ganhar a representação no setor de portadores de patologias, já que todas as representações de patologia disputavam uma única “cadeira” no Conselho. Carlos Duarte, ativista do movimento Aids e conselheiro de saúde representando esse setor, considera que “as discussões relativas à Aids ainda estão pouco presentes nos Conselhos de Saúde, de uma forma geral”. E

questiona “qual é o papel dos representantes do movimento de Aids e dos portadores de patologia dentro dos conselhos?” (BRASIL, 2003:43).

O processo de Integração das políticas públicas de Aids no SUS obriga a todos aqueles que militam nesta área a um entendimento maior do sistema público de saúde. Apartada do sistema oficial e com movimento comunitário tendo pouco diálogo com outros segmentos sociais na área da saúde, esta aproximação se mostra lenta e complexa, muitas vezes envolvendo conflitos e disputas (LINDNER, 2005:40).

Os documentos ressaltam que, no caso da saúde da mulher, a capacidade do movimento feminista na saúde de atuar no controle social já estava instalada no início da década de 1980, quando o PAISM foi formulado. No caso do HIV/Aids foram desenvolvidas inúmeras ações de mobilização e formação da sociedade civil para atuar na ampliação dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids, assim como em agendas que se referem às ações judiciais contra o Estado e o setor privado, com o objetivo de garantir o tratamento e benefícios sociais das pessoas vivendo com HIV ou dos doentes com Aids.

No primeiro caso, as ações funcionaram como pressão para assegurar a provisão dos antiretrovirais, garantia de assistência e eliminação de práticas discriminatórias. No âmbito dos mecanismos de controle social, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) efetuou ações entre 1996 e 1998 para superar o isolamento entre programas e os grupos gestores do SUS. O papel da Cismu é alimentar o Conselho Nacional de Saúde com questões relevantes em saúde da mulher/saúde sexual e reprodutiva que possam ser transformadas em propostas de resoluções, recomendações e moções para serem encaminhadas ao Ministro da Saúde

Ao longo de sua história, a Coordenação Nacional de DST/Aids criou uma estrutura de controle social ligada especificamente a esse setor, com comissões e comitês de discussão, articulando sociedade civil, gestores de saúde e universidades, o que, por um lado, tornou a implantação do Programa Nacional um processo mais democrático; por outro, por não ser em espaços deliberativos, o controle social, de direito, não era exercido.

A Comissão Nacional de DST/Aids (CNAIDS), instituída em 1986, objetiva assessorar o Ministério da Saúde/Programa de Combate das DST/HIV/Aids na formulação de políticas de promoção e de assistência à saúde, prevenção e fomento dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Desde a criação da CNAIDS, as Organizações da Sociedade Civil (OSCs) tiveram sua representatividade garantida por portarias ministeriais. A partir de 1994, a Portaria nº 1.028 assegurou a participação de cinco representantes de organizações não governamentais na composição da Comissão, sendo ampliada, em 2003, mais uma vaga de ONG e mais uma vaga para pessoas que vivem com HIV e Aids. Estes representantes das OSCs são indicados pela sociedade civil a partir de eleição promovida periodicamente durante os Encontros Nacionais de ONG/Aids, realizados a cada dois anos (BRASIL, 2003).

Esse é um espaço importante na definição de políticas e estratégias de ação. No entanto, até 2002, as únicas representações que tinham mandato eram as da sociedade civil. Alguns membros de segmentos médicos e de sociedade científica estão no grupo desde sua origem. Por outro lado, também não eram claros os objetivos do trabalho, já que o caráter era consultivo e, muitas vezes, membros da CNAIDS eram consultados depois de decisões tomadas, gerando muitos conflitos.

Até 2001, os temas tratados pela Comissão estavam no campo da ciência médica, gestão ou da epidemiologia. Nesse último período, foram pautados pelas ONGs temas sobre as questões mais abrangentes da epidemia da Aids, como pobreza, desenvolvimento e gênero, num esforço de criar condições para se pensar respostas para a epidemia para além dos serviços de atenção à saúde.

O Movimento de Mulheres, por meio da Rede Feminista de Saúde, apesar de não ter uma cadeira de representação direta, tem participado ativamente desse espaço de discussão nacional, com representantes de ONGs, profissionais de saúde e da academia, como também compõe o Grupo Assessor Mulheres e Aids, vinculado ao Departamento Nacional de DST/Aids.

No campo internacional, as Conferências e os Fóruns Científicos e Comunitários sobre Aids são considerados os espaços de aprendizado e de debates

políticos tradicionais do movimento. Nesses espaços a Rede Feminista de Saúde participa por meio das filiadas que trabalham nesse campo. No entanto, não aparece nenhuma referência a essas conferências e fóruns científicos nos documentos analisados.

No Fórum Social Mundial tem crescido o espaço da reflexão e ação política na luta por evidenciar a epidemia da Aids como um problema que tem mobilizado uma comunidade internacional pelo acesso universal a medicamentos gratuitos, nos debates sobre propriedade intelectual e nas disputas na OMC, com destaque para a ação da Articulação Um Mundo Uma Luta, criada em 2003 para articular o debate sobre Aids nesses fóruns sociais. Também nesse espaço, assim como, nos “espaços” criados pelo feminismo nos FSMs, como o Planeta Fêmea e os Diálogos Feministas, observa-se a ausência do debate sobre mulheres e Aids.

No âmbito internacional os movimentos contra Aids têm se articulado em protestos antiglobalização, com ênfase nos Tratados Relativos aos Aspectos Relativos aos Direitos de Propriedade Intelectual (TRIPS, sigla inglesa), nos quais as patentes de medicamentos são contestadas em nome dos direitos humanos. Os tratados de patentes privatizam a produção de medicamentos antiretrovirais, já que os direitos de propriedade intelectual estão concentrados em multinacionais de interesse privado. Desta forma, o uso de medicamentos que salva vidas de pessoas com Aids é submetido à lógica do capital, e a gestão da política pública torna-se refém dos laboratórios e indústria farmacêutica. Pode-se afirmar que o êxito dos avanços científicos e das lutas sociais travadas nesse campo, possibilitou a universalização do acesso aos medicamentos no Brasil através do SUS, o que significou diminuir a morbi-mortalidade e transformar a Aids numa doença crônica.

Outra agenda de destaque é a mobilização em torno do monitoramento da UNGASS 2001, que estabelece metas para o avanço no combate às desigualdades de gênero e à pobreza que são acompanhadas pelas organizações da sociedade civil através de pesquisas e fóruns regulares. Observa-se que apesar da mobilização da sociedade civil, e da valorização dos monitoramentos como instrumento de pressão sobre as políticas públicas, os impactos relacionados às políticas de igualdade de gênero não rompem as estruturas patriarcais intrínsecas ao sistema de

saúde. As respostas dos movimentos sociais e do governo circunscrevem-se na vinculação da Aids determinada pela violência de gênero e na manutenção das mulheres no lugar da reprodução.

Para as mulheres que vivem com HIV/Aids, a iniciativa inovadora do Movimento Aids foi o surgimento da organização de mulheres soropositivas através do projeto Cidadã Positiva. Uma estratégia de fortalecimento da sociedade civil no âmbito do Programa Nacional de DST/ Aids, cuja principal ação foi a capacitação de mulheres soropositivas para atuarem no controle social e na proposição de políticas públicas. O objetivo do governo foi incentivar o debate, proporcionando reflexão e uma compreensão do papel social das mulheres atingidas pela epidemia nas ações de prevenção e controle de DST/Aids, além de inseri-las nos serviços de saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida dessa população. Também aqui encontramos as contradições nas relações entre movimento social e governo.

O projeto Cidadãs Positivas é criado pelo Programa Nacional de DST/HIV/Aids para fomentar o controle social e fortalecer a sociedade civil, ou seja, a gestão governamental cria e apoia financeiramente o surgimento desse projeto para as mulheres atuarem como movimento social. A iniciativa avança na formação política das mulheres soropositivas e ocupa um vazio de participação dessas mulheres que criticavam as ongs Aids, o movimento Aids, e a rede de pessoas que vivem com HIV/Aids de serem sexistas, assim como o movimento feminista de não abrirem espaço para o tema da Aids. No entanto, tal processo não reverberou na visibilidade do sujeito político - mulheres vivendo com HIV/Aids. Observa-se nos documentos estudados que as Cidadãs Positivas ficam subsumidas nos movimentos Aids e invisíveis no movimento feminista. Uma explicação pode ser pelo sexismo dos movimentos; pelo bloqueio feminista à Aids; ou pela ambiguidade das Cidadãs ora vinculadas e comprometidas com o governo, ora reivindicando direitos como movimento social.

No que se refere à formulação de políticas públicas para as mulheres, a Rede Feminista de Saúde elaborou, em 2004, os documentos *Igualdade de gênero na promoção da segurança humana no contexto do HIV/Aids* e *Gênero e Aids – uma política a ser construída*, com o objetivo de subsidiar o projeto da UNIFEM para o

enfrentamento da Aids no Brasil. Tratava-se de um diagnóstico sobre Mulheres e Aids no Brasil, nos seus aspectos sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, como também as políticas públicas existentes e respostas da sociedade civil organizada (ROCHA & DANTAS, 2003).

A metodologia de produção do diagnóstico foi a de sistematização de dados de base e de dados publicados em documentos governamentais e não governamentais, onde foram analisadas a pertinência e inserção da abordagem de gênero, explicitando respostas governamentais e do movimento social na busca de diminuir a vulnerabilidade das mulheres frente à epidemia da Aids.

O estudo realizado por Rocha & Dantas (2003) para a RFS considera os seguintes itens: 1) análise sobre a vulnerabilidade das mulheres, o contexto político e as tendências de crescimento da epidemia; 2) dados sobre desigualdades socioeconômicas das mulheres no Brasil, numa abordagem de gênero; 3) o perfil das mulheres diante da epidemia da Aids, dados epidemiológicos e incidência nos municípios; 4) respostas governamentais: as políticas de saúde para mulheres e Aids, tanto do Programa Nacional de DST/AIDS como do Programa de Saúde da Mulher e das políticas setoriais para Criança e Adolescentes, e políticas relacionadas com o mundo do trabalho; 5) agenda do controle social, seus mecanismos de monitoramento e proposição de políticas públicas; 6) legislações; 7) respostas sociais – quem são as redes, ONGs e articulações do movimento de mulheres que atuam no campo da Aids e quais são suas agendas; 8) respostas internacionais com propostas para enfrentar a epidemia da AIDS, documentos das Conferências do Ciclo da ONU:Cairo 94, Pequim 95, Durban 2001 e UNGASS 2001 e recomendações de ações para governos e sociedade civil organizada .

As recomendações deste documento consideram a importância dada à participação e ao controle social das mulheres na elaboração, implementação e avaliação das políticas relacionadas às DST/HIV/Aids e incorporam a análise de gênero como ferramenta fundamental na luta contra a epidemia da Aids.

Do ponto de vista metodológico três ações são prioritárias: 1) produção de conhecimento com estudos e pesquisas que fomentem a prática da luta social, 2) ações educativas que contribuam para o fortalecimento de sujeitos e 3) articulação

política no campo governamental e não governamental formando atores sociais. Essas ações integradas trazem sinergia à busca por transformação social e cultural e fortalecem o campo do movimento social.

Nesse sentido, algumas estratégias de ação apontadas por Rocha & Dantas (2003) são fundamentais:

- Desenvolver estudos e pesquisas sobre as principais causas de vulnerabilidade das mulheres e jovens, especialmente nos municípios de médio porte, onde a epidemia tem crescido, considerando a equidade racial, étnica e de orientação sexual;
- Desenvolver com os diversos institutos de pesquisas, análises socioeconômicas com recorte de gênero, geração e “raça” considerando os indicadores de Aids;
- Estimular a promoção de políticas públicas relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, com equidade racial, étnica e de orientação sexual, considerando as especificidades das mulheres portadoras de deficiência, profissionais do sexo, estimulando a definição de estratégias de prevenção às DST/Aids e de assistência às mulheres soropositivas;
- Promover debates públicos e amplos que pactuem metas e estratégias para enfrentar a feminização, pauperização e interiorização da pandemia do HIV/ Aids , articulando ações no Legislativo, Executivo e Judiciário;
- Realizar ações educativas e de formação com uma perspectiva feminista para ativistas e lideranças do movimento de mulheres, que trabalham na luta contra a pandemia da Aids.

Tais propostas, apesar de terem sido elaboradas pela RFS em 2003, usadas como referência para a formulação da Política Nacional de Enfrentamento da Feminização da Aids em 2007, não repercutiram nos documentos posteriores do movimento feminista. O que indica as dificuldades da Rede em construir avanços políticos e metodológicos para enfrentar a epidemia da Aids.

Para finalizar este capítulo, apesar das desigualdades sociais e de gênero, e das questões raciais que inferem riscos de adoecimento e morte para parte da população, é necessário reconhecer que o movimento de luta contra a Aids fez uma trajetória no Brasil exitosa em muitos aspectos. Valorizou a produção de conhecimento e a publicização dos direitos das pessoas que vivem com Aids, além de ter enfrentado estigmas e preconceitos, ensinando que viver com HIV/Aids é um exercício de cidadania. Também se ressalta a ação ativa e crítica na proposição de políticas públicas, numa relação estreita entre as esferas dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Contudo, a adoção de tais estratégias ocorre no complexo período dos anos 1980-2000, sob a influência do capitalismo neoliberal que determina caminhos minimalistas para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) principal *locus* para uma epidemia que exige respostas no âmbito das políticas públicas.

No âmbito, dos movimentos sociais tal conjuntura é um dos campos explicativos para a fragmentação da ação política dos sujeitos que lutam contra a epidemia da Aids. Tais movimentos também são marcados pelo conservadorismo e sexismo que orientam suas escolhas e práticas políticas. Tomamos como exemplos os silêncios do feminismo sobre o tema prostituição e de dialogar com o movimento LGBT, assim como dos movimentos no campo da Aids de dialogar com o feminismo.

Nos próximos capítulos será aprofundada a análise sobre as relações entre Estado e sociedade civil e seus impactos no enfrentamento da epidemia da Aids. Como anunciado anteriormente, o caminho a ser trilhado terá como ponto de partida a interlocução entre a dialética gramsciana e a perspectiva do feminismo socialista para analisar o contexto das políticas de saúde no Brasil e a atuação do movimento nesse campo.

## **Capítulo 2**

## **2. Saúde no Campo de Lutas Democráticas**

A epidemia da Aids pode ser entendida dentro de um sistema de relações específicas inseridas no modo de produção capitalista. Ou seja, a epidemia da Aids é aqui analisada como um sistema relacional - um ponto, um alongamento ou cristalização da contradição do sistema capitalista e patriarcal.

Nesta perspectiva, a Aids está relacionada ao modo como é reproduzida a realidade. Entendendo a realidade como percepção sensorial que aparece como algo diferente do que é. A realidade se apresenta de tal forma que a totalidade não se realiza, cada parte apresenta-se com sua racionalidade, e essas são espaços de apropriação material e espiritual (GRAMSCI, 2004).

A Aids torna-se um exemplo de como essa racionalidade é disputada por família, igreja, governo, escolas, movimentos sociais. Nesse campo reproduz, à semelhança de outras dinâmicas da sociedade, a disputa por hegemonia relacionada com a opacidade da realidade.

A Aids é objetivada a depender dos interesses subjacentes ao campo político que está em disputa. Nessa direção, as relações de poder criam posições e estratégias para agir sobre uma realidade que não é concreta, nem real. Observam-se os múltiplos sentidos da epidemia, ou as múltiplas determinações que conferem a urgência de enfrentar a epidemia; confundem-se com a racionalidade dos projetos, programas e convênios, limitando as possibilidades de respostas institucionais ou de mobilizações sociais mais complexas.

Um caminho de interpretação pode ser encontrado em Gramsci (2004), no qual a reprodução social, e suas determinações, estão relacionadas em distintas fases do desenvolvimento das forças produtivas. Entretanto, o autor explica que a análise concreta de uma conjuntura histórica e social não pode reduzir-se a um enfoque exclusivamente economicista e classista é preciso incorporar outras dimensões das relações sociais, como a cultura ou a dimensão geracional. Tal perspectiva aproxima-se da ideia de que as doenças são produzidas socialmente.

Neste sentido, o conceito do `direito´ deverá ser ampliado de sanções e obrigações e nele incluídas as formas de agir da sociedade civil, suas formas de obter resultados, de mudar costumes e práticas. Em Gramsci, o intelectual é todo aquele que organiza a sociedade e elabora o desenvolvimento histórico. Para Gramsci, “seria possível dizer que todos os homens são intelectuais, mas nem todos os homens têm na sociedade a função de intelectuais” (GRAMSCI, 2004:18).

Tomando as relações de poder que permeiam a epidemia da Aids, localizamos como exemplos, de um lado, as políticas governamentais e cientistas; do outro, as pessoas que vivem com HIV/Aids; na mediação estão ativistas e representantes de movimentos sociais portadores ou não do vírus. Nesse contexto por mais que ativistas da Aids e do feminismo busquem romper essa dicotomia (que não é uma relação linear), o sujeito de poder continua no saber científico e nas políticas governamentais.

Esse poder tem conexão com a sociedade na produção e reprodução social. É constituído com muita complexidade e é despersonalizado e descorporificado. Ou seja, não é a pessoa que corporifica o poder, mas sim onde e como o ser reage às situações. O/A ativista pode ter o conhecimento entre seus pares, mas é submetido/a ao saber médico e às determinações das políticas governamentais. Se, por exemplo, cientistas encontrarem a vacina anti-HIV, a Aids deixará de ser uma doença de múltiplas determinações e voltará a ser um problema biologizado e medicalizado? (ACANDA, 2000)

Numa visão ampliada, essas relações de poder repercutem nos processos saúde-doença. Concordando com Freire Costa (2004), as doenças são resultados das doenças da sociedade. Na próxima sessão será aprofundada a perspectiva segundo a qual o Estado é subordinado ao sistema capitalista contemporâneo, os problemas sociais se complexificam, agudizando as expressões da questão social – violência, fome, desemprego, relações de poder desiguais entre homens e mulheres, adoecimentos e mortes evitáveis.

## **2.1. Respostas governamentais para enfrentar à epidemia da Aids**

O primeiro caso de Aids no Brasil foi notificado em 1982, mas já em 1981 apareciam as primeiras matérias na mídia brasileira sobre uma doença que era denominada “câncer gay”. Em 1985, foi desenvolvido o primeiro programa de controle da epidemia da Aids, de âmbito estadual, em São Paulo. Em 1986, foi formulado o Programa Nacional de DST/Aids, sendo criada a Divisão Nacional de Controle de DST e Aids do Ministério da Saúde. Internacionalmente, estava sendo criado o Programa Especial de Aids da Organização Mundial da Saúde (OMS), também em 1986.

Uma apreciação preliminar sobre estas iniciativas permite afirmar que elas se constituíram nas primeiras respostas institucionais à problemática da Aids, pressionadas por dois fatores: a dimensão da epidemia em todo o mundo e o surgimento de organizações da sociedade civil. Estas, inicialmente, foram chamadas de organizações comunitárias por articularem respostas das pessoas que viviam com Aids, pesquisadores/as, profissionais de saúde, militantes de movimentos sociais, dentre outros, que apresentavam propostas e sugestões de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da epidemia.

Em 1988, quando já se evidenciava a expansão da epidemia da Aids no país, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis foi renomeado Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids). Naquele ano, o Ministério da Saúde iniciou o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas relacionadas à Aids.

O incremento da política brasileira de prevenção e tratamento das DSTs e do HIV/Aids se deu nos anos de 1992 e 1993, quando houve um esforço de articulação com outros programas de saúde. Em 1994, iniciativas apoiadas com os recursos dos

SUS e de projetos junto ao Banco Mundial, iniciaram uma nova fase para a consolidação do Programa Nacional de Combate as DST/ HIV/Aids.

O projeto Aids I foi o primeiro acordo de empréstimo, com valor de U\$ 160 milhões do BIRD, sendo a contraparte nacional de U\$ 90 milhões, com vigência de 1994 a 1998. Tinha como objetivo reduzir a incidência e a transmissão do HIV/DST e fortalecer as instituições públicas e privadas para o controle da epidemia. A aprovação desse empréstimo financiou as ações de prevenção e tratamento; desenvolvimento institucional e vigilância epidemiológica do HIV/Aids. Duas áreas eram prioritárias: o controle de sangue e hemoderivados e as iniciativas voltadas para os usuários de drogas injetáveis — em geral, jovens - que incluem seringas descartáveis (BRASIL, 2003).

Foi estabelecida uma rede nacional de suporte laboratorial e implantadas redes nacionais de Centros de Testagem e Aconselhamento e de alternativas assistenciais<sup>11</sup>; consolidando a rede nacional de direitos humanos em DST e Aids. Todas essas estratégias estavam articuladas em diferentes esferas do governo, com ampliação e consolidação de parcerias com organismos internacionais, ONGs, organizações comunitárias e setor privado.

As ações de prevenção visavam à mudança de comportamento através de diversas estratégias dirigidas para populações vulneráveis. Tais ações eram implementadas em grande medida pelas organizações não governamentais, através de seleção de projetos localizados em todo o território nacional. Durante o Aids I, do total de 437 projetos selecionados, 39 estavam voltados para a população feminina, com ênfase na prevenção - informação e treinamento de habilidades para o uso do condom - e. com menor ênfase para as mulheres portadoras do HIV. Essa tendência é observada também nos convênios seguintes.

Em 1996, por causa do sucesso do uso combinado dos antirretrovirais para a melhoria da qualidade da saúde dos portadores do HIV, “o governo brasileiro ampliou a distribuição de medicamentos para todos os pacientes com Aids”,

---

<sup>11</sup> Em 1997, no mesmo ano em que morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, que tinha hemofilia e foi contaminado por transfusão de sangue, foi implantada a Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV em terapia com antirretroviral, com a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4 (células que fazem parte do sistema de defesa do organismo ou sistema imunológico).

destoando das recomendações do Banco Mundial, que afirmava que “as terapias antirretrovirais seriam pouco eficazes em termos de custo, e um subsídio exagerado aos pacientes com Aids” (PARKER – 2001:126).

Mesmo assim, o Banco aprovou o segundo empréstimo em 1998. O convênio Aids II foi implementado de 1999 a 2003, com recursos de U\$ 165 milhões do BIRD e U\$ 135 milhões de contrapartida nacional. Tinha como objetivo diminuir a incidência da infecção do HIV/DST e melhorar a assistência para as pessoas que vivem com HIV/Aids, através da qualificação de acesso, diagnóstico e tratamento. O projeto agregou outras metas, como a descentralização das ações de saúde relacionadas à Aids, o desenvolvimento de tecnologia para as ações de prevenção e fortalecimento da gestão.

Em 1997, o Programa seria renomeado como Coordenação Nacional de DST/Aids. Em dezembro de 2002, com o objetivo de descentralizar as ações de saúde relacionadas ao HIV, o governo edita a Portaria nº 2313, instituindo o incentivo para estados, Distrito Federal e municípios. O repasse dos recursos passa a ser realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos Fundos Estaduais, municipais e do Distrito Federal, em conta específica, aberta automaticamente pelo FNS.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), os recursos transferidos pelo FNS passam a ser movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização dos respectivos conselhos de saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União, conforme Artigo 3º do Decreto Presidencial nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Em dezembro de 2002 o governo edita também a portaria nº 2314 que dispõe sobre os instrumentos e as Orientações Técnicas Específicas para:

- I. elaboração dos Planos de Ações e Metas;
- II. aplicação dos recursos relativos ao Incentivo;
- III. estabelecimento de parcerias com as Organizações da Sociedade Civil (OSCs);

- IV. pactuação sobre a política de disponibilização de preservativos masculinos e medicamentos para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e infecções oportunistas relacionadas à Aids, a ser realizada pelas Comissões Intergestores Bipartite de cada estado.

O Aids III cobriu o período entre 2004 e 2006, com o valor de U\$ 100 milhões do empréstimo junto ao BIRD/ BM e U\$ 100 milhões de contrapartida nacional. Também visava diminuir a incidência do HIV/DST, melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids e promover a resposta nacional.

Principais desafios do convênio eram o aprimoramento do monitoramento dos pactos entre estados e municípios relativos à distribuição de preservativos, de medicamentos contra DSTs e infecções oportunistas. Aprimoramento do sistema de monitoramento e inserção do monitoramento na gestão dos programas de DSTs e Aids. Adequação ao atual contexto do SUS: nos planos de saúde estaduais e municipais e na Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2006).

No ano de 2009, o Programa Nacional de DST/Aids é transformado em departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais é integrado a ele após a reestruturação do Ministério da Saúde. Nesse período, a gestão nacional da política de prevenção às DSTs/HIV/Aids estava estruturada em três grandes eixos: prevenção, assistência e vigilância epidemiológica, sendo a promoção e o respeito aos direitos humanos componentes transversais.

Só em 2010 é que foi assinado o empréstimo Aids IV, um acordo de U\$ 200 milhões, U\$ 67 milhões pelo Banco Mundial e uma contrapartida nacional de US\$ 133 milhões. Ao longo do tempo aumentou a contrapartida nacional e diminuiu o valor do empréstimo do Banco Mundial. Os recursos são destinados para o enfrentamento da Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Esta é a primeira vez que o repasse de recursos é condicionado ao cumprimento de metas estabelecidas até 2014 (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), as ações serão implementadas na modalidade de incentivos aos estados e municípios, como financiamento de

bolsas, sistema de premiação e sanções baseadas em resultados. Nesse convênio o projeto é chamado Aids-SUS e tem como meta o aumento do acesso ao diagnóstico e a preservativos pelas populações consideradas mais vulneráveis – homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas -, além da expansão de testes de HIV e sífilis entre gestantes.

O Ministério da Saúde (2010) informa que nesse período de vigência dos convênios, o Banco Mundial já repassou quase US\$ 500 milhões (R\$ 835 milhões) para o Brasil em três empréstimos anteriores. O resultado foi a redução de quase 8% da incidência da Aids nos últimos sete anos e a queda de quase 48% na transmissão do vírus da mães para filhos nos últimos dez anos.

Foram desenvolvidas áreas da assistência com o objetivo de garantir políticas eficazes ao indivíduo infectado pelo HIV, portadores de DST e população em geral, para que tivessem acesso aos procedimentos de diagnósticos e tratamento na rede pública de saúde. A estruturação da assistência compreende Centro de Referências Nacionais e serviços locais e regionais credenciados. Também está implantada uma rede de alternativas assistenciais com serviços ambulatoriais especializados, hospitais-dia e assistência domiciliar terapêutica.

O Fundo a Fundo paga os recursos para exames de CD4 e de carga viral, compra de insumos, como preservativos e fórmula substitutiva do leite materno. Os procedimentos individualizados de diagnóstico, acompanhamento ambulatorial e internação são regulados pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001).

Na política de incentivo, estados e municípios têm que definir um Plano de Ação e Metas (PAM) e destinar 10% dos seus recursos para as ações das ONGs, num montante anual de R\$ 10 milhões, através de seleção pública ou convênios estratégicos. Uma das estratégias de sustentabilidade da política nacional era apoiar o fortalecimento de redes e a participação das organizações e representações da sociedade civil nas instâncias de participação nacional.

Dos recursos para prevenção do Fundo Global para Aids, Malária e Tuberculose, em cinco anos só foram gastos 60% para implementar a metodologia

do *Abstinence-only, Be faithful, use a Condon (ABC)*. A política ABC – *Abstinência antes do casamento, fidelidade monogâmica e uso do condon quando necessário* -, não faz avançar temas como orientação sexual, contraceptivos, práticas sexuais seguras. A proposta, implementada em muitos países africanos e na América Latina, não aborda a redução de danos para usuários de drogas, nem ações para as profissionais do sexo. O foco é heterossexual, com sexo no casamento e virgindade como valor pré-nupcial (SUSSER, 2009).

A política ABC influenciou as estratégias de prevenção em todo mundo. No Brasil, a história foi diferente. Pressionado pelos movimentos sociais na mobilização iniciada no ENONG em 2003 e pelos princípios de direitos humanos e liberdades sexuais que orientam a política nacional, o governo brasileiro negou o convênio com a USAID. Foi considerada pelo governo e por movimentos sociais uma política restritiva e que negligenciava temas que já haviam avançado no Brasil, particularmente, no que diz respeito à educação sexual para livre escolha acerca de quando ou com quem fazer sexo, desde que protegido. Assim como o trabalho feito com profissionais do sexo, LGBT e usuários de drogas (ENONG, 2003).

### **2.1.1. Viver com Aids - Direito ao tratamento**

Em 1996, o surgimento do esquema de terapia antirretroviral trouxe, não só a esperança para pessoas viverem com HIV/ Aids mas, principalmente, agiu no plano simbólico: a Aids não era mais sinônimo de morte. O tratamento com ARVs, popularmente conhecido como “coquetel”, permite melhoria de qualidade de vida.

Entretanto, viver com Aids usando o “coquetel” trouxe novos desafios, porque essa vivência também está permeada de desigualdades oriundas das determinações sociais. Como afirma Vieira (2010:2),

[...] a qualidade de vida tem a ver com a precedência da igualdade sobre a liberdade, considerando que as necessidades sociais devem ser satisfeitas de acordo com um padrão moral e legal de justiça distributiva estabelecido previamente.[...] Assim, a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids está estreitamente associada às políticas sociais e aos serviços públicos garantidos por cada nação, em resposta às lutas sociais, portanto, uma história situada e datada (VIEIRA, 2010:2).

No Brasil, para a cobertura dos medicamentos antirretrovirais são utilizados recursos federais, enquanto que o tratamento da maioria das doenças oportunistas e das DSTs é coberto pelos estados e municípios. A assistência é também um componente das ações básicas de saúde executadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Desde 1991, o SUS oferece universalmente o AZT. O Brasil passou a produzi-lo em 1993. Nos anos seguintes, passou a disponibilizar inibidores de protease e inibidores de transcriptase reversa que dificultam a multiplicação do HIV no organismo, aumentando as escolhas de tratamento. Os estudos revelavam que a combinação de drogas reduzia a progressão da infecção, mas o custo do tratamento em 1995 era de US\$ 10 mil a US\$ 15 mil por ano.

A Lei Sarney - 9313/96 - fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da Aids. Naquele mesmo ano, é disponibilizado o AZT venoso para gestantes na rede pública. Nos anos seguintes, o Brasil incluiu os antirretrovirais no tratamento, em 1999 já eram fornecidos 15 tipos de ARVs. O Brasil pôde fabricar os medicamentos até 1998. A assinatura do TRIPS, entretanto, permitiu a manutenção dos que já eram produzidos nacionalmente, mas impediu a produção dos novos ARVs.

Em 2009 o Brasil assinou a licença compulsória para o Efavirenz. Em 2010, passou a produzir o genérico do Tenofovir, resultado da luta da sociedade civil e do governo que contestou na justiça a nova patente do medicamento. Desta forma, em 2010, o Brasil passou a produzir 10 dos 20 medicamentos oferecidos. O Tenofovir é um dos medicamentos mais caros usados no tratamento de pacientes com Aids. Segundo dados da ANVISA (2011 ) em 2008, sozinho, ele representava 10% dos gastos com remédios do programa nacional. Em 2010, o Brasil gastou R\$ 577,6

milhões na compra de antirretrovirais importados e R\$ 224,9 milhões na fabricação de nacionais. O preço inicial do tenofovir nacional será de R\$ 4,02.

Como veremos nos capítulos seguintes, tal processo se articula com setores da macropolítica através de acordos como os instituídos pela Organização Mundial do Comércio (OMC) e nos Tratados de Livre Comércio (TLCs).

No contexto internacional, fruto da pressão da comunidade internacional – ativistas, profissionais de saúde, cientistas e governos –, foi lançado em 2003 pelo Presidente dos EUA, George Bush, o Fundo Global - programa de emergência para o combate à Aids em 15 países selecionados. O fundo era destinado para prevenção e tratamento. Susser (2009) relata que dos recursos para tratamento, 55% do valor estava destinado às patentes farmacêuticas, mesmo sendo drogas genéricas, enquanto que 20% estavam assignados para prevenção, 15% para os cuidados de saúde, 10% para órfãos.

Em 2006, o Ministério da Saúde no Brasil fez um acordo para reduzir em 50% o preço do antirretroviral Tenofovir, representando uma economia imediata de US\$ 31,4 milhões por ano. Fortemente pressionado pelo movimento de luta contra Aids, em maio de 2007, o Brasil decretou o licenciamento compulsório do Efavirenz. Nesse mesmo ano foi assinado acordo para reduzir preço do antirretroviral Lopinavir/Ritonavir. Reflexo das lutas da sociedade civil organizada em todo mundo, em um ano, a UNITAID<sup>12</sup> reduziu preços de medicamentos antirretrovirais em até 50% (UNITAID, 2009).

O Brasil tem editado leis, portarias e pareceres, que asseguram os direitos das pessoas soropositivas<sup>13</sup>. O Parecer nº 05/89, do CFM, proíbe a realização de

<sup>12</sup> UNITAID: trata-se de um Fundo para a saúde, vinculado à Organização Mundial da Saúde e que visa contribuir para o alcance das Metas do Milênio (United Nations Millennium Development Goals), tendo a missão de ampliar o acesso a medicamentos para tuberculose, malária e HIV/Aids e baixar os preços das drogas ARVs.

<sup>13</sup> Avanços no plano normativo são observados em mudanças na legislação brasileira pelo Congresso Nacional, entre 1995 e 1998, em relação aos Direitos das Mulheres: Decreto Legislativo nº 26/94 de 23 de junho 1994 – determina a suspensão das reservas interpostas pelo governo brasileiro à assinatura da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher; Lei nº 9.029/95 de 13 de abril de 1995 – proíbe a exigência de atestados de gravidez e de outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho (a proibição inclui "exigência de teste, exame, atestado, perícia, laudo, declaração ou qualquer outro procedimento relativo à esterilização ou estado de gravidez; indução ou instigação à esterilização, controle de maternidade, etc. e determina penas"). Outras leis: **a)** Lei nº 9.459/97 — altera os artigos 1º e 20º da Lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989, que define os crimes de preconceito de raça ou de cor. **b)** Lei 7.670, de 1988, garante a licença para tratamento de saúde e utilização de recursos financeiros coletivos, recolhidos pelo governo, para uso dos trabalhadores com Aids (recursos do PIS/PASEP e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS). **c)** Lei nº 7.713, de 1988, libera pessoas HIV/Aids positivas de pagar taxas previdenciárias após sua aposentadoria. **d)** Lei nº 8.742 de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social, possibilita o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) de um salário mínimo às pessoas com deficiências que as impedem de trabalhar por

teste sorológico para Aids como exame admissional. A Portaria Interministerial nº 869/92, proíbe a testagem para detecção do vírus HIV nos exames pré-admissionais e periódicos de saúde dos servidores públicos, entretanto, na prática, estes dispositivos legislativos têm sido sistematicamente descumpridos. As Forças Armadas, por exemplo, têm afastado pessoas soropositivas do trabalho.

### **2.1.2. Políticas Públicas: Mulheres & Aids**

Apesar da epidemia de Aids ter atingido as mulheres desde o início dos anos 1980, com a primeira notificação em 1983, apenas em 1994 o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/Aids organizou as primeiras ações para enfrentar o problema. Na segunda metade dos anos 1990 foram lançadas as primeiras campanhas dirigidas às mulheres e estiveram voltadas para a negociação do uso do preservativo com seus parceiros e posteriormente as mensagens estavam voltadas para o incentivo ao seu uso.

Nestas primeiras campanhas, que se prolongam até os anos iniciais da década de 2000, a exemplo da campanha “Não leve Aids para casa”, não estavam contempladas mensagens para as mulheres com parcerias fixas, consideradas até então protegidas do avanço da epidemia por força do casamento monogâmico – tanto quanto a fidelidade - herdeiros do catolicismo e parceiros do mito do amor romântico: onde há a ideia de fusão e/ou complementaridade entre dois seres que se transformariam em um terceiro – o ‘uno’, o ‘completo’ (FREIRE, 1998). Já aqui fica patente a mediação da cultura sexista e não laica do Estado, somente contraposta pela evidência do avanço da infecção do HIV em mulheres casadas e monogâmicas.

---

sua própria sobrevivência. e) Lei nº 11.199, de 2002, proíbe a discriminação de crianças em escolas e pessoas no trabalho, por ter Aids, assim como a realização obrigatória de testes em funcionários públicos. f) Lei nº 9.313, de 1996, garante a distribuição gratuita de antiretrovirais a todos os que necessitaram seu uso. Lei nº 10.409 de 2002 institui a política de redução de danos entre pessoas vivendo com HIV/Aids.

Berquó (2008) revela na pesquisa realizada pelo CEBRAP/ MS em 2008 que a média de parceiros entre mulheres é baixa, que elas ainda se sentem fora do risco e, portanto, sem necessidade de serem mais enfáticas no uso de estratégias de prevenção. Informa que há diferenças regionais, a exemplo do grau de conhecimento sobre Aids que é mais baixo nas regiões Norte e Nordeste.

Frente a essas questões tanto as políticas nacionais quanto a agenda de proposições das mulheres com lutas no âmbito da saúde reafirmam uma estratégia voltada para a reprodução - relacionadas à contracepção, gravidez e parto, mortalidade materna, gravidez em mulheres soropositivas, testagem e prevenção da transmissão vertical – e uma ausência de ações voltadas aos temas que permeiam a Aids frente as sexualidades e conjugalidades.

O silêncio é a realidade de muitas mulheres nesses trinta anos de epidemia. Resultado do “silêncio” nos serviços de saúde reflexo da baixa resposta governamental relacionada às políticas com abordagem de gênero. No caso das mulheres com Aids, a reprodução biológica é permeada de dores e estigmas. Tomamos como exemplo a experiência da segunda gravidez de Josefa que acontece em meados dos anos 1990. Josefa aponta questões relacionadas à vivência do HIV/Aids, que não são tratadas nos documentos analisados seja no plano governamental, seja da movimentação da sociedade civil.

[...] descobriu que tinham dois corações batendo. Foi mais um choque. Cada profissional que lidava comigo me criticava e me culpava. Eu senti muito mal com todas estas críticas. [...] Toda a gravidez e parto foi muito difícil. Não podia ter cesariana porque os bebês estavam nascendo quando cheguei ao hospital. O parto foi normal por negligência do obstetra e do hospital. Na hora do parto a médica-chefe ficou longe de mim e dirigia o pessoal, mas ela não me tocava. Ela não quis mexer com a placenta. A pediatra, por outro lado, foi muito simpática e carinhosa comigo. O hospital não tinha medicamentos para tratar HIV. Aconselharam que não deveria dar de mamar. Eu usava faixas. Tinha que esperar três dias para receber a medicação que faz secar o leite. As crianças foram separadas de mim. Sofri de uma forma terrível. As mulheres na enfermaria perguntavam por que eu não estava amamentando meus bebês, e era muito constrangimento. No segundo dia depois do parto me disseram que eu devia por os lençóis com manchas de sangue num balde especial, em que foi escrito ‘lixo tóxico’, mas no primeiro dia logo depois do parto os lençóis com sangue foram misturados com os outros lençóis da enfermaria. Tudo isso aconteceu à frente das outras mulheres (HEAD & ROCHA, 2011:22).

Com o crescimento da incidência do HIV entre mulheres, no campo da assistência, a Coordenação Nacional de DST/Aids concentrou a atenção na prevenção da transmissão vertical do HIV. Assim, tal problemática colocou no centro da atenção a necessidade de uma melhoria das políticas de assistência ao pré-natal, visando à prevenção da transmissão vertical e uma série de outros aspectos importantes associados à saúde reprodutiva.

A estratégia principal do Ministério da Saúde foi a recomendação e o oferecimento do teste a todas as gestantes, tendo sido treinadas as equipes ambulatoriais e de saúde básica para ações de aconselhamento pré e pós-teste. Para assegurar a eficácia e a qualidade nas ações de prevenção e tratamento, a Coordenação Nacional de DST/Aids também implantou centros de treinamento para profissionais de saúde em todo o País, com uma diretriz específica para qualificação dos laboratórios e apoio a projetos de pesquisas desenvolvidos por universidades.

Dentre as prioridades constantes do pacto da saúde, assinado pelas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal) está o incentivo para o pré-natal e o controle da mortalidade materna. Alguns impactos foram verificados, segundo Arilha (2002), as consultas de pré-natal passaram de 1,8 milhões em 1994 para 7,6 milhões em 1998. O maior aumento (79%) ocorreu de 1997 para 1998, devido à inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que deve ser desenvolvido pelos municípios para que estes pudessem receber recursos diretamente do governo federal e desenvolver suas estratégias de prevenção primária. Em 1998, a média foi de três consultas/gestantes e a meta de seis consultas de pré-natal foi introduzida em 1999.

Desde 1997, a estratégia para diminuir a transmissão do HIV da gestante para o bebê adotou as seguintes iniciativas: recomendação do teste de HIV em todas as gestantes atendidas nos serviços; realização de treinamento, em todo o território nacional, de equipes ambulatoriais e de saúde básica para ações de aconselhamento pré e pós-teste, procurando identificar as unidades que pudessem funcionar como referência; acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV, com os procedimentos terapêuticos, com disponibilização do AZT, indicado na prevenção

da transmissão vertical, quando o HIV é passado da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação.

No período de 1998 e 1999 o Ministério da Saúde promoveu várias medidas de incentivo ao acesso ao pré-natal e de incremento de sua melhoria. Criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento/PHPN.

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 569 de 2000, dirigido às mulheres gestantes, aos recém-nascidos e às mulheres no pós-parto. A principal estratégia do PHPN é a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos humanos e sob responsabilidade dos três níveis do SUS (federal, estadual e municipal).

Entre as recomendações do Programa, encontra-se a oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50.000 habitantes. É importante ressaltar, no entanto, que segundo o documento é apenas uma recomendação a ser acatada pelo gestor municipal.

O PHPN instituiu o SISPRENATAL - um software desenvolvido pelo DATASUS para os municípios que aderiram ao programa, de uso obrigatório, que serve para monitorar o programa pelos gestores do SUS. Até maio de 2003, 4.112 municípios aderiram ao programa, num total de 487.812 mulheres cadastradas e 26.419 consultas realizadas (BRASIL, 2003).

Em 2002 o Ministério da Saúde criou o Projeto Nascer, com objetivo de avançar no controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita e reduzir a morbi-mortalidade associada à esta doença. Sendo uma ação integrada entre a Área de Assistência à Saúde Reprodutiva das Mulheres e a Coordenação Nacional de DST/Aids, as ações do Projeto Nascer são dirigidas às mulheres no momento do parto, ou seja, durante sua estada na maternidade são oferecidas, após aconselhamento, realização do teste rápido para detecção da infecção pelo HIV para todas as gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal. Caso o teste seja reagente, devem ser realizadas, imediatamente, as medidas terapêuticas cabíveis.

O Projeto Nascer engloba ainda a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV, filhas de mães com sorologia positiva para o HIV, reduzindo a probabilidade da transmissão vertical do HIV (Portaria nº 2104/GM de 2002).

Em que pesem os avanços da assistência ao pré-natal e a estratégia de coibir a transmissão vertical, questiona-se a qualidade do atendimento, a cobertura de saúde mental, a ausência dos homens nas políticas de saúde reprodutiva. Até 2008, muitas mulheres grávidas ainda não tinham acesso ao aconselhamento e ao teste Anti-HIV, pois os profissionais de saúde não as situavam no campo da vulnerabilidade, ou quando isso corria, o acesso era dificultado porque em muitos municípios a coleta de sangue para o exame ainda não era descentralizada.

Assim como na ausência de inibidor de lactação, que tem muitos efeitos colaterais, são tomadas medidas estigmatizantes, como enfaixar as mamas para impedir a amamentação. Alguns problemas associados despertam a atenção. As mulheres são informadas toda a vida que para ser uma mãe completa têm que alimentar o bebê com seu leite. O HIV traz a contradição de ser uma infecção que impossibilita essa “natural” obrigação de ser mãe. Nas enfermarias as mulheres questionam quando uma mulher não está amamentando.

Observa-se que a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, concentrava-se na prevenção, com foco na testagem, o que trouxe várias implicações para as mulheres: o Programa de Saúde da Família (PSF) não estava preparado para tal abordagem; o pré-natal não era realizado sistematicamente por todas as mulheres; muitas mulheres descobriam sua sorologia no teste rápido na hora do parto; os serviços não estavam preparados e as mulheres eram estigmatizadas e discriminadas. Além do que, se perdeu muitos anos sem abordar, com prioridade, outras estratégias que coibissem o avanço da epidemia em mulheres.

As dificuldades citadas podem estar associadas aos desafios apontados nos documentos de balanço Cairo +5, Beijing + 5 e a avaliação dos 20 anos do PAISM. Os documentos analisam que as grandes dificuldades do período 1995-1998 seriam, portanto, a integração sistemática entre o *Programa de Atenção Integral de Saúde das Mulheres* (PAISM), do *Programa de Saúde do Adolescente* (PROSAD), do

*Programa de Saúde da Família (PSF)* e, sobretudo, o estabelecimento de agendas de trabalho comuns com o *Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/HIVAids)*, enfocando a incorporação das prioridades em saúde sexual e reprodutiva à nova lógica de gestão e assistência do SUS (RFS 2004; 2005).

Os documentos analisados apontam que o PROSAD foi concebido como um programa multidisciplinar e integrado. A exigência de maior efetividade do programa se tornou prioritária entre 1995–1998 devido à incidência do HIV nos grupos etários de 15 a 19 anos. Entre 1988 e 1995, haviam se multiplicado as experiências locais na área de atenção à adolescência, incluindo iniciativas de educação em sexualidade e prevenção de DST e o HIV. Mas, por efeito de fragmentação de ações e carências de recursos, seu desempenho foi muito desigual.

Pode-se aferir que as respostas institucionais para enfrentar a epidemia da Aids em mulheres traçaram estratégias para prevenção e assistência seguindo dois rumos: primeiro, voltavam-se para prevenção/ fornecimento de preservativo para mulheres de comportamento de risco ou em maior vulnerabilidade social, que também pode ser interpretado como grupos focalizados. Segundo, priorizavam a prevenção da transmissão vertical. Embora o tratamento fosse dirigido às mulheres, o objetivo era diminuir a infecção nas crianças. Em 2006, o Brasil já havia reduzido em mais de 50% o número de casos de transmissão vertical.

Por outro lado, os documentos também expõem na política de saúde integral das mulheres o enfoque relevante na ampliação do pré-natal, no incremento de diagnósticos como icnografias e exames imunológicos e o crescimento do número de exames papanicolauo. Nesse sentido, os indicadores relativos à prevenção e ao tratamento de DST/Aids não aparecem especificados com relação às desigualdades de gênero. Também não aparecem dados ou as iniciativas para avaliar a relação entre mortalidade materna e HIV/Aids.

Apesar dos constantes debates entre o movimento feminista e a Coordenação Nacional de DST/Aids com o objetivo de desenvolver interfaces com a Área de Saúde da Mulher, só em meados da década de 1990 é que a Coordenação inicia aproximação com esta área. No segundo convênio com o Banco Mundial a

população feminina entrou como campo de interesse explícito no que toca às ações preventivas.

Entretanto, quando observada a falta de interface entre as ações de planejamento familiar, de prevenção do câncer de colo do útero, da assistência ao aborto incompleto e da assistência às mulheres vítimas de violência, muito se tem perguntado sobre os avanços da política de prevenção à Aids em relação aos direitos reprodutivos e sexuais.

Estudos evidenciaram que mulheres sintomáticas infectadas pelo HIV apresentavam associação com a infecção pelo papiloma vírus humano/HPV. Segundo Villela,

Ao se comparar as características clínicas do câncer invasivo de colo uterino entre as mulheres com infecção pelo HIV e aquelas sem, as mulheres soropositivas apresentam maior probabilidade de ter a doença clinicamente avançada quando do diagnóstico, uma taxa de recorrência mais alta depois da terapia primária e um prognóstico geral mais desfavorável; essas evidências fazem com que o câncer invasivo nas mulheres com HIV seja considerado uma doença que define Aids. (VILLELA, 1999:150).

Entretanto, a prevenção e o tratamento do câncer de colo uterino ainda são um desafio para as políticas de saúde das mulheres apesar de que o controle da incidência do câncer de colo uterino é um indicador de qualidade dos serviços de saúde. No Brasil a principal estratégia de mobilização das mulheres para prevenção do câncer de colo uterino vem sendo a realização de campanhas de prevenção a última em 1998. Em seis semanas foram examinadas três milhões de mulheres, das quais 53,9 mil tinham câncer, destas, 4,7 mil estavam em fase avançada da doença. Porém,

até meados de 1999, muitas mulheres testadas ainda não tinham sido encaminhadas para tratamento. Apesar do impacto das campanhas para esclarecimento das mulheres, são necessários investimentos em serviços permanentes e que ainda são insuficientes na rede pública (CEDAW, 2002:180).

O diagnóstico precoce do câncer de colo uterino é uma estratégia importante para a prevenção primária e secundária do vírus da Aids. Apesar do câncer de colo

uterino passar a definir casos de Aids no Consenso Brasileiro para Aids, desde meados dos anos 2000, há pouca integração entre as ações de prevenção do câncer de colo uterino e as de prevenção contra o HIV.

Em relação ao Planejamento Familiar, em 1996 foi aprovada a Lei nº 263, cujo objetivo é a expansão da assistência à anticoncepção na rede pública de saúde. Esta lei propõe

- I. implementação de ações educativas nas unidades básicas de saúde;
- II. disponibilidade dos métodos contraceptivos, permitindo que as mulheres possam fazer escolhas contraceptivas;
- III. regulamentação da laqueadura tubária e
- IV. acompanhamento sistemático de mulheres que fazem uso de métodos contraceptivos.

Inúmeras dificuldades têm sido observadas na implementação desta lei. A maioria dos métodos contraceptivos não está disponível nas unidades de saúde; as ações educativas propostas na lei raramente são efetuadas nas unidades de saúde; falta capacitação continuada dos profissionais de saúde para lidar com todos os métodos contraceptivos e as ações de planejamento familiar raramente estão associadas com as ações de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST e ao HIV (ROCHA & DANTAS, 2003).

A esterilização feminina, muito freqüente no Brasil, dificulta a prevenção do HIV entre as mulheres. Sabe-se que as mulheres esterilizadas têm muito mais dificuldades de exigir o uso do preservativo em suas relações sexuais do que aquelas não esterilizadas. Entretanto, não há nenhuma orientação por parte do Ministério da Saúde no sentido de desenvolver ações educativas voltadas a este público feminino (ROCHA & DANTAS, 2003).

A violência de gênero, por sua vez, é um assunto que ainda não está suficientemente dimensionado no Brasil. Não se conhece suficientemente este fenômeno nem sua relação com a infecção do HIV/Aids. Segundo Dossiê da Rede Saúde (2001) o serviço de saúde ainda está pouco preparado para identificar mulheres que sofrem violência doméstica. Entretanto, mulheres vítimas de violência

têm menos condições de exigir o uso de preservativos nas relações sexuais com seus parceiros.

Durante a década de 1990, a partir de intensas mobilizações do movimento de mulheres, foram implantados serviços de saúde para mulheres vítimas de violência sexual e, por determinação do Ministério da Saúde, foi adotado o uso de AZT como indicação profilática para as mulheres que recorrem a estes serviços.

Os movimentos feministas e de mulheres aprofundaram as discussões e proposições sobre a relação entre Aids e a condição das mulheres, culminando em 2003 com a publicação do manual de Políticas e Diretrizes de Prevenção às DST e HIV/Aids entre Mulheres, pelo Programa Nacional de DST/Aids, fruto do diálogo entre o Ministério da Saúde e os movimentos em defesa do direito das mulheres, formulando a primeira proposta de política nacional com enfoque de gênero. Em decorrência, utilizam a categoria de vulnerabilidade para fundamentar a perspectiva de integração das políticas de saúde com as demais políticas para as mulheres (BRASIL, 2009).

Todavia, tanto no Programa Nacional de DST/ Aids, assim como na Política Nacional para a Saúde das Mulheres, a aplicação da diretriz de gênero nas ações de prevenção seguia restritiva, dirigida ao controle da transmissão vertical (TV) do HIV de mãe para o filho. Enquanto as ações educativas estavam voltadas para o fornecimento de informação e preservativo sem avançar no enfoque dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

No que se refere à integração do PAISM com as dinâmicas do SUS, apenas em 2007, com a publicização do *Plano Nacional Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST* pelo Ministério da Saúde é que se consolidam algumas estratégias comuns entre esses vários programas tanto no nível ministerial, quanto nos níveis estaduais. Avaliações do PAISM referente a esse período revelam que permanecia o binômio materno-infantil na atenção à saúde das mulheres (BRASIL, 2007).

O Plano acima citado foi formulado com participação do movimento feminista, que se propunha a consolidar uma política intersetorial para reduzir os contextos de

vulnerabilidade que deixam as mulheres suscetíveis à infecção pelo vírus do HIV. Entretanto, a proposta também seguiu focalizada na transmissão da infecção e abordava prioritariamente a prevenção da transmissão vertical e o uso de preservativos.

Tais proposições não avançaram substancialmente para enfrentar as desigualdades sociais relacionados com o crescimento da epidemia, assim como não efetivaram a integralidade contida na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se como exemplo que as iniciativas em relação à saúde da mulher negra avançaram em 2003 com a inclusão da notificação raça/cor<sup>14</sup>, assim como foi formulada uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009. Entretanto, de acordo com feministas do movimento de mulheres negras, permanece o silêncio sobre o avanço “negrófilo” da epidemia de Aids (WERNECK & LOPES, 2004, 2011)

Apesar dos avanços da elaboração da política e os limites de sua implementação em várias dimensões, com particular limitação relacionada às políticas para as mulheres, na área da prevenção a estratégia de focar no uso do preservativo tornou-se prioridade do governo. Contudo, nessa área também é limitado o acesso a preservativos femininos. A análise do documento Cairo + 5 (RFS, 2002), observa que no período de 1995-1997 o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa sobre a aceitação da camisinha feminina (em cinco diferentes cidades das regiões do País). Em virtude do resultado positivo, o Governo realizou compra de um lote de dois milhões de unidades de camisinhas femininas, em 1999, para uma distribuição monitorada, para o público-alvo prioritário: mulheres consideradas de maior risco, como profissionais do sexo, mulheres em situação de violência doméstica e sexual, soropositivas e usuárias de drogas.

Entretanto, é grande a disparidade entre as campanhas e oferta do preservativo masculino e o feminino. Susser (2009) ressalta a diferença do

---

<sup>14</sup> Coordenação Nacional de DST/Aids criou em 1995, o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra que tomou as seguintes providências: a) emissão de um decreto (1996) de padronização de informações sobre raça e cor da população brasileira e de estrangeiros no País; b) inclusão desse quesito nos seguintes documentos: declaração de nascido vivo, certidão de nascimento, carteira de identificação civil e militar, autorização de internação hospitalar (AIH), prontuário médico, certidão de casamento, título eleitoral, boletim de ocorrência policial, declaração de óbito e certidão de óbito (BRASIL, 2009).

marketing educativo que apresenta preservativos masculinos e femininos: os *condoms* para os homens são coloridos, com sabores e todo aparato de transformar o uso desse insumo como um ato “sexy”. O preservativo feminino, criado nos anos 1980, é apresentado num único formato, mantém a fama de não ser “sexy” e continua a ser fabricado por apenas uma fábrica a Reality Female Condon (RFC); as demais fábricas foram fechadas por pressão da burocracia de regulamentação da produção industrial desse insumo.

Estudos da RFC e do UNFPA, em 2007, informaram que em todo mundo, enquanto foram distribuídos 11 bilhões de preservativos masculinos, circularam apenas 26 milhões de preservativos femininos. Susser (2010) analisa que tal discrepância é associada à ausência de estratégias de promoção, justificada porque as mulheres não gostam de usar o preservativo feminino, ou porque realmente os homens usam mais, ou têm mais acesso ao preservativo masculino.

Susser (2010) questiona: por que gastar dinheiro e promover o preservativo feminino? A quem interessa o custo-efetividade desse investimento? No Brasil, na África do Sul, nos EUA e no México o preservativo feminino está associado às mulheres “mais vulneráveis”, a exemplo, mulheres que vivem com HIV/Aids ou com práticas sexuais de risco, caso das prostitutas, usuárias ou companheiras de usuários de drogas. Desta forma, a estratégia para o uso desse preservativo está direcionada e limita o acesso universal da camisinha feminina.

Enfrentar a feminização da epidemia da Aids se apresenta como um desafio de grande complexidade. Alguns entraves são apontados nos documentos analisados: a) falta de preservativos, principal insumo de prevenção de gravidez e das DST/HIV. A distribuição estava desarticulada entre PAISM/ PROSAD/ PSF/ PNDSTAids; b) baixa cobertura de ações educativas que relacionassem planejamento familiar e educação sexual. Percebe-se que persiste a desintegração dessas ações com a prevenção das DST/Aids; c) extrema descontinuidade das ações nas mudanças de governo durante essas três décadas; d) de acordo com os documentos referidos permanece como uma lacuna a não inclusão do tratamento profilático contra HIV para mulheres vítimas de estupro que são atendidas nos serviços de atendimento ao aborto previsto em lei; e) ausência de estratégias que

relacionem as desigualdades econômicas e sociais, sexismo, racismo, classismo, vivência da sexualidade para além da área da saúde.

Analisaremos a seguir o atual momento do capitalismo que se impõe e influencia as respostas do Estado no campo das políticas públicas. Abordaremos a saúde numa perspectiva de totalidade, no qual a integralidade é compreendida como um conceito mais abrangente do que integrar práticas e procedimentos no sistema de saúde. Trataremos a seguir, com particular ênfase, o conceito e usos políticos da Integralidade considerado um campo de disputa pelos diversos sujeitos que formularam o SUS.

## **2.2. Políticas sociais no atual estágio do capitalismo**

Democracia, cidadania, direitos humanos foram campos de disputas que orientaram a ação feminista nessas últimas décadas. Particularmente as décadas de 1970 e 1980 foram importantes para a ampliação de direitos sociais com a formulação de políticas públicas inscritas na Constituição Brasileira em 1988.

As políticas de ajuste estrutural iniciadas na década de 1980 impactaram os direitos sociais trazendo retrocessos na efetivação de políticas sociais. Na afirmação de Chossudovsky (1999:27) “incluindo a derrogação dos direitos das mulheres e as consequências ambientais nocivas da reforma econômica”. O autor analisa que em todo mundo retornam doenças epidemiologicamente controladas, como a tuberculose, cólera e avançam epidemias como a Aids.

A reestruturação da economia mundial desde os anos 1970 reorganizou a geopolítica e teve no neoliberalismo, fundado teoricamente em 1944 com a publicação de ‘Caminho da Servidão’, do inglês Friedrich August von Hayek, as suas bases e ideologia, com incidência sobre a reforma do Estado. Tal investida acontece na América Latina, num contexto político, onde os países estavam mergulhados em

processos de redemocratização, depois de décadas de ditaduras, a exemplo do Brasil nos anos 1960/70.

O neoliberalismo<sup>15</sup> traduz uma reação teórica e política veemente contra o intervencionismo estatal e o Estado de Bem-Estar Social, cuja participação política é desejada como modo de mediação. Contudo, como afirma Elizabete Mota (1995), com o neoliberalismo não há direitos sociais garantidos, há mercado livre para cidadãos/ãs consumidores. Aos pobres, resta o assistencialismo focalizado em nome do equilíbrio fiscal promovido pelas Instituições Financeiras Multilaterais do sistema de Bretton Woods.

Segundo Perry Anderson (1995), a hegemonia neoliberal não ocorreu de um dia para o outro. Foi um processo que durou duas décadas - 1970 e 1980 -, desmontando o avanço do Estado de inspiração Keynesiana, num contexto de “guerra-fria”, quando a Europa Ocidental e os EUA davam uma guinada para direita<sup>16</sup>. Essa reestruturação econômica é realizada através de mecanismos internacionais de controle de capital, cujo centro é a regulação do comércio mundial. As Instituições Financeiras Multilaterais (IFM) tornam-se importantes agentes de consolidação da mundialização do capital nos anos 1970.

Dessa forma, submetem acordos afinados com os interesses e orientações selados pelo Consenso de Washington (1989)<sup>17</sup>. Assim, a liberalização de mercado, “constitui um novo sistema intervencionista”, e faz com que a busca do lucro máximo ocasione “o desmantelamento das instituições do Estado, o rompimento das fronteiras econômicas e empobrecimento de milhões” (CHOSSUDOVSKY, 1999:11).

O que veremos no transcorrer da década de 1990 no Brasil é a disputa por implantação de políticas sociais e a instalação do processo de ajuste econômico, via

---

<sup>15</sup> Modelo baseado nas idéias de John Maynard Keynes sobre o bom funcionamento da economia. Estabelece a necessidade de plena oferta de emprego e condições de trabalho para que todos mantenham o padrão de consumo. Para isso, teoriza que é preciso ter amplo emprego e garantias do Estado para prover acesso a políticas sociais, ampliando o alcance a direitos sociais, políticos e civis.

<sup>16</sup> A Primeira Ministra da Inglaterra, Margareth Thatcher, o Presidente dos Estados Unidos, Ronald Reagan, e o Presidente da Alemanha, Helmut Kohl, criaram as condições necessárias para aplicação do modelo neoliberal. A oposição euro-socialista que estava entre os presidentes François Mitterrand, da França, Felipe Gonzáles, da Espanha, Mário Soares de Portugal, Bettino Craxi, da Itália e Andreas Papandreu, da Grécia, não conseguiu fazer no sul da Europa um modelo análogo ao do norte do pós-guerra, dessa forma as propostas alternativas fracassaram e os governos, como o da Espanha, se aliam ao capital financeiro.

<sup>17</sup> Estabelece uma série de medidas cambiais e de controle do Estado para reduzir o déficit interno e controlar o processo inflacionário. O consenso preconiza princípios de privatização, controle fiscal e focalização para enxugar a intervenção do Estado, conformando, assim, na prática o modelo neoliberal

processos de privatização e ofensivas de desmobilização da sociedade. Tal processo se articula com setores da macro-política através de acordos como os instituídos pela Organização Mundial do Comércio (OMC)<sup>18</sup> e nos Tratados de Livre Comércio (TLC). Por outro lado, também é uma conjuntura pressionada pela sociedade civil para avançar direitos. Entretanto, observa-se que essas políticas são implementadas no limite das condicionalidades das IFM/ TLC/ OMC e diretrizes do ajuste estrutural.

### **2.2.1. SUS – Disputas por hegemonia**

A construção da política de saúde no Brasil, particularmente de políticas dirigidas à saúde das mulheres, assim como as políticas públicas de controle da Aids, acontecem no palco das décadas de 1980 e de 1990, como já citada, época de democratização e de uma crescente mobilização da sociedade civil por ampliação de direitos.

A área da saúde esteve na “vanguarda” da mobilização dos movimentos sociais. Entretanto, a conjuntura internacional de globalização neoliberal impôs condicionalidades no já complexo contexto nacional de contrastes e desigualdades sociais resultantes do modelo de crescimento e de desenvolvimento econômico e social adotado nas últimas décadas pelos governos no Brasil (LUZ, 2001).

---

<sup>18</sup> OMC - instalada em 1995, com o objetivo de coordenar o comércio internacional, com ampliação do poder de regular os acordos de comércio, entre outros, envolvendo o setor de serviços - Acordo Geral sobre Comércio e Serviços (GATS), propriedade intelectual - Tratado Relativo ao Direito de Propriedade Intelectual (TRIPS) e investimentos – Acordo sobre Medidas de Investimentos relacionadas ao comércio (TRIMS), que não constavam no GATT. A OMC passa a ter o propósito de estabelecer o controle sobre os acordos internacionais, passando a compor com o Banco Mundial e o FMI o espaço de negociação multilateral com vistas à liberalização de mercados. TLC - são firmados entre países com o objetivo de estabelecer o livre-comércio entre eles, o que significa a abertura dos mercados para livre (e desigual) concorrência entre os países, a quebra de barreiras alfandegárias, cuja a liberalização de mercados é imposta para economias pouco industrializadas, tendo políticas protecionistas para as economias industrializadas (JAKOBSEN, 2005).

No Brasil a luta dos movimentos sociais para ampliação de políticas sociais teve seu ápice na Constituição Federal de 1988, destacando a seguridade social – que articula as políticas de saúde, assistência social e previdência. O Movimento de Reforma Sanitária, articulado a outros movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista, incidiu na formulação da proposta da saúde como direito humano apoiados nos resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>19</sup>, realizado em março de 1986.

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades (RADIS, 49, 2006).

A proposta era a mudança para um modelo de saúde que abordasse a determinação social da doença em vez do modelo baseado em práticas assistenciais e ações curativas. Tal modelo foi inspirado pela *Declaração de Alma Ata* documento resultante da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, 1978, que define a atenção primária à saúde, com ações de promoção e participação comunitária. O objetivo principal era alcançar mundialmente a universalidade da saúde no ano 2000 (Declaração Alma Ata 1978).

O Brasil assumiu o conceito ampliado de saúde, também adotado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, na década de 1980, que enfatiza a organização estratégica de um sistema de saúde em três direções: a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade, como direito de cidadania para o controle social (BRASIL, 1992).

Tal proposição trazia a noção de que saúde é direito de todos e dever do Estado e a ser implementado por meio do acesso universal à saúde – o que se

---

<sup>19</sup> O marco do movimento foi o documento Saúde e Democracia que foi aprovado pelo legislativo federal, no início dos anos 1980. Mas foi na VIII Conferência Nacional de Saúde (inclusive transformando-a de um processo burocrático em um processo político, participativo, com cotas de 50% do usuário) que o processo se consolida e tem como resultado a emenda popular para a nova Constituição de 1988, a única dos movimentos sociais (AROUCA, 2002).

tornou o eixo orientador do Sistema Único de Saúde (SUS). A idéia era criar uma alternativa, de esquerda marxista na saúde, com uma perspectiva de totalidade frente às determinações sociais, rediscutindo o conceito saúde/doença, o processo de trabalho, em vez de tratar apenas da relação médico-paciente (AROUCA, 2002). O princípio de universalização contido nessa política

[...] se deveu ao crescimento da consciência de cidadão, diante dos movimentos sociais ascendentes no Brasil após a segunda metade da década de 70. Estes movimentos lutaram por medidas de proteção social na esfera da reprodução social, ou seja, se voltaram especialmente para a prestação de serviços de saúde à comunidade como todo (FLEURY, 1995:220).

Discutia-se, como afirma Arouca (2002), a determinação social da doença e introduziu-se a noção de estrutura de sistema, o autor afirma que o objetivo principal era derrubar a ditadura; lutava-se pela democratização do país, melhorar a saúde era considerado conseqüência. Os princípios e diretrizes do SUS refletem tais objetivos e pressupunha um sistema democrático através da universalidade, integralidade, equidade das ações de saúde, funcionando de forma descentralizada, com hierarquização dos procedimentos de atenção à saúde e com implementação do controle social da política de saúde, através da participação da sociedade civil na formulação, fiscalização e avaliação da política de saúde<sup>20</sup> (Relatório 8ª CNS 1986).

Contudo, Carvalho (2006) ressalta que desde o início sabia-se que não seria fácil implementar as reformas e afirma que o SUS só foi pactuado graças ao papel da esquerda progressista que soube fazer suas alianças com a direita conservadora para que a saúde ficasse como uma questão suprapartidária.

A Atenção Básica - para alguns, Atenção Primária - é considerada a porta de entrada do SUS para o/a cidadão/ã. Esse novo paradigma ganha centralidade apoiada nas recomendações da *Carta de Ottawa* resultado da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que aconteceu em 1986, naquela cidade, no

---

<sup>20</sup> A legislação de criação do SUS confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e fiscalização no controle da execução das políticas de saúde, associando suas atribuições com os gestores do executivo — Ministério e Secretarias de Saúde —, como também com o legislativo e o judiciário. Os Conselhos têm caráter deliberativo, sobre as políticas e ações a serem implantadas em que o maior espaço de pactuação de prioridades e de proposição é as Conferências de Saúde. No entanto, os espaços de controle social em Estados e Municípios ainda são precários e, na maioria, não são deliberativos. É um controle social que não consegue controlar o conjunto da política.

Canadá, influenciando fortemente a elaboração do SUS. A principal contribuição registrada estava relacionada à construção de políticas e ambientes saudáveis com a participação da população, reorientando os serviços para ações coletivas comunitárias.

As formulações que reorientaram as políticas de saúde nos anos de 1980, nas iniciativas e disputas internacionais nesse campo, incidiram na formulação do SUS e, particularmente nos anos de 1990, passam a ser adotadas como parte da estratégia de Atenção Básica por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa de saúde da Família (PSF). Nesses programas as ações ambulatoriais e comunitárias estão concentradas prioritariamente para combater a mortalidade materna e infantil e atender as necessidades básicas das populações.

O PSF está originalmente formulado no campo da vigilância à saúde. De acordo com Merhy & Franco (1999:22) sua matriz teórica “está quase que restritivamente centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela OPAS”. O que significa que sua idéia original não é constitutiva da proposta de uma rede básica assistencial. Os autores citados explicam que no PSF os processos de trabalho estão centrados nos atos de saúde de cunho “higienista”.

É como se o PSF tivesse delimitado os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: “da saúde coletiva cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”. E, nada é melhor para o projeto neoliberal privatista, do que isso, pois se deixa um dos cenários de lutas vitais para a conformação dos modelos de atenção sem disputa anti-hegemônica (MERHY & FRANCO, 1999:22).

No Plano de Pactuação Integrada (PPI), PACS e PSF avançam na descentralização, reorganização do serviço, no financiamento de saúde e nas práticas locais com a idéia de integração com a comunidade. Contudo, Ana Vieira (2010) analisa que a descentralização, com responsabilização dos municípios pela prestação de serviços de saúde, tem implicações em relação ao cuidado com pessoas com HIV/Aids, e chama à atenção de que a característica atual da epidemia de Aids é sua expansão em municípios com menos de 50.000 habitantes.

A descentralização concretizada, entretanto, não garante que os cidadãos tenham atendidas suas necessidades de saúde. Entre os 5.564 municípios brasileiros, nem todos têm condições de desenvolver ações de atenção básica, de média e alta complexidade, na proporção e qualidade necessárias a sua população. Nem sempre é viável para um pequeno município com população reduzida, manter certos serviços de saúde, nem sempre existe capacidade técnica disponível. Em Pernambuco, como em outros estados, é comum o movimento de ambulâncias nas estradas estaduais, transportando doentes de seu município para regiões com maior estruturação dos serviços de saúde para atendimento (VIEIRA, 2010:9).

Significa na prática que a implantação do SUS está no campo de disputa de poder entre o discurso e a ordem médica higienista, medicamentosos, hospitalocêntricos, e o discurso de saúde como princípio democrático, que transforma “pacientes” em usuários/as cidadãos/ãs. No ítem seguinte destacamos a legislação do SUS que pavimenta a implementação desse sistema de saúde.

### **2.2.1.1. Legislação do SUS**

A legislação de criação do SUS, a partir das Leis Orgânicas 8080/90 passa a regular as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. E a Lei 8142/90 trata do financiamento das ações da área da saúde, já que a manutenção desse sistema de saúde pressupõe recursos financeiros públicos para sua manutenção e do controle social (CONASEMS, 1990).

O controle Social, através de Conselhos e Conferências, é o principal espaço de participação. Confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e fiscalização no controle da execução das políticas de saúde, associando suas atribuições com os gestores do Executivo — Ministério e Secretarias de Saúde —, como também com o Legislativo e o Judiciário. Os Conselhos têm caráter deliberativo sobre as políticas e ações a serem implantadas. O maior espaço de pactuação de prioridades e de proposição são as Conferências de Saúde (CONASEMS, 1990).

Entretanto, os espaços de controle social em Estados e Municípios ainda são precários e, em sua maioria, não são deliberativos. Como afirma Correia (2007) é um controle social que não consegue controlar o conjunto da política. A autora analisa que,

[...] a definição do montante de recursos para a saúde ficou à mercê das condicionalidades impostas pelos organismos financeiros internacionais – FMI e BM – apesar das denúncias constantes do CNS a respeito dos contingenciamentos ocorridos. A sua atuação limitou-se às tentativas de realocação de recursos pré-determinados pela área econômica, em função do cumprimento dos acordos internacionais (CORREIA, 2007: 308).

A sociedade civil inserida nesse contexto capitalista e patriarcal se organiza e luta por ampliação de direitos, de acordo com Neves (2005), nos limites estreitos da democracia liberal e capitalista. Tais limites também obstaculizam a implementação do SUS. Particularmente, destaca-se a não implementação do preceito de seguridade social, que reflete na indefinição dos papéis da gestão e no descumprimento do financiamento entre as esferas nacionais, estaduais e municipais. O resultado é a precarização das relações, remuneração e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, os sistemas complementares de saúde passam a assumir mais responsabilidades do que o previsto e desenvolvem-se valores da saúde como mercadoria e o usuário-cidadão do sistema passa a consumidor de serviços seguindo a lógica do mercado (RADIS, 49,2006).

De acordo com Paim (1999) prossegue o modelo “assistencial sanitário” com campanhas de caráter pontual para resolver os problemas de saúde e programas especiais como saúde da mulher, Aids, entre outros, que implementam atividades com recursos específicos, frequentemente dissociados das demais ações de saúde. Tal modelo co-existe com o “modelo assistencial privatista” respondendo à demanda espontânea, ou seja, às necessidades imediatas da população, retomando o caráter curativo e individualizado, deixando de organizar a oferta segundo necessidades de saúde da população de um determinado território (PAIM, 1999).

O SUS universal, cujo melhor exemplo é o programa de Aids — cartão de visitas de diversos governos —, convive com avaliações negativas sobre o acesso e as condições indignas do atendimento efetuado pela rede de

serviços de saúde. A desfiguração da Seguridade Social, o adiamento sine die de direitos básicos de cidadania e o deslocamento das políticas sociais em direção a programas de transferência de renda, cujos efeitos redistributivos não incidem especificamente sobre as condições que produzem os principais problemas de saúde dos brasileiros, retardam a melhoria dos padrões de saúde e qualidade de vida (RADIS,49, 2006).

Ainda que o SUS, tardiamente, trouxesse a possibilidade para o acesso universal às políticas de saúde, sua implantação ocorreu no contexto das reformas de Estado neoliberais que, respondendo ao ideário do Consenso de Washington, regulamentou e limitou a implantação do acesso a esse direito social. O contexto dos anos 1980, na concepção de Mota (1998) tinha marcas de Welfare State “tardio”, com políticas e programas focalizados. Na prática, o preceito constitucional que diz que saúde é “Direito de todos e dever do Estado” não se mostrou suficiente para remover estruturas de desigualdade presentes na sociedade brasileira.

Os princípios e bases instituídos na Constituinte 1988 e nas leis orgânicas 8080/90 e 8142/90 deveriam ser suficientes para a implantação do SUS. No entanto, a criação de normas operacionais passou a regular o sistema recém implantado. Na avaliação de Carvalho (2001: 436) co-autor de grande parte da legislação da saúde nas décadas de 1980/ 1990, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e outras portarias do executivo “se detinham em regulamentação excessiva e minuciosa de questões que não precisariam ser regulamentadas”.

Foram várias edições das normas nos anos 1990, ressaltando, que foram elaboradas no contexto das políticas neoliberais e sob o comando do Ministério da Reforma do Estado (MARE), com a batuta do Ministro Bresser Perreira. A NOB 91 regulamentava o SUS, traçava normas estruturais, particularmente no que se referia ao financiamento e controle social. Sinteticamente:

- i. Financiamento de atividades ambulatoriais: o ponto principal era cumprir o repasse do INAMPS com critério populacional. Os recursos do próprio Ministério da Saúde não estavam incluídos.
- ii. Obediência às regras de convênio: permite contratação terceirizada e pagamento por produção, descaracterizando o princípio público-estatal e a ideia de recursos globais da saúde.

- iii. Criação de instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação relativos aos Conselhos de Saúde.

A NOB 92, não alterou a NOB 91. A NOB 93 acontece no ano do *impeachment* de Collor, e foi baseada no documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis”. Estabelece as bases da descentralização e transfere as responsabilidades da saúde para os Estados e Municípios. A NOB 94 era complementar à NOB 93, mas não foi implementada. A NOB 96 enfatiza, dentre outros pontos, a regionalização e o planejamento nos três níveis de atenção – básica alta complexidade e hospitalar; formaliza referência e a contra-referência; amplia a Programação Pactuada Integrada (PPI) e define metas e tetos financeiros; reafirma mecanismos de gestão – conselhos, bipartites, tripartite (CARVALHO, 2001).

Pessoal da Unicamp, Wanderley e Emerson, fizeram críticas ao que denominaram de uma NOB em sintonia com os projetos neoliberalizantes do governo. “A NOB 96 fragmenta a integralidade da ação criando uma cesta básica para os cidadãos mínimos e dá liberdade para o setor privado crescer...” (CARVALHO, 2001: 442).

A NOB 96 foi duramente criticada e paralisou o processo de habilitação dos municípios. Afirma Carvalho (2001:443) “deram-se asas e pernas ao maior processo recentralizatório do sistema de saúde brasileiro”. A NOB 98 não chegou a ser divulgada, e a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 2001, traz um pacote de mudanças relativas ao repasse de recursos, segundo o autor citado,

[...] aprovado a toque de caixa na CIT e no CNS na virada do ano e publicada em 2001 [...] caracteriza bem seu espírito: marcar terreno. Dizer ao “mundo” que o ministro e a equipe eram outra diferente da dos ministros que antecederam, mesmo na era de FHC. NOB foi coisa do passado. Agora tudo é NOAS!!!! (CARVALHO, 2001: 443).

Desde sua origem, o SUS se propôs a garantir direitos sociais, mas não removeu antigos padrões e práticas da saúde, por exemplo, o discurso sobre os limites do financiamento, tem como resposta a abertura da relação de incentivos público-privados com o incentivo aos seguros privados de saúde. A totalidade

desejada na criação do SUS encontra barreiras na contra-reforma, preconizada pelo Estado mínimo nos anos de 1990 que precarizou também as relações de trabalho.

Para Bering (2006: 29) implantar políticas sociais nesse contexto consegue, no máximo, “reduzir e amortecer a crise”. Crise inserida nos modos de produção capitalista que abre “um distanciamento nos limites entre direitos e processos sociais reais. Ambos apontam contradições e limites da possibilidade de reformulação do sistema dentro do capitalismo” (FLEURY, 1995:223).

As injunções do Banco Mundial nas políticas de saúde enfocaram a reorganização da rede por meio da saúde básica através com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Assim como financiaram a estruturação do Programa Nacional de DST/Aids, focalizando particularmente a prevenção, com a capilarização de ações através das organizações da sociedade civil. Apesar de também ter investido na rede de assistência, no caso da Aids, o acesso a medicamentos só foi possível devido ao posicionamento do governo brasileiro, fruto da pressão organizada dos/das ativistas, que garantiram a universalização do tratamento<sup>21</sup>.

O interesse do Banco Mundial envolvendo as áreas sociais está relacionado à retomada do liberalismo como referência político/ideológica de governos, primeiramente nos países centrais e depois, no resto do mundo ocidental. Rizzoto (2000) informa que nos anos noventa, a atuação do Banco tem sido diversificada, ampliando os setores em que atua, “na saúde, por exemplo, sua ênfase tem sido no sentido de pressionar a adoção de políticas e reformas que fortaleçam o setor privado, com a oferta por parte do Estado de ‘serviços públicos essenciais’ ” (RIZZOTTO, 2000:99)

---

<sup>21</sup> Nos anos 1990, o Programa Nacional de HIV/Aids foi afetado pelos acordos sobre propriedade intelectual – TRIPS - no âmbito da OMC, que restringiu a produção nacional e impôs altos custos para compra dos antiretrovirais (ARV).

### **2.2.2. Os limites da Integralidade**

O conceito de integralidade é concebido no bojo de questionamentos sobre a racionalidade médica, que centraliza a doença na definição de práticas de saúde, no âmbito dos valores capitalistas voltados para a produtividade, que orientaram ações de saúde cada vez mais especializadas e individualizadas. A perspectiva da integralidade adotada no Sistema Único de Saúde no Brasil visa alterar as relações médico-paciente-serviços, permitindo que as necessidades de saúde sejam percebidas nas suas feições sócio-culturais. Estabelece assim a continuidade entre as ações de prevenção e de cura, e entre os vários níveis de complexidade na atenção à saúde. O conceito se refere “a uma ação social que resulta da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde” (LUZ e PINHEIRO, 2003:17).

A integralidade é um princípio do SUS, juntamente com a universalidade e a equidade, como também é uma diretriz constitucional que se refere ao atendimento integral, com prioridade para a prevenção sem prejuízo da assistência. Contudo, o principal significado está relacionado à luta política de mudança do paradigma de saúde no Brasil. Os sentidos da integralidade apontados por Mattos (2001) estão relacionados ao movimento de medicina integral, contrário à biologização das necessidades de saúde das pessoas, à fragmentação das especialidades médicas, assim como à lógica medicamentosa e hospitalocêntrica dos sistemas privados de saúde que desconsideram as determinações sociais e a dimensão psicológica das pessoas. Assim como relaciona as demandas preventivas com as ações assistenciais.

Carvalho (2006) defende que é clara a definição sobre integralidade expressa na Constituição Federal, 1988. Assim como diz que o problema nas leis que regulamentam o SUS é o não cumprimento do “desejado e prometido”. O autor sintetiza:

A CF enuncia a integralidade da intervenção das ações e serviços de saúde. O Art. 198 diz: “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: (...) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais”. No Art. 200, descrevem-se as ações de saúde, como vigilância sanitária, meio ambiente, saneamento, saúde do trabalhador etc. A Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, vai um pouquinho mais longe e profundo em seu Art. 7, II, quando diz que o SUS deve seguir as diretrizes acima e os seguintes princípios: “Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. No Art. 6, garante inclusão no campo de atuação do SUS: “Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. A dimensão do que fazer da saúde, a abrangência da integralidade da ação está também no Art. 3, genericamente, quando declara os objetivos e, entre eles, coloca as ações de “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (CARVALHO, 2006:443).

Autores como Camargo Jr. (2004) analisam que o discurso sobre integralidade é originalmente propagado por organismos internacionais, ligado às propostas de atenção básica e promoção da saúde. E que essa noção surge de um vazio, da expressão da insatisfação com as práticas médicas que transformam serviços de saúde em mercadorias. Mas ressalta que a implementação da idéia de integralidade é permeada de limites relacionados à formação profissional, aos modelos biomédicos, fragmentados e hierarquizados, aos modelos que definem o que é um problema de saúde, e ao uso indiscriminado da tecnologia para a prevenção. Mas reafirma que a integralidade foi um ideal perseguido na formulação do SUS pelo seu sentido prático para mudanças sobre os processos de saúde-doença.

Carvalho (2006:16) também informa que a dimensão da integralidade também não é única, que “o *tudo* tem duas dimensões: vertical e horizontal”. A primeira dimensão, vertical, se refere ao ser humano, único e indivisível. A segunda dimensão, horizontal, se refere à ação de saúde em todos os níveis e em todos os aspectos bio-psico-social. Segundo o autor, “incluindo órgãos e sistemas de maneira integrada e não-dicotomizada”. Essa dimensão também se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde, desde o nível “primário ao quaternário”.

A integralidade é um conceito considerado um marco na política pública de saúde pelo caráter inovador que encerrou em relação à concepção tradicional de saúde/doença, eminentemente concebida numa perspectiva medicalizante e hospitalocêntrica. Carvalho (2006) explica que a integralidade é “o tudo”, enquanto que a universalidade é “o para todos” ambos os conceitos são fundamentais para efetivar o SUS. Contudo, o autor analisa que o “*para-todos* é menos ameaçado do que o *tudo*”.

O *tudo* sofre ataque dos dois lados: de quem quer restringi-lo sob vários aspectos e de quem quer turbiná-lo ao ponto do inexequível. Quando o Movimento da Reforma Sanitária pensou o sistema de saúde baseado na própria experiência e em sistemas de outros países, imaginou uma integralidade regulada. Nela se faria só o *tudo* que tivesse base científica devidamente evidenciada e que seguisse o padrão ético. Hoje, vemos vencer a busca de uma assistência à saúde turbinada pelos interesses econômico-financeiros, decidindo o que se vai fazer no SUS sem critério nem científico, nem ético. Há turbinagem em procedimentos, medicamentos, exames diagnósticos e terapias. Os governos conseguem a cada dia trincar e trincar o conceito da integralidade. Ora usam conceitos restritivos desvinculando o financiamento de atividades-fim das atividades-meio em saúde, sendo que aquelas dependem destas; ora consideram ações de saúde os condicionantes e determinantes da saúde como bolsa-família, bolsa-alimentação, saneamento (CARVALHO, 2006:445).

A integralidade é considerada por vários autores do Movimento de Reforma Sanitária como um princípio ético, civilizatório e que expressa a correlação de forças da conjuntura brasileira. Nessa perspectiva, é resultante de disputas por hegemonia numa relação dialética entre sociedade civil e Estado, refletida também em vozes discordantes dentro do mesmo movimento. Salientando que muitos intelectuais orgânicos da formulação do SUS tornaram-se gestores das políticas públicas dos governos subsequentes nas mais variadas matizes políticas. Observam-se as diferentes posições, a exemplo da entrevista do sanitarista Goulart a Revista Radis (2006),

[...] a integralidade tem sido “confundida” com universalidade e considerada “sinônimo” de se oferecer tudo a todos. “Sejamos realistas: nenhum sistema mundial de saúde oferece benefícios de tal ordem”. [...] essa dimensão dependerá dos recursos. “Isto não é regra neoliberal, o FMI ou de equipe econômica; é questão aritmética”. O problema da exclusão, [...] merece tratamento diferenciado e, para isso, talvez seja preciso romper com o tudo para todos, substituindo-o por mais para quem precisa mais (RADIS, 2006:6).

Para Sarah Escorel (2006) na mesma revista citada diz que o problema não está no projeto do SUS, mas nos governos que não efetivam as políticas sociais,

Estamos na direção certa e o norte são os princípios e as diretrizes do sistema, que não estão implementados integralmente, em sua totalidade, em sua radicalidade, [...] a realidade não é satisfatória, não porque a legislação esteja com pontos equivocados, mas porque sua implementação ficou incompleta. Daí o SUS pra valer, não meio SUS — ah, agora vamos privatizar, cobrar de quem pode, nos concentrar na parcela pobre... — não! Somos até radicalmente contrários à proposta do governo de fazer plano de seguro-saúde para o funcionalismo (RADIS, 2006:8).

Mattos (2001), analisando a construção da Integralidade, que é considerada um ideal de uma sociedade mais justa e solidária, ressalta que em 1987, antes da promulgação do SUS na Constituição brasileira, o Banco Mundial publicou um texto, como ressalta o autor, “provocativo” desaconselhando que países em desenvolvimento adotassem direitos sociais com serviços gratuitos para todos, dizendo que essa abordagem geralmente não funciona.

O contraste entre o avanço da perspectiva de direitos universais com serviços públicos, adotados nos anos de 1990 pelo SUS e a perspectiva de enxugamento do Estado realizada pelas Instituições Financeiras Multilaterais (IFM) e outros acordos econômicos, podem explicar os limites da efetivação do SUS (MATTOS, 2001).

Marcado por contradições e disputas, o SUS é implantado considerando recomendações do projeto sanitário, particularmente, enfocando a Atenção Básica que é considerada a garantidora da integralidade. Entretanto, no modelo de gestão adotado nos anos 1990/ 2000, através das NOBS e NOAS, a Atenção Básica passa a ser responsabilidade dos municípios através das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e PSF, e se distancia dos preceitos fundantes e passa a ser focalizada no mínimo do atendimento básico. Não expressando a porta de entrada no sistema que garante a saúde em todos os níveis de atenção (MERHY, 1999).

Pesquisa realizada em 2004, intitulada Relações de Gênero no Programa Saúde da Família do Recife, analisa que prioritariamente os PSFs concentravam ações de prevenção e acompanhamento de gravidezes. A pesquisa também analisa que as visitas domiciliares são referidas por alguns/mas entrevistados/as como

invasão do Estado no interior das famílias. Também revela a recusa do atendimento por equipes do PSF, em caso das mulheres que estavam sendo violentadas e a discriminação dos usuários gays, lésbicas, etc, por algumas equipes do PSF. Destaca que as equipes entrevistadas demonstram julgamento moral sobre o comportamento de adolescentes e mulheres, com condutas disciplinadoras e autoritárias (SCHRAIBER, 2004).

A pesquisa citada traz luzes para analisarmos porque a Aids demorou a ser abordada no PSF. Revela as dificuldades das equipes de saúde para lidar com sexualidade e HIV/Aids. Outra explicação é que a Aids, que é considerada um problema de média e alta complexidade, demorou a ser incorporada como um problema da atenção básica. Analisando os documentos do Ministério da Saúde observa-se também que a referência para testagem, diagnóstico e tratamento foi formulada através de serviços especializados, a exemplo do caso da testagem que precisa de equipe treinada para o aconselhamento no pré-teste e pós-teste. Contudo, a prevenção - fornecimento de preservativo e ações educativas, deveriam constar nas ações do PSF, o que não foi constatado na pesquisa. Uma explicação pode ser porque estava sendo realizada em grande medida pelas organizações não governamentais, por pressão destas e como condicionalidade dos projetos do Ministério da Saúde e Banco Mundial.

O princípio de integralidade do SUS, não foi implantado conforme a proposta original do movimento de reforma sanitária, assim como também não foi realizada a proposta de saúde integral das mulheres. Constata-se nos documentos do Ministério da Saúde, nas décadas de 1990 e 2000 que as políticas para saúde das mulheres continuavam sendo implementadas dissociadas das políticas de controle da Aids, que também não se conectavam com a políticas de ação básica no Programa de Saúde da Família (PSF).

### **2.2.3. Saúde Integral das Mulheres**

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

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

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

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

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

de efetivação dos direitos reprodutivos e direitos sexuais e que é parte dos direitos humanos.

Nessa trajetória, a elaboração do PAISM em 1984, fortalecia a estratégia de atuar nas proposições e controle social das políticas públicas de saúde. Iniciativa que se articulava com o SUS e a Constituição Brasileira de 1988. Apesar dos percalços de implementação de uma política integral e de direito universal, as feministas seguiram com o propósito de implementar o PNAISM<sup>22</sup> até a segunda gestão do governo Lula.

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

Apesar dos esforços e avanços prático-conceituais relacionados ao PAISM, que traz a elaboração da saúde integral das mulheres, a avaliação do próprio movimento feminista informa que essa integralidade continua limitada aos aspectos da reprodução biológica, permeada por outras medidas de proteção à saúde das mulheres, mas que não concretiza o ideal de saúde integral.

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

Na perspectiva de autoras feministas Costa (2004), Aquino (1992), Souto (2008) o princípio de integralidade é uma base referencial para mudanças nas práticas médicas e na reorganização dos serviços. O movimento feminista enfatizou

---

<sup>22</sup> Em 2004 passou a ser denominado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, revelando as disputas e adequações às conjunturas governamentais.

os direitos sexuais e direitos reprodutivos<sup>23</sup>, como campos de embate para a construção das mulheres como sujeito de direito, sendo os anos 1980 e 1990 profícuos para a disputa por projetos políticos nesse campo.

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

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

A Nova Constituição Brasileira, em 1988, possibilitou a ampliação de direitos sociais, incorporando a nova proposta de políticas de saúde a partir de uma intensa participação da sociedade civil. O movimento feminista brasileiro, no processo da Assembléia Constituinte, expressa a discussão sobre desigualdade de gênero no âmbito da reprodução social, através da ação pública chamada “Lobby do Batom”, com reivindicações referentes à saúde, educação, lutando por creches, previdência, e no campo do trabalho, lutava para a regulação das atividades domésticas. Essa ação contribuiu para a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, e incidiu sobre a formulação de políticas públicas, particularmente na área da saúde da mulher.

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

---

<sup>23</sup> Os direitos sexuais foram definidos como um campo do direito de viver a sexualidade com prazer e livre de qualquer tipo de opressão, preconceito e discriminação. Enquanto que os direitos reprodutivos dizem respeito aos direitos básicos de toda pessoa tomar decisões de forma livre e responsável sobre contracepção e reprodução e de ter informações e meios para tanto, usufruir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Desconstruindo assim, internacionalmente, o conceito de planejamento familiar, como política de saúde da mulher.

[...] algo dinâmico e indivisível, que leva em conta as características individuais do ser humano, interagindo com as características sociais, sexuais e de classe à qual pertence. Isso quer dizer que a compreensão do processo saúde-doença passa pela compreensão das condições reais de trabalho dos indivíduos afetados, assim como pelas condições gerais de sua existência (ANEXO I - CARTA DE ITAPECERICA, 1984:3).

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

O caso do PAISM no Brasil abarcou tudo que as recomendações mais atuais preconizam em termos de desenvolvimento de políticas e programas setoriais eqüitativos em termos de gênero: mobilização e participação da sociedade civil organizada; sensibilização das autoridades e profissionais de saúde; mulheres em posições oficiais de comando; definição de um programa oficial federal com perspectiva de gênero, elaborado com a colaboração ativa da sociedade civil; e novas leis constitucionais. Além disso, mais de dez anos depois, nas Conferências Internacionais do Cairo e Beijing, este programa foi consagrado como proposta avançada, e capitalizado politicamente, pelo mesmo governo cujas mulheres (e homens) vivem as situações acima descritas, e cujo orçamento nem mais o inclui como rubrica (GIFFIN, 2002:106).

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

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

[...] a integralidade pode ser um dispositivo pedagógico para a construção da cidadania, que se revela no fazer cotidiano, pois encontra-se no cerne da luta pela saúde, como direito, e no reconhecimento da relação entre cidadão e serviços, como espaço de alteridade e de autonomia dos sujeitos implicados no cuidado com a saúde (SOUTO, 2008:165).

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

Também anos de 1990 o movimento de mulheres negras incorpora o direito à saúde, os direitos sexuais e direitos reprodutivos, como uma de suas prioridades de luta, como afirma Wernek (2004) considerando que o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos. É importante salientar que várias autoras feministas convergem na análise de que a saúde e os direitos reprodutivos foram prioridades política-teórico-metodológicas. Entretanto, apesar da saúde e direitos e sexuais seguirem com o mesmo *status*, o processo de construção desse campo é marcado por ambiguidades e limites relacionados ao conservadorismo das políticas nacionais e internacionais, marcadas por desigualdades sociais, raciais e de gênero.

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

Já na década de 1990<sup>24</sup> acontecem importantes rupturas na referência que se tinha sobre saúde pública, quando a Organização Mundial da Saúde difundiu o conceito de “Saúde da Mulher” como o completo bem-estar físico e mental. Instituiu-se como marco na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, 1993, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando os direitos das mulheres são reconhecidos pela primeira vez como direitos humanos.

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

Em 1995 acontece no Rio de Janeiro com a organização da rede Feminista de Saúde o debate Nacional “Mulher, Sexualidade, Saúde e Cidadania” com o objetivo de investir na implementação das recomendações da Conferência Mundial

---

<sup>24</sup> Nessa década de 1990, as feministas da Rede estavam mobilizadas para apoiar os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional (PLC 114/94), do Deputado Eduardo Jorge, sobre Planejamento Familiar e substitutivo da deputada Jandira Feghali sobre Aborto. As prioridades para futuro eram a revisão do PAISM; desenvolver a Campanha Maternidade com Dignidade; participar do Conselho Nacional de Saúde e da CISMU – Comissão da Saúde da Mulher; Articular ações para as campanhas pela legalização do aborto - 28 de setembro e contra a mortalidade materna - 28 de maio.

sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo. E iniciar as articulações para a Conferência Mundial sobre Mulher em Beijing, em 1995.

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

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

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

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

Outra importante agenda do feminismo no Brasil foi a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras – Brasília, 2002, que resultou na Plataforma Política Feminista. Realizado por uma articulação de vários setores do feminismo, a exemplo da Articulação de Mulheres Brasileiras, Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais, Articulação de ONGs de Mulheres Negras, Comissão de Mulheres da CUT, Rede Feminista de Saúde, Rede de Mulheres no Rádio, Rede Nacional de Partejas Tradicionais, Secretaria de Mulheres do PSB, Secretaria da Mulher Trabalhadora, Contag e União Brasileira de Mulheres. Essa conferência trouxe diretrizes que orientaram os movimentos.

Tanto na agenda internacional como na nacional, no âmbito do enfrentamento da epidemia da Aids o feminismo adotou a estratégia de inserir o debate sobre Aids e mulheres numa abordagem de gênero articulado com a agenda política dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Ressaltando que durante as décadas de 1980 e de 1990, nas quais foi marcante o crescimento da epidemia de Aids entre as mulheres, o movimento feminista estava com suas ações dirigidas à formulação conceitual e política dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

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

Medeiros e Guareschi (2009:42), avaliando o PNAISM, ressaltam que o que não fica à vista na integralidade dessa política

“é a diferença das diferentes mulheres. [...] Talvez, o que pode ser visto aqui seja um discurso de gênero colado a um discurso biologicista, uma resignificação de gênero no texto... Uma política de desmobilização desse sujeito-mulher-cidadã, uma cidadã-mulher-tutelada, uma comunidade de risco” (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009:42).

É nesse emaranhado de conceitos e disputas políticas, enfrentando contradições e contextos diversos que o feminismo brasileiro toma a saúde e a defesa da autonomia e integridade do corpo das mulheres como espaço de luta política. E elege o campo das políticas públicas como *locus* de atuação e reivindicação de direitos. Nesse âmbito emergem, nos anos 1980, políticas específicas para a saúde das mulheres e esse processo acontece no mesmo período histórico de surgimento da epidemia da Aids no Brasil.

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

Nessa trilha as respostas para enfrentar a epidemia da Aids, corriam ao largo da agenda feminista, ou seja, ao analisar os documentos da Rede Feminista de Saúde, percebe-se uma focalização nos temas da saúde reprodutiva, com uma dinâmica própria de trabalho na proposição e implementação de políticas públicas. A ação do movimento Aids também se afastava das dinâmicas da movimentação feminista, observa-se que o perfil das ONG e redes que apóiam o movimento são diferentes, assim como são os conteúdos da agenda de luta, apesar dos dois movimentos atuarem para ampliação de políticas públicas em defesa do SUS.

Já no início dos anos 1990, momento de fundação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, as feministas apontavam pesquisas que revelavam que em São Paulo a Aids já estava entre as 5 principais causas de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva. Tais análises apoiadas em dados epidemiológicos alertavam para uma tendência de agravamento dos problemas vividos pelas mulheres relacionado à epidemia do HIV/Aids (RFS, 1994).

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

A epidemia da Aids no Brasil avança desde os anos de 1980, como uma epidemia de alto cunho social, com importantes respostas institucionais e veemente mobilização social que frearam o crescimento inicial, apontando para um controle de casos novos de infecção por HIV, assim como para uma tendência de maior longevidade das pessoas com HIV/ Aids. Contudo, a epidemia não se alterou desde o início em relação à tendência de crescimento entre mulheres e mulheres em desigualdade social, econômica, de gênero e racial.

Para além do continuado controle da reprodução e do avanço da medicalização do corpo feminino, que são favorecidos pelas tecnologias informatizadas, Haraway chama a atenção pelo fato da produção destas novas tecnologias serem realizadas à custa de mulheres trabalhadoras super exploradas nas periferias da nova ordem mundial. A conclusão emergente é de que tem havido uma cooptação do discurso e um desgaste das energias feministas. [...], pronunciamentos oficiais sobre a importância de gênero fazem parte *integrante* das políticas macroeconômicas hegemônicas que aumentam a desigualdade entre mulheres. Isto equivale a dizer que está havendo um esvaziamento de conceitos e uma crescente ideologização, na qual a *visibilização* do gênero *encobre* tanto o aprofundamento das desigualdades sociais como os conflitos de interesse entre mulheres de classes sociais diferentes (GIFFIN, 2002: 110).

Olhando a partir dessa perspectiva observamos distâncias, silêncios e lacunas para o enfrentamento da epidemia da Aids relacionadas às estratégias entre mulheres. Por um lado podemos observar o pragmatismo das políticas nacionais, movidas pelos recursos ou pela escassez de estudos sobre o impacto da epidemia nas mulheres. Por outro, observamos o esforço de ativistas no espaço da mobilização feminista para resolver contradições que desafiam o projeto contra-hegemônico de transformação do lugar tradicionalmente destinado para as mulheres.

Apesar de todos os limites, as ativistas no campo da saúde reconhecem os avanços no campo da saúde e dos direitos sociais. Contudo, como poderemos ver na próxima sessão, as feministas, através da Rede Feminista de Saúde, intelectual orgânico do movimento de mulheres na saúde, concentram os silêncios críticos das mulheres que estão no espaço de subalternidade e que na trajetória dos últimos anos teve sua própria voz transformada em murmúrios.

## **Capítulo 3**

### **3. Formulação de um campo de mobilização social em defesa da saúde**

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

Nesse contexto surgem no Brasil inúmeras movimentações sociais, a exemplo das mulheres, dos negros, da defesa da saúde e do meio ambiente, entre outras, com lutas voltadas para ampliar direitos abrangendo diversas e diferentes temáticas. O feminismo teve suas raízes determinantes nos anos 1970 contra a ditadura militar, contudo, o movimento feminista brasileiro se radica nessa nova movimentação social que teria sua origem no final dos anos 1970 e começo dos anos 1980. Apesar das dimensões de combate à ditadura, essa nova movimentação social se caracterizava exatamente por outros modos organizacionais e bandeiras de luta. O movimento de bairro - hoje movimento urbano - é um movimento de destaque nesse período assim como é o movimento feminista para o avanço dos direitos das mulheres (GOUVEIA, 2004).

Como afirma Gohn (2008), em conjunto tais movimentações

Revelavam a face de sujeitos até então ocultos ou com vozes sufocadas nas últimas décadas. Os anos 80 são fundamentais para a compreensão da construção da cidadania dos pobres no Brasil, em novos parâmetros. Embora com o estatuto de cidadãos de segunda categoria, os pobres saíram do submundo e vieram à luz como cidadãos dotados de direitos – direitos estes que são inscritos na Constituição, mas, usualmente, negados ou ignorados na prática (GOHN, 2008:126).

No período de fundação da Rede em 1991, o Brasil estava mergulhado em grande crise econômica e política, em 1992 foi o “fim da era Collor”, governo marcado pela corrupção e instituição dos ideais neoliberais, confrontado por manifestações coletivas por ética na política. Na década Sarney-Collor-Franco (1985/ 1995) as disputas ficaram mais polarizadas, tanto pela demarcação das diferenças políticas entre movimento e governo, como também pelas disputas inerentes a defesa do SUS.

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

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

Outra tendência destacada por Gohn (2008) das décadas de 1980 e 1990 é o crescimento das ONG e as parcerias implementadas pelo poder público, em particular, no âmbito local.

Essas tendências são lados complementares das novas ênfases das políticas sociais contemporâneas, particularmente nos países industrializados do Terceiro Mundo. Trata-se das novas orientações do papel do Estado na economia e na sociedade como um todo, transferindo responsabilidades do Estado para as “comunidades” organizadas com a intermediação das ONG, em trabalho de parceria entre o público estatal e o público não-estatal e, às vezes, com a iniciativa privada também (GOHN, 2008: 128).

Entretanto Taciana Gouveia (2004) observa que é necessário analisar os movimentos sociais e ONG de forma mais flexível,

[...] para definir o que são movimentos sociais e o que são ONGs, deixando de lado o fato de que, mesmo sendo sujeitos políticos distintos, suas interseções são bastante complexas, tanto em função das diversas configurações existentes nos movimentos sociais e nas ONGs, como pelo fato de que muitos movimentos sociais - como são os casos dos movimentos feminista/mulheres, negro, ambientalista, gay/lésbico- são constituídos e constituintes por e de várias ONGs (GOUVEIA, 2004:81)

No período de oito anos do governo Fernando Henrique Cardoso (1996/2002) o projeto neoliberal concretizou-se, entretanto a movimentação feminista pela saúde apesar de expor as divergências político – econômicas com o governo, iniciou a partir de 1998, uma reaproximação das organizações e ativistas feministas na colaboração, diálogo e participação nos espaços do controle social. As tensões subjacentes a esse processo são percebidas em vários documentos na crítica ao modelo adotado de Estado mínimo e precarização da saúde, mas também é de contribuição e parceria para implantação das ações governamentais, a exemplo de contribuições para normas técnicas, campanhas e planos de ação para a saúde da mulher.

A agenda política feminista de transformações da sociedade só encontra ressonância mais uma década depois com a eleição do Presidente Lula (2003/2010). Nesse período, uma das expressões dessa convergência política entre feministas e governo é a indicação de uma feminista, ex-coordenadora da Rede Feminista de Saúde para o cargo de coordenação da Área Técnica da Saúde da Mulher. Durante o mandato que vai até 2007, observa-se por meio da maioria dos documentos governamentais elaborados por essa coordenação, a participação ativa da Rede Feminista de Saúde e das ONG aliadas a esse campo. Por outro lado, os documentos da RFS também indicam essa parceria e não explicitam manifestações ou posicionamentos críticos ou contrários ao governo.

Leher (2005) analisa que a alternativa dos movimentos pelos direitos humanos, e pela forma organizacional de ONG levou-os a abandonar a perspectiva anticapitalista mais fortemente vinculada com as lutas de classe. Neste contexto, o papel das ONG destaca-se pela natureza dessas, por diferenças internas quanto ao

confronto e à colaboração com o Estado, o que vai impactar nos limites das “transgressões” do movimento feminista e suas conseqüentes adaptações à ordem.

Nessa perspectiva, o financiamento das ONG e das redes nesse campo orientam-se por princípios éticos contra as desigualdades e opressões para executar uma agenda de trabalho que muitas vezes está atrelada à agenda dos programas governamentais. No caso dos recursos públicos para saúde, destinados às ONGs, em particular para Aids, estiveram vinculados às diretrizes dos organismos financeiros internacionais – Banco Mundial – órgão funcional ao equilíbrio da reprodução do capital em escala mundial.

Tal processo agudiza no complexo contexto dos anos 1990 e anos 2000, no qual o movimento feminista estava imprimindo novas formas organizativas, a exemplo da profissionalização do trabalho das ONGs. Estas, por sua vez, tornam-se espaços mobilizadores de recursos e *locus* de formulação de estratégias para o movimento.

A agenda de trabalho passa a ser influenciada e influencia as dinâmicas internacionais de pactuação de direitos. Em particular, atua no monitoramento e incidência política sobre o Ciclo de Conferências da ONU, assim como sofre impacto das determinações das agências multilaterais e das ONG doadoras internacionais. Esse contexto está inserido no âmbito de implementação do Estado mínimo com regras do ajuste estrutural.

Nos anos 2000 a agenda de luta das mulheres diversifica através de outros sujeitos como a Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB)<sup>25</sup>, a Marcha Mundial das Mulheres (MMM), Articulação de Mulheres Negras do Brasil (AMNB) e enfoca temas como economia de gênero, trabalho reprodutivo e produtivo; violência e mantém a agenda dos direitos reprodutivos e direitos sexuais, e menor ênfase na saúde Um reflexo pode ser percebido na diminuição de influência política da Rede Feminista de Saúde na agenda nacional feminista.

---

<sup>25</sup> A AMB criada em 1994 no contexto de preparação da Conferência Mundial das Mulheres em Beijing, buscava a facilitação e mobilização dos sujeitos do campo dos direitos, para a construção de marcos de transformação do conservadorismo do projeto neoliberal autoritário e excludente economicamente, racialmente e de DRDS. É a articulação política feminista que mais claramente disputa um campo político com a RF S, já que muitas lideranças/ intelectuais orgânicos da RFS migraram para a AMB. Na divisão de área temática a Rede se destina com o tema da saúde das mulheres.

Vamos nesse capítulo localizar os “nós”, as escolhas político-educativas e as repercussões no campo da saúde das mulheres. O capítulo traz os aportes teóricos que qualificam a ação do feminismo no contexto de enfrentamento da epidemia da Aids, com a revisão do percurso das várias matrizes teóricas, a partir das chamadas teorias feministas. Nosso entendimento é que essas teorias no campo das ciências sociais e a prática do movimento feminista internacional refletem na práxis feminista no Brasil, cuja atuação, como sujeito político, produz transformações na sociedade.

Nessa perspectiva, tomamos como marco referencial para analisar a pesquisa que conforma essa tese a relação entre Estado e Sociedade Civil apoiada em Gramsci para apreender as disputas políticas do feminismo no campo das políticas de saúde no Brasil.

A sociedade, explica Friedrich Engels (1977), não é a soma das famílias que a constituem, como pensava Aristóteles. A formação da sociedade é concomitante à da família. A sociedade organiza as relações entre os sexos para sua própria vida e sobrevivência e, principalmente, visando suas necessidades econômicas, mas é com a caça que surgem a propriedade privada e o patriarcado. Para Engels, com o desenvolvimento da economia surgem as diferenças entre classes, no contexto marcado pela descendência familiar. E dessa crise surge o Estado resultante não de uma idéia ética, mas das contradições insolúveis e dos antagonismos que ameaçam eliminar essa sociedade, ou seja, é consequência da divisão da sociedade em classes, e expressão das lutas de classe subjacentes.

Nessa perspectiva, para as sociedades desenvolvidas no capitalismo a igualdade não existe de fato, é uma abstração. E o cidadão é uma hipótese jurídica. Desta forma, o Estado tem como funções regulamentar juridicamente a luta de classes e manter determinados equilíbrios na correlação de forças existente. Não é só um poder brutal, mas é também a busca de equilíbrio jurídico, embora contraditório, provisório, transitório. Para Engels o poder público é a opressão de uma classe sobre a outra, sendo assim, desaparecendo as diferenças de classes, graças à apropriação coletiva dos meios de produção, desapareceria a razão da existência do Estado. Assim, o Estado extinguir-se-ia (ENGELS, 1977).

Inicialmente, Gramsci teria estabelecido uma oposição entre Estado, como coerção e dominação, e sociedade civil como direção e hegemonia. Em um segundo momento, o Estado passou a ser entendido como hegemonia armada de coerção, isto é, o Estado sendo igual à sociedade política mais sociedade civil. Por fim, Estado e sociedade civil se articulam como a própria formação social, o que inclui os aparelhos governamentais e também privados (GRAMSCI, 2004).

Para Gramsci (2004) a hegemonia é direção intelectual e moral. Os grupos que exercem a função intelectual, atuam numa perspectiva ética emancipatória e estarão intervindo na realidade com o sentido de transformá-la. Nesse sentido, o feminismo exerce um papel consciente de luta e de tarefa educativa para transformar social e culturalmente os sistemas capitalista e patriarcal, ou seja, afirma sua ação contra o sistema de dominação no qual vive a maioria das mulheres.

No entanto, as disputas sobre a concepção de Estado e Sociedade Civil são analisadas por autoras feministas como limitadas às esferas econômicas e políticas - tanto as perspectivas marxistas como as liberais e ambas desconsideram as tensões nas relações sociais determinadas pelas desigualdades de gênero. Mesmo considerando os intentos de Engels na elaboração das teorias sobre Estado, família e propriedade privada, assim como os esforços e avanços de marxistas feministas,

Tanto Rousseau como Hegel e Marx pretenderam ter deixado atrás as abstrações e as dicotomias do liberalismo, conservando a individualidade dentro da comunidade. Rousseau e Hegel excluíram explicitamente as mulheres desse assunto, confinando esses seres politicamente perigosos à obscuridade do mundo da família; Marx tampouco conseguiu livrar-se – nem ele nem sua filosofia – dos pressupostos patriarcais (PATEMAN, 1996:52).

Contudo, é na relação com o Estado que o movimento feminista se institui como sujeito político coletivo e a Rede Feminista de Saúde, como intelectual orgânico, reverbera as reivindicações das mulheres no campo da saúde.

Apresentaremos as concepções do feminismo brasileiro e sua conformação teórica e prática, cuja ação política no movimento social tem centralidade na defesa dos direitos das mulheres através do acesso às políticas públicas, com a estratégia de incidência sobre as políticas sociais. Desta forma, é um movimento que se insere

no campo de lutas democráticas pela saúde no Brasil, com rebatimentos no enfrentamento da epidemia da Aids.

Para tal compreensão relacionaremos as várias correntes teóricas feministas, com particular ênfase as socialistas, correntes influentes no Brasil, que articulam os enfoques sobre as desigualdades e opressões que vivem as mulheres a partir da crítica ao patriarcado e nas abordagens de gênero-classe-`raça`/racismo-sexualidade.

### **3.1 Trajetória histórica e política na defesa dos direitos das mulheres**

Analisar a movimentação feminista no enfrentamento da Aids requer entendê-la heterogênea e inserida na sociedade civil, que também é heterogênea, no contexto contemporâneo no qual transitam interesses de classes que emanam das relações de produção da sociedade capitalista.

O movimento feminista, as ONGs e, particularmente a Rede Feminista de Saúde, lutam na agenda da “grande política” por direitos, cidadania e democracia disputando um modelo de Estado provedor de políticas sociais e justo economicamente. Contudo, no interior da RFS, observam-se as disputas, particularmente marcadas nos anos do governo Fernando Henrique Cardoso (1996 – 2003) e Lula (2004 - 2010) sobre participar ou não na gestão, assim como, no que diferencia a aproximação ou não dos ideais do Estado neoliberal de “mais” sociedade civil e “menos” Estado, desresponsabilizando este último em responder às refrações da velha questão social (CORREIA, 2007).

Convivendo com as disputas de orientação política do movimento feminista pela saúde, a RFS organiza suas ações em temas estratégicos numa agenda programada, que não significa que é linear e com determinação de agir local e

global. Entretanto, expressam-se nas últimas duas décadas seguindo causas que, muitas vezes, são contingenciais ou factuais, agindo na “pequena política” - o que resulta uma fragmentação na análise e nas estratégias de agir sobre a realidade social.

A movimentação feminista na saúde manifesta-se de forma coletiva, mas não massiva, utilizando estratégias, no conceito de Gramsci (2004), “de trincheiras” numa “guerra de posição”. No entanto, a exemplo da ação focalizada em temas, com campanhas e uma constante preocupação em atrair a atenção dos meios de comunicação torna a luta parcial e muitas vezes desconectada das lutas dos demais movimentos sociais.

Numa outra dimensão, o movimento feminista investe com prioridade nos processos político-educativos e na produção do conhecimento. Ao lado da ação política, o campo conceitual-metodológico é o caminho de criar as condições para as mulheres alçarem a liderança de suas próprias vidas e das transformações coletivas da sociedade.

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

Segundo Bila Sorj (1992) e Isabel Casimiro (1999), tal surgimento teve duas motivações: reestruturar a tradição das Ciências Sociais, alterando conceitos e metodologias consagradas, e formular um projeto de emancipação das mulheres, na perspectiva marxista de emancipação humana, já que até aquele momento, na década de 1960, não se detinha informação suficiente que pudesse explicar as desigualdades entre mulheres e homens.

O termo feminismo é referente a pessoas, reflexões, ações, práticas políticas, elaborações intelectuais que buscam acabar com a subordinação, opressão e desigualdades em que vivem as mulheres. Não é certa a origem desse termo, mas

considera-se que foi o filósofo Charles Fourier quem primeiro o referenciou. Entretanto, a historiadora Karen Offen considera que começou a generalizar-se na França, a partir de 1880, o feminismo como sinônimo de emancipação da mulher (CASIMIRO, 1999).

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

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

Considerando que historicamente o conhecimento universal foi construído a partir do pensamento e experiências masculinas, a teoria feminista mostra que as mulheres são socializadas na cultura do patriarcado, que representa um sistema de poder com normas e valores que posicionam as mulheres no mundo com dificuldades de projetar seus próprios interesses. As feministas marxistas o definem desde Juliet Mitchel (1974), com referência ao domínio do pai, ou à figura simbólica da autoridade paterna, ou com definições mais abrangentes como Heleith Saffioti (2000), Lourdes Bandeira (1999) e Lia Zanotta (2001) que o consideram como um sistema de estruturas e práticas sociais em que os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres.

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

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

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

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

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

Outro importante enfoque que fundamenta a ética feminista é a complexa articulação da esfera pública e privada, que se torna central para compreender os distintos espaços destinados às mulheres pelo sistema patriarcal. Autoras

feministas, das socialistas às radicais, apontam que essa dicotomia é complexa e tem suas raízes no liberalismo, cuja manutenção e separação do privado e do público são funcionais para a concepção dos ideais de individualismo, liberdade e igualdade. Desta forma, a esfera pública se refere à vida política e a esfera privada se refere à vida doméstica.

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

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

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

Stefano (1996) aborda as várias idéias sobre autonomia, que poderíamos sintetizar: na origem, a palavra grega significa um tipo específico de independência para decidir e determinar o que a pessoa quer para ela mesma, sendo reconhecido como um termo precursor da liberdade. Na perspectiva liberal, individual da

autonomia sexual, é definido como autossatisfação através do celibato e da masturbação; também é interpretado como um padrão político-normativo de emancipação, definindo a conceitualização de cidadania das mulheres. Para as críticas ao liberalismo, o conceito se contrapõe à igualdade liberal, já que autonomia é o direito das mulheres à autodeterminação política, social, econômica e intelectual. Também pode ser entendido como o poder das pessoas definirem quem são e como querem viver seus desejos.

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

Primeiro, a localização das mulheres e sua experiência na maioria das situações diferem dos homens nas mesmas situações [...]. A segunda resposta é que a localização das mulheres na maioria das situações não difere demasiado, mas é menos privilegiada e não é igual ao do homem. A resposta se centra na natureza da desigualdade. A terceira é que a situação das mulheres tem que ser compreendida também a partir das relações de poder direta entre homens e mulheres. As mulheres estão oprimidas, quer dizer, são reprimidas, subordinadas, modeladas, usadas e objeto de abuso dos homens (LENGERMANN & NIEBRUGGE-BRATLEY, 1993:361).

No Brasil a tensão entre as feministas da igualdade e as feministas da diferença, sendo esta segunda entendida como as essencialistas vinculadas à questão da natureza, marcam as disputas por orientação das estratégias políticas do movimento. Ainda que no Brasil o feminismo da diferença nunca tenha sido hegemônico, ele era importante e influenciou o início da Rede Feminista de Saúde. Esse tema traz marcas da Conferência sobre Meio Ambiente da ONU - ECO 92 e dos modos como o movimento se preparava e disputava internamente para agir na Conferência sobre População e Desenvolvimento - Cairo 1994.

Ao longo da história, o debate da diferença entre os sexos desenvolveu-se principalmente entre duas perspectivas: a essencialista e a culturalista. O discurso essencialista exalta a "diferença sexual" e defende a existência de uma "essência feminina". Psicologizando ou biologizando as constatações sociológicas e culturais historicamente produzidas, realizam afirmações universalistas que aprisionam a feminilidade em modelos estruturados, ainda que ideologicamente valorizados (mulher como mãe e esposa). Supõe um feminismo universal e acaba justificando a discriminação das mulheres em função da essência feminina. Na perspectiva culturalista, as diferenças sexuais provêm da socialização e da cultura. Sob esta ótica, a

superação da ordem e das leis patriarcais eliminaria as diferenças sexuais (ARAUJO, 2005:49).

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

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

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

Nesse sentido a busca da autonomia passa a ser também a busca pela igualdade no sentido da emancipação das mulheres, contudo. Essa relação, como vimos anteriormente, é controversa e ambígua, por se confundir com os limites da igualdade liberal. Por um lado o avanço de direitos impulsionado pelo liberalismo contribuiu para as condições materiais e legais para se obter a autonomia através da igualdade de direitos. Por outro, a legalidade do direito também limita a igualdade

das mulheres, já que nem todas têm as mesmas oportunidades, ou seja, o ser mulher não forma uma única categoria.

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

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

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

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

Quartim de Moraes (2003/2004: 89) ressalta que a teoria feminista é marcada por dois grandes campos teóricos: o marxismo e a psicanálise e incide no campo das práticas sociais. A autora explica que a crítica marxista à opressão das mulheres é tratada no Manifesto Comunista, na Ideologia Alemã, mas particularmente “a questão da mulher” é tratada por Engels em *A Origem da família e da propriedade privada e do Estado*, que trata a condição da mulher como uma opressão específica, sendo a desigualdade dos sexos um dos primeiros antagonismos dentro da espécie humana. Entretanto, como afirma a autora, “a inegável influência marxista nas formulações feministas não significa, que o marxismo possa dar conta por completo da ‘questão da mulher’ ”.

Classe, como sublinha Juliet Mitchell (1967), foi o primeiro antagonismo. Para essa autora a libertação das mulheres permanece como um ideal normativo, um acessório da teoria socialista, sem estar estruturalmente integrado nela. A partir da década de 1960 são formuladas perspectivas, correntes ou enfoques que orientam os estudos e a movimentação política feminista. No entanto, levaremos em consideração que nos últimos 30 anos essas abordagens têm sido impactadas por novos pensamentos, a partir da inflexão que surge internacionalmente com a questão racial, de classe, de heterossexismo e de diferenças regionais.

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

Autoras feministas como Casimiro (1999), Castro (2000), Lovell (1996), Lengermann & Niebrugge-Bratley (1993), Valcárcel (1999:227) convergem que as definições de tais correntes feministas não significam hierarquia ou etapismo. Consideram que as correntes surgem em processos políticos complexos, contraditórios e inter-relacionados:

É importante ressaltar que feministas acadêmicas explicitam que estudos nesse campo teórico não representavam e nem falavam em nome de todas as mulheres, já que essas são diversas. Lowell (1996:21) analisa que, “nem todas as mulheres possuem igual acesso [...] são ainda as feministas acadêmicas que têm liberdade para publicar e, portanto, para definir a teoria feminista”. Contudo, são as feministas através de pesquisas e do ativismo que buscam, nos últimos 40 anos, saber sobre as mulheres. Suas experiências passam a ser objeto de estudos e ações, e as próprias mulheres passam a ser os sujeitos centrais das pesquisas.

Os feminismos brasileiros refletem as várias correntes acima citadas, contudo, a movimentação feminista no campo da saúde no Brasil tem uma forte influência das perspectivas liberal e socialista, apesar de afirmarem no início dos anos de 1990 não terem um marco filosófico que as posicionasse em um determinado campo teórico.

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

A partir das décadas de 1960 e 1970, o feminismo começa sua luta baseado nos princípios da matriz igualitária e procurando inserir as mulheres no âmbito de uma cidadania plena. Essa opção teórica buscava alargar o que o iluminismo elaborou, mas que terminou por restringir a ‘igualdade, o respeito individual, o desejo, a autonomia, apenas ao domínio do masculino. Quando entramos no debate do igualitarismo foi no sentido de não jogar fora esta matriz, mas sim de conservar o que ela tem de bom’ (RFS, 1993:10).

As feministas no Encontro acima citado, em 1993, explicam que o acesso a direitos reprodutivos e trabalhistas é uma conquista nova, mas ressaltam que a vivência dos direitos reprodutivos é permeada de dificuldades. Reivindicam clareza de princípios filosóficos do feminismo.

As dificuldades da nossa luta (...) talvez fossem simplificadas se possuíssemos uma maior clareza sobre o que queremos como marco filosófico, como meta, que não compreenda apenas os direitos reprodutivos, mas que se amplie para todas as discussões sobre autonomia, liberdade, autodeterminação e construção de uma sociedade mais democrática (RFS, 1993:12).

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

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

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

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

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

Com o fim do socialismo real, a ideia de radicalidade passa a ser um conteúdo político à democracia. A noção política da ideia de radicalidade ganha importância na Rede, compreendido como: tomar as coisas pela raiz. No VIII Encontro Nacional da Rede, em 2004, as feministas defendem a ideia desse conceito para explicar as raízes das desigualdades sociais e buscar o reconhecimento da importância das variáveis de gênero e raça para compreensão dos desafios, para consolidação e radicalização da democracia em nosso país.

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

### **3.1.1. Feminismos no campo da saúde**

A ideologia conservadora positivista do final do século XVIII e as idéias higienistas decorrentes dessa época repercutiram nas políticas públicas nos séculos seguintes, como analisam Fonseca Sobrinho (1993) e Freire Costa (2004). O higienismo incide particularmente na área da saúde, em políticas e programas, reconfigurando relações familiares nucleares. Da mesma forma, comportamentos “higiênicos” incidiram fortemente sobre a vida reprodutiva e sexual das mulheres, com uma perspectiva eugênica que hegemonizou as políticas de saúde no início do século XX - modelo implantado para melhoria da raça branca, para controlar a reprodução e a sexualidade da população

A influência do positivismo<sup>26</sup> foi determinante na definição das relações sociais, do papel da mulher, na propagação do racismo, na limitação da política sobre o que são ou não são problemas sociais.

Para o movimento feminista brasileiro na saúde, a ação política para a defesa dos direitos humanos foi central para enfrentar o higienismo presente nas políticas públicas de controle populacional e na definição do que deve ser uma “boa” mulher. Como também na dominação que se expressa nas diversas formas de opressão vividas pelas mulheres, que resultaram historicamente em marcas, mortalidade e adoecimentos que colocaram como desafio a construção de princípios como: autonomia, rejeição às hierarquias e a qualquer forma de subjugação (BARBOSA, 2001).

Especificamente no campo da medicina, a doutrina higienista foi um importante aliado para a regulação e controle da vida das mulheres. Em 1930, com o Estado Novo, novas medidas passam a ser tomadas para o controle da vida reprodutiva das mulheres a partir do incentivo à natalidade que buscava aumentar a

---

<sup>26</sup> Para Comte – fundador de positivismo, “ os proletários reconhecerão, sob o impulso feminino, as vantagens da submissão e de uma digna irresponsabilidade”. Nessa lógica o positivismo diz que tem que respeitar e reforçar as leis naturais da concentração de poder e da riqueza. Comte inventou o termo “sociologia” e inaugura a “transmutação da visão de mundo positivista em ideologia, quer dizer, em sistema conceitual e axiológico que tende à defesa da ordem estabelecida” (LOWY, 1987: 22).

população e conseqüentemente colaborar para o projeto político de desenvolvimento brasileiro. Nos anos 1940 as leis da família, leis trabalhistas de proteção à maternidade e de proibição do aborto consolidam esse campo político.

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

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

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

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

Percebe-se na análise dos documentos da Rede que feministas socialistas e marxistas, nas ONGs, núcleos acadêmicos, e ativistas autônomas disputam com as feministas liberais o campo de influência para as proposições das políticas públicas.

O valor de autonomia intrínseco na ideia de “meu corpo me pertence” era traduzido em maior participação do Estado na defesa desse princípio. Para a perspectiva liberal a autonomia das mulheres não passava pela intervenção do Estado.

No transcorrer dos dois últimos séculos as práticas e pensamentos a partir do feminismo desempenharam um papel importante nas transformações sociais, cujos marcos de resistência e contracultura dos anos 1960 se refletiram na produção teórica das ciências sociais. Desta forma, a chamada teoria feminista contemporânea tem suas fontes nas movimentações das mulheres por autonomia e emancipação. É um pensamento construído no contexto de guerras; de movimentos de contestação; da reorganização no sistema capitalista; da entrada das mulheres no mercado de trabalho; de uma conjuntura complexa que incidiu de diferentes formas nos países ao ‘sul do equador’.

Os caminhos trilhados pelo feminismo brasileiro têm influência do contexto dos anos 1960 que abrem uma nova época de contestação, fortemente marcada por protestos dos movimentos sociais, inicialmente nos Estados Unidos e na França, onde se articulavam contra guerras, particularmente contra a Guerra do Vietnã, e protagonizam uma luta por direitos humanos. Ao mesmo tempo, os fatos acontecidos em 1969 – a movimentação estudantil que trouxe à tona o tema das liberdades sexuais na universidade de Berkeley; os Panteras Negras enfrentando a questão racial; os conflitos de Stonewall desencadeando a movimentação gay - são processos políticos que marcaram a luta pelos direitos civis, movimentos de contracultura que mobilizaram um clima político que reorganizou o movimento feminista.

De acordo com Castro (2000) parte do feminismo brasileiro se desenvolveu inicialmente em movimentos sociais de base popular, em sindicatos de corte classista e em organizações não governamentais feministas, a autora ressalta que tais movimentações estavam comprometidas também com a crítica anticapitalista. Nas décadas de 1960 e 1970, enfrentou os conservadorismos, particularmente o da Igreja Católica, lutando contra a violência sexual, doméstica, contra os crimes “passionais”, assim como foi contra toda a regulação sobre os corpos das mulheres,

ao mesmo tempo em que formou parceria com alas progressistas da Igreja Católica para enfrentar a ditadura militar.

O feminismo brasileiro se insurgia contra o destino imposto às mulheres para serem mães e esposas, combatia o patriarcado - o que significava combater a família como instituição universal. Para Castro (2000) a experiência do feminismo brasileiro combinou militância, ativismo nas organizações e atividade acadêmica. Combinou também a crítica

às relações entre os sexos, à família, preocupações com subjetividade, corpo e sexualidade com análise sobre organização social; denúncias sobre privatização e deteriorização dos serviços públicos que afetam diretamente as mulheres (saúde e educação) como uma postura de recusa ao estado neoliberal (CASTRO, 2000:103).

A autora Quartim de Moraes (2003/2004) ressalta a importância da luta pela emancipação econômica da mulher, pelo direito ao trabalho e, concomitantemente,

lutar contra as desigualdades sofridas em termos de salários e postos. [...] O jornal paulista *Nós Mulheres* (76/79) revela a influência do marxismo – o discurso da opressão específica da mulher, com sua dupla jornada de trabalho – e a primazia de artigos sobre trabalho e política. (QUARTIM DE MORAES, 2003/2004:92)

Na América Latina, e particularmente no Brasil, o movimento feminista, da denominada “segunda onda”<sup>27</sup>, emerge na luta contra a ditadura militar. Nos anos de 1960 e 1970, grupos como Brasil Mulher, Nós Mulheres e o Movimento Feminino pela Anistia exerceram uma relevante ação colocando como prioridade a construção da democracia que foi, por muito tempo, a primeira agenda de luta.

---

27 “Primeira onda” - movimentos sufragistas do início do século XX - avanço dos direitos civis e políticos, com influência do feminismo socialista, no período pós-Primeira Guerra Mundial. Para Casimiro (1999), nas décadas de 1940 e 1950, a movimentação feminista sofreu uma retração - conservadorismo pós-Segunda Guerra, cuja mulher era para o lar e a maternidade. Scavone (2008) diz que obras importantes “marcaram época” e abriram o caminho para os estudos feministas. Na Sociologia, Madeleine Guilbert/ 1946; na Antropologia, Margareth Mead/1948; na Filosofia – Literatura/1949, o livro “O segundo Sexo”, de Simone de Beauvoir, com a idéia de que “não se nasce mulher, mas se torna mulher” tornou-se um novo paradigma contra a natureza do feminino para a reprodução e politiza a liberdade sexual e o direito ao aborto, distinguindo o componente social do sexo feminino de seu aspecto biológico. “Segunda onda” - avanço de direitos sociais, com políticas sociais que efetivassem os direitos das mulheres e que promovessem sua liberdade. “Terceira onda” - implicações teórico-práticas do uso indiscriminado da categoria mulher. Os estudos críticos sobre a diferença são desenvolvidos a partir dos anos 1980, particularmente pelas feministas não brancas americanas, e abordam as diferenças que “resultam de uma distribuição desigual dos bens e serviços socialmente produzidos sobre a base da posição do sistema mundial. [...] Nesse sistema, a classe, a raça, a etnicidade, a orientação sexual interagem com gênero” (Lengermann & Niebrugge-Bratley (1993)

Sérgio Carrara (2009) analisa que a movimentação política das mulheres resultou, já nos anos 1970, em importantes vitórias, a exemplo da mudança do Código Civil sobre o “Estatuto da Mulher Casada”, que requeria que as mulheres obtivessem permissão de seus maridos para procedimentos reprodutivos, assim como conseguiram a lei do divórcio, em 1977.

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

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

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

O lema “nosso corpo nos pertence”, uma das principais bandeiras do movimento internacional de mulheres, é expressão simultânea da base biológica da condição feminina e da almejada superação social deste

mesmo fato. Afirma a importância das questões de saúde e seu amplo significado social, [...] levaram à ampliação do conceito de saúde e a novas propostas metodológicas para os serviços de saúde [...] (GIFFIN, 1991:190).

Nos anos 1980, no contexto de democratização do Brasil, são retomadas bandeiras de luta contra o sexismo, o racismo, a homofobia, contra a violência de gênero institucionalizada nas práticas cotidianas na vida pública e privada. As teóricas feministas desenvolveram análises sobre as estruturas de opressão e formularam explicações que incidiram sobre programas e políticas públicas que objetivavam transformar a situação de desigualdades em que viviam as mulheres.

Lengermann & Niebrugge-Bratley (1993) ressaltam as tensões nos feminismos, cujas abordagens críticas apontavam as contradições das generalizações dos estudos de feministas europeias e estadunidenses sobre as mulheres, que não percebiam as especificidades das mulheres negras, lésbicas, ou as opressões patriarcais e questões econômico-sociais das mulheres dos países do sul, chamados Terceiro Mundo, e consideravam que tais diferenças demandavam direitos e ações particulares para cada subgrupo de mulheres.

*Enegrecendo o feminismo* é a expressão que vimos utilizando para designar a trajetória das mulheres negras no interior do movimento feminista brasileiro. Buscamos assinalar, com ela, a identidade branca e ocidental da formulação clássica feminista, de um lado; e, de outro, revelar a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminino, construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais. Com essas iniciativas, pôde-se engendrar uma agenda específica que combateu, simultaneamente, as desigualdades de gênero e intragênero; afirmamos e visibilizamos uma perspectiva feminista negra que emerge da condição específica do ser mulher, negra e, em geral, pobre, delineamos, por fim, o papel que essa perspectiva tem na luta anti-racista no Brasil (CARNEIRO, 2008:16).

O movimento feminista é heterogêneo, é parte da sociedade civil, é atravessado pelas lutas de classe – disputa de poder – disputa de hegemonia. Fomenta uma movimentação contra-hegemônica, ao mesmo tempo em que é impactado pelas estratégias pedagógicas hegemônicas.

Segundo Castro (2000) nos anos de 1980, correntes do feminismo pós-estruturalista e pós-moderno, assim como o feminismo liberal e social-democrata

ganham espaço no Brasil associados às estratégias internacionais de governança mundial através das Instituições Financeiras Multilaterais (IFM) e Sistema das Organizações das Nações Unidas (ONU), por meio de agências de fomento de pesquisas e fomento, ou projetos para grupos específicos,

Estas agências privilegiam projetos a varejo, para *target groups*, em linha advocacional, limitada para grupos entre as mulheres, estimulando o enfoque de políticas de identidade, ou para constituintes específicos, sem análise crítica de sistemas, totalidades sociais. Representantes dessa tendência vêm ganhando também campo nas elaborações e reelaborações dos documentos de conferências e convenções internacionais, no âmbito das Nações Unidas – campo que, em grande medida, é mais uma arena de representação discursiva, mas de importância simbólica e normativa, nos limites do sistema capitalista, a não desprezar na disputa por sentidos, [...] a repercussão, por exemplo, da Plataforma de Ação da Conferência Mundial das Mulheres (Beijing 1995) (CASTRO, 2000:105).

Nos anos de 1990, muitas das representações dos movimentos feministas brasileiro priorizaram trabalhar intervindo no Ciclo de Conferências Sociais da ONU<sup>28</sup>, particularmente nas conferências relacionadas aos direitos das mulheres. Ressalta-se que em 2000, aconteceu a Cúpula do Milênio, que resultou em uma síntese das conferências do Ciclo de Desenvolvimento da ONU denominada Metas do Milênio resume numa agenda mínima às conquistas das Conferências dos anos 1990.

Nos anos 2000 as feministas reafirmaram na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, 2002, a relevância estratégica do Estado e dos governos para a justiça social, e afirmaram ser necessária a transformação do próprio Estado, ainda patriarcal, racista, classista e sexista. Ressaltaram a importância de atuarem nas políticas públicas e no fortalecimento e organização do movimento de mulheres e movimento feminista.

Entretanto, Castro (2000) ressalta que nesse cenário as ONGs surgem como “um ambíguo tipo de agência” que viria competindo com o movimento social feminista, por fundos de agências internacionais pela definição de quais seriam “as vozes legítimas do feminismo” para as diversas representações do movimento. Na perspectiva da Associação Brasileira de ONGs, a ABONG (2010: 56) a natureza da

---

<sup>28</sup> A síntese sobre as conferências citadas encontra-se no anexo II

relação entre movimentos sociais e as denominadas ONGs, imprimiu marcas na cultura institucional caracterizando muitas delas “a serviço” dos movimentos sociais. A associação analisa que essas relações sempre foram marcadas por contradições e tensões bastante relacionadas “às dimensões de alteridade, à autonomia e a definições de papéis. Com o tempo, essas contradições continuam a existir e passam a ganhar novas dimensões a partir da transformação de papéis dos sujeitos políticos, e principalmente, da emergência de novos sujeitos políticos nos anos de 1990”.

Vale considerar que a luta política das mulheres nas organizações não governamentais, na academia, nos partidos, nos sindicatos ou no movimento social, enfoca a defesa dos direitos humanos e o fortalecimento da democracia, numa conjuntura política complexa de implementação do postulado neoliberal, com sua pedagogia, orientada pelo individualismo, fragmentação e desmonte de políticas públicas conquistadas pelas forças da sociedade civil, como também se reflete na fragmentação da movimentação de lutas da própria sociedade civil organizada.

A diversidade de tendências que se abrigam sob o que se indica por direitos das mulheres e perspectiva de gênero se amplia com a parceria entre governo e ONG. No Brasil, nunca a mulher foi mais visível na retórica de governo, o que convive com indicadores de pauperização das mulheres e das famílias da classe operária e a carência de serviços sociais especializados (CASTRO, 2000:106).

Aqui encontramos um campo de contradições que explicita a atuação do movimento feminista na promoção de políticas públicas na saúde como estratégia contra o sistema capitalista e patriarcal. Ao mesmo tempo em que se adequa à hegemonia das políticas de Estado mínimo e ações focalizadas. Como exemplo observa-se a atuação do feminismo na política de saúde das mulheres utilizando a estratégia de romper com a concepção patriarcal que associa e identifica as mulheres com a maternidade e a reprodução. Assume o conceito de saúde integral como forma de abranger as relações sociais dos processos saúde-doença. Contudo, submete-se a agenda governamental de Estado mínimo que reifica o projeto capitalista e não rompe com o primado patriarcal do materno-infantil.

Outro exemplo é percebido nas organizações feministas da sociedade civil, articulações e redes nos movimentos sociais que tinham em sua agenda a defesa dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Essas, diante da epidemia da Aids, retomam o discurso da autonomia, que é um princípio fundante da elaboração dos direitos sexuais, assim como retomam o ideal da saúde integral, para rebater o discurso de agentes como o Banco Mundial.

Entretanto, observa-se nos documentos de financiamento do PN DST/Aids que ONGs do campo feminista realizavam projetos contra a Aids, nos anos 2000. Apesar das críticas, tais organizações efetivavam os projetos das Instituições Financeiras Multilaterais com enfoque em políticas comportamentais, focalizadas, enfatizando o uso do preservativo. Ao mesmo tempo, nos documentos analisados da Rede Feminista de Saúde, percebe-se a crítica a essas instituições por modernizarem o controle patriarcal sobre o corpo e a sexualidade feminina. Como também critica-se a falta de acesso do preservativo feminino; o lento processo de pesquisas para disponibilizar microbicidas; o incentivo a métodos irreversíveis como a esterilização em massa.

A partir desse contexto, a política social pode ser entendida por uma ação do Estado permeada de múltiplos interesses econômicos e políticos que faz com que a questão social não seja periférica frente às determinações do capitalismo. Como um campo em disputa, Bering & Boschetti (2006) apontam que as políticas sociais ora são percebidas como solução para as desigualdades, sem considerar a natureza do capitalismo, especialmente na periferia do mundo do capital, ora são a expressão das lutas de classe, como espaço de regulação de conflitos e de respostas às reivindicações de movimentos sociais.

Por sua vez, a ação feminista na esfera das lutas sociais, no campo da saúde, que articulava desde os anos 1970 uma agenda em torno da democratização e da noção de direitos, ao incorporar “gênero” à temática das mulheres passa a ser ressignificada no âmbito das políticas públicas. Segundo Farah (2004:52) as políticas públicas com enfoque de gênero foram formuladas por um movimento não mais unitário.

Assim, quando, no início da década de 90, a agenda de reforma da ação do Estado se redefine e se torna mais complexa, também são mais complexos os vínculos com a agenda de gênero. [...] Superada a resistência inicial à colaboração com o Estado, as propostas no campo das políticas públicas, emanadas de movimentos e entidades feministas, passaram a integrar, como um de seus componentes fundamentais, a idéia da articulação de ações governamentais e não governamentais para a própria formulação das políticas. Além da ênfase na inclusão das mulheres como beneficiárias das políticas, reivindica-se a sua inclusão entre os 'atores' que participam da formulação, da implementação e do controle das políticas públicas (FARAH, 2004:53).

Quartin de Moraes (2004) exemplifica o feminismo e o movimento de mulheres em geral, como um expressivo movimento social surgido no século passado em determinadas condições históricas, que confronta valores estabelecidos na sociedade de classe e patriarcal. Gohn (1997) define os movimentos sociais como ações coletivas de caráter sócio-político e cultural que possibilitam que a população se organize e expresse suas demandas. Quartin de Moraes (2004) ressalta que movimentos como o feminismo utilizam o conceito de participação cidadã<sup>29</sup>, fundada em valores éticos universais, numa concepção de democracia radical.

No Brasil, as feministas no campo da saúde buscam uma sociedade mais democrática e justa socialmente, onde a igualdade é o reconhecimento da diversidade cultural. Nesse sentido a cidadania está associada à idéia de democracia, e esta se consolida no limite das determinações capitalistas, conforme apontado por Dias (1999:74):

A democracia é marcada pela particularidade imposta pelo mercado, pela posição diferencial na luta, na concorrência entre proprietários ou não, nas próprias diversidades e contradições possíveis no interior de cada um dos blocos antagônicos, etc, construída pelo acesso diferencial às diversas escalas de poder ( econômico, político, ideológico) no interior da sociedade do Capital. Ao aceitar-se, no entanto, a redução da democracia à obediência às regras do jogo, desde logo se está aceitando a desigualdade atual como natural (DIAS, 1999:74).

Localizamos que tal campo de lutas sociais no âmbito do feminismo conforma um espaço de disputa por hegemonia no sentido gramsciano, tanto no que significa

---

<sup>29</sup> Não é a cidadania neoliberal de ser um mero consumidor. A cidadania é articulada com a idéia de civilidade de direitos. Também é utilizado o conceito de cidadania planetária (DAGNINO, 2000).

a formulação de um arcabouço teórico-metodológico, como na movimentação política educativa que visava à emancipação das mulheres. Aqui a organização da sociedade civil é percebida como constituinte dos movimentos sociais, definidos por Sader (1998) como movimentações sociais conformadas por um sujeito coletivo que se relaciona a uma identidade de luta no âmbito dos movimentos de contestação.

Nesse campo de disputa a Aids não era um problema central para explicar as opressões e desigualdades vividas pelas mulheres. A centralidade era o debate de população e defesa do corpo. A luta contra-hegemônica no feminismo no campo da saúde pode ser percebida como transgressão, como pode ser uma adaptação à norma, mesmo tendo posições críticas e reivindicações.

### **3.2. Rede Feminista de Saúde - projeto político em defesa das mulheres**

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos<sup>30</sup> é fruto da organização e mobilização das mulheres no processo de elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, os ideais e princípios filosóficos da RFS foram pactuados desde o I Encontro de Saúde da Mulher, realizado em 1984, em Itapeverica da Serra, São Paulo. A Rede tem como princípio fortalecer sujeitos coletivos na luta por cidadania e fortalecimento da democracia.

Participaram desse encontro, mulheres ativistas, acadêmicas e trabalhadoras na área da saúde de 19 Estados que denunciaram a crise social, econômica, política

---

<sup>30</sup> São princípios da Rede Feminista de Saúde: Fortalecimento do movimento de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; Reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos; Reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos; Defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde; Legalização do aborto, cuja realização constitui decisão que deve competir à mulher como direito. (<http://redesaude.blogspot.com>, acesso 12 de setembro de 2010)

e em especial, da saúde. Elaboraram um posicionamento sobre a perspectiva de integralidade que defendiam para a saúde da mulher. Nesse mesmo ano, 1984, também foi o ano do primeiro diagnóstico de Aids em mulheres no Brasil.

As feministas argumentam na Carta de Itapeverica que a assistência focalizada na reprodução reflete o caráter tecnocrático, desumanizante e machista do sistema sócio-político, econômico e de saúde. Com esse posicionamento conceitual-político envolveram-se profundamente nas disputas de elaboração do SUS, no processo de construção de um novo conceito de assistência, com princípios de integralidade e autonomia das mulheres.

O objetivo de fundação da Rede era manter as mulheres organizadas em todo Brasil, através de núcleos regionais para fomentar o debate crítico, a formação de suas filiadas e a elaboração de estratégias para avançar a agenda de políticas de saúde para as mulheres. Criaram propostas e monitoraram políticas públicas na área da saúde com o objetivo de promover equidade, universalidade e integralidade. A Rede esperava que tais políticas fossem combater as desigualdades em que viviam às mulheres.

Os primeiros documentos relatam que “a Rede é uma iniciativa concreta do movimento feminista ligado à área da saúde, no sentido de tornar visível e potencializar a ação deste movimento e de resgatar o seu papel civilizatório, contextualizando os direitos reprodutivos no âmbito dos direitos humanos” (RFS, 1993:09).

A Rede é criada no contexto de implementação do PAISM, que mobilizou o movimento de mulheres, no esforço de realizar essa “experiência primordial” que traduzia para a política pública “os conhecimentos e práticas geradas no espaço feminista. [...] significa também inserir, do ponto de vista das mulheres, a dimensão social para a construção da democracia”. A Rede Feminista de Saúde afirma em seus documentos que o feminismo no Brasil foi, desde o início, um movimento por cidadania real (RFS, 1998:09).

O movimento de mulheres pela saúde no Brasil construiu um caminho próprio em termos de tendência política feminista. [...] O que marca a sua trajetória é uma combinação de premissa da autonomia das mulheres com a causa da justiça social em uma relação dialética o que faz com que, nessa

conjunção, o sentido da democracia se amplie e se estenda para outras dimensões da vida social (RFS, 1998:09).

Integrantes da RFS analisam que a conjuntura política do regime militar e as alianças de esquerda com os partidos, igrejas e setores conservadores, tinham uma agenda contra a ditadura, no qual os temas relativos à sexualidade e à reprodução só emergem no final dos anos 1970. Por exemplo, no período que segue a democratização no Brasil, é retomado o “debate sobre aborto, que coloca o corpo como tema da política” (RFS, 1998:12).

A saúde passa a ser um campo de investimento do feminismo e do movimento de mulheres. A Rede destaca que a ligação entre saúde e direitos reprodutivos é tão estreita e direta, que os limites muitas vezes foram confundidos, fazendo com que um campo fosse restringido ao outro. Tal perspectiva revela as contradições que permeiam toda ação do feminismo na saúde nas últimas décadas

A Rede feminista de Saúde, em 1998, com o mote “Existirmos: a que será que se destina” realiza o V Encontro Nacional em Caxambú, Minas Gerais. O objetivo era de avaliar a ação da Rede e a implementação do SUS. As feministas nesse encontro avaliaram que estavam num “cenário de engajamento com o universo institucional do Estado e de novas parcerias, especialmente com o setor dos profissionais de saúde e o mundo parlamentar. Este é em geral um trabalho silencioso, penoso, invisível, mas que tem demonstrado resultados concretos” (RFS, 1998:17).

A Rede aponta que esse engajamento no universo institucional traz reconhecimento público. Mas avalia que era preciso,

[...] um maior investimento nas reflexões quanto aos paradoxos e contradições deste cenário’. Faltam referências mais claras quanto aos significados e riscos desse engajamento. Faltam indicações mais precisas quanto aos requisitos (políticos, técnicos) que esse novo cenário exige para uma ação eficaz (RFS, 1998:17).

Contudo, as feministas nesse Encontro consideraram que o maior fator de motivação e que mobiliza a agenda da RFS parecem ser as questões emergentes,

as situações conjunturais. A RFS considera-se um sujeito plural, formado por grupos feministas e feministas autônomas que permite o conflito e o reconhecimento das contradições. Entretanto, reconhecem também que formam um grupo onde faltam de algum modo a renovação geracional, os vínculos com grupos populares e onde precisam ampliar a participação das mulheres negras.

Tal avaliação demonstra a RFS marcada pelas contradições do seu próprio perfil adulta- heterossexual- classe média- não negra disputando um projeto político de autonomia das mulheres e de enfrentamento das desigualdades sociais-econômicas-raciais no qual as camadas populares, mulheres negras, lésbicas, jovens não estão representadas. Apesar de considerar que essa não é uma relação linear – que os sujeitos demandantes necessariamente não são os únicos portadores de suas próprias demandas -, a Rede assume um projeto político de defesa das necessidades das mulheres. No entanto, convive com o limite de sua *praxis* organizativa, cujo projeto político é delineado com um determinado olhar e lugar de mundo.

As contradições internas à organização política da Rede também são refletidas na posição desse sujeito político engajado no universo institucional do Estado. Apesar da relação tensa e permeada de contradições, esta não impede que a fragmentação e emergência da agenda governamental seja reproduzida na ação da Rede. Desta forma, o bloco hegemônico define e educa a agenda dessas intelectuais orgânicas com a tarefa de consolidar a ação do Estado liberal. Nesse sentido, na ação pública os conflitos internos da Rede são diluídos em razão da efetivação de um projeto político que está em grande medida sendo realizado no espaço governamental.

Neves (2005:37) explica que, “A privatização, a fragmentação e a focalização das políticas sociais – materializadas na criação do chamado setor público não-estatal, denominado pela ideologia dominante e dirigente de “terceiro setor” – têm ainda a função de dialogar econômica e politicamente com frações significativas das camadas médias”. Estando a Rede inserida nesse contexto, e sendo portadora do princípio de autonomia, no qual o conflito é valorizado, pode-se afirmar que as

disputas internas são intensas, no entanto, a fragmentação e desmobilização são visíveis na trajetória da Rede.

As disputas internas, o engajamento no “universo institucional do Estado” são pautados na ação da Rede através de temas inerentes a formulação do feminismo no campo dos direitos e da saúde das mulheres, como também são temas que respondem às emergências conjunturais. Como exemplo, no dossiê de Avaliação dos 10 anos da Rede Feminista de Saúde - Dossiê Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos – 2001 ressalta-se que a chegada de brasileiras do exílio inflexiona a agenda feminista por trazerem o debate sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais no Brasil em função da experiência de militância feminista em outros países, o que já apontava para a internacionalização do debate no Brasil (RFS, 2001).

A avaliação dos 10 anos, apresentada traz informações sobre quais os temas prioritários de trabalho da Rede em sua atuação política na área da saúde da mulher. O dossiê apresenta seis estudos – contendo dados, informações, análises e reflexões – relacionados aos temas da Mortalidade Materna, Aborto, HIV/Aids e Violência contra a mulher (RFS, 2001).

Nesse período a RFS registrou que desde sua fundação havia triplicado o número de filiadas e que considerava consolidada a imagem da RFS como sujeito político estratégico no âmbito do feminismo na saúde, através da sua assertiva atuação política. A avaliação é a de que se tornara referência para a reflexão e articulação no âmbito da sociedade civil e das instituições públicas.

A conjuntura nacional e internacional pode ser referência para contextualizarmos as escolhas políticas e metodológicas da Rede. O fundamentalismo do governo dos EUA George Bush foi o tema debatido pelas feministas brasileiras e Articulacion Marcosul no VIII Encontro Nacional da RFS, 2004. Debateram tanto os fundamentalismos religiosos como econômicos que passaram a ser referência para a campanha contra os fundamentalismos que ganha visibilidade nos Fóruns Sociais Mundiais.

As feministas na Rede adotam uma posição crítica sobre a relação Igreja e o Estado, reafirmando o Estado brasileiro laico e que a Igreja é ator legítimo da

Sociedade Civil. Desta forma, feministas defendem que o fundamentalismo é quando as propostas da igreja, contraditoriamente, são do campo do sagrado e do estado de natureza e disputam com representantes das igrejas a proposição de políticas públicas.

Nos anos do governo Lula, acirra-se o debate sobre cooptação das lideranças dos movimentos sociais e a conseqüente desmobilização, diminuição da ação dos movimentos sociais. Nesse espaço de disputa, feministas vinculadas à Rede defenderam que a radicalização da democracia fosse vista criticamente já que racismo e sexismo redefinem a noção de democracia e que as políticas públicas até então implementadas pouco romperam as desigualdades que vivem as mulheres. Propuseram que os movimentos voltassem a se articular e a se posicionar como sujeitos críticos em relação ao governo federal.

Entretanto, observa-se que a RFS misturou sua própria agenda com a agenda governamental. Ao mesmo tempo em que centralizou o exercício do poder e sua representação política, orientou conservadoramente a sua forma de gestão. Tais processos podem ser analisados pela baixa renovação do conjunto das lideranças, assim como na pouca transparência demonstrada nos documentos sobre os processos decisórios, e nas poucas informações relativas ao controle social, apesar dos relatórios visibilizarem as consecutivas solicitações por relatos e informes das representantes das instâncias de participação em conselhos e comissões nos espaços governamentais.

Em 2008, um novo registro de avaliação realizada pela Rede, demonstra a manutenção dos princípios fundantes e da importância desse sujeito político em defesa da saúde das mulheres. Entretanto, é reconhecida a fragilidade da ação desse sujeito político; a desmobilização ocorrida na última década; a centralidade e personalismo de suas representações, assim como a fragmentada agenda impulsionada pela Rede.

Em relação à manutenção dos princípios conceituais-políticos, os documentos já citados trazem um discurso político que aproxima a Rede ao feminismo socialista numa permanente tensão com os ideais liberais de outras correntes feministas. No entanto, é na prática de efetivação do projeto político feminista na sua condição de

participante do controle social e de executora direta das ações governamentais que percebe-se a aproximação e a participação da RFS no projeto neoliberal.

Analisaremos no último capítulo que os limites e contradições da trajetória da Rede enfraqueceram o seu projeto de sujeito político feminista no âmbito da saúde, o que repercurte na formulação de propostas que possam enfrentar a Aids.

## **Capítulo 4**

#### **4. Movimentação feminista na área da saúde em tempos de Aids**

O movimento feminista imprime sua agenda de lutas na saúde limitada pelo atual modelo neoliberal, vinculado ao modo de produção capitalista e articulado com forças conservadoras do Estado na manutenção das relações patriarcais. O feminismo tem como valor rejeitar a realidade patriarcal e, com essa perspectiva, rompeu os paradigmas sobre sexualidade e reprodução, construiu o PAISM, influenciou o SUS e as políticas contra feminização da Aids. No entanto, a disputa contra-hegemônica do movimento encontra resistência diante de conjunturas político-governamentais favoráveis a fazer avançar, mesmo que minimamente, a agenda de políticas públicas para as mulheres.

Desta forma, a conjuntura influencia e redefine as formas de atuação do movimento. A transição para a democracia brasileira colocou questões importantes e difíceis sobre a relação do movimento com os governos tanto conservadores, como progressistas.

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

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

Nos documentos analisados, observa-se, por exemplo, que em 1984, ainda no governo militar, a implantação do PAISM aconteceu sob a coordenação de uma

feminista – sanitaria que seguiu até 1985, no governo Sarney. A análise sobre esse período revela que era importante para o movimento feminista garantir a implantação do programa, mesmo no governo autoritário e, em seguida, no governo conservador. No entanto, as avaliações sobre a implantação do PAISM informam que a implantação do programa só seria efetiva com mudanças estruturais do sistema de saúde, ou seja, as feministas agiam na contracorrente, limitadas pela conjuntura e pela falta de alicerces políticos para avançar sua agenda, a exemplo da incompatibilidade do ideal de saúde integral das mulheres com o modelo assistencial hospitalar vigente (RFS, 2005).

Em 1984, as feministas elaboraram a Carta de Itapeçerica da Serra, definindo novo marco para a saúde integral das mulheres. Desta forma, o movimento feminista pela saúde demarca posição política no campo das políticas públicas, assim como coloca em pauta na arena política a agenda do movimento feminista, que nesse período vivia a institucionalização dos grupos de mulheres no modelo organizacional das Organizações Não Governamentais - ONGs.

Os caminhos tomados pela RFS apontam para o caráter do arrefecimento da “transgressão” do projeto político e sua adaptação ao projeto conservador dominante. O silêncio sobre a Aids é reflexo desse contexto de não concretização de um projeto político transformador, mesmo quando se considera que o movimento que lutava por democracia e contra a ditadura foi vitorioso, dados os avanços no campo da institucionalidade democrática e o fato não haver mais ditadura. A movimentação social dos anos 1980 trazem outros sentidos, sendo o feminismo considerado como um dos novos movimentos sociais impulsionadores de uma força ética, conceitual e política. O contexto mais do que limitado pela crise político-econômica inferiu caminhos que desmobilizaram o projeto político feminista pela saúde delineado nos anos finais dos anos 1970 (MÉSZÁROS, 2003; DAGNINO, 2000).

Nesse sentido, o movimento feminista no campo da saúde torna-se refém de seu próprio caminho – nega a negação. Ou seja, apesar do ideal de negação do patriarcado que orienta o seu projeto político, na prática sua ação de “agir por dentro do Estado” não rompe com as determinações subjacentes ao sistema capitalista

patriarcal, no qual está inserido o sistema de saúde. O transformismo<sup>31</sup> por que passa o movimento às vezes é percebido pela RFS, às vezes não. Desde o I Encontro Nacional, em 1993, pesquisadoras e ativistas se perguntavam se a ação feminista seria subversiva ou conservadora. Ou seja, se é de ruptura com os padrões do sistema capitalista e patriarcal ou se é de imbricamento, mesmo que crítico a esses sistemas. Aqui, encontra-se o clássico dilema reforma ou revolução que permeava o movimento.

Gramsci usa o conceito de transformismo para explicar a destruição da força política da classe subalterna e a desarticulação dos movimentos sociais, quando esses passam a se identificar e a assumir as características do dominador. Carlos Néelson Coutinho explica que

[...] uma relação de hegemonia é estabelecida quando um conjunto de crenças e valores se enraíza no senso comum, naquela concepção do mundo que Gramsci definiu como “bizarra e heteróclita”, com frequência contraditória, que orienta muitas vezes sem plena consciência – o pensamento e ação de grandes massas de mulheres e homens. Ora podemos constatar que predominam, hoje, no senso comum, determinados valores que asseguram a reprodução do capitalismo, ainda que nem sempre o defendam diretamente (COUTINHO, 2010:30).

Coutinho se refere ao individualismo, ao privatismo, à naturalização das relações sociais que, sem dúvida, são valores não compartilhados pelo feminismo que formulou as proposições para a saúde integral das mulheres, e mesmo as tímidas estratégias para o enfrentamento da Aids. No entanto, esses valores são passivamente aderidos, já que a hegemonia da pequena política é consensual e conforma a concepção política do projeto da elite hegemônica.

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

---

<sup>31</sup> O transformismo se configura, em linhas gerais, como o processo de cooptação dos potenciais dirigentes das classes subalternas, os elementos mais capazes de organizar e dirigir um movimento, por parte das elites dominantes (GRAMSCI, 2004).

da abordagem de gênero adotada nas políticas públicas, assim como a minimização da agenda de direitos das mulheres.

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

Observa-se que o aborto, agenda que só o feminismo enfrenta, continua sendo uma luta que representa a radicalidade do movimento: é a síntese da luta contra o Estado patriarcal e comprometido com os dogmas das religiões. Tanto no caso da Aids como no do aborto, pode-se questionar a focalização temática. Entretanto, os dois exemplos podem ser percebidos como particularidades inseridas na complexidade das relações sociais, cujas determinações socioeconômicas, políticas e culturais devem ser enfrentadas.

Analisando numa perspectiva de saúde, seguindo os valores do SUS, os dois casos dependem da efetivação do princípio de integralidade, na elaboração feminista, que significa enfrentar as desigualdades em que vivem as mulheres. Para facilitar a leitura, são levantadas três chaves explicativas com o objetivo de refletir sobre os conteúdos dos documentos estudados que dialogam com a análise da tese e que foram se constituindo como campos analíticos para o problema aqui apresentado. Nas sessões seguintes, cada chave aqui indicada será tratada com maior profundidade.

Antes de entrar nas chaves explicativas, é importante que se explicita aqui a compreensão de que o controle da epidemia da Aids, assim como a formulação de políticas para a saúde das mulheres são resultantes da ação dos movimentos sociais na relação com os espaços governamentais que implementam a política pública.

Posto isto, **a primeira chave explicativa: Aids entre a liberdade sexual e a ordem familiar** busca dar a entender os limites e possibilidades das feministas na

RFS adiante da epidemia da Aids no debate sobre Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais. **A segunda chave explicativa: Saúde integral das mulheres e a integralidade do SUS** está relacionada ao conceito mais amplo de saúde da mulher, ou seja a concepção de saúde integral formulada no PAISM, mas com difícil implementação desde seu início. **A terceira chave explicativa: Estratégias de participação e mobilização** busca elucidar como os limites das respostas do movimento feminista na saúde estão subordinados à perda da força do projeto político, passando a ser absorvidas pela agenda hegemônica.

#### **4.1. Aids entre a liberdade sexual e a ordem familiar**

A análise dos documentos da RFS conforma um campo político-ideológico para se compreender a trajetória do feminismo no campo da saúde no contexto de surgimento da epidemia da Aids. A sexualidade e a reprodução formam o eixo desta análise, influenciada pela radicalidade e transgressão de dissociar o prazer sexual da reprodução, a partir de uma reflexão no campo da cultura e das abordagens de gênero nas relações de poder. É orientada pelas estratégias de ruptura com as políticas demográficas que transformavam as mulheres naturalmente em mães, enfocando o campo das políticas públicas e as respostas governamentais sobre a saúde das mulheres.

Desde a fundação da RFS, Simone Diniz (1993) questionava a abordagem higienista sobre a contracepção frente à disponibilidade sexual das mulheres “para os seus homens”. Como contraponto, trazia o conteúdo do erotismo desvinculado da obrigatoriedade do exercício da sexualidade. Entretanto, nesse campo, a Rede optou por voltar-se para as estratégias de prevenção com enfoque na reprodução, sem enfrentar o debate acima citado.

No sentido da luta feminista pela liberdade sexual a centralidade do preservativo para prevenção do HIV/ Aids confronta o discurso do controle sobre o corpo e a sexualidade. Não se avançou nos debates sobre amor, relação afetivo-sexual, monogamia. A Aids exigia uma resposta urgente e o feminismo não conseguiu se repensar, pois estava concentrado em outras agendas conceituais e políticas na saúde e na reprodução.

O espaço ocupado pela sexualidade no feminismo brasileiro foi muito mais teórico do que prático no sentido político-estratégico e ainda que não tenha o peso que teve no feminismo internacional no começo dos anos 1960, com todo o impacto da descoberta da pílula anticoncepcional e das mobilizações contra o conservadorismo que controla os corpos das mulheres, avançou na proposição dos direitos sexuais na década de 1990.

Talvez os direitos sexuais tenham sido introduzidos progressivamente, acabando por se infiltrar no dicionário dos direitos humanos, tanto para que fossem reconhecidas as diversas orientações sexuais e sua legítima necessidade de expressão, quanto para ser uma espécie de código que, como os direitos reprodutivos, pode assumir significados diversos para diferentes pessoas, dependendo da posição de poder que ocupam, da orientação sexual, do gênero, da nacionalidade, e assim por diante (PETCHESKY, 1999:16).

A complexa engrenagem entre a elaboração de um conceito, pactuação política e usos práticos costuma ocorrer com certa distância. No caso dos direitos reprodutivos, sua aplicabilidade tem sido muitas vezes reduzida à contracepção e à maternidade. Não é à toa que no Brasil o aborto é um tema indesejado e que as políticas de gênero para enfrentar a Aids enfocam a transmissão vertical. Em relação aos direitos sexuais, sua abordagem é, praticamente, restringida à violência sexual. A autora Petchesky (1999) analisa que o silêncio que permeia esse tema está cheio de significados que articulam as sexualidades numa 'infinita espiral de domínio e resistências'.

Numa outra dimensão, no contexto da epidemia da Aids, há uma contradição política nos movimentos feministas e LGBT, pois a sexualidade e os direitos sexuais, por serem temas "transgressores" vinculados à liberdade sexual, deveriam estar "sobre a mesa". No entanto, o que se torna visível na política de prevenção da Aids

é o discurso imperativo do uso da camisinha. Tais caminhos acabam por reforçar o controle absoluto da sexualidade e do corpo das mulheres. Nesse campo o feminismo não soube criar respostas adequadas que relacionassem a sexualidade aos princípios de autonomia, transgressão e liberdade frente à epidemia da Aids.

Nas relações políticas intramovimentos o tema da sexualidade também encontra silêncios e resistências. O movimento homossexual dos anos 1980, e sua versão LGBT dos anos 2000, configurou-se nas primeiras organizações que responderam ao problema da Aids. Assim, as primeiras ONGs Aids dirigiram intelectualmente o movimento Aids no Brasil. Como já abordado anteriormente, são as ONGs Aids as principais receptoras dos recursos do Banco Mundial, através do Programa Nacional de Aids. Essa inflexão nos leva a entender os limites da agenda desse movimento às condicionalidades intrínsecas a conjuntura dos financiamentos.

Contudo, a não relação entre os diferentes movimentos não pode ser explicada pelas disputas por financiamento, já que as ONGs feministas também utilizaram a mesma fonte de recursos para trabalhar contra a Aids. Entre o movimento feminista, o movimento LGBT e o movimento Aids percebe-se uma ausência de diálogo, de cooperação mútua e resistência que dificultam relacionar a questão com o tema da sexualidade. Essa não é uma resistência qualquer, mas se baseia em sexismo, relações de poder e nas diferenças dos projetos teórico-políticos e metodológicos – *gays* não tratam do patriarcado e os enfoques feministas reforçam a heteronormatividade.

Neste sentido, os temas da sexualidade e dos direitos sexuais em tempos de Aids assumem contornos que passam pelo corpo, que nem sempre se traduz em prazer e gozo, pois que está articulado em um campo político de disputas. Entretanto, sexualidade, sexo, práticas sexuais, afeto, amor, paixão conformam uma teia de restrições e permissividades, na qual as experiências de homens e mulheres diante da epidemia da Aids pressupõem mudanças nos discursos e relacionamentos afetivo-sexuais.

Villela (1999) ressalta que, historicamente, a sexualidade feminina é construída como uma experiência negativa, abordada à luz do campo da saúde.

A criação de padrões de relacionamentos sexual e amoroso mais adequados ao enfrentamento de uma doença de transmissão sexual com as características da Aids – crônica, assintomática durante um longo período e grave -, bem como a produção de novos sentidos para o sexo, para as idéias de masculinidade e feminilidade, e ainda para a Aids, não depende apenas da produção de discursos e práticas de saúde, mas não pode prescindir deles, do mesmo modo que não pode prescindir da incorporação imediata de tais discursos e práticas transformadoras em ações e posturas rotineiras no interior dos serviços de saúde (VILLELA, 1999: 207).

Apesar de a sexualidade ser central para o pensamento e prática feministas, é no campo da saúde e da reprodução que o feminismo brasileiro se institui sujeito legítimo em defesa dos direitos das mulheres. Para seguir na análise, é necessário percorrer a trajetória histórica de formulação de políticas de saúde para as mulheres que influencia o *modus* de agir da movimentação feminista. Historicamente, o feminismo brasileiro se dá por aproximação à luta por direitos humanos, contra a ditadura e por democratização do país. Desde os anos de 1970, a questão populacional e seu reflexo sobre a saúde das mulheres orientam a agenda feminista.

A saúde reprodutiva e sexual torna-se prioridade na disputa entre feministas, igreja católica e agências controlistas. O caso das esterilizações tubárias promovidas pela BEMFAM, representação nacional da americana USAID nos anos 1960, é emblemático. Fonseca Sobrinho (1993) relata que a ação controlista promovida pela BEMFAM foi resultado de uma estratégia liderada pelos EUA para coibir a explosão demográfica que emergia entre pobres e que poderia favorecer a guerrilha de esquerda no nordeste.<sup>32</sup>

Tal campo de disputa permeou a estratégia de ação da Rede desde sua origem. De seu I Encontro Nacional, ressalta-se a análise feita por Pitanguy (1993) que orienta os caminhos que serão adotados pela RFS. A análise da autora informa que as políticas populacionais, a partir dos anos 1960, formulam políticas públicas apoiadas por entidades de controle populacional e de planejamento familiar, tornando-se uma problemática social, econômica e de geopolítica no Brasil.

---

<sup>32</sup> Essas medidas eram parte da estratégia da Aliança para o Progresso, criada em 1961, com o objetivo de apoiar operações de contrainsurreição e de luta antiguerrilha. Nos documentos da época, Recife era citada a capital comunista brasileira, liderada pelas Ligas Camponesas, no contexto de levantes de esquerda na América Latina, a exemplo da Revolução de Cuba (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Segundo Pitanguy (1993) o ressurgimento do movimento feminista na década de 1960 enfrenta o debate sobre o controle ou incentivo à natalidade formulando o conceito de direitos reprodutivos. Desta forma, as feministas desse campo são reconhecidas nos movimentos sociais, na gestão das políticas públicas, na academia como um sujeito importante, nacional e internacionalmente (RFS, 1993).

O surgimento da RFS é fruto desse contexto, assim como influencia e é influenciado pela democratização no Brasil e elaboração do SUS nos anos de 1980. Desta forma, os princípios e valores são resultados desse processo histórico, no qual Ávila (1993:12) ressalta que na base da relação das mulheres com o direito estavam duas lutas fundamentais: a do aborto e da contracepção, pautadas numa perspectiva de cidadania. “A formulação da noção de direitos reprodutivos representa uma redefinição do próprio pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva”.

Linhares (1993) defende que os direitos reprodutivos não são apenas da esfera biológica ou da sexualidade, têm relação com as dimensões sociais, culturais e políticas. De acordo com Arilha (1993:18) os direitos reprodutivos são o tema central para o feminismo, como “criação das mulheres” e reivindica o cumprimento do papel do Estado nessa questão.

O detalhamento dos relatórios permite analisar as disputas de posição e de orientação estratégica. Alguns exemplos são evidentes, como a polêmica discussão sobre a reprodução assistida no I Encontro Nacional, em 1993. Para algumas feministas esse é um tema importante, por permitir a autonomia das mulheres, mas que precisa incluir também os aspectos éticos e morais. Para outras, a questão estava relacionada ao significado de autonomia, já que as políticas sobre reprodução vigentes, como inseminação artificial e fertilização *in vitro*, resultaram em “uma obsessão pela maternidade”, abrindo espaço para o avanço da tecnologia e a mercantilização da maternidade.

Outro exemplo, que pode ser identificado nos documentos é a relação da sexualidade com a reprodução. A partir da experiência com as mulheres, Diniz (1993:43) analisa que essas continuam sofrendo com a primazia da penetração para o orgasmo feminino, assim como reflete que “o desejo não é o único motivo para

relação sexual, carência, solidão, violência, entre outros também são motivos para a relação”.

A palestrante aponta que a prática do aborto, o parto, a atenção com a contracepção, às DST e a Aids são ônus que recaem sobre as mulheres. E lança perguntas sobre qual o papel das feministas: prover contracepção? Para que as mulheres fiquem sexualmente disponíveis para os seus homens, porém higienicamente desligadas da fecundidade? Como considerar a sexualidade importante, porém não obrigatória? Como é possível desvendar o erotismo diante dessas vivências?

Essas questões, mais do que pedirem respostas, são destinadas à reflexão que se soma ao debate sobre se a sexualidade deve ou não ser englobada nos direitos reprodutivos, já que a reprodução tem sido definida no espaço público e a sexualidade vivida no âmbito do privado. Linhares (1993:22) afirma que “a sexualidade não pode ser legislada (...) ela pode ser defendida, protegida (...) aí entra o Estado como protetor das liberdades individuais”.

Ávila (1993:11) posiciona-se “há um feminismo que se denomina da diferença e outro da igualdade (...) o querer ser igual aos homens significa uma igualdade de equivalência, de possibilidade, de acesso e não de sermos idênticas ao Outro”. Neste sentido, defende que os direitos reprodutivos sejam colocados com a perspectiva de avançar numa redefinição e ampliação da cidadania e da democracia. No ano seguinte, a elaboração dos direitos sexuais vai diferenciá-los, como conceito, dos direitos reprodutivos.

Arilha (1993) fala da centralidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na luta dos movimentos de mulheres e feministas, e que o grande desafio hoje é recuperar a importância da sexualidade como eixo aglutinador para conter os avanços do conservadorismo. A autora faz uma análise sobre o avanço destas forças em toda a região da América Latina e Caribe, para demonstrar que o conservadorismo em relação ao aborto e às políticas de controle sobre os corpos das mulheres, no Brasil, não é fato isolado, e sim, parte da grande estratégia conservadora patriarcal. Arilha apontou ainda que os marcos legais são fundantes

das políticas, mas são insuficientes, havendo necessidade da sociedade estar em permanente sobreaviso para que não haja retrocessos.

Internamente, na definição da RFS, desde o relatório do I Encontro Nacional (1993) o tema da Aids é considerado complexo e difícil. O relatório levanta questões sobre o uso do preservativo, apontando que há barreiras e preconceitos. As mulheres têm dificuldades e os homens têm uma maior resistência. E lança a pergunta: que estratégias podem ser formuladas para ampliar o uso da camisinha nas relações sexuais?

A RFS também debate a desinformação das mulheres, questiona como o movimento feminista pode contribuir para enfrentar o “pensamento mágico” de acreditar que as mulheres são imunes. Ressalta a necessidade de trabalharem sobre prostituição e prevenção, assim como retomar o debate sobre sexualidade do adolescente. Chama a atenção de que com a epidemia da Aids podem voltar preconceitos e tabus, minando as conquistas e liberdades no campo da sexualidade.

Anterior à publicação desse primeiro relatório a Rede publiciza sua perspectiva frente à epidemia da Aids, particularmente na 2ª edição do Jornal da Rede<sup>33</sup>. Aborda as estratégias de prevenção limitadas ao controle da sexualidade e centralidade do preservativo e apontam questões para o movimento de mulheres:

- As mudanças do comportamento sexual, exigidas pela Aids, soam como impedimento a uma vivência plena da sexualidade. Coloca que o movimento sempre defendeu a ampliação de opções contraceptivas, para a vivência plena da sexualidade desvinculada da reprodução. Defender o condom como único método que possibilita uma prática sexual mais segura é particularmente difícil.
- Como defender a liberdade sexual e reprodutiva no novo contexto restritivo? Como adequar o discurso à inquietante realidade que emerge dos números e estatísticas? Como convencer os parceiros a usar um método sistematicamente recusado? Como levar a informação, para milhares de

---

<sup>33</sup> Os Jornais são ferramentas estratégicas de comunicação. Foram produzidos regularmente 11 edições, entre 1992 – 1996, tratando dos mais diversos temas do campo de ação da Rede. Com a mudança de gestão, o “Jornal da Rede”, foi ainda publicado em formato de Revista e foram introduzidos outros meios de comunicação como os dossiês temáticos e informes eletrônicos.

mulheres esterilizadas, de que agora também devem usar camisinha para se prevenir da infecção do HIV? Durante anos o feminismo procura desvincular o condom da prostituição e DST, como relacionar o seu uso, sem devolvê-lo a esse lugar?

- Criticam o caráter discriminatório da proposta que vincula permissivos de lei para o aborto para o controle da infecção do HIV em gestantes, em função do risco de infecção fetal.
- Afirmam que o condom feminino recolocaria o controle da sexualidade nas mãos das mulheres. E que era preciso discutir sexualidade e Aids, para que as políticas não sejam normativas do prazer.

Cabe a nós, recorrendo à idéia do direito ao prazer, imaginar contornos e texturas que permitam a vivencia da sexualidade em contextos mais seguros. Devemos trabalhar com a prevenção da Aids através do caminho da redescoberta do prazer e da vida (RFS, 1992:06).

Na busca de entender a perspectiva do debate da Rede e sua incidência sobre os limites das respostas institucionais para a epidemia da Aids, pode-se apreender que uma possível interpretação para as dificuldades de controle da epidemia entre mulheres pode estar relacionada ao discurso conservador higienista, de controle da sexualidade e promoção da família que serve ao patriarcado. Freire Costa (2004) explica que para a manutenção da família na lógica do Estado higienista foi importante desenvolver a ideia de que os sentimentos das mulheres não são afeitos ao prazer, cuja natureza é a do amor-paixão.

Definindo o amor como paixão, o que se pretendia era reduzi-lo a um fenômeno manejável pelas técnicas médicas. O amor antigo, impessoal, sopro de Deus ou dádiva das musas, tornava os homens irresponsáveis por seu sentido ou direção. O amor higiênico, em oposição, era humano, filho da biografia “burguesa” e da biografia médica. Essa recondução do amor ao espaço do corpo era o prenúncio de seu futuro deslocamento para o Estado (FREIRE COSTA, 2004: 64).

Se o amor-paixão é uma forma de explicar o avanço da Aids entre mulheres, poderemos agregar os dados epidemiológicos que informam o aumento significativo dos casos de mulheres infectadas com seu único parceiro. O isolamento feminino no

desempenho da reprodução, diante de regras de poder que definem os homens como superiores, perpetua a opressão de gênero limitando as possibilidades das mulheres de lidarem com a epidemia da Aids.

A história de Josefa ilustra os percursos da paixão e os vínculos com a reprodução, que podem ser parecidos com tantas outras mulheres.

Eu tinha namorados, mas não transava. Quando tinha 17 anos me apaixonei e sofri muito. Minha mãe então falou comigo das coisas, foi a primeira conversa de mãe para a filha sobre relação amorosa e sexo. Esqueci do meu namorado quando comecei a trabalhar na fábrica e conhecer outras pessoas, também estava ganhando dinheiro e recebi o meu primeiro salário de verdade. [...] eu tinha 22 anos [...] me apaixonei. Perdi a minha virgindade, mas depois a relação acabou, acabou a paixão. Eu não o amava, nem ele me amava. Depois encontrei outro rapaz, mas descobri que estava casado. Terminamos, mas depois voltamos, mas não deu certo. Eu era maluca para ter filho, mas ele não quis. [...] Semanas depois de ter conhecido meu novo namorado, fomos viver juntos e fiquei logo grávida (HEAD & ROCHA, 2011: 20).

As tramas do amor-paixão-prazer-reprodução são percebidas nos documentos analisados de forma bastante pontual. A centralidade das estratégias da RFS para enfrentar a epidemia da Aids estava voltada para a prevenção. Privilegiando a necessidade de garantir amplo acesso aos testes, maior abrangência na distribuição de preservativo, aliada à recomendação de um rigoroso controle de qualidade desses insumos. Ou seja, as estratégias da RFS estavam voltadas para a implementação de ações governamentais.

Contudo, tais estratégias não são abordadas sem conflito. Já no I Encontro Nacional (1993) participantes defendem que a prevenção centrada no preservativo, passando pelos rearranjos conjugais é um problema. Mas não fica explícito se as resistências a essas estratégias estão relacionadas à concepção política do significado do amor-paixão-família controlada *versus* prazer.

A RFS aponta que “em relação aos rearranjos das relações sexuais a partir da ‘tragédia da Aids’ ainda não está devidamente configurado, mas algumas tendências se tornam visíveis”. Tais tendências seriam: diminuição dos parceiros sexuais, da frequência das relações, que levaria à diminuição da fecundidade, o

fortalecimento da monogamia, revalorização do casamento e da família com valorização dos filhos (RFS, 1993: 25).

São explícitas as críticas sobre as estratégias de prevenção dos programas de enfrentamento da Aids que são realizadas por entidades de planejamento familiar e pede-se atenção para suas possíveis conseqüências para os avanços e conquistas já efetivadas no campo da contracepção e sexualidade. Aqui, desvela-se um importante ponto de conexão entre os temas fundantes da RFS e a epidemia da Aids: o debate sobre população.

Sendo o condom ou, como foi dito, “a ditadura do preservativo” o único a proteger contra a contaminação pelo HIV e se as campanhas educativas tiverem resultados satisfatórios em suas metas, haverá, com certeza, uma queda bastante acentuada nas taxas de fecundidade pois, como colocou uma das participantes, “se os educadores em relação à questão da Aids fossem bem sucedidos, nós não teríamos mais problemas de população. A população morreria por um problema de envelhecimento porque não haveria mais reprodução dentro de um quadro de ausência de métodos de prevenção que não sejam os de barreira”. Diante do atual quadro de queda das taxas de fecundidade em diversos países do mundo, a prevenção da Aids exclusivamente através do condon transforma-se numa séria contradição (RFS 1993:11).

No que se refere à atuação das entidades de planejamento familiar no campo da prevenção do HIV/Aids, é enfatizado que foram essas entidades as primeiras que fizeram o controle populacional, e são as primeiras a incorporar a prevenção da Aids, com um discurso de controle da sexualidade que as feministas não concordam. “Eu acho que temos que pensar o nosso discurso e a nossa prática no que se refere à prevenção da Aids, no sentido de que não sejam cerceadores de uma liberdade que a gente já alcançou” (RFS 1993:11).

Contudo, a centralidade política do tema da sexualidade não é suficiente para que as feministas, no campo das políticas de saúde, rompam com a heterossexualidade intrínseca a essas políticas. Ressaltar o debate e reflexão sobre a sexualidade, não é uma questão secundária, e sim, poderia ser uma questão estratégica que se encontra no coração, não só da epidemia de HIV/Aids, mas também nos debates acerca da família e das políticas públicas para alçar os direitos sexuais.

Entretanto, as trilhas construídas pelo feminismo ao defender que a percepção sobre as diferenças entre os sexos não pode se constituir na base da opressão sobre um deles é um dos caminhos de partida para esse debate. O feminismo, no âmbito da RFS, propôs uma mudança das referências que devem balizar a construção de relações sociais igualitárias nos espaços público e privado, introduzindo aí a noção de justiça social. Neste sentido, conferiu uma dimensão política à igualdade entre os sexos.

O feminismo defende que é preciso politizar a esfera privada, problematizando que é impossível desfrutar de liberdade e autonomia de decisão se as relações privadas ainda mantêm e reproduzem as desigualdades. A relação entre reprodução e sexualidade é entendida como parte das construções culturais que oprimem as mulheres. As feministas resgatam a noção de corpo como o lugar primeiro da existência humana, a partir do qual adquirem sentido as experiências individuais cotidianas e coletivas, tanto as dimensões materiais quanto as dimensões simbólicas da existência social e política (CORREA et al, 1986).

Ao determinismo biológico que aprisiona as mulheres a um destino inexorável (a maternidade) as feministas respondem com a defesa da autonomia das mulheres como princípio, sendo estas sujeitos de experiência e agentes de mudanças que requerem conhecer como se dão os processos de construção do controle sobre o corpo feminino e sobre sua sexualidade. Ao mesmo tempo, ressalta-se que a divisão sexual do trabalho radicaliza a análise crítica sobre a divisão social do trabalho, e que é decorrente da assimetria de gênero existente nas relações sociais (RFS, 1993).

O avanço conceitual-político do feminismo nesse campo é antagônico às campanhas de mídia para o enfrentamento da Aids nos anos de 1990. Na edição de no. 8 do Jornal da Rede, 1994, o tema da Aids é matéria de capa. Com o título “E Anjo pega Aids?” fazia uma crítica a uma campanha publicitária do Ministério da Saúde (MS) para 1994/1995. A imagem usada retratava dois anjos louros (meio andróginos e bem europeus) utilizada nas peças publicitárias. A campanha baseada na Campanha mundial “Aids e Família” trazia valores de retorno à solidariedade e de

respeito aos laços afetivos familiares, valorizando um modelo de família nuclear e harmônico que o feminismo critica e busca desconstruir.

A matéria informa que representantes da Rede haviam estado em reunião do Comitê Assessor Mulheres e Aids junto ao Ministério da Saúde, onde fizeram suas críticas. “Foi bastante questionada, pelas feministas, a postura de trazer para as mulheres mais uma ‘culpa’ dentro da lógica de que são elas as responsáveis pela reprodução e, por extensão, pelo cuidado da saúde da família” (RFS, 1994:07).

Os pilares do feminismo na saúde são baseados na crítica aos programas de planejamento familiar que são controlistas e querem reduzir a pobreza. Assim, denuncia-se o controlismo e a eugenia contidas nas propostas de esterilização em massa e de Planejamento Familiar, elaboradas pelo governo na ditadura militar parte de suas estratégias no campo da segurança nacional. Desta forma, feministas nesse campo afirmam que as mulheres têm problemas específicos de saúde porque são excluídas das decisões sobre seu próprio corpo, já que o papel sexual e reprodutor é imposto à mulher pela sociedade.

É relevante salientar que desde o Brasil colônia a medicina higienista foi utilizada como uma tática de manutenção da ordem e orientou a formulação de políticas específicas de ocupação do espaço urbano. Contudo, como afirma Freire Costa (2004:30) “o Estado brasileiro sempre encontrou na família um dos mais fortes obstáculos à sua consolidação”. O combate punitivo e legal do Estado controlava o poder familiar através do higienismo que converteu as famílias em “sinônimo de organização” e promoveu o desenvolvimento urbano.

É essa idéia de família organizada, nuclear, imunizada, com novas características corporais, sentimentais e sociais que o feminismo combate. Tal enfrentamento é ressignificado em tempos de epidemia de Aids. A expressão conservadora da Aids não está distante do significado da sífilis do Brasil colonial. A ideia de promiscuidade sempre foi um ponto de desconstrução do feminismo. A culpabilização das mulheres retoma a crítica da negligência das mulheres com a conservação da família e responsabilização pela educação das crianças (FREIRE COSTA, 2004).

A moralização inculcada nas práticas preventivas de controle da Aids, a exemplo do preservativo focado no corpo do homem e a negação simbólica do sexo ou da gravidez para as mulheres que vivem com HIV/Aids, aproxima-se da higienização coletiva, ou seja, das políticas higienistas. Traz semelhanças com as políticas de controle da população do Estado Moderno, voltado para industrialização e a ausência de políticas voltadas para as mulheres frente a epidemia da Aids.

Contraditoriamente, tais questões não configuravam um problema situado nas análises dos painéis dos Encontros Nacionais da RFS. Mesmo abordada de forma fragmentada, a Aids sempre foi percebida como um problema e a prevenção, uma dificuldade. No Dossiê produzido em decorrência do Dia 1º. de dezembro 1999, encontramos explicações. O documento aponta que o principal problema para as mulheres frente à Aids estava relacionado à prevenção, “já que o condom continua sendo uma prerrogativa dos homens”. O condom feminino associado ao microbicida é a estratégia de dupla proteção valorizada para que as mulheres se protejam de forma mais autônoma.

Entretanto tal estratégia é limitada por duas vias, a primeira, o acesso ao preservativo feminino é limitado, e o microbicida não está disponível. Outra via é que no Brasil, a maior dificuldade do uso do condom feminino está relacionada ao seu manuseio, o que faz com que a indústria de preservativo feminino não acredite em tal mercado. Entretanto, pesquisas revelaram que a adesão nos três primeiros meses de uso é de 80% e, em seguida, diminui consideravelmente.

Ou seja, não há incentivo para a produção industrial do preservativo feminino a baixo custo, não é atraente para pesquisadores/as e industriais o comércio de um produto manuseado pelas mulheres e que daria autonomia para sua proteção. Noutra face, avançam lentamente as pesquisas sobre microbicidas. Por outro lado o Dossiê (1999) ressalta que, “assiste-se a uma intensa medicalização da Aids, tão perigosa quanto a sua banalização[...].De fato, a Aids tem deixado de ser um problema social, para se tornar cada vez mais um problema médico e de laboratórios” (RFS, 1999:15).

É nesse dossiê que encontramos mais uma explicação da Rede para os limites das estratégias contra a feminização da Aids. Sobre as preocupações

relacionadas ao crescimento da epidemia da Aids em mulheres, afirma-se que “sua extensão para pessoas tidas como “normais” reduz o glamour dos tempos em que era uma doença de ricos, gays e artistas, reveladora da intimidade alheia, o que reduz também o interesse da mídia sobre este problema grave e ainda não equacionado” (RFS, 1999:15).

Revela também preocupações com as tendências de crescimento da epidemia, como a interiorização, a heterossexualização e a mortalidade das mulheres: “[...] Assim, as razões para menor queda da mortalidade entre as mulheres devem ser buscadas na demora na realização do diagnóstico e na própria dinâmica da epidemia” (RFS, 1999:15).

Desde as primeiras respostas para enfrentar o avanço da epidemia entre as mulheres, as ações do governo afirmam a prioridade para prevenção da transmissão do HIV da gestante para o bebê. Tal centralidade restringe as políticas da assistência e prevenção para as mulheres e retoma o binômio materno-infantil.

Ressoa, nos vários documentos e artigos feministas sobre Mulheres & Aids, a preocupação da centralidade da Transmissão Vertical como política de gênero. É reconhecida à importância de prevenir a infecção dos bebês, entretanto, questiona-se que os benefícios não devem ser só para os filhos, devem ser para as mulheres também.

Escolher a gestação como momento de detecção do HIV em mulheres, de modo a beneficiá-las, pressupõe reconhecer seu direito de decisão sobre a reprodução e propiciar o apoio e os serviços necessários para a sua realização. Ao mesmo tempo, para que esse processo se dê, é necessário que a instituição de saúde se perceba a serviço da mulher e não o contrário, como muitas vezes acontece (BARBOSA, 2002: 355).

Por fim, o preconceito e a precariedade no acesso às informações médicas completam o quadro negativo: a grande maioria das mulheres desconhece o próprio corpo, especialmente no que diz respeito aos aspectos ligados ao aparelho ginecológico. Esse desconhecimento está relacionado a uma educação moralizante e restritiva de direitos para a vivência da sexualidade das mulheres, encontrando nos serviços de saúde repercussões para manutenção dessa lógica.

Nesse âmbito, a implementação das políticas de saúde tem uma estrutura voltada para o tratamento de doenças e investimento na cura. Não há uma incorporação efetiva de ações educativas no campo dos direitos sexuais que possibilitem escolhas mais conscientes na vida sexual e reprodutiva, assim como que contribuam com a prevenção de doenças.

Embora o movimento feminista tenha estado presente em diversos momentos na luta contra a Aids, o relatório do X Encontro Nacional da RFS, em 2008, reconhece que a feminização da epidemia está exigindo estratégias mais definidas e seguras. Analisa que o Plano Nacional existente não é suficiente para dar conta do desafio e que é fundamental que o movimento de mulheres ocupe espaço junto aos movimentos sociais que tratam do tema HIV/Aids, visando a garantia de recursos para as políticas para as mulheres e para que se assegure o espaço da sociedade civil nos processos decisórios nacionais e internacionais sobre a Aids.

O principal enfoque da RFS pode ser percebido no documento *Ferramenta para a ação política das mulheres, 2008*, que reconhece que a feminização da Aids é um desafio complexo para o movimento de mulheres. E reafirma que a violência é um fenômeno de grande impacto na vida das brasileiras, que afeta sua saúde sexual e reprodutiva. O texto expõe que a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/ Aids aumenta com a violência, que ambas expressam desigualdades de gênero e que “desencadeia a necessidade de novos olhares sobre as políticas públicas (RFS, 2008).

Sem negar a importância da conexão com a violência e seus impactos, que podem tornar as mulheres mais vulneráveis ao HIV/Aids, é surpreendente, no documento, a demonstração do limite das respostas da RFS. É necessário analisar que a violência e a Aids estão relacionadas nas dinâmicas do modo de produção capitalista e das normas patriarcais, que perpetuam sexismos, classismos, racismos que não se alteram sem a ruptura com o próprio sistema.

Nesse sentido, a estratégia feminista de focar sua ação nos direitos reprodutivos e nos direitos sexuais, enfrenta diante da epidemia da Aids obstáculos políticos e econômicos. Como afirmam Ávila e Corrêa (1999:10),

Nunca é demasiado lembrar que as desigualdades entre os sexos, grupos sociais, raciais ou étnicos, mas também as enormes desigualdades entre países, estão em contradição flagrante com as premissas de um ambiente favorável ao exercício desses direitos (ÁVILA e CORRÊA, 1999:10).

A própria trajetória da RFS expõe os limites de sua ação política-educativa. A história da movimentação feminista no campo da saúde demonstra as dificuldades de implementar o PAISM. Revela que a história do SUS foi distorcida de uma lógica de direito cidadão/ã à lógica de mercado consumidor ao mesmo tempo em que reifica valores conservadores que impedem a legalização do aborto ou que não coíbe a violência doméstica e sexual. A Aids, nesse contexto, é exemplo de como a reprodução social no sistema capitalista patriarcal é perversa para as mulheres.

Esse caminho foi permeado de avanços e retrocessos. É consenso nas avaliações do movimento e do governo federal que o PAISM não concretizou seus ideais originários. Na 39ª. Sessão da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU), em julho de 2007, aponta importantes lacunas, sobre DRDS e enfatiza, entre as lacunas, a falta de mecanismos para que as políticas definidas em âmbito federal, de fato, alcancem as mulheres onde elas vivem. E que a persistência de déficit de efetividade impõe violações aos direitos humanos das mulheres.

Outra importante lacuna referida nessa sessão da CEDAW se referia aos contextos de estigma e discriminação sobre as mulheres lésbicas. O documento relata a ausência de estratégias para as lésbicas que são fontes de ansiedades, vivências clandestinas e maior adoecimento. Assim como critica o processo de exclusão das mulheres das políticas sociais, como Bolsa Família e do Pacto da Violência. Analisa que há uma desvalorização pública pelas práticas sociais e sexuais, e níveis elevados de sofrimento psíquico, problemas esses que devem ser encarados como prioridade pelo movimento de mulheres na luta pela saúde.

Em que pesem avanços do movimento feminista, suas estratégias na saúde estavam moldadas aos limites da integralidade e da minimização do PAISM, considerando que a política de saúde integral das mulheres é uma importante estratégia de políticas públicas do feminismo, mas também da própria RFS. As lacunas relatadas no relatório CEDAW fazem olhar para as lacunas d

#### **4.2. Saúde integral das mulheres e a integralidade do SUS**

A área das políticas de saúde para as mulheres é exemplo das contradições, dos avanços e limites na implantação do preceito de integralidade. Assim como a percepção da RFS sobre as políticas contra a feminização da epidemia da Aids é reflexo dessas contradições. Como exemplo, a dimensão e urgência político-histórica da Aids é resumida nas estratégias da RFS e refletidas nas políticas nacionais contra à Aids centradas na prevenção com o uso do preservativo, no combate à transmissão vertical e na visibilização da violência como um fator de vulnerabilidade das mulheres.

Ativistas e gestoras feministas construíram estratégias de prevenção do HIV / Aids em mulheres, o que significava aproveitar todas as oportunidades em que as mulheres comparecem aos serviços de saúde – visto como um lócus privilegiado para a educação, promoção da saúde e prevenção de doenças. Tais serviços propiciavam introduzir conhecimentos específicos em relação ao HIV / Aids, considerando-se tanto a possibilidade de inter-relação entre os diferentes programas oferecidos, quanto viabilizar uma assistência que ultrapassasse a visão biologizante e fragmentária da atenção à saúde.

Observa-se que o enfoque político da atuação do feminismo elege a saúde como campo de ação com a urgência de quebrar paradigmas relacionados ao conceito higienista de saúde e o binômio materno-infantil. Para um propósito de tal envergadura é que o feminismo formulou o campo dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

A perspectiva teórico-metodológica adotada buscava questionar o saber e o poder médico, valorizar o discurso das mulheres nas suas experiências corporais e construir a crítica aos serviços de saúde. Para agir nesse sentido, exigia do Estado eficácia nas políticas de saúde.

É importante ressaltar que a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), em 1984, tornava-se a síntese de décadas de luta feminista em defesa da autonomia sexual e reprodutiva. Aqui se pode observar a reivindicação das demandas do movimento feminista na saúde exigindo a presença do Estado. As feministas ressaltavam a autonomia das mulheres ao formular conceitualmente os direitos reprodutivos como um campo ético e político. Tal abordagem conceitual visava enfrentar as iniciativas controlistas ou natalistas, elaboradas a partir das necessidades políticas governamentais na disputa de um determinado modelo de Estado.

Nesse sentido, ao elaborar conceitualmente os direitos reprodutivos e formular o PAISM, as feministas buscavam redefinir o papel do Estado, na promoção de políticas de saúde integral, considerando que as mulheres eram as definidoras de suas demandas. No bojo desse processo as feministas denunciavam os poucos serviços existentes no Brasil de assistência e prevenção para a saúde da mulher. Assim como, reivindicavam que as mulheres não fossem vistas simplesmente como reprodutoras.

A defesa da saúde integral é baseada na análise de que o conceito que caracteriza as ações de saúde convencionais centra suas explicações e práticas no indivíduo e na doença, enfatizando uma interpretação biológica impessoal, sem história e sem o conceito social do problema (RFS, 1993).

Pitanguy (1993:08) analisa que embora nas décadas de 1960 a 1980 o debate sobre população estivesse permeado pela lógica de mercado, substituindo a idéia de justiça e igualdade social pela idéia de produtividade e que as políticas populacionais coercitivas vitimassem as mulheres no seu direito reprodutivo e sexual, a ação política das mulheres só tomaria densidade nos anos de 1990. Antes “as mulheres ou estavam ausentes ou subrepresentadas nos grandes encontros e conferências mundiais sobre o tema”. No Ciclo de Conferências Sociais da ONU dos anos 1990, o movimento se preparou para atuar mais ativamente na *Conferência sobre População*, no Cairo, e na *IV Conferência sobre a Mulher*, em Pequim. Nesses espaços foram pactuados internacionalmente os direitos reprodutivos e direitos sexuais.

A movimentação feminista brasileira no campo da saúde é analisada pela RFS, oferecendo à sociedade contribuições para o aprofundamento de uma visão de sociedade democrática e socialmente justa. Sinaliza, claramente, que o projeto político que orienta a sua ação tem a urgência de instituir um novo marco civilizatório, posicionando-se contra a ordem neoliberal e de ajuste estrutural, reafirmando a necessidade de que o Estado desenvolva políticas públicas afirmativas para superação da pobreza, a geração de renda, emprego e garantia de bem-estar.

Na edição de nº. 02, do Jornal da Rede (1992), é publicada uma matéria intitulada “Aids – um Desafio para o Movimento de Mulheres” que reconhece o aumento da infecção do HIV entre as mulheres, considera que a epidemia é subnotificada e que se dissemina silenciosamente entre a população feminina. Sobre a resposta do movimento feminista, afirma estratégias voltadas para a implementação governamental,

Apesar de incluída na agenda feminista do Encontro Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, em agosto de 1991, (que funda a RFS), a incorporação da Aids pelo movimento ainda é tímida. A priorização política do tema e sua abordagem a partir de uma perspectiva feminista são necessárias e urgentes para garantir a implementação de programas de prevenção e assistência adequados à população feminina, e agilizar a produção de informações e estatísticas confiáveis (RFS, 1992:06).

Às crítica das políticas contra a Aids somam-se as da privatização do SUS e a da medicalização nos procedimentos de saúde. É central no argumento feminista a defesa da saúde integral e do caráter preventivo-educativo para o sistema de saúde. O conceito de saúde integral elaborado pelo feminismo envolve todos os ciclos biológicos reprodutivos e sexuais, integrado com prevenção e tratamento das doenças, considerando a inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa (RFS, 1993).

No contexto de formulação do SUS, ao final dos anos de 1980, o movimento feminista denunciava o sistema de saúde: fechamento de hospitais-escolas; diminuição de leitos e enriquecimento ilícitos de clínicas conveniadas ao INAMPS. Apontava também a necessidade de articular o PAISM e o SUS, especialmente no

que se referia à descentralização e a integralidade, já que o PAISM tinha sido elaborado e implantado desde 1984, antes do SUS.

A RFS participou ativamente na formulação do SUS afinada com os princípios de democracia e cidadania inerentes à proposta. Disputava o alargamento da perspectiva de integralidade formulada pelo movimento sanitarista, ao incorporar as dimensões das desigualdades raciais e de gênero. Assim como entendiam que era nas ações de atenção básica e no caráter educativo que seria concretizado os preceitos do PAISM.

No II Encontro Nacional, em 1994, as feministas avaliaram que os dez anos de criação do PAISM não constituíam motivo de comemoração, “não houve impacto sobre o nível de saúde feminina, mas, ao contrário, houve mesmo o agravamento de algumas situações que poderiam ter sido controladas”. Essa integração não ecoava, a relação entre feministas e sanitaristas era de colaboração e de conflito. O movimento sanitarista e o movimento de mulheres, em sua luta pela saúde, realizaram ações conjuntas, no entanto, “nunca tiveram um entrosamento maior [...] talvez para evitar sua intersecção com temas como contracepção e aborto [...]”. Prova disso é que o SUS, na Assembléia Nacional Constituinte, não se refere ao PAISM, e o planejamento familiar está ligado à família e não à saúde, como demandavam as mulheres (RFS, 1994:17).

Em 1994, o Encontro foi marcado por uma crítica presente nos debates de que o movimento de mulheres tem se preocupado pouco em refletir a questão do Estado. As feministas ali presentes avaliaram que apesar de serem organizadas e participantes, a Rede não chegou a se constituir como sujeito coletivo.

Nos anos 80, nos constituímos como um excelente grupo de pressão, mas avançamos pouco no sentido de influir nas decisões. Somos excelentes demandadoras, clientes. Mas somos pouco capazes de controlar socialmente e politicamente e estar nos lugares de decisão política (RFS, 1994:14).

Outro depoimento coloca que o “nó do feminismo” está em pensar o Estado de forma localizada, e não pensar as questões de poder, de orçamento, de descontinuidade administrativa. É ressaltado que as ONGs não têm o papel de

substituir o Estado, mas de colocar novos valores que possam ser absorvidos pelo Estado. Analisam que é importante concretizar a descentralização, entretanto reconhecem que “o grande desafio político para nós é questionar como as mulheres brasileiras estão sendo instrumentalizadas e manipuladas para fazerem políticas sociais de baixo custo” (RFS, 1994: 21).

Nessa direção debatiam sobre o “Estado ser o lugar do outro”, reconheciam a relação dialética entre Estado e sociedade civil, e que esse “outro” estava constituído pela própria ação do movimento. Entretanto, discutiam o sentido da participação nas esferas de governo. Defendiam que o ideário feminista de horizontalidade e não delegação é fundante nas relações feministas e perguntavam “como fazer isso diante desse modelo de Estado com democracia representativa?”

Convidada para participar do II Encontro Nacional, em 1994, Maria Hermínia Tavares de Almeida, cientista política da Universidade de São Paulo (USP), aborda o que denomina de processos mais profundos e longos que são a democratização e a crise do Estado, que se interpenetram e se influenciam. Ressalta a extensão e a complexidade de implementação do SUS que vai das mudanças no Congresso Nacional que possibilitou que a Constituinte fosse a “revolução federalista e descentralizadora” até as mudanças na organização dos serviços de saúde.

A cientista aponta que as causas da crise do Estado - crise fiscal, desequilíbrio entre ingresso e gastos que gera inflação - estão relacionadas ao fluxo de financiamento internacional, à dívida externa, à desordem tributária, às dificuldades de taxar a riqueza. A crise também é administrativa, com diminuição de recursos, clientelismo, loteamento político, corporativismo dos servidores. Almeida aponta que a burocracia estatal perdeu quadros para o mercado. Diante desse contexto a crise se agrava com a descentralização. “O Estado pós-crise fiscal será outro: remodelado, enxuto, descentralizado [...] com outra relação com o mundo privado, empresarial e, sobretudo, comunitário (ALMEIDA, 1994:8).

Diante dessa exposição, as filiadas da RFS debateram o processo de implantação do SUS, o papel da descentralização e as implicações para o PAISM. Questionavam sobre qual deveria ser o papel do Ministério da Saúde e dos Estados e municípios. Afirmavam que faltam normas e que está fragmentado, falta

deslocamento de poder. Costa (1994) analisa que as forças da conjuntura nacional e internacional botaram em risco as bases e diretrizes do SUS, com o grande fantasma da privatização.

No entanto, a discussão buscou defender o SUS como um processo democrático, e as participantes se propuseram a buscar os caminhos da construção e não culpabilizar o sistema. Defenderam que os espaços de participação eram os conselhos estaduais e municipais. Viam que esses espaços poderiam significar uma maior influência na programação orçamentária, com benefícios à saúde da mulher.

Em relação à epidemia da Aids as proposições são limitadas e incidem particularmente nas políticas governamentais. Por exemplo, o tema da Aids volta a aparecer na 6ª. edição do Jornal da Rede, em 1994, com um artigo “Falta de Estratégia Marca Política do Governo para Aids”, de Jane Galvão então coordenadora da organização não governamental ABIA (REDE SAUDE, 1994: 6). O artigo faz uma crítica ao Programa Nacional DST/Aids pela sua indefinição para o controle da epidemia. Aponta o aumento de casos entre as mulheres e que pouco é feito a esse respeito.

Ressalta que pela primeira vez foi veiculada uma campanha que fala “sem hipocrisia sobre a utilização do preservativo”, mas não cria condições de baixar o preço do condom. Ressalta o início do Projeto Aids I com financiamento do Banco Mundial, que gera impacto na reorganização das equipes nos serviços de saúde e nas estratégias das políticas governamentais. Critica a forma centralizada pela qual o programa está sendo gerido, e a pouca autonomia da sociedade civil no controle social no âmbito da Comissão Nacional de Aids (CNAIDS). Finaliza com preocupações de que a epidemia está fora de controle e atingindo cada vez mais populações pobres, que estão mais vulneráveis pela ausência de políticas públicas. (REDE SAUDE, 1994: 6)

É possível observar que também no interior da RFS, as estratégias quando amalgamadas às estratégias governamentais, tornavam-se permeadas de limites e subjugações. A RFS expressa criticamente as diferenças de estratégias contra a Aids, mas afirma a fragilidade de lidar com o tema. No relatório do III Encontro Nacional, em 1995, é apresentada uma pesquisa com grupos filiados, revelando que

o trabalho realizado não é visível e propondo que a questão da Aids, ao invés de ser tema de campanhas específicas, seja vinculada aos demais campos de ação da Rede.

Nesse III Encontro foi debatida sem que chegasse a ser totalmente desenvolvida a relação entre integralidade e municipalização da saúde. Nesse quadro, considerou-se que a relação entre SUS X PAISM é “um debate não concluído” (REDE SAUDE, 1995: 9). Desde então, já se evidenciava que o PAISM é um programa ou conjunto de ações programáticas, mas que trata-se de uma filosofia que deve ser ampliada, muito embora necessite reformulações e complementações.

A centralidade do SUS é retomada em 1998 no IV Encontro Nacional. Barros (1998:6) alerta para as ameaças à universalidade. Aborda que os limites estão relacionados à “exorbitância de demandas de direitos; fragmentação dos serviços; o incentivo aos seguros privados de saúde”. Critica o discurso de falta de recursos, “não se deve justificar a restrição ao princípio da universalidade”. Em sua opinião, “a falta de recursos aparece como pretexto para uma ação excludente. Um exemplo tem sido o Piso de Assistência Básica (PAB) – e o Programa de Saúde da Família (PSF)”. O posicionamento de Barros chama a atenção para os limites do orçamento e da descentralização através do PAB, assim como o limite da assistência contido no PSF.

Quanto ao PAISM, o autor afirma que a integralidade tem que ser para homens e mulheres, por tratar-se da integralidade do sistema de saúde como um todo. É feita a crítica de que “a ênfase do PSF está no pré-natal, parto e puerpério e no atendimento à criança, ou seja, a saúde da mulher estaria restrita à reprodução, ferindo de imediato o princípio da integralidade” (BARROS, 1998:7).

Nesse Encontro foram evidenciadas divergências sobre as demandas feministas. Por um lado, feministas defendiam que o princípio da integralidade não deve ter estratégia política de saúde voltada unicamente para as mulheres, posição oposta ao PAISM. Por outro lado, reconheciam que o princípio da universalidade deve ser mantido, mas é preciso ações que aproximem o tempo político do tempo social, agindo sobre determinadas prioridades, ou seja, promover ações específicas para as mulheres.

Entretanto, Mamprim (1998) chama atenção para certo discurso idealizado do PAISM, coloca que o atendimento continua precário e que o pouco que foi conquistado pelos movimentos populares, acaba sendo destruído por governos arbitrários, ao descentralizar privatizando os serviços. Por ocasião de seus 10 anos, em 2002, e dos 20 anos do PAISM, 2004, a RFS avalia o limite da política, considerando que o enfoque do PAISM não ultrapassava a esfera da saúde reprodutiva biologizada. A integralidade não aconteceu, apesar da inflexão conceitual sobre saúde integral da mulher, ou seja, manteve o paradigma materno-infantil.

O tema da Aids volta a ser destaque no V. Encontro Nacional, em 1998. O avanço da epidemia é citado como um dos campos de ação prioritária na avaliação apresentada pela Rede, com destaque ao acesso a medicamentos, informando que o sistema de saúde por vezes faz “escolhas trágicas” e que precisa pressão e participação popular.

Esse encontro acontece no contexto nacional de pressão do movimento contra Aids para que o governo distribísse universalmente os ARVs, contrariando as exigências do acordo de cooperação com o Banco Mundial. Assim como naquele mesmo ano, o governo brasileiro assinou a TRIPS, cedendo às leis de propriedade intelectual que limitava a produção de medicamentos. Acesso a tratamento é mais um tema prioritário da agenda do movimento de luta contra Aids, que aparece nos para lidar com o tema ou declarações ou, ainda, estratégias de apoio às iniciativas do movimento de luta contra a Aids.

No período em análise, são lançadas as NOBS 91, 93, 96 e NOAS 2001 que definem as linhas de focalização das políticas no SUS. Mas além de uma disputa burocrática, estava sendo definida uma disputa por hegemonia do modelo de Estado neoliberal e conservador. O resultado foi que em todos os campos do Executivo, do Legislativo ou da mobilização social percebe-se uma adequação, não sem resistência, dos movimentos sociais. Mas transparece nos documentos da RFS e na literatura revisada os limites da manutenção dos ideias formulados para o SUS.

A defesa e na participação política e gestão do PAISM exigiram esforços concentrados e ocuparam boa parte da agenda da RFS nas últimas três décadas.

Plaza Pinto (1998:25) ressalta que “o PAISM marca uma ruptura com o modelo de saúde que via a mulher apenas como um corpo reprodutivo, valorizada e merecedora de atenção, por sua vez, enquanto reprodutora da força de trabalho e apenas durante essa fase de seu ciclo de vida”.

É importante observar que já em 2004 o governo Lula lança o Plano Nacional de Saúde 2004-2007 com o objetivo de promover o SUS com serviços de qualidade, oportunos e humanizados, aprimorar financiamento, reduzir a desigualdade, aprimorar a gestão e promover o controle social. Tais diretrizes estão afinadas com o PPA 2001-2007 que defende o Estado como promotor de políticas para combater as desigualdades sociais e regionais.

As principais iniciativas eram: ampliação do acesso a medicamentos com ênfase na implantação do projeto de farmácias populares; qualificação da atenção para a saúde no SUS; saúde bucal; saúde mental; saúde da mulher; controle da hanseníase e da tuberculose; transplantes; serviço civil profissional em saúde; saneamento básico; garantia de maior suficiência do SUS na produção de imunobiológicos, fármacos e hemoderivados; saúde indígena.

No VIII Encontro Nacional, 2004, discute que nesse plano a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) será desenvolvida em efetiva articulação intra e intersetorial. O plano indica que seria ampliado o leque de ações implementadas para todos os segmentos de mulheres. Terá estratégias para a vacinação contra a difteria, tétano, sarampo e rubéola. Afirma que um dos principais alvos será a redução da mortalidade materna mediante a qualificação e humanização da atenção ao parto, ao nascimento e ao aborto legal. Com implantação de comitês de estudo e prevenção da mortalidade materna em todos os municípios com população acima de 50 mil habitantes. Seria promovida também a capacitação intensiva dos profissionais e, igualmente, o estímulo à implementação do planejamento familiar, com a oferta dos meios para tal tornar-se-ia objeto de atenção.

Contudo, a proposta do Plano acontece no período de implementação da NOAS 2002. As metas de implantação da política de saúde das mulheres previam alcançar todas as capitais e cerca de 20% das equipes de Pacs/PSF com atenção

qualificada às mulheres com queixas ginecológicas; ampliar as ações de planejamento familiar e de humanização do parto; reduzir para 6% a incidência de Aids em mulheres e implantar serviços de fertilização para casais sorodiscordantes. Tais metas não se concretizam, na contramão do avanço da epidemia da Aids em mulheres. O Plano é fragmentado e é limitado pelo próprio contexto de descentralização e prioridades de saúde.

No X Encontro Nacional, em 2008, avalia-se a falta de capacitação de gestores e profissionais de saúde para a compreensão das reais necessidades das mulheres, o que implicaria em introduzir em suas práticas o conceito de integralidade em políticas de atenção marcadas pela diversidade: de idade, de raça e etnia, de local de moradia, de orientação sexual, entre outras. O subfinanciamento do SUS, as permanentes ameaças de sua privatização, o não cumprimento de competências em nível local e estadual, e ademais, o controle social ainda frágil e submisso à influência dos gestores e setores conservadores, compõem um quadro de enormes dificuldades para a garantia da saúde das mulheres.

O PAISM não é realizado conforme idealizado, assim como a integralidade no SUS não se concretiza. Desta forma, a epidemia da Aids é uma preocupação que entra e sai da agenda da Rede a depender da conjuntura ou da demanda dos movimentos ou do governo. Teliá Negrão (2008) também chama à atenção para a existência de um grande cenário de disputa internacional como pano de fundo dos DSDR, que se expressa em parte pela existência das Metas do Milênio como único eixo articulador de iniciativas internacionais, o que é uma perspectiva reducionista em relação ao Cairo, a Pequim, a UNGASS e à agenda feminista (RFS 2008).

Para a Rede, nessa trilha a Aids é mais uma agenda, mais um problema que as mulheres vivem, que poderia ser enfrentado no contexto de implementação das recomendações para efetivar as políticas de saúde integral das mulheres, com o enfoque nos direitos reprodutivos e direitos sexuais. Para o movimento de luta contra Aids, no que se refere à saúde das mulheres, observam-se tensões para incluir proposições de políticas com abordagem de gênero<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> É possível perceber essas tensões nos relatórios da CNAIDS nos anos de 2003, 2004. Assim como, na avaliação da CNAIDS realizada por Mary Jane Spink (2005)

O princípio de integralidade do SUS frente à epidemia da Aids também não é realizado. Como também é minimizado o enfoque das vulnerabilidades em que vivem as mulheres. O enfrentamento da Aids, no contexto da saúde das mulheres, perde o seu valor político-educativo, no sentido dos múltiplos significados socioeconômicos e culturais.

Contudo, são observados avanços na promoção da cidadania da mulher portadora do HIV/Aids, através de leis trabalhistas, previdenciárias e na criação e fortalecimento de redes da sociedade civil, como o exemplo da Cidadãs Posithivas. Por um lado, essa é uma iniciativa calçada na ideia de que a organização das mulheres favorece a luta por direitos, por outro é um paradoxo que a organização do movimento seja realizada pelo ente governamental.

Esse conjunto de importantes estratégias de acesso à prevenção e assistência, incluindo o protagonismo governamental na organização e mobilização da sociedade civil fazem a diferença nas estatísticas brasileiras. Entretanto, não rompeu com as determinações sociais, culturais e econômicas que permeiam a epidemia da Aids e que fazem com que a trajetória de avanço do HIV/Aids em mulheres seja marcada de silêncios, racismo, sexismo e violações de direitos.

### **4.3. Estratégias de participação e mobilização**

A estratégia da Rede Feminista de Saúde de atuar por dentro do Estado revelou ao longo dos anos uma ativa participação na gestão governamental, seja dentro das instituições governamentais, seja por meio da atuação nos conselhos e comitês. Ou respondendo às demandas para desenhar políticas ou implementar ações governamentais através por consultorias e consultas à sociedade civil. Entretanto, observa-se uma apática e limitada crítica a partir dessa participação à ação governamental ou mesmo ao projeto político hegemônico capitalista.

Percebem-se com mais força as vozes críticas feministas na defesa do projeto político do SUS e na defesa da implementação das iniciativas para saúde da mulher. Nesta perspectiva, concordando com Paterson (1970), a participação representativa democrática tem uma função positiva no conjunto do sistema democrático de amortecer o choque das discordâncias, dos ajustes e das mudanças.

Desde o Encontro sobre Saúde da Mulher em Itapecerica da Serra, em 1984, que funda os princípios que serão assumidos pela RFS, vai ficando demarcado como as feministas formulavam suas estratégias no âmbito de saúde na relação com o Estado. Particularmente, demandavam do governo espaços de participação. Na Carta de Itapecerica, as feministas exigem que o governo abra espaço à participação de grupos de mulheres, para elaborar, executar e fiscalizar programas de saúde da mulher, incluindo o controle sobre os serviços privados de saúde.

Reivindicam que sejam incorporadas as experiências dos grupos de mulheres na ação educativa implementada pelos governos. Assim como reivindicam para incorporar o saber teórico-prático das mulheres nas intervenções das políticas de saúde e incentivam o debate sobre saúde da mulher, o disciplinamento e fiscalização de pesquisas. Também pedem para que possam interferir nos projetos de estrutura dos serviços e nos sistemas de informação.

Ana Costa (1993:23), no contexto do I Encontro Nacional da RFS, afirma que “o movimento feminista brasileiro tem firmado como uma das suas principais vocações, a participação política, no âmbito do Estado, como demandante e reivindicador de políticas públicas adequadas às expectativas das mulheres”. A autora aponta para a necessidade e capacidade da Rede de construir retaguarda para o controle social. Quanto à participação por meio de mandatos parlamentares foram levantados problemas, no Encontro, que vão desde o movimento não ter representantes próprias até não ter alianças construídas com parlamentares eleitas/os - questões colocadas para o feminismo amadurecer. Diante da situação, assumem o compromisso de pensar em outras formas de participação como: mídia, lobby parlamentar etc.

No III Encontro Nacional, em 1995, o envolvimento nas Conferências da ONU, toma particular importância. Para a Conferência do Cairo foram desenvolvidos

processos de articulação nas conferências preparatórias e paralelas à oficial, assim como na representação na delegação oficial (status de observadora da feminista Edna Roland<sup>35</sup>). O mesmo processo foi feito para a Conferência de Pequim. Esses espaços não eram livres de conflitos, feministas defendiam que a participação deveria acontecer nas conferências paralelas, outras defendiam a importância de participar na comitiva oficial por ser um espaço privilegiado de informação e pressão.

Em 1995, antecedendo ao Encontro Nacional, foi realizado o Seminário Nacional sobre Saúde da Mulher, a avaliação realizada pelo movimento indicou que a Rede estava menos reativa à abertura de diálogos com outros setores. Destaca a ausência do Ministério da Saúde nesse diálogo e levanta três possíveis causas: “1) “descaso” e “desorganização” dentro daquele órgão federal devido ao pouco tempo de instalação do governo democrático; 2) a ausência de definições no campo das políticas públicas para a saúde, motivada pela natureza da aliança política do governo de Fernando Henrique Cardoso, considerado de centro-direita, responsável por criar uma distância entre o discurso e a prática política e 3) falta de coragem do governo de encarar o debate sobre políticas de saúde das mulheres. A esse propósito registrou-se que o Ministério da Saúde não respeitou a indicação do movimento de mulheres para a Coordenação da Área de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Por outro lado, é valorizada a abertura de diálogo com conselhos, como o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres - CNDM, e com as Secretarias Municipais de Saúde; com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da FIOCRUZ e com pesquisadoras feministas nas universidades. No V Encontro Nacional, em 1998 é possível perceber o investimento da Rede nos espaços de controle social. Naquele período já era contabilizada a presença de representantes da RFS no Conselho Nacional de Saúde (CNS), na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU)<sup>36</sup>, assim como em conselhos estaduais e municipais. A partir dessas representações, a Rede passa a ser um importante interlocutor nas Conferências de Saúde.

---

<sup>35</sup> Na época membro da ONG feminista Gledés.

<sup>36</sup> CISMU - Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher / Conselho Nacional de Saúde

Clair Castilho (1998:10), então conselheira nacional de saúde, defende que o controle social é “a expressão mais viva da participação da sociedade” e que exercer esse direito é um dos pilares da Rede Feminista de Saúde. Coloca que o movimento de mulheres “é fruto da falência dos partidos políticos” e que, dessa forma, busca outras maneiras de exercer a cidadania. Contudo, o mesmo debate analisa que no CNS se refletem as disputas de interesses na saúde, ressalta que prevalecem interesses de grupos privados, igreja, políticos, movimento de mulheres e de bairros e afirma que a sociedade em geral não está mobilizada em torno da saúde (RFS, 1998).

As feministas ressaltam a importância do engajamento com o universo institucional do Estado, referindo-se à aproximação com os setores dos profissionais de saúde e parlamentares. Afirmavam que ser este um trabalho silencioso, mas com resultados concretos, trazendo reconhecimento público à Rede Feminista de Saúde. Mas reconhecem ser preciso analisar as contradições dessa relação, afirmam que faltam referências claras quanto aos significados e riscos deste engajamento. Essa posição crítica não chega a ter repercussões na RFS. No transcorrer dos relatórios, o que se observa é a defesa e formulação de estratégias para que a Rede se mantenha em espaços de controle social e aprofunde o engajamento com a esfera governamental e suas redes de influência.

No VIII Encontro Nacional, em 2004, o debate voltou-se para o monitoramento através do controle social da implementação das ações do PAISM e do SUS, com discussão crítica sobre: modelo de assistência, comunicação, financiamento, implementação local, acesso e equidade. Discutiu-se a estratégia de estabelecer parcerias e diálogos entre Ministério da Saúde, Coordenadorias e poder público local.

Avaliou-se que seria preciso enfrentar a fragmentação do SUS, e reconheceu-se que a fragilidade da representação dos movimentos organizados e da RFS para se contrapor à ausência de recursos e às desigualdades das relações de gênero como desafios na implementação do SUS. Assim, foi proposto que se desenvolvessem esforços para dar visibilidade à centralidade do aborto e às

necessidades da atenção à mulher cigana, à mulher lésbica, às mulheres portadoras de deficiência e à mulher indígena. Assim como para enfocar a saúde mental.

Nesse período as estratégias da Rede de agir por dentro das políticas governamentais ficam mais evidentes, o tema da Aids aponta avanços relacionados às políticas nacionais e à participação em instâncias de controle social. A posição da Rede foi de apoiar as propostas feitas pelo governo na área da saúde da mulher e sobre Aids, incentivar participação nas comissões e conselhos de saúde.

A estratégia da RFS de participação no CNS e na CISMU se distanciava do espaço de decisões relativas às políticas de Aids que aconteciam no Programa Nacional de Aids, através de seus próprios instrumentos de controle - CNAIDS e CAMS. Tais comissões, ligadas ao programa de Aids, não eram deliberativas e tão pouco incidiam no CNS. O diálogo entre as comissões da Aids e os CNS acontecia através de um representante do segmento de patologias. A RFS esteve nos dois espaços, contudo esse diálogo não é evidenciado nos documentos analisados.

É perceptível o arrefecimento da agenda de lutas da Rede, quando se comparam as análises desse período com o posicionamento dos primeiros encontros que defendiam um Estado ampliado e uma democracia radical. No X Encontro Nacional, em 2008, afirma-se que entre as estratégias construídas conjuntamente – Rede e esferas governamentais - há destaque para o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, vinculado às Metas do Milênio, o qual, mesmo nestes limites, tem se constituído em uma ferramenta para o enfrentamento deste problema. Uma estratégia contraditória, reafirmada pelo debate que segue sobre a crise do Estado provedor de serviços públicos diante da “necessidade” de um Estado mais eficiente.

O debate aponta limites e dificuldades. Reconhece que as feministas ocuparam espaços nos conselhos, entretanto, apontam as tensões dessa relação. Contradizendo as posições de Ana Costa e de Clair Castilho, que defendem a atuação por dentro do governo, Télia Negrão (2010) relata que a RFS não era e não se sentia parte do governo. Tanto é que se voltou muito mais para o movimento do que para o objetivo que lhe era outorgado, que era o de influir nas políticas públicas. Mesmo que as posições na RFS não reflitam unanimidade, não se percebe nos

documentos reação discordante à participação ativa nas conferências da ONU, que também são espaços governamentais, assim como de participar na implementação das recomendações dessas conferências, compreendendo que esses espaços também compõem no âmbito internacional um dos espaços de pactuação governamental.

Outra dimensão do problema gerado pela focalização na relação com o Estado, é que desta forma o feminismo deixou de atuar na sociedade civil e passou a ser apenas um movimento que demanda, elabora e monitora políticas públicas. Nesse campo a dimensão de enfrentar o HIV/ Aids encontra limites, já que o enfrentamento da epidemia se dá no âmbito da sociedade civil e nas respostas do Estado provendo políticas públicas.

#### **4.3.1. Atuação da Rede Feminista de Saúde**

O projeto político que funda a Rede visibiliza os marcos de sua luta contra-hegemônica. No I Encontro Nacional da RFS, Ávila era a Secretária Executiva e propunha um pacto: “vamos enfrentar o conflito no campo político para fortalecer nossas organizações”. Expõe que o desafio não é mudar os procedimentos para a transformação radical. “É preciso, para fazermos a transformação radical, crescer em quantidade e qualidade e não basta ser 51% do eleitorado/da população sem ser sujeito político [...] O auge da dominação se dá quando o dominado perde a capacidade de inventar [...] A nossa dificuldade é de tornar poderoso esse sujeito político que é o feminismo” (RFS, 1993:13).

Os pactos firmados no Encontro Nacional de Saúde, em 1984, anterior à criação da Rede, já apresentavam os rumos metodológicos que as feministas no âmbito da saúde tomariam. O Encontro citado recomenda estimular as organizações populares a pressionar o Estado para levantar as condições reais da saúde das mulheres; inclusão de verbas; aquisição de contraceptivos; e incentivo a pesquisa, legalização e fabricação de contraceptivos para homens e mulheres. Assim como ter

materiais educativos para que a população fiscalize o governo. Também propõe que as organizações populares, incluindo sindicatos e igrejas, participem do controle popular e democrático para a implantação do PAISM em todos os níveis.

O enfoque da Rede nas políticas de saúde e na reafirmação da total autonomia e independência do movimento de mulheres orienta sua prática e define uma forma de atuação. Contudo, considerar-se “vocacionada” ao controle social por vezes tornou-se contraditório com os anseios de autonomia e independência.

Em 1994, ano da Conferência do Cairo, a grande agenda era a oposição Direitos Reprodutivos *versus* políticas demográficas controlistas. Aqui é possível perceber um silêncio sobre a Aids; as recomendações do relatório do II Encontro Nacional, em 1994, estão restritas à comunicação como metodologia para trabalhar mais intensivamente sobre o tema, sendo sugerido como estratégia a criação de uma comissão específica para tratar da questão com tarefas definidas. Desta forma, o tema da Aids ganha um espaço próprio na RFS, assim como outros temas estratégicos que são tratados em comissões.

Nesse período a RFS já estava consolidada como um sujeito de intervenção política para a saúde da mulher, Ávila (1998:16) no V Encontro Nacional aponta que é no campo da saúde que a ação organizada das mulheres vem apresentando maior visibilidade. Coloca que “as mulheres atuantes no campo da saúde passaram da denúncia para uma ação mais assertiva: apresentando propostas de lei, de políticas públicas”.

Entretanto, a autora observa que é necessária “a difícil passagem da condição de mulheres vítimas para o de mulheres organizadas e atuantes, sujeito de ação”. Defende que é preciso sair do interesse particularista (só das mulheres) e ampliar as demandas de interesse geral, sair do lugar de demandadoras para o de promotoras de ação (AVILA, 1998:16).

A Secretaria Executiva é a instância que dinamiza a RFS, é quem operacionaliza as recomendações das plenárias dos Encontros Nacionais. Os temas estratégicos tornam-se agendas de trabalho das comissões temáticas. Na metodologia dos Encontros da Rede, os painéis de debate são o espaço de

posicionamento teórico-político e de orientação da agenda de ação, os temas que não aparecem nessas conferências tendem a ser tratados à margem ou são percebidos como questões específicas.

Percebe-se em relação a esse procedimento de trabalho que os temas são tratados de forma fragmentada nas comissões. Nos encaminhamentos definidos na plenária final o tema da Aids aparece no bojo dos debates relacionado aos direitos reprodutivos: uso do preservativo *versus* o direito a uma maternidade segura para as mulheres, mas é trabalhado internamente à comissão que foi instaurada.

A ampliação do debate político, sobretudo nos temas feminismo e democracia, é refletida no VIII Encontro Nacional. O debate estava orientado sobre os temas do poder e das relações de poder internas ao Colegiado e dele com as filiadas, de tal modo a iluminar a prática da radicalidade democrática que se queria exercer. Tal radicalidade também se expressava na agenda do Aborto e contra a globalização como centralidade de luta democrática contra o patriarcado e sistema capitalista.

A estratégia de comunicação é avaliada positivamente e sempre teve prioridade, alçando visibilidade à Rede Feminista de Saúde na mídia, transformando-a em fonte de informação e opinião qualificada nos debates sobre saúde da mulher. Ao controle social é atribuída a missão de capacitar as mulheres para o exercício da política, e de estimular a participação nos espaços de controle – conselhos, comitês entre outros. Na história da Rede tais estratégias se articulavam com ações de maior envergadura e visibilidades – seminários, diálogos, oficinas nacionais – realizadas com financiamentos proporcionados pelo Fundo de População das Nações Unidas, pela Fundação Ford, pelo Ministério da Saúde.

Ávila (2004) relata que a Rede Feminista de Saúde vem de um movimento autônomo e se constitui enquanto tal, fundada em princípios contrários à ordem hierárquica vigente e constituída. Por isso,

[...] se pensou um movimento descentralizado, horizontal e um pouco anárquico, quando visto de fora para dentro. Como organização do movimento, a Rede nasce fortalecida; papel conflitante entre desestruturar e reestruturar uma nova ordem; crítica à forma de representação tradicional,

com busca de uma organização horizontal; busca de um sentido político a partir de si mesmo (AVILA, 2004:13).

Entretanto, ressalta a autora que a criação acontece em um momento político difícil, durante o *impeachment* do então Presidente Fernando Collor, em 1992 e todo processo de implantação de políticas liberais subsequentes. Desta forma, Ávila (2004:14) afirma que “durante os últimos anos, nos afastamos da reflexão feminista. Quando ela é feita, se dirige apenas às políticas públicas que estão em pauta”.

A autora chama a atenção para o fato de que o arrefecimento do pensamento político da Rede prejudica seu próprio posicionamento, “seremos chamadas para dizer do nosso pensamento, para se juntar ao pensamento de outros sujeitos políticos” e que essa relação é de conflito crítico. Ressalta a preocupação com a ausência dessa reflexão e diz que “densidade democrática não se constrói sem conflito”. A autora continua, “no entanto, tentamos evitar o conflito nos desresponsabilizando, negando o outro ou transferindo o público para o privado (fazendo o pior do autoritarismo, o reverso do que defendemos)” (AVILA, 2004:17).

#### 4.3.2. Agendas estratégicas

A estratégia de mobilização articulando temas prioritários e datas da agenda de lutas do movimento internacional pautaram a ação da RFS. As prioridades apontadas no V Encontro Nacional, em 1998, eram: aborto, prevenção da mortalidade materna, prevenção do HIV/ Aids, engajamento nas instituições de saúde e, em especial, nos mecanismos de controle social.

Contudo as maiores mobilizações da Rede como articulação política há vários anos são as campanhas<sup>37</sup>. Como exemplo, temos a Campanha por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Inicialmente proposta pelo Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), em 2000, relacionada à Organização dos Estados Americanos (OEA), criou alianças regionais para impulsionar o processo no Brasil estando aqui representada pela RFS, SOS Corpo e Católicas pelo Direito de Decidir.

A proposta maior era articular os movimentos sociais que lutam pela diversidade. A campanha produziu diagnósticos e materiais informativos, realizou diálogos estratégicos com o objetivo final de realizar uma convenção interamericana para fomentar e generalizar práticas sociais, culturais e políticas que garantissem os direitos sexuais e reprodutivos. Defendia a formulação de um contrato social com incorporação da autonomia sexual.

Em 2004, o dia 28 de Maio (Dia Mundial de Luta Contra a Mortalidade Materna, que depois passa a ser em 2005, Dia da Saúde da Mulher) teve o tema da “Humanização do Parto” como prioridade. Entretanto, o Dia 28 de setembro (Dia Latino-americano de Luta pela Descriminalização do Aborto) concentrava maior mobilização de recursos e de intervenção. Na ocasião, a Rede analisou que estavam mais preparadas para esta campanha, tinham mais ações e não apenas reações no âmbito do debate, ao ponto de ser considerada a principal agenda da Rede.

Em fevereiro de 2004 a RFS articula um grupo de 13 organizações de ONGs e coordenações de campanhas e mais 28 organizações e redes parceiras do movimento feminista para criar as “Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro”, resultante do processo de mobilização pelo 28 de setembro no Brasil. Este processo é coordenado conjuntamente pela RFS, Articulação de Mulheres Brasileiras com suas representações regionais, que são os Fóruns de Mulheres (RFS, 2004).

---

<sup>37</sup> Dia da Mulher- 8 de março; 28 de maio – contra a mortalidade materna/ promoção da saúde da mulher; 28 de setembro – pela descriminalização/ legalização do aborto; 25 de novembro – contra a violência doméstica e sexual contra as mulheres. E com menor expressão para a agenda feminista o 1º de dezembro – dia mundial de luta contra a Aids e algumas outras datas em torno das quais se promove a agenda política, tais como dia 29 de agosto - visibilidade lésbica, 20 de novembro dia da consciência negra.

As Jornadas criam uma organicidade própria que toma uma grande dimensão e torna-se uma movimentação com autonomia da Rede. O objetivo das Jornadas é fomentar a filosofia cidadã dentro do movimento e articular ações estratégicas entre as diversas Redes. O tema do aborto é considerado a radicalização da luta pela autodeterminação das mulheres.

O método de trabalho da RFS em comissões e campanhas também contribuiu para o silêncio ou a baixa resposta frente à epidemia da Aids. Uma explicação é que a determinação dos “temas de origem” - que é a questão populacional - marcou a trajetória de luta das mulheres na esfera da saúde a partir dos anos 1960, levando a fundar a Rede Feminista de Saúde nos anos 1990. Naquele período, a epidemia da Aids passa a ser interpretada por esse “filtro” de origem, permeada pelos princípios feminista de autonomia e liberdades para a sexualidade, o sexo e a reprodução.

Em 2006, o IX Encontro Nacional voltou-se para o debate organizativo em função da necessidade da Rede de adaptar-se ao novo Código Civil; os debates que deveriam anteceder-lo aconteceram em raríssimas regionais, o que dava mostras de certa fragilização na discussão política interna da rede. Apesar da grande visibilidade pública de suas ações, quase não se discutiu a estratégia e o papel político da Rede para dar lugar a um debate organizativo em torno da sua institucionalização, uma condição para sua existência nos moldes definidos de financiamento e sustentabilidade.

Outro debate se deu em torno da ação da Rede nos diversos espaços do controle social das políticas públicas - Conselho Nacional de Saúde, Comissão de Monitoramento do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Comissão Nacional de Mortalidade Materna, Observatório da Lei Maria da Penha, entre outros de caráter nacional, estadual e municipal. A crítica estava relacionada às dificuldades de acompanhar a agenda, às demandas e às dinâmicas das representações.

No caso da RFS, suas representações nos espaços de controle social deveriam alimentar a sua ação. Contudo, a avaliação apontava que as representantes pouco reportavam à Rede sobre os processos e decisões nos

espaços de participação governamental. Por sua vez, a RFS afirma que não teria como assumir os compromissos quando não há essa socialização.

As dificuldades políticas da Rede foram debatidas na Reunião do Conselho Diretor em Brasília, 2007, que apontou para um plano de trabalho voltado ao enfrentamento das dificuldades financeiras e para uma agenda de ações com pontos específicos, sem poder aprofundar-se nos temas políticos da Rede, ou seja, sem debater o projeto político do movimento.

Aqui se observa a ausência das condições objetivas para manutenção do projeto político que origina a Rede. Percebe-se que a atuação na pequena política, na conceituação de Gramsci (2002), a “política do dia-a-dia, do corredor”, que trata das questões parciais no interior de uma estrutura ou, pode-se dizer, uma agenda estabelecida, limita a atuação da Rede e se descola da grande política, ou seja, do projeto societário contra-hegemônico.

A grande política, como define Gramsci (2004), compreende questões ligadas à fundação de novos Estados, à luta pela destruição, pela defesa, pela conservação de determinadas estruturas orgânicas socioeconômicas, na medida em que o feminismo formula um projeto político de luta contra o patriarcado e defesa de condições de vida justa.

Tal processo é reafirmado no relato sobre a forte ofensiva de segmentos conservadores situados no Estado avaliado no X Encontro Nacional, em 2008. O exemplo citado no documento está relacionado às mobilizações da sociedade de combatem às práticas de aborto usuais no país, refletidas na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em novembro 2007, momento em que a proposição de apoio à legalização do aborto foi derrotada na plenária final da conferência. Percebe-se nos documentos um esvaziamento da liderança da Rede, assim como um esvaziamento político progressista das alianças históricas do movimento feminista, como é o caso do movimento sanitaria.

A atual gestão da Rede avalia, em 2008, que o elemento que mantém a adesão da Rede é a identidade das filiadas com os direitos sexuais e direitos reprodutivos (DS&DR) e o sentimento de pertencimento a uma organização

nacional, feminista, que já construiu processos de enorme riqueza. No entanto, há uma baixa mobilização por parte das filiadas, desmotivadas por razões as mais diversas: internas à rede - políticas e estruturais, e externas à rede - ambiente hostil aos DS&DR e ameaças (RFS, 2008).

A Rede aponta alguns paradoxos da atual situação que posiciona a Rede no contexto de controle das transgressões e avanço dos conservadorismos. Analisa que enquanto a Rede se fragilizou nos últimos anos, houve um recrudescimento no cenário das disputas e uma mudança na configuração do próprio feminismo no Brasil.

No cenário internacional: ataques aos DS&DR no campo político, cultural, religioso; redução de recursos para ações vinculadas à agenda de 'Cairo e Pequim' e impactos da visão reducionista das Metas do Milênio no sistema das Nações Unidas; financiamentos nacionais e de doadores internacionais condicionados à redução da agenda; redução de recursos para o financiamento de movimentos na América Latina; redução de recursos financeiros para o movimento feminista.

No cenário nacional: inúmeras conquistas relativas às políticas públicas na área da saúde, DS&DR, com a participação do movimento de mulheres que são limitadas frente aos fortíssimos ataques e ameaças aos DS&DR. Reconfiguração do feminismo – surgimento de outras redes e articulações com novas identidades e missões, que sofrem com a crise de sustentabilidade financeira e política; há também disputa por iniciativas e lideranças no movimento, pois isto representa a entrada de recursos para as organizações.

O que se coloca como desafio político e teórico é: a) a capacidade da Rede de responder a esta conjuntura que vem se alterando; b) responder realizando um processo de retomada de seus valores, mesmo frente as crescentes dificuldades de financiamento e da crise financeira. Diante da situação vivida hoje pela Rede, questiona-se se há uma crise política. A atual Secretária Executiva considera que não há uma crise política, mas um momento desafiador crítico, exigindo respostas.

Há um déficit de valores de rede, já apontado anteriormente e documentado no Relatório de Planejamento da RFS, aprovado pelo Colegiado e ratificado no IX

Encontro Nacional, em 2005, que se expressa em todos os espaços da Rede. Segundo este documento, era necessário recuperar e consolidar os valores constitutivos de solidariedade, reciprocidade e responsabilidade, de forma a fortalecer o movimento social da RFS como espaço democrático. .

Chamam à atenção nas avaliações as análises sobre o perfil de classe originário da RFS. O Dossiê comemorativo dos 10 anos (2001) revela que na última década reverte-se também a tendência do feminismo como prática política das camadas médias da população, dando lugar à sua expansão para as camadas de baixa renda, cuja saúde era um dos elementos mais relegados pela ação do poder público. Afirmam que “a saúde é uma das peças-chaves no caminho da (re)construção da identidade feminina” (RFS, 2001:10).

A Rede reconhece que mesmo composta por setores de classe média e setores “do meio popular”, o movimento tinha significados diferenciados para cada um desses setores.

Para os setores de classe média, ele se encaixava no processo de construção de cidadania feminina de forma ampliada, contendo os novos princípios e modos de assistência à saúde da mulher, que tinham sido gerados a partir das próprias concepções forjadas por meio de estudos, vivências e reflexões. Para as mulheres do meio popular, a construção da cidadania tinha um sentido mais urgente de transformação da qualidade de suas vidas, pois, sendo usuárias do sistema de saúde pública, viviam as agruras da sua precariedade (RFS, 2001:8).

As intelectuais orgânicas da RFS avaliam que “os grupos de classe média participavam dos processos de interlocução política nas instâncias governamentais. Um exemplo disto era a participação na Comissão de Estudos sobre Direitos Reprodutivos”. Enquanto isso, as mulheres de meio popular “participavam, sobretudo, da pressão e representação política local e dos grandes eventos nacionais” (RFS,2001:8).

Poderíamos ousar dizer que, para as mulheres do meio popular, esse movimento estava ligado ao movimento geral por melhoria das condições de vida e, para os grupos de classe média, a perspectiva tinha um conteúdo mais ideológico, no sentido de qualificar o processo de democratização política e social com um conteúdo feminista (RFS,2001:8).

Um exemplo pode ser percebido na história de Josefa, que começa a conhecer o movimento Aids e feminista levada pela sua condição sorológica, no mesmo momento que a RFS, como um sujeito político no âmbito da saúde, orientava práticas político-educativas que mobilizou mulheres de classe populares,

Nesta altura aproximava-me ao movimento, fui lá, tinha cada vez mais interesse. No início era necessário para a minha sobrevivência. Mas agora não é assim. Eu tinha sobrevivido, mas outra gente estava agora naquela situação e eu tinha que apoiar. Estas pessoas também deviam encontrar pessoas solidárias como aquelas que me apoiaram ao longo do meu sofrimento. Quando recebi o benefício social, era possível desistir de trabalhar nos fins de semana. Estes agora ficaram livres. Assim podia fazer outras coisas. Assisti a seminários, congressos, e sessões educativas. Foi nesta altura que conheci ativistas feministas que contribuíram enormemente para o meu desenvolvimento. Tive muitas oportunidades de capacitar-me com as formações das organizações feministas. Estudei gênero, feminismo. Eu passei a fazer parte do movimento de mulheres como mulher vivendo com HIV. Tinha que fazer malabarismos para cuidar dos meus meninos. De vez em quando uma organização ou as organizadoras de uma reunião pagavam alguém para tomar conta das crianças. Intervenções destas constituíam apoio, e apoio estrutural deste tipo é preciso para as pessoas se desenvolverem (HEAD & ROCHA, 2011:23).

É pertinente observar que as alianças da esquerda progressista com a direita conservadora, referenciadas por Gilson Carvalho (2006), orientaram a disputa entre o Estado liberal privatista e o Estado promotor de políticas públicas, resultando em programas e políticas focalizadas, mínimas e centradas na família e no retorno da dicotomia materno-infantil. A disputa feminista para que o Estado assuma a perspectiva não sexista e antirracista, que enfrente as desigualdades sociais e econômicas, se enfraquece frente ao Estado aliado às agências promotoras do Estado mínimo, fato que mantém as mulheres no limite da submissão e no não usufruto de direitos.

Analisando que esse processo estava acontecendo no contexto de avanço da epidemia da Aids, podem-se levantar algumas questões: 1) o esforço de elaboração de políticas integrais de saúde da mulher e do SUS enfoca a ação feminista na esfera governamental, limitada pela conjuntura de hegemonia neoliberal. 2) o perfil de classe média, intelectualizada e liderada pelas ONGs filiadas à Rede Feminista de Saúde define as orientações para a agenda política da RFS contrariando as evidências de crescimento da epidemia – mulheres negras e pobres. 3)

contraditoriamente aos princípios de autonomia, de não hierarquia, de respeito às diferenças, o *modus* de atuação no interior das organizações feministas e da RFS, analisado a partir da documentação da RFS, evidencia uma estrutura verticalizada e hierárquica nos processos decisórios e no encaminhamento das agendas políticas e de intervenção social. Assim como não é perceptível a preocupação geracional para a renovação das lideranças do movimento.

A estratégia da Rede de investir na gestão governamental e nos espaços de participação social como estratégia de “agir por dentro” para garantir a efetivação de tais políticas com enfoque de gênero indica a acomodação do projeto feminista no espaço estatal. Tomando a perspectiva gramsciana como referência, o feminismo através de seus diversos movimentos, exerce a função de intelectual orgânico, articulados com outros setores organizados da sociedade civil que compactuam do mesmo projeto ético e político para transformação social.

Entretanto, observa-se que a estratégia da RFS de “agir por dentro” afasta o movimento da grande política. Ao agir na pequena política, o feminismo na saúde privilegiou a sua ação no campo da proposição e controle social das políticas públicas. Pelos documentos analisados essa relação ora é de cooperação e aliança, ora é crítica. Mas observa-se que nos anos 2000 a crítica e a mobilização do projeto político de transformação da sociedade patriarcal e capitalista perdem densidade.

Esse contexto acontece simultaneamente com os governos Fernando Henrique Cardoso e Lula durante os quais as feministas sempre estiveram presentes no espaço da política pública para as mulheres. No entanto, a posição crítica era perceptível nos governos anteriores. Feministas foram aliadas e gestoras no interior de um projeto político compatível com suas identidades partidárias. Na gestão de FHC, a coordenadora da política de saúde das mulheres era do PSDB, no governo Lula, era do PT. Apesar das sutilezas político-partidárias, durante todo esse período as gestoras eram parte ou mantinham diálogos estreitos com a Rede Feminista de Saúde.

Ao desvendar as dinâmicas do feminismo nesse espaço de poder que é a RFS, Ávila (2004:14) ressalta que o conflito é tomado como ameaça, “o conflito será necessário para redefinirmos o que queremos e nos fortalecer enquanto sujeito

político voltado para a sociedade”. E chama a atenção para os valores de horizontalidade e radicalidade frente aos mitos de origem de que “todas somos iguais e o mal está de fora”. Sobre as relações de poder, afirma que esse campo feminista recusa a forma de poder constituída e que é importante não confundirmos força com poder. Mas ressalta a importância do reconhecimento de lideranças do movimento sem cair no culto da personalidade.

O poder torna-se um conceito central para analisarmos a ação da Rede e as contradições de sua trajetória. A não corporificação personalista do poder afirma um poder coletivo, reconhecendo o papel das lideranças na condução do movimento. Na verdade, o que se percebe nos documentos é uma centralidade e permanência no poder de um grupo que teve pouca renovação desde sua origem. Por outro lado, o posicionamento da Rede no espaço da pequena política diminuiu a densidade da luta contra-hegemônica, o poder tomou matizes do dominador. A RFS minimizou sua agenda administrando a ação no campo da saúde reprodutiva e sexual no mínimo possível da implementação do PAISM. Nesse sentido, a epidemia da Aids era mais um fragmento dessa agenda.

## **Considerações Finais**

## **Considerações Finais**

Com o objetivo de refletir sobre a movimentação feminista relacionada às múltiplas dimensões da epidemia da Aids no âmbito da luta por saúde das mulheres no Brasil, analisei um conjunto de documentos para apreender as concepções, caminhos e inflexões teórico-políticas deste movimento que interferiram na direção política e nas estratégias adotadas para o enfrentamento da epidemia da Aids.

A Rede Feminista de Saúde é a interlocutora privilegiada, a partir de seus relatórios, jornais e dossiês foram referenciados os documentos secundários pesquisados que possibilitou analisar as escolhas do feminismo, principalmente ao eleger as políticas públicas de saúde como *locus* de atuação.

Os fatos relacionados ao SUS; ao avanço da epidemia da Aids e a movimentação feminista na saúde, não eram só o que importava para a análise da tese, a reflexão foi além dos fatos. Considerou que a expressão do avanço da epidemia da Aids entre as mulheres, dentre elas as mais vulneráveis são as mulheres negras e empobrecidas, expõe o limite da política social.

Nesse sentido, o movimento feminista não soube aproveitar a expressão das contradições que demarcaram as políticas de saúde no Brasil, entre o ideário do SUS e o contexto que minimizou sua implementação, o feminismo no âmbito da saúde aderiu as estratégias governamentais no limite do capitalismo, reduziu sua agenda e priorizou a participação e controle social.

Observa-se que ainda que o heterogêneo movimento político-organizativo feminista não tenha a tarefa de controlar a epidemia da Aids, considerando os limites de sua atuação e disputas teóricas – políticas – metodológicas, inflexionou com o ênfase antixista-racista-classista às diretrizes nacionais para o enfrentamento da Aids. Tanto o Programa Nacional de DST/Aids, como os programas e políticas de assistência integral à saúde da mulher se caracterizaram como portadores da agenda dos direitos humanos e direitos das mulheres. Entretanto, as condições

objetivas no contexto do neoliberalismo não foram favoráveis para a implantação de tais políticas que favorecessem às mulheres o usufruto desses direitos e avançassem em estratégias que coibissem o crescimento da epidemia.

Como exemplo, do início da epidemia até 2007 a política de gênero, ou as políticas relacionadas a saúde das mulheres e Aids adotaram o enfoque na saúde reprodutiva, estrategicamente voltadas para diminuir a transmissão vertical. Desta forma, retornou ao binômio materno-infantil, paradigma rompido com o PAISM – política de saúde integral das mulheres que avançou com o conceito de saúde da mulher no anos 1980.

Apesar de tais limites é inegável que a movimentação feministas articulou sua agenda para o enfrentamento da epidemia aliada às lutas por igualdade de direitos e por justiça social, utilizando o conceito de vulnerabilidade, numa abordagem de gênero, articulado com o conceito de saúde integral. Os avanços e conquistas do movimento feminista na luta pela Aids foram diretamente responsáveis pela visibilidade social da feminização da doença e pela consideração das determinações sociais que lhes são subjacentes.

Mais que isso, o movimento publicizou a incidência da epidemia sobre as mulheres e se insurgiu contra concepções morais e idéias conservadoras que estão postas no conceito de grupos de risco, principalmente relacionados à ideia de ‘promiscuidade’ feminina ou masculina e as práticas consideradas em nossa sociedade como “desviantes” como liberdades sexuais, homossexualidade, uso de drogas, prostituição etc.

Desta forma, considerando os limites da ação no âmbito da saúde pública, as feministas enfrentaram o contraponto da noção de “imunidade” dos casais monogâmicos, que implica na valorização da fidelidade, da parceria única. E o fez numa perspectiva de afirmação dos direitos das mulheres, historicamente negados pelo pensamento conservador e patriarcal da sociedade e das suas instituições como a igreja, dos promotores de políticas públicas, assim como dentro dos partidos, inclusive os de esquerda. O feminismo enfrentou o fortalecimento e a reação conservadora de setores nacionais e internacionais - parlamentares,

religiosas, profissionais da saúde e do direito que mantêm os sistemas tradicionais de controle sobre as mulheres, sobre a sexualidade e a reprodução.

Historicamente a saúde é para o feminismo um campo de disputa fundante para os embates contra o conservadorismo, racismo e sexismo das políticas públicas. Nos anos 1990, foram elaborados os direitos reprodutivos e direitos sexuais, a reprodução, em maior dimensão que a sexualidade, passa a ser elaborada no campo dos direitos e influencia as políticas de saúde. Entretanto, a perspectiva adotada pelo movimento feminista, de atuar prioritariamente nas políticas públicas da saúde da mulher, com forte enfoque reprodutivo, limitou suas próprias estratégias de construção de uma saúde integral para as mulheres que enfrentasse a epidemia da Aids e outros temas relevantes, entre eles saúde mental, trabalho, masculinidades.

No período analisado, a Rede Feminista de Saúde incorporou o tema do HIV/Aids em sua agenda política e articulou-se com outras organizações e redes, atuando também no espaço político do movimento de luta contra a Aids<sup>38</sup> no limite das demandas de agências parceiras, esferas governamentais ou das datas que marcam a agenda do movimento. Para o feminismo ao atuar nos campos da saúde e da Aids na conjuntura dos anos 1980 a 2000, significou rever estratégias e adaptar-se ao *modus operandis* da hegemonia dominante.

A análise observou às lutas deste movimento restritas aos interesses imediatos para a implementação de políticas públicas, ao mesmo tempo em que a construção teórica e política sobre a integralidade da saúde, para enfrentar as determinações econômicas e sociais que moldam as políticas públicas de saúde no Brasil, não se concretizaram na prática de atenção a saúde e na efetivação das políticas da saúde da mulher que estavam sendo implantadas no contexto de ajuste estrutural.

A ação dos movimentos feministas, sujeitos coletivos, inseridos no âmbito da saúde, é portadora de contradições e limites na sua atuação política, na qual as dinâmicas, entre a pequena política e a grande política, estão permeadas de retrocessos, possibilidades, avanços e silêncios que impactam as transformações

---

<sup>38</sup> Por exemplo, os Encontros Nacionais e Regionais de organizações Aids/ Rede Nacional de Pessoas que vivem com HIV/Aids.

societárias. No contexto da epidemia da Aids tais dinâmicas são marcadas pela hegemonia capitalista e patriarcal que resulta no avanço da infecção do HIV/Aids entre as mulheres, dentre essas, são as mulheres pobres, na sua maioria negras, as mais afetadas.

Considero que a ação feminista brasileira no âmbito da saúde, ao ceder diante de tal hegemonia reformou sua agenda de luta, atuando na crítica, sem ruptura ou na colaboração direta com a gestão governamental. Pela característica reducionista da pequena política, que conserva estruturas políticas-sociais orgânicas à manutenção da hegemonia, tornou-se conveniente ao movimento adaptar o projeto político feminista às estratégias de apoiar a implementação das políticas de saúde das mulheres, focalizada na reprodução.

Portanto, a inclusão dos temas relacionados a sexualidade nas políticas de controle da epidemia do HIV/Aids expõe a tensão existente entre os projetos políticos conservadores e o sentido ético e político feministas para a saúde da mulher. A ênfase na transmissão vertical, ou seja o enfoque reprodutivo das políticas contra o HIV/Aids expõe que o tema da sexualidade tornou-se pouco visível nas reflexões e estratégias direcionada à vida cotidiana das mulheres no contexto da epidemia.

No espaço da articulação política no campo da Aids o distanciamento do feminismo com os temas da sexualidade, também o afastou do outros movimentos, a exemplo de gays, lésbicas, transexuais e profissionais do sexo (ou prostitutas como esse sujeito político prefere ser chamado), nesse campo político o debate feminista sobre prostituição e ação política LGBT é marcado por tensões e silêncios.

Nesse campo de disputa o movimento fez escolhas que também estiveram vinculadas a tendências e expressões dos movimentos de esquerda, ou de contestação no âmbito da saúde no Brasil, tais escolhas são marcadas por tensões inerente aos movimentos sociais relacionadas as demandas imediatas e demandas de longo prazo.

Tal conjuntura incidiu sobre a política de controle da epidemia da Aids que foi efetivada em grande medida verticalizada e fragmentada, os ideais transformadores

não foram traduzidos em políticas transformadoras. O exemplo da Aids é revelador da contradição do projeto transformador feminista e a ação conservadora, conveniente para a manutenção da hegemonia capitalista patriarcal, ao adaptar seu projeto no limite de influência no Estado mínimo.

Desta forma, o transformismo vivido pela Rede é percebido nas estratégias de sua atuação política no controle social e na gestão governamental e é refletido pelas feministas, ao avaliarem a desmobilização e fragmentação da RFS. Desta forma, considero que o enfrentamento do crescimento da epidemia da Aids entre as mulheres pode ser percebido em algumas dimensões:

- Nos limites conceitual - político do projeto transgressor feminista de romper com o sistema patriarcal e capitalista. Diante da Aids, o feminismo ainda não formulou os sentidos e significados de uma epidemia que desafia os princípios de autonomia das mulheres com o seu corpo, sexualidade, prazer, escolhas afetivas, sexuais e reprodutivas;
- Nos limites do diálogo entre os movimentos feministas – movimento LGBT – movimento das profissionais do sexo - movimento Aids. Ao reproduzirem a fragmentação orientada pela hegemonia dominante, os movimentos se isolam, disputam recursos e visibilidade de suas ações/ lideranças. Reproduzem assim, um espaço de fazer política contra a Aids fragilizado, conservador e sexista;
- Nos limites da ação feminista, no espaço da Rede Feminista de Saúde, de articular as demandas das mulheres que vivem com Aids, ou das que trabalham nesse campo. Limitação de uma organização com pouca renovação, gestões centralizadoras e predominância de mulheres adultas de classe média, inseridas em ONG, universidades, sindicatos ou gestão governamental. Tais características são refletidas em suas estratégias e tomadas de posições políticas;
- Nos limites das estratégias do movimento feminista na saúde que definiu nas últimas duas décadas agir na incidência internacional sobre os acordos no âmbito das conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), e no âmbito nacional aplicar os avanços conquistados na ONU, particularmente no

que se refere aos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais. No que pese o avanço dos direitos nesse campo, é limitada a ação dos movimentos diante das políticas neoliberais que fragmentam a sua ação.

- Nos limites do feminismo ao agirem no controle social e na colaboração com a gestão governamental abrandando a mobilização crítica feminista na defesa de um projeto transformador da sociedade;
- Nos limites da fragmentação e focalização das políticas de enfrentamento da Aids, por um lado a prevenção centrada no preservativo masculino e monogamia conjugal e do outro, a assistência orientada para o controle da transmissão vertical (infecção materno-infantil), ambas contrárias às transgressões do ideário feminista relacionadas a reprodução e sexualidade;
- Nos limites da particularização da Aids nos comportamentos sociais e nas práticas sexuais, uma epidemia de alto custo social e político que transfere para o privado e para as famílias, em particular para as mulheres, os cuidados com saúde e o cotidiano da vida sexual e reprodutiva;
- Nos limites da hegemonia neoliberal na efetivação do SUS que não realiza o projeto político – teórico do ideal de integralidade frente às demandas das mulheres, minimizando a saúde integral das mulheres à assistência e prevenção no espaço da reprodução.

Na trilha destas questões, a conjuntura das décadas 1990 e 2000 determinou inflexões nas práticas e reflexões do movimento feminista, interferindo na direção política e nas estratégias adotadas. Razão porque, as tendências que se avizinham nas iniciativas de enfrentamento a Aids, no âmbito das políticas de saúde das mulheres, não contemplam a concepção de integralidade nelas referida, e todavia não concretizada, na proposta da política de saúde - SUS. Assim como não refletem na prática das políticas de controle da Aids o avanço alcançado pelo movimento feminista no tocante aos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, assim como da perspectiva de gênero proposta para as políticas sociais.

Finalizando, as expectativas das mulheres com HIV/Aids e das ativistas nesse campo clamam por respostas que vão além da retórica conceitual das

desigualdades de gênero-classe-raça; do direito e da proposição de políticas públicas. As experiências feministas nas últimas décadas podem ajudar a olhar o desconhecido e ouvir os silêncios impregnados de desejos de rupturas do conservadorismo sobre sexualidade; do heterossexismo que permeia o feminismo na saúde; do distanciamento entre os movimentos que lutam contra a Aids; da conveniente convivência no sistema capitalista, racista e patriarcal. Romper com tais determinações pode resignificar os sentidos da Aids na vida prática-cotidiana das mulheres e só assim possa refletir as transgressões mobilizadoras do projeto feminista de transformação da sociedade.

## **Referências**

## Referências

- ACANDA, Jorge. Los desafíos de Foucault, a tres lustros de su muerte. In: **Inicios de partida**. Habana: Cátedra Antônio Gramsci, 2000.
- ABONG, Associação Brasileira de ONGs. **Sustentabilidade das ONGs no Brasil. Acesso a recursos privados**. Rio de Janeiro : Abong, 2010. P. 92
- ALVAREZ, Sonia E. A “globalização” dos feminismos Latino-Americanos, tendências dos anos 90 e desafios para o novo milênio. In: ALVAREZ, S. e DAGNINO, E. ESCOBAR, A. **Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-Americanos: novas leituras**. Belo Horizonte: UFMG, 2000. p. 383 a 426. (Humanitas).
- ALVAREZ, S. DAGNINO, E. ESCOBAR. A. **Cultura e política nos movimentos sociais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000. 538 p. (Humanitas).
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Conjuntura política. In: **Relatório do II Encontro Nacional da Rede Feminista de Saúde (Itapeverica, 1994)**. Recife: RFS, 1994 (mimeo).
- ALTMAN, Dennis Altman. **Power and Community: Organizational and Cultural, Responses to AIDS**, London: Taylor & Francis, 1994, pp. 37-96.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**. São Paulo: v.6, n.11. agosto 2002. p. 20 e 21.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In SADER, Emir (org). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. P. 09-23
- AQUINO, Estela; MENEZES, Greice; AMOEDO, Marúcia. Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 26, no. 3, p. 195-202. 1992.
- ARAUJO, Maria de Fátima. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psicologia clínica**. Rio de Janeiro: vol.17, no.2, Rio de Janeiro, 2005, p. 41-52
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- ARILHA, Margareth. **Políticas públicas de saúde: mulheres e DST/AIDS - Reajustando o olhar**. Rio de Janeiro: ABIA, nº 4, Coleção ABIA, 2002.

ARILHA, Margareth. Mulher, tecnologia e direitos reprodutivos. In: **Relatório do I Encontro Nacional da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Itamaracá, 1993)**. Recife: RFS, 1993. Mimeografado.

AROUCA, Sérgio. Crise na saúde. *Entrevista* de Sergio Arouca concedida à revista Isto é em 12 de junho de 1996. **Revista Radis – Comunicação em Saúde 03**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. p.18-21

AMB - Articulação de Mulheres Brasileiras. **Articulando a luta feminista nas políticas públicas**. Recife: AMB, 2004.

\_\_\_\_\_. **Políticas públicas para as mulheres no Brasil: 05 anos após Beijing**. Recife: AMB, abr./2000.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos reprodutivos: uma criação das mulheres. In: **Relatório do I Encontro Nacional da RFS (Itamaracá, 1993)**. Recife: RFS, 1993. Mimeografado.

\_\_\_\_\_, Maria Bethania; CORREA, Sônia. "O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos". In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 70-103.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em [www.portal.anvisa.gov.br](http://www.portal.anvisa.gov.br). Acessado em 30 de maio de 2011.

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

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro / São Paulo: IMS-UERJ / Editora 34, 1999. P. 272.

BARBOSA, Regina Maria. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará / ABIA/ IMS –UERJ, 1996.

\_\_\_\_\_. Um Olhar de gênero sobre a epidemia da Aids. In: BERQUÓ, Elza. **Sexo & Vida: Programa de Saúde Reprodutiva**. Campinas: Ed. UNICAMP. 2002:367 . p. 339-398

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

BARREIRA, Maurício. Ética em pesquisa de vacina anti-HIV. In **Boletim Vacinas Anti-HIV/Aids**. São Paulo: No. 14, 2005.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

- \_\_\_\_\_. **A feminização da epidemia da Aids no Brasil:** determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: nº 3: ABIA, 2001.
- BARROS, Elizabeth. Políticas de saúde e construção da cidadania. In: **Relatório do V Encontro Nacional da RFS (Caxambú, 1998)**. Mimeografia.
- BELOQUI, Jorge, Plataforma para a ação no comitê de vacinas. In: **Boletim Vacinas Anti-HIV/Aids**. São Paulo: nº. 14. GIV, 2005.
- BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra reforma**. Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez. 2003.
- \_\_\_\_\_, **Fundamentos de política social**. In: Mota, A E et al. (orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Social**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_; BOSCHETTI Ivanete. **Política Social, fundamentos e história**. São Paulo: Cortez. 2006.
- BERQUÓ, Elza. Apresentação. In: **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 7-16
- \_\_\_\_\_. BARBOSA, Regina (et al) **Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira**. São Paulo: CEBRAP/ MS. 2008.
- BOBBIO, Norberto. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de Sociedade Civil**. São Paulo, Ed Paz e Terra, 2001. p. 54
- \_\_\_\_\_. **O problema da guerra e as vias da paz**. São Paulo: UNESP, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Miniografia.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
- BRASIL. **Lei no 8.080** de 19 de setembro de 1990.  
[www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf) Acessado: 15/09/2010
- BRASIL. **Lei no 8.142** de 28 de dezembro de 1990.  
[www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id160.htm](http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id160.htm) Acessado: 15/09/2010
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Beijing 1995: o século 21 começa na IV Conferência Mundial da Mulher**. Brasília: Ministério da Justiça, 1995.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE)**, Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado- MARE. **Sistema de Atendimento de Saúde do SUS**. Brasília: MS/MARE, 1995.

BRASIL. **CAIRO + 5**: O caso brasileiro. Brasília: CNPD - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: resgate histórico do controle social no SUS**. Brasília, nº 3 e nº 65: CNS, 2001.138p (série histórica do CNS e série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva de DST/AIDS. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica da Saúde da Mulher. **Ações para Garantir uma Maternidade Segura**. Brasília: MS, 2003. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acessado em 13 / 08 /2010

BRASIL. CEDAW – **Relatório nacional brasileiro**: Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Protocolo Facultativo. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o mundo do trabalho**. Brasília. 2002

BRASIL. IBGE. **Síntese dos indicadores sociais**. 2005  
[www.ibge.gov.br/.../indicadoresminimos/sinteseindicsoais](http://www.ibge.gov.br/.../indicadoresminimos/sinteseindicsoais) Acessado: 25/11/2010

BRASIL. **Política nacional de saúde da população negra**: uma questão de equidade. Brasília: ONU /OPAS / DFID, 2002.

BRASIL. **Boletim epidemiológico/ PN DST Aids**. Brasília: vol/nº. PN DST Aids/MS, 1996, 2003, 2006, 2007, 2008, 2010.

BRASIL. **Ativismo em Aids**: Controle social no SUS. Brasília:PN DST Aids/MS, 2003.

BRASIL. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS**: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2000.

- BRASIL. **Dados sobre desigualdades de gênero e raça**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, 2008.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes 2003-2007**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004 – 2007**. Brasília: 2007
- BRITO, Ana. SANTOS, Artur B. e PEREIRA, Gerson F M. A situação atual da epidemia da Aids no Brasil e os desafios para o seu enfrentamento. In: ROCHA, Solange. Vieira, Ana. SOARES, Raquel. **Desafios à Vida: Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul**. Recife: Ed. Universitaria, UFPE, 2011. p.69 a 87.
- BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**. Feminismo e Subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1990.
- CAMARGO Jr. Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (In)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Construção da Integralidade**. Rio de Janeiro. IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2003. p. 228
- CAMARGO Jr. Keneeth Rochel. A assistência e a prevenção à Aids no âmbito do SUS. In PASSARELLI, Carlos André. **Assistência e prevenção à epidemia de Aids no SUS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004
- CARNEIRO, Sueli. A Utopia do século 21. In: **Relatório do V Encontro Nacional da RFS (Caxambú, 1998)**. São Paulo: RFS, 1998 Miniografia.
- CARRARA, Sérgio, SZASZ, Ivonne; RAMOS, Silvina; CÁCERES, Carlos. Presentación. Sexualidad, Salud y Sociedad. **Revista Latino Americana**. 2009, p. 1 -10. Disponível em [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org). Acesso em: 20/10/2010.
- CARVALHO, Gilson. Os governos trincam e truncam o conceito de integralidade. **Revista RADIS– Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, agosto, 2006.
- \_\_\_\_\_. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2001. Disponível em SciELO: [www.....](http://www.scielo.org) Acessado em 10/11/ 2010 .
- CASIMIRO, Isabel. **Paz na terra, guerra em casa, feminismo e organizações de mulheres em Moçambique**. 1999. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade de Coimbra, 1999.
- CASTILHO, Clair. Controle social e saúde. In: **Relatório do V Encontro Nacional da RFS (Caxambú, 1998)**. São Paulo: RFS, data de edição. Mimeografia.

CASTRO, Mary Garcia. Marxismo, Feminismos e Feminismo Marxista – mais que um gênero em tempos neoliberais. **Revista Crítica Marxista**. Campinas: Unicamp, nº 11, 2000, p. 98-108.

\_\_\_\_\_. SILVA, Lorena B. **Respostas aos Desafios da Aids no Brasil. Limites e Possibilidades**. Brasília: Unesco, 2005. Disponível em [www.unesco.org.br](http://www.unesco.org.br). 2005. Acessado em 6/10/2010

CHEQUER, Pedro. ANDRADE-CASTRO Nancy. **O desafio de priorizar o HIV/Aids em países com baixa prevalência**. A epidemia da Aids na América Latina está sob controle? Brasília: UNAIDS, 2007.

CHOSSUDOVSKEY, M. **A Globalização da Pobreza: impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial**. São Paulo: Moderna, 1999.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Publicações, relatórios. [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br). 1990. Acessado: 3/08/2010

Comissão Organizadora da Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras. **Plataforma política feminista**. Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras. Brasília: 2002. 64p. Disponível em [http://www.articulacaodemulheres.org.br/amb/adm/uploads/anexos/Plataforma\\_Politica\\_Feminista.pdf](http://www.articulacaodemulheres.org.br/amb/adm/uploads/anexos/Plataforma_Politica_Feminista.pdf) Acesso em 31/10/2010.

CORREA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, p. 17-73. 2003

\_\_\_\_\_. **Corpo e Heteronomia**. Recife: SOS CORPO, 1994. (Cadernos SOS Corpo)

\_\_\_\_\_; ÁVILA, Maria Betânia; e XAVIER, Dulcineia. **Feminismo e a Ordem Médica**. Recife: SOS CORPO, 1986.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Protagonismo do Banco Mundial na orientação das Políticas de Saúde**. Tese de Doutorado - Miniografia. Recife: UFPE. 2007.

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

COSTA, Sergio. **A Construção Sociológica da Raça no Brasil**. Rio de Janeiro: Estud. Afro-asiático. vol. 24 no.1. 2002.

---

- COUTINHO, Carlos Nélon. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (orgs.). **Hegemonia às Avessas**. São Paulo: Boitempo. 2010.
- COUTINHO, Carlos Nélon. **Marxismo e política**. A dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1996
- CRUZ, Elizabeth Franco. BRITO. Nair. **Tecendo o feminino em tempo de Aids**. São Paulo: Ed. GIV/ Ministério da Saúde. 2000.
- DAGNINO, Evelina. Cultura, cidadania e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, Sonia; DAGNINO; Evelina; ESCOBAR, Arturo (orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras**. Belo Horizonte: UFMG, 2000. p. 61-102.
- \_\_\_\_\_, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: **Anos 90 - Política e sociedade no Brasil**, São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994, pág. 103-115
- DI STEFANO, Christine. Problemas e incomodidades a propósito de la autonomía: algunas consideraciones desde el feminismo. In: CASTELLS, Carme(comp.). **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona: Paidós, 1996. p. 53-77.
- DIAS, Edmundo Fernandes. **A liberdade (Im)Possível na Ordem do Capital**. Reestruturação produtiva e passivização. Campinas: IFCH/ UNICAMP, 1999. (Textos didáticos)
- DINIZ, Simone e VILLELA, Wilza. Interfaces entre os Programas de DST/Aids e saúde reprodutiva: o caso Brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane, SECRON BESSA, Marcelo. (org.) **Saúde, Desenvolvimento e Política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 1999.
- \_\_\_\_\_. Sexualidade e Direitos Reprodutivos. In: **Relatório do I Encontro Nacional da RFS (Itamaracá, 1993)**. Recife: RFS, 1993. Mimeografia.
- DUMÉNIL, G.; LEVY, D. Superação da Crise, Ameaças de Crises e Novo Capitalismo. In: CHESNAIS, F. et al. **Uma Nova Fase do Capitalismo?** São Paulo: Xamã, 2003.
- ESCOREL, Sarah. **Democracia Participativa, Democracia Representativa e Conselhos de Saúde no Contexto da Reforma Política**. Rio de Janeiro:Fundação Oswaldo Cruz, 2007. Disponível em <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca>. Acessado em 05/07/ 2008 .
- ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1977.

- ESPINO, Alma, AZAR, Paola. Quién gana y quien pierde en los acuerdos de integración económica. **Comercio Internacional y Equidad de Género - Fascículo 2.** S.I.: Local de edição: UNIFEM, RIGC, 2003.
- FARAH. Gênero e Políticas Públicas. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania.** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2004.
- FIRESTONE, Shulamith The Dialectic of Sex. **The Women's Press**, 1979. Disponível em [www.marxists.org](http://www.marxists.org) Acessado em 03 /08 /2009
- FLEURY, Sonia (org). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria.** São Paulo: Cortez/ ABRASCO, 1995.
- \_\_\_\_\_. Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In CANESQUI, Ana Maria (org). **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo:HUCITEC – ABRASCO, 1995.
- FREIRE COSTA, Jurandir. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal. 2004.
- \_\_\_\_\_, Sem Fraude Nem Favor. São Paulo: Rocco, 1998.
- FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes.** São Paulo: Ed. Nacional, 1965.
- FONSECA SOBRINHO, Délcio da. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília: FNUAP, 1993.
- GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil.** A agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA e Editora 34, 2000.
- \_\_\_\_\_, **1980-2001 Uma Cronologia da Epidemia de HIV/Aids no Brasil e no Mundo.** Rio de Janeiro. ABIA: 2002
- GALEANO, Eduardo. **Espelhos: una historia casi universal.** Madri: Ed. Siglo XXI. 2008.
- GARRETAS, RIVERO. **Nombrar el Mundo en Femenino: pensamiento de las mujeres y teoría feminista.** Barcelona: Icaria. Editorial, 1994.
- GIFFIN, Karen. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 7, nº 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, abr/jun, 1991. p. 190-200.
- \_\_\_\_\_. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, supl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 103-112.

- GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere**. Volumes 1, 2, 3, 4, 5, 6. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- GRUPPI, Luciano. **Conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- GRINSZTEJN, Beatriz. **Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Estudo de Fatores de Risco para Infecção pelo HPV em uma Coorte de Mulheres Infectadas pelo HIV no Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado – Mineografia. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2001
- GOHN, Maria da Glória. **Movimentos Sociais no Início do Século XXI**. São Paulo: Ed Vozes. 2003.
- \_\_\_\_\_. **Teorias dos Movimentos Sociais - Paradigmas Clássicos e Contemporâneos**. São Paulo: Ed Loyola, 1997.
- \_\_\_\_\_. **História dos Movimentos Sociais**. A construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Ed. Loyola, 2008.
- GOUVEIA, Taciana. Movimentos sociais e ONGs: dos lugares e dos sujeitos. Política e Sociedade. **Revista de Sociologia Política** v. 1, n. 5, p. 77-86. Florianópolis: UFSC: Cidade Futura, 2004.
- GUIMARÃES, Antônio S. **Racismo e Anti-Racismo no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. 34. 1999.
- HARVEY, David. **Condição pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 1996.
- \_\_\_\_\_. **O Novo Imperialismo**. São Paulo, Loyola, 2004.
- HAYEK, F. Von. **Caminho para Servidão**. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- HEAD, Judith. ROCHA, Solange. Uma vida e muitos desafios. In: ROCHA, Solange. Vieira, Ana. SOARES, Raquel. **Desafios à Vida**. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Ed. Universitaria, UFPE, 2011. p. 15-27.
- JAKOBSEN, Kjeld. **Comércio Internacional e Desenvolvimento. Do Gatt à OMC: Discurso e prática**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005.
- LABRA, Maria E. Carta de Itapecerica. In: LABRA, Maria E. (org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 297-302.
- LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002.

- LEHER, Roberto, SETUBAL, Mariana (org). **Pensamento crítico e movimentos sociais: diálogo para uma nova práxis**. São Paulo, Ed. Cortez, 2005.
- LENGERMANN, Patrícia; NIEBRUGGE-BRATLEY, Jill. Teoria feminista contemporânea. In: RITZER, George. **Teoria sociológica contemporânea**. São Paulo: UNESP. 1993, p. 353-409.
- LÉON, Magdalena. El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. In: LEON, Magdalena. **Poder y Empoderamiento de las mujeres**. Santafé de Bogotá: TM Editores.1997.
- LINDNER, Liandro. V Jornada de Vacinas. **Boletim Vacinas Anti-HIV/Aids**. Nº. 14. São Paulo: GIV, 2005. Disponível em [www.giv.org.br](http://www.giv.org.br). Acessado em 10/05 /2010
- LINHARES, Leila. Direitos reprodutivos: suas matrizes e seus caminhos. In:**Relatório do I Encontro Nacional da RFS (Itamaracá)**. Recife: RFS, 1993. Mimeografia.
- LYRA, Jorge. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Da Diáspora Globalizada: Notas sobre os afrodescendentes no Brasil e o início do século XXI**. Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2003. Disponível em [www.criola.org.br](http://www.criola.org.br). Acessado em 25/04 /2007
- LOVELL, Terry. Feminisms of the second wave. In: TURNER, Bryan (ed.). **The blackwell companion to social theory**. Oxford: Backwell, 1996, p. 299-324. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=AvIF2vgqE-sC&hl=pt-br>. Acesso em: 30/10/2009.
- LÖWY, Michel. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen**. São Paulo: Busca Vida, 1987.
- LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- LUZ, Madel. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas práticas de Saúde no Brasil Atual. In: Roseni e MATTOS, Ruben (org.) **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro. IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2001. P.180
- MAMPRIM, Maria T. **Idealização do PAISM**. In: **Relatório do V Encontro Nacional da RFS (Caxambú, 1998)**. São Paulo: RFS, (mimeo).

- MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M; NETTER, Thomas W; org. **A Aids no Mundo**. nº 1. Rio de Janeiro: ABIA, Relume-Dumará e IMS-UERJ, 1993. (História Social da AIDS).
- MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa**. 7ª. Edição. São Paulo: Atlas, 2008.
- MARQUES, Maria Cristina Costa. **A História de uma Epidemia Moderna**. A Emergência política da Aids/HIV no Brasil. Maringá: Ed. RiMa/Eduem. 2003.
- MARX, Karl. **O Capital** – Crítica da Economia Política. São Paulo: Abril Cultural., volume III, tomo I. 1983.
- MATTOS, Ruben Araújo de; TERTO JR., Veriano. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard (org) **As estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil**. Brasília: Rede Brasil, 2001. p.107-130.
- \_\_\_\_\_. GALVÃO, Jane, BESSA Marcelo. **Saúde, desenvolvimento e política, respostas frente à Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, Editora 34, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben (org.) **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro. IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2001.
- MEDEIROS, Patrícia. GUARESCHI, Neusa. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**. Vol. 17 (1) Florianópolis: UFSC , 2009. p. 31-48
- MEELO, Jorge M.H.P; GOTLIEB S.L.D; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999**. Brasília: OPAS /OMS, 2001.
- MERHY, Emerson. FRANCO, Tulio B. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Campinas: UNICAMP, 1999. Disponível em [www.cedes.org.br/media.pdf](http://www.cedes.org.br/media.pdf) . Acessado em 27/04/2010 .
- MÉSZÁROS. István. **Para além do capital**. São Paulo: Boi Tempo, 2003.
- MITCHELL Juliet. Mulheres: a revolução mais longa. Rio de Janeiro: nº 14, ano III Civilização Brasileira, 1967 – [www.ieg.ufsc.br](http://www.ieg.ufsc.br). Acessado em 13/02/2010
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4ª Edição. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco., 1996.
- MOTA, Ana Elizabete (org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

- \_\_\_\_\_. **Cultura da crise e seguridade social.** Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.
- NEVES, Lucia Maria Wanderley (org). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso.** São Paulo: Xamã, 2005.
- OLIVEIRA, Francisco. Paoli, Maria Célia. **Os sentidos da democracia políticas do dissenso e hegemonia global.** São Paulo e Rio de Janeiro: FAPESP e Ed. Vozes, 1999.
- \_\_\_\_\_. Há vias abertas na América Latina? In: Serviço Social e Sociedade. Gestão Pública. Nº 78. Ano XXV. São Paulo: Cortez, Julho, 2004.
- O'LEARY & CHENEY. **Tripla Ameaça.** Mulheres e Aids. Londre, Recife, Rio de Janeiro: Ed. Panos Institute, SOS CORPO, ABIA, 1993.
- PAIM, Jairnilson. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo: 1999. Disponível em [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org). Acessado em.08/05/2010..
- PAIXÃO, Marcelo. **Desenvolvimento Humano e as Desigualdades Étnicas no Brasil: um retrato de final de século.** Rio de Janeiro: <http://www.ufrj.net.br>. 2000.
- PARKER, Richard. **Empowerment, Community Mobilization, and Social. Change in the Face of HIV/AIDS/ AIDS.** EUA:10(suppl 3):S27-S31, 1996.
- PARKER, Richard. AGGLETON, Peter. **Estigma, Discriminação e Aids.** Rio de Janeiro: Coleção ABIA. 2002
- PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática.** São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1970.
- \_\_\_\_\_. Críticas feministas a la dicotomía público/ privado. In: CASTELLS, Carme (comp.). **Perspectivas feministas en teoría política.** Barcelona: Paidós,1996. p. 31-52.
- \_\_\_\_\_. **The Sexual Contract.** California: Stanford University Press, 1988.
- PETRAS, J. **La izquierda contra ataca: Conflictos de clases en América Latina en la era del neoliberalismo.** Madrid:Akal, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Império e políticas revolucionárias na América Latina.** São Paulo: Xamã, 2002.
- PETCHESKY, Rosalind. PARKER, Richard. SEMBER Robert. **Políticas sobre Sexualidad, reports desde las líneas del frente.** EUA: 2008. Disponível em [www.sexpolitcs.org](http://www.sexpolitcs.org). Acessado em 04/03/2009

- \_\_\_\_\_, Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In BARBOSA, Regina. **Sexualidades pelo Averso**. Direitos, Identidade e Poder. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- PIMENTEL, Alessandra. O MÉTODO DA ANÁLISE DOCUMENTAL: SEU USO NUMA PESQUISA. HISTORIOGRÁFICA. **Cadernos de Pesquisa**. n. 114. Londrina: Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina, 2001.
- PIMENTA, Cristina; SOUTO, Kátia. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2001. p.180
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **A construção da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2003. P.228
- PIOR, Peter. RUSSELL, Sarah. LARSON, Heidi. Good Politics, Bad Politics: The Experience of AIDS. **American Journal of Public Health**, EUA: 2007.
- PITANGUY, Jaqueline. Conjuntura nacional e internacional no debate sobre população. In: **Relatório do I Encontro Nacional da RFS (Itamaracá, 1993)**. Recife: RFS, 1993. Mimeografia.
- PLAZA PINTO, Albinéia. A experiência do PAISM. In: **Relatório do V Encontro Nacional da RFS (Caxambú, 1998)**. São Paulo: RFS, 1998 Miniografia.
- PLATAFORMA **Beijing 95**: um instrumento de ação para as mulheres. Santiago do Chile: Isis Internacional, janeiro de 1996.
- PNUD. Informe sobre la pobreza. **Superar la Pobreza Humana**. NY: PNUD ,1998.
- QUARTIM de MORAES, Maria Lygia. Pós-modernismo, marxismo e feminismo. In: **Margem Esquerda**. São Paulo: Ed Boitempo, 2003/2004.
- REVISTA RADIS**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, nº 49, 2006. Disponível em: [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis). 2006. Acesso em: 23/05/2009
- REDE SAÚDE. **Relatório do I Encontro Feminista**. Pernambuco: REDE SAÚDE, 1993. Mimeografado.
- REDE SAÚDE. **Relatório do II Encontro Feminista**. Pernambuco: REDE SAÚDE, 1994. Mimeografado.
- REDE SAÚDE. **Relatório do III. Encontro Feminista**. Rio de Janeiro: REDE SAÚDE, 1995. Mimeografado

- REDE SAÚDE. **Relatório do V Encontro Feminista**. Minas Gerais: REDE SAÚDE, 1998. Mimeografado.
- REDE SAÚDE. **Relatório do VIII Encontro Feminista**. Minas Gerais: REDE SAÚDE, 2004, Mimeografado
- REDE SAÚDE. **Relatório do X Encontro Feminista**. Rio Grande do Sul: REDE SAÚDE, 2008. Mimeografado.
- REDESAÚDE. **Monitoramento da implementação da Conferência de população e desenvolvimento no Brasil**. Belo Horizonte: REDESAÚDE, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Ferramenta para uma ação política das Mulheres. Porto Alegre: RFS, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Dossiê Mulher e Aids**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Dossiê Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.
- \_\_\_\_\_. Dossiê PAISM 20 anos depois. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. São Paulo:: RFS, nº 27, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Jornal da Rede Saúde nºs 01,02,03,04,05, 06**. Recife, São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1993 a 1998.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas: 2000, 260f. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas. 2000 Miografia
- ROCHA, Solange. Alguns Marcos dessa História. In HOLANDA, Violeta; ROCHA, Solange (org). **Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste**. Recife/ Fortaleza. SOS CORPO/ GRAB: 2006
- ROCHA, Solange, Vieira, Ana e SOARES, Raquel. **Desafios à Vida**. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Ed. Universitaria, UFPE, 2011.179 pgs.
- \_\_\_\_\_. DANTAS, Sílvia. **Documento de tendências para subsidiar o Projeto: Igualdade de Gênero na promoção da Segurança Humana no Contexto do HIV/AIDS**. Minas Gerais: UNIFEM/ RFS. 2003. Miniografia
- SADER, Eder. **Quando Novos Personagens Entram em Cena**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

\_\_\_\_\_. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? **Revista Crítica Marxista**, Campinas: UNICAMP, nº 11, p. 71-75, 2000.

SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: Revisitando uma trajetória. **Estudos Feministas**. Florianópolis: UFSC, vol. 12, num. 2, pp. 35-50. 2004

SCAVONE, Lucila. Estudos de Gênero: uma Sociologia Feminista? **Estudos Feministas**. Florianópolis: UFSC, 2008

SCHLESENER, Anita Helena. **Hegemonia e Cultura – Gramsci**. Curitiba: Ed. UFPR, 3ª. Edição, 2007.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre: v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Relações de Gênero no Programa Saúde da Família do Recife**. São Paulo e Recife: Universidade de São Paulo/Medicina Preventiva/SOS CORPO/ UFPE/ Coordenadoria da Mulher e Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Recife, 2002-2004. Miniografia

SIMIONATO, Ivete. **GRAMSCI: Sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

SORJ, Bila. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In. COSTA, Albertina; BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. São Paulo e Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas e Editora 34, 1992, p. 19-20.

SOUTO, Kátia. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista Ser Social**. Brasília: UNB, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUZA LEÃO, Luciana Melo. **Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia**. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2005 (mimeo)

SUSSER, Ida. **Aids, Sex and Culture**. Sussex: Wiley-Blackwell. 2009.

\_\_\_\_\_. **The Politics of Gender and Social Movements around HIV/Aids**. New York: City University of New York. 2010.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic, 2010. Disponível em [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Acesso em 25/01/2010.

- VARIKAS, Eleni. **Naturalização da dominação e poder legítimo na teoria política clássica**. Estudos Feministas [online]. 2003, vol.11, n.1, pp. 171-193. Florianópolis: UFSC, 11(1): 336, jan-jun/2003.
- VALCÁRCEL, Amélia. O feminismo é uma teoria política ou uma ética? **Debate feminista**: feminismo e cidadania. São Paulo: Melhoramentos, 1999, p. 206-222 [edição especial em português de *Debate Feminista*, México].
- VANDALE, Susan. LIGUORI, Ana Luisa; RICO, Blanca. Una agenda latinoamericana de investigación: acción sobre mujeres y SIDA. **Situación de la mujer y el VIH / SIDA en América Latina**. S.l: S.n., S.d. p. 29-36.
- VALONGUEIRO, Sandra. **Women's Health Policy in Brazil: an evaluation from 1996 - 2000**. Paper presented in The course "Public policies in Brazil" coordinated by Joseph Potter and Robert Wilson. Texas: University of Texas at Austin. 2007
- VIEIRA, Ana Cristina. Determinantes Sociais da Saúde e Aids na Realidade Brasileira. In: ROCHA, Solange, Vieira, Ana e SOARES, Raquel. **Desafios à Vida**. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Ed. Universitária. 2011. p. 49-68.
- VILLELA, Wilza Vieira e ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas. Editora da Unicamp, 2003. p. 95-145.
- VILLELA, Wilza Vieira e SANEMATSU, Marisa. Mulheres com HIV/ Aids, elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. **Dossiê Instituto Patricia Galvão**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2003.
- VILLELA, Wilza Vieira e MONTEIRO, Simone. **Atenção à Saúde das Mulheres: historicizando conceitos e práticas**. São Paulo: Abrasco, 2008. Disponível em [www.abrasco.org](http://www.abrasco.org). Acesso em 6/03/2009
- VILLELA, Wilza Vieira. Prevenção do HIV/Aids, Gênero e Sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In BARBOSA, Regina. **Sexualidades pelo Averso**. Direitos, Identidade e Poder. Rio de Janeiro: Editora 34. 1999.
- WERNECK, Jurema. Aids: A vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde**. Sao Paulo: RFS, nº 23. 2001.
- \_\_\_\_\_. **Da Diáspora Globalizada**: Notas sobre os afrodescendentes no Brasil e o início do século XXI . Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2003. Disponível em [www.criola.org.br](http://www.criola.org.br). 18/08/2010
- \_\_\_\_\_. LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer**: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Igualdade Racial. 2004.

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

ZANOTTA, Lia. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil., Botucatu: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v. 4, n. 8, p. 11-26, 2001.

SITES:

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

[www.onu-brasil.org.br/agencias\\_unaids](http://www.onu-brasil.org.br/agencias_unaids)

[www. Unfpa.org](http://www.Unfpa.org)

[http:// redesaude.blogspot.com](http://redesaude.blogspot.com)

[www.unitaid.eu](http://www.unitaid.eu)

[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf)

[www.triangle.org.za](http://www.triangle.org.za)

[www.abong.org.br](http://www.abong.org.br)

# **ANEXOS**

# ANEXO I - Carta de Itapecerica.<sup>1</sup>

## CARTA DE ITAPECERICA

Nós, mulheres de 19 estados do Brasil, trabalhando na área de saúde, reunidas no 1º Encontro de Saúde da Mulher, vimos de público apresentar uma denúncia da atual crise sócio-política, econômica e de saúde, no Brasil, propostas e encaminhamentos necessários para a superação dos problemas atualmente existentes na área específica de saúde da mulher.

### I. A crise brasileira

#### 1. A crise geral

Vivemos em um país de economia dependente, onde a maioria da população não tem acesso à alimentação, habitação, transporte, emprego, terra, saúde, lazer e prazer, gerando com isso uma situação de limite de subsistência, onde predominam miséria, desemprego, subnutrição, violência, baixa esperança de vida, alta mortalidade infantil; discriminação social, sexual e racial (indígena e negra) que agrava a qualidade de vida da maioria da população de nosso país.

---

<sup>1</sup> Documento elaborado durante o I Encontro de Saúde da Mulher, realizado em 1984, em São Paulo, que deu origem ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Fonte: LABRA, Maria E. (Org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 297-302. Fonte: Tese de Jorge Lyra-da-Fonseca/ Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

## 2. A crise do sistema de saúde

É-nos imposto um sistema de saúde que privilegia ao mesmo tempo a privatização do sistema médico e a excessiva medicalização que não leva em conta o caráter preventivo-educativo que deveria ter um sistema de saúde adequado às populações do Terceiro Mundo.

Nos dias atuais, com a agudização da crise, esse sistema já tão precário está sofrendo grandes abalos, que se concretizam em:

- a) fechamento de hospitais-escolas de inúmeras universidades brasileiras;
- b) diminuição crescente de leitos nos hospitais e postos de emergência da Previdência Social, com gravíssimas conseqüências para a situação de saúde da população como um todo, e enriquecimento ilícito de clínicas convencionadas ao INAMPS.

No que se refere especificamente à condição da mulher, denunciaremos:

- nos Postos de Saúde o atendimento ginecológico não é considerado prioritário;
- as mulheres mais carentes não têm informações sobre o corpo, sobre o uso de métodos anticoncepcionais, além do difícil acesso a ele;
- apenas 2% das mulheres são cobertas pelo exame preventivo do câncer do colo do útero e em índice menor ainda ao de mamas;
- as maternidades são superlotadas e não têm condições de atender às demandas;
- as doenças adquiridas pelas péssimas condições de trabalho e pelos acidentes daí decorrentes não merecem qualquer atenção.

Isso implica em que a mulher — que é vista como reprodutora apenas, pelo nosso sistema de saúde, uma vez que não existem programas específicos para os períodos da adolescência, menopausa, e velhice — também não recebe a devida assistência com relação a tudo o que se refere à reprodução. Refletindo o caráter tecnocrático, desumanizante e machista do nosso sistema sócio-político, econômico e de saúde.

Denunciamos ainda as falsas soluções que propõem a implantação de um programa de planejamento familiar de cunho controlista, visando a erradicação da pobreza no país. A miséria

reinante no Brasil, como nos demais países do Terceiro Mundo, não é resultado de uma "explosão demográfica", e sim fruto de um modelo econômico concentrador de renda.

Repudiamos, portanto, as experiências de caráter controlista já em curso, como a esterilização em massa de mulheres e homens e as campanhas de eugenia, bem como propostas, como a do Brigadeiro Waldir de Vasconcellos, chefe do Estado Maior das Forças Armadas, no sentido de reduzir o crescimento populacional no país a partir da criação do Conselho Nacional de População, que enquadraria o Planejamento Familiar como uma questão de segurança nacional.

## **II. Propostas**

### *1. Nosso conceito de saúde*

Atualmente o conceito que caracteriza as ações de saúde convencionais centram suas explicações e práticas no indivíduo e na doença, enfatizando uma interpretação biológica impessoal, sem história e sem o conceito social do problema.

Para nós a saúde é algo dinâmico e indivisível, que leva em conta as características individuais do ser humano, interagindo com as características sociais, sexuais e de classe à qual pertence. Isso quer dizer que a compreensão do processo saúde/doença passa pela compreensão das condições reais de trabalho dos indivíduos afetados, assim como pelas condições gerais de sua existência.

O papel sexual e reprodutor imposto à mulher pela sociedade, que a exclui das decisões sobre o seu próprio corpo, faz com que tenhamos problemas específicos de saúde.

Por isso exigimos um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças clínicas mais comuns), tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas a sua inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa.

1. *Estimular as organizações populares a:*

- Pressionar os órgãos oficiais dos Estados para um levantamento das condições reais da saúde da mulher.
- Incentivar outras organizações populares: sindicatos, associações de bairro, partidos políticos, Igrejas, pelo controle popular e democrático na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo governo, a nível federal, estadual, local.
- Pressionar o governo a nível federal, estadual e municipal para incluir no seu orçamento anual reservas e repasses de verbas para execução dos programas de saúde da mulher.
- Reivindicar, dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, a pesquisa, legalização e fabricação nacional de meios anti-concepcionais para a mulher e para o homem, equipamentos e medicamentos correlatos, bem como a elaboração e divulgação de material educativo adequado a sua fiscalização pela população.

2. *Junto aos órgãos de governo:*

- Pressionar, em diferentes níveis, no sentido da participação de grupos de mulheres organizadas, na elaboração, execução e fiscalização dos programas relativos à saúde da mulher.
- Reivindicar a fiscalização e interferência pelos grupos de mulheres nos serviços de planejamento familiar privados, instalados com o aval do governo.
- Reivindicar para os profissionais de saúde, além da reciclagem do aspecto técnico-específico, um processo de "repensar" a relação com as mulheres, no sentido de assegurar nosso espaço dentro dos serviços de saúde.
- Incorporar as experiências dos grupos alternativos no processo educativo de treinamento dos agentes multiplicadores na área de saúde, sejam técnicos ou pessoas interessadas.
- Exigir assistência médica decente, não-autoritária, para toda a população.
- Pressionar para que o saber teórico e prático, do ponto de vista da mulher, seja incorporado ao saber oficial, através da ampla divulgação de obras nacionais e estrangeiras, produzi-

das por grupos alternativos, e incorporar a bibliografia básica feminista aos centros de pesquisa, escolas e bibliotecas.

- Incentivar a ampla discussão e debate, em todos os meios de comunicação de massa, de tudo o que diga respeito à saúde da mulher.
- Disciplinar e fiscalizar a pesquisa, atualmente em curso, na área de anticoncepção e esterilidade no Brasil, em sua maioria antiéticos.

Nós mulheres queremos interferir nos projetos, da construção à implantação, na área de saúde, para que os mesmos atendam às necessidades específicas da mulher (instalações sanitárias adequadas, salas para aleitamento, creches etc.).

Nós mulheres queremos interferir nas programações da área da informática para incluir levantamentos de dados e informações relativos ao específico da mulher, por exemplo: atos de violência doméstica e sexual, atendimento no sistema de saúde público-privado.

Reafirmando a autonomia e a total independência do movimento de mulheres na luta por estas reivindicações, acreditamos que a ampla divulgação deste documento sensibilizaria a população, o governo em todas as suas instâncias, e em particular nós mulheres,

(outubro de 1984).

# **ANEXO II - Ciclo de Conferências da ONU e Plataforma**

## **Política Feminista – Conferência Nacional de Mulheres**

### **Brasileiras**

O anexo é uma síntese das propostas e processos de conferências nacionais e internacionais que marcaram a agenda feminista. O texto abaixo é relativo aos conteúdos relacionados ao contexto da epidemia da Aids.

<p><b><u>Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo 1994</u></b> foi um importante momento de pactuação e mobilização social em torno de propostas relacionadas à promoção da saúde, aos direitos reprodutivos e aos direitos sexuais, que podem ser assim</p>	<p>Integra as políticas de população às políticas de desenvolvimento desenhadas para eliminar a pobreza, alcançar a equidade (igualdade com justiça), respeitar os direitos humanos e proteger o meio ambiente.</p> <p>Aplica os princípios básicos dos direitos humanos às políticas e aos programas de população; repudia a coação (incluídos os incentivos ou desestímulos), a violência e a discriminação e reafirma que todas as pessoas têm direito a serviços de saúde de boa qualidade.</p> <p>Destaca as ações necessárias para se fomentar a autonomia da mulher na vida política, social, econômica e cultural de sua comunidade e não apenas melhorar a condição feminina e o papel da mulher.</p> <p>Reconhece o papel central que a sexualidade e a relação entre homens e mulheres desempenham no tocante à saúde e aos direitos da mulher.</p>
---	--

<p>sintetizadas:</p>	<p>Afirma que os homens devem assumir a responsabilidade pelo seu próprio comportamento sexual, sua capacidade para fecundar, a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e o bem-estar de suas companheiras, bem como pela paternidade de todos os filhos e filhas.</p> <p>Define os serviços de saúde reprodutiva e sexual e exorta os países a oferecerem serviços e informações integrais de boa qualidade para todos/as, incluídos/as os/as adolescentes.</p> <p>Reconhece que o aborto em condições não adequadas é um grave problema de saúde pública e exige que os governos reduzam a incidência do aborto nessas condições; que assegurem, nos casos de aborto previstos por lei, que os serviços sejam prestados em condições de segurança; que ofereçam assessoria confiável e abrangente a todas as mulheres que tenham gravidezes não-desejadas e garantam assistência humanitária a todas que tenham sofrido seqüelas em decorrência da realização de aborto em condições precárias.</p>
<p><b>Plataforma de Ação Beijing 1995</b> contém um conjunto de medidas que os governos concordaram em aplicar durante os anos subseqüentes. O documento ressalta a importância da mobilização das mulheres para, com base nos compromissos assumidos pelos novos governos, exigir sua materialização em formas de programas e execução de políticas.</p> <p>Relacionadas à epidemia da Aids e aos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, destacam-se as propostas:</p>	<p><u>Por uma educação não-discriminatória</u></p> <p>Eliminar as barreiras legais que se opõem ao ensino de questões sexuais e de saúde reprodutiva na educação escolarizada.</p> <p><u>Nossa Saúde: muito mais que superar doenças</u></p> <p>Fomentar o acesso de mulheres, durante toda a sua vida, à informação e a serviços de atenção à saúde, gratuitos ou de baixo custo e boa qualidade.</p> <p>Conceber e executar programas de saúde com orientação de gênero, em colaboração com mulheres e organizações locais, para que respondam às suas necessidades e estejam de acordo com suas condições socioeconômicas e culturais.</p> <p>Reconhecer as necessidades específicas das adolescentes no que se refere à educação e à informação sobre a saúde sexual e reprodutiva e sobre doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a Aids.</p> <p>Incrementar os orçamentos para a atenção primária à saúde e aos serviços sociais, dando atenção especial à saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres, priorizando os programas em áreas urbanas e pobres.</p> <p><u>Promover a autonomia econômica das mulheres</u></p> <p>Utilizar a análise de gênero na formulação de políticas econômicas, vigiar suas repercussões junto às mulheres e mudá-las quando sejam prejudiciais.</p> <p>Rever e/ou reformular os planos de cargos e salários nas profissões com predominância de mulheres, para melhorar sua categoria e aumentar as remunerações.</p> <p>Elaborar práticas educativas para modificar a divisão de trabalho com base no gênero.</p> <p><u>O Direito a ter Direito</u></p> <p>Proporcionar educação e capacitação sobre gênero e direitos humanos a funcionários públicos, incluindo policiais e militares, pessoal médico e de saúde, assistentes sociais e juízes/as, professores/as de todos os níveis do sistema educativo, membros do Parlamento e agentes de imigração.</p> <p><u>A discriminação começa na infância</u></p> <p>Estabelecer programas para fortalecer as ações destinadas a reduzir a vulnerabilidade das meninas ao vírus da Aids e a</p>

	outras doenças sexualmente transmissíveis.
<p><b><u>Monitoramento das conferências</u></b></p>	<p>Em 1999, o Fundo das Nações Unidas para a População e a Divisão de População e Desenvolvimento das Nações Unidas, através de ampla programação, estimularam os países signatários a realizarem as recomendações do <i>Programa de Ação do Cairo – 1994</i>, por meio de um balanço das dificuldades encontradas e dos avanços atingidos, tendo como referência as metas acordadas na <i>Conferência Internacional de População e Desenvolvimento</i>.</p> <p>Essa programação incluiu encontros das Comissões Regionais dos países signatários, bem como reuniões temáticas sobre os conteúdos dos diversos capítulos do Plano de Ação. Prepararam-se documentos nacionais que foram apreciados no <i>Fórum Internacional de Haia</i> (8 a 12 de fevereiro de 1999) e encaminhados à 32ª Sessão da <i>Comissão de População e Desenvolvimento</i> (22 a 30 de março de 1999).</p> <p>O Brasil produziu um documento referente ao caso brasileiro, que traz a visão geral das definições da <i>Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento</i> (Cairo, 1994) e a inserção do Brasil como signatário do <i>Programa de Ação do Cairo</i>. Pontos de destaque referentes à epidemia da Aids:</p> <p><u>Relevância e significado no contexto brasileiro</u></p> <p>No <i>Programa de Ação do Cairo</i>, a estabilização da população mundial de infectados permanece como um objetivo. As resoluções adotadas no Cairo enfatizam a promoção da equidade e do bem-estar e o respeito aos direitos humanos. As políticas preconizam medidas de promoção da igualdade entre gêneros, classes e etnias; programas amplos de saúde reprodutiva e respeito aos direitos reprodutivos.</p> <p>O documento afirma que as ações impetradas pela <i>Comissão Nacional de População e Desenvolvimento</i> anteciparam em dez anos as recomendações da <i>Conferência do Cairo</i>. Isto é ressaltado, por exemplo, quando relata que, em 1984, foi formulado pelo Ministério da Saúde o <i>Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher</i> (PAISM), que articula, pela primeira vez, ações de pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, de prevenção de câncer ginecológico e das doenças sexualmente transmissíveis, atenção à adolescência e à menopausa e oferta de distintos métodos contraceptivos.</p> <p><u>Transformações Demográficas Recentes</u></p> <p>A partir de uma consideração de gênero, o documento apresenta que, nos novos padrões de mortalidade, a assimetria entre gêneros também está presente. O crescimento das taxas de mortalidade por causas externas, no caso dos homens jovens, está diretamente relacionado ao modelo dominante de masculinidade. Por outro lado, as mudanças observadas na razão de incidência do HIV/Aids entre homens e mulheres — que decorrem da dificuldade que as mulheres têm de negociar com seus parceiros práticas de sexo seguro — refletem desigualdade de poder no terreno da sexualidade.</p> <p><u>Políticas de População e Desenvolvimento – 1995/1998</u></p> <p>O documento analisa a evolução das políticas públicas com a incidência sobre as questões priorizadas pelo programa de ação da CIPD e estão organizados em seis blocos, quais sejam: Arquitetura Institucional, Estratégias de Promoção da Equidade, Distribuição da População e Migrações Internacionais, Saúde Sexual e Reprodutiva, Direitos Humanos e Marcos Jurídicos e Legais.</p>

	<p>No ponto <u>Política de Saúde Sexual e Reprodutiva</u>, o documento afirma ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde desde 1980, que se apresentam extremamente convergentes com as recomendações da CIPD: o <i>Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher</i> (PAISM,1984), o <i>Programa Nacional de Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis</i> (1986) e o <i>Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD</i> (1988).</p> <p><u>Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil (cinco anos após Beijing)</u></p> <p>O movimento de mulheres consolidou um documento-sombra com o balanço das ações realizadas cinco anos após a Plataforma de Ação Mundial da <i>Conferência da Mulher</i> em Pequim. A Plataforma é ampla e abrangente. Dessa forma, foram selecionados para esse documento o balanço e o destaque das políticas nacionais voltadas para a igualdade de direitos e equidade de gênero, com foco nas iniciativas de luta contra a Aids no nível governamental de âmbito federal.</p> <p><u>Recomendações</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>implantação do PAISM e do PROSAD em toda a rede pública, enfatizando ações específicas em geral aos programas de planejamento familiar, pré-natal e prevenção das DST/Aids.</li> <li>priorização das ações preventivas e do desenvolvimento das ações básicas de saúde.</li> <li>estabelecimento de uma política de ampliação do leque de opções de métodos de prevenção à gravidez e das DST/Aids em toda a rede pública e conveniada.</li> <li>disponibilização de testes rápidos de HIV para as gestantes que chegam tardiamente ao serviço de pré-natal, para que se tenha tempo hábil de adotar as medidas necessárias para reduzir as chances de transmissão da infecção para o bebê.</li> </ul>
<p><b><u>UNGASS- Declaração de compromissos firmada durante a 26ª Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas</u></b></p> <p>A UNGASS foi convocada de acordo com a resolução 55/13, em caráter de urgência, com chefes de Estado e de Governo e representantes de Estados e Governos, para rever e examinar o problema da epidemia da Aids, em todos os seus aspectos, assim como para assegurar um compromisso global no sentido de melhorar a coordenação e a intensificação</p>	<p>relativas às mulheres</p> <p>O documento observa com preocupação que todas as pessoas, ricas e pobres, sem distinção de idade, sexo ou raça, são infectadas pela epidemia do HIV/Aids e, mais ainda, percebe que as pessoas nos países em desenvolvimento são as mais afetadas e que as mulheres, adolescentes e crianças (em particular do sexo feminino) são as mais vulneráveis. Enfatiza que a igualdade de gênero e a capacitação das mulheres são elementos fundamentais na redução da vulnerabilidade das mulheres e meninas ao HIV/Aids.</p> <p><b><u>Documento Brasileiro</u></b></p> <p>No intuito de fortalecer as posições da América Latina no cenário internacional, este documento foi produzido como resultado de um processo iniciado com uma discussão nacional interssetorial, que incluiu o Governo e as ONGs. Este processo foi posteriormente ampliado, considerando-se a necessidade de uma iniciativa regional coordenada. Um grupo de trabalho composto de cinco pontos focais do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe (GCTH) reuniu-se em São Paulo com representantes da Unids e redes comunitárias e de pessoas vivendo com HIV/Aids. O resultado foi um documento que tem o objetivo de desenvolver posições comuns entre os países membros do GCTH, fortalecendo a atuação das respectivas delegações junto à ONU.</p> <p>O documento coloca o quanto é imperativo que os Estados membros e o Sistema das Nações Unidas encontrem soluções para as principais situações que vulnerabilizam as comunidades para a infecção do HIV/Aids, como a pobreza e outras desigualdades sociais, tais como a baixa escolaridade, a precariedade dos sistemas de saúde, o desempoderamento</p>

<p>dos esforços no que tange ao seu combate, nos níveis nacional, regional e internacional.</p>	<p>da mulher nas relações de gênero e o abandono e a violência com relação às crianças.</p> <p><u>Recomendações relacionadas à Prevenção ao HIV e à Assistência</u></p> <p>Considerando a desigualdade do acesso individual e coletivo aos serviços e insumos de prevenção, deve-se garantir o acesso universal à educação e aos métodos de prevenção. Nesse sentido, propõe-se:</p> <p>Em relação aos preservativos masculinos e femininos, criar mecanismos que promovam o acesso universal da população aos insumos de prevenção, incentivando a estruturação de bancos de preservativos para populações em situação de pobreza e promovendo a implantação de programas de marketing social.</p> <p>Tendo em vista os padrões diferenciados que atuam na transmissão do HIV e considerando que, em muitos países, as tendências atuais da epidemia demonstram a vulnerabilidade de segmentos da população como mulheres, usuários de drogas injetáveis, jovens, populações confinadas, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, propõe-se:</p> <p><u>Relações de Gênero</u></p> <p>Incluir a questão de gênero como temática relevante para o empoderamento das mulheres, para a construção da masculinidade e para os movimentos sociais, na elaboração de políticas de prevenção e assistência.</p> <p>Garantir o livre exercício da orientação sexual de homens e mulheres.</p> <p>Promover o direito ao exercício da sexualidade de homens, mulheres, meninos e meninas sem coerção ou qualquer violência, incluindo as situações no contexto familiar.</p> <p>Garantir a representação e participação das mulheres que vivem com HIV/Aids em todos os fóruns e instâncias decisórias relativas ao enfrentamento da epidemia.</p> <p>Garantir a ampliação do acesso das mulheres aos testes para detecção do HIV e da sífilis, de forma voluntária e com aconselhamento.</p> <p>Adotar programas para prevenção da transmissão vertical do HIV, incluindo acesso universal ao diagnóstico, melhoria da qualidade do pré-natal, humanização da assistência ao parto, fornecimento de medicamentos antirretrovirais e assistência ao recém-nascido.</p> <p>Adotar programas que garantam o cumprimento dos acordos internacionais para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública.</p> <p>Promover estudos sobre a inativação do HIV no leite materno e a adoção de medidas para expandir, em número e qualidade, os bancos de leite humano e garantir o acesso universal dos recém-nascidos aos seus sucedâneos, objetivando diminuir os impactos sobre a desnutrição sem aumentar os riscos de expansão da pandemia HIV.</p> <p><u>População de Risco Acrescido</u></p> <p>Desenvolver programas específicos de atenção e de promoção à saúde, com ênfase em DSTs, Aids e sexualidade, para populações migrantes e móveis, trabalhadoras e trabalhadores sexuais e instituições fechadas.</p> <p><u>Direitos Humanos e HIV/Aids</u></p> <p>Os Estados membros devem colaborar com as organizações de soropositivos e outras organizações humanitárias para reduzir o estigma associado com o HIV e restabelecer a dignidade humana dessas pessoas.</p>
---	--

Os Estados membros devem criar condições favoráveis para diminuir a discriminação pré-existente em nossa sociedade, na medida em que esta propicia a disseminação da epidemia em grupos socialmente marginalizados.

Garantir os direitos sexuais de todas as pessoas, assegurando o exercício da sexualidade livre de toda forma de coerção ou violência.

Que os Estados membros se comprometam a assegurar que o direito ao trabalho não seja violado, evitando demissões, aposentadorias prematuras, perda de férias e seguridade social, pois estão pondo em risco importantes partes da vida social das pessoas que vivem com HIV/Aids; por outro lado, os governos devem incluir o setor privado, responsabilizando-o pela educação dos empregados, e prover a seguridade social.

Outros:

Estabelecer mecanismos, por meio das instituições das Nações Unidas e dos Estados membros, para articular o setor de educação com a área da saúde, com vistas ao desenvolvimento de programas de prevenção de DSTs/Aids nas escolas, e recomendar a inclusão dos temas *Sexualidade* e *Drogas*, transversalmente, nos currículos dos ensinos básico e médio. Garantir, também, o acesso dos meninos, meninas e jovens aos serviços de saúde sexual, de diagnóstico e tratamento das DSTs e Aids e aos métodos de prevenção.

Garantir maior acesso de meninas, meninos e jovens à educação, incluindo a educação sexual em escolas, e implementar as ações de educação informal por meio da metodologia de pares.

Os Estados membros devem garantir a criação de programas para a recuperação da capacidade de trabalho e reinserção social das pessoas que vivem com HIV/Aids e que perderam o emprego por essa causa.

Realizar estudos demográficos e de impacto socioeconômico para avaliar as perdas em distintos grupos da população, particularmente nos grupos economicamente ativos, e poder adotar medidas que evitem os retrocessos no desenvolvimento social e o colapso das instituições públicas e privadas, como ocorre nos países de alta prevalência.

Os indicadores de UNGASS têm como metas: 1) Porcentagem de jovens de 15 a 24 anos de idade que estão infectados pelo HIV. Redução de 25% nos países mais afetados, para 2005. Redução de 25% em caráter mundial, para 2010. 2) Porcentagem de lactantes infectados pelo HIV nascidos de mães infectadas pelo HIV. **Meta:** Redução de 20%, para 2005; redução de 50%, para 2010.

Liderança nas ações supõe compromisso pessoal e ações concretas (em nível nacional):

Até 2003, assegurar o desenvolvimento e a implementação de estratégias e planos de financiamento nacionais e multissetoriais para o combate ao HIV que façam frente diretamente à epidemia; direcionar as dimensões baseadas no gênero e na idade em relação à epidemia.

Eliminar a discriminação e a marginalização com plena participação das pessoas que vivem com HIV/Aids, de grupos vulneráveis e das pessoas em maior situação de risco, particularmente mulheres e jovens.

Financiar, na medida do possível, às custas dos orçamentos nacionais, sem excluir outras fontes.

Promover e proteger plenamente os direitos humanos e as liberdades fundamentais, incorporando uma perspectiva de

gênero, e se ocupem de riscos, vulnerabilidades, prevenção e assistência, tratamento e apoio, e reduzam o impacto da epidemia.

Prevenção:

Até 2003, estabelecer metas nacionais com prazos concretos para alcançar o objetivo mundial, conforme acordado internacionalmente, para combater os estereótipos, as atitudes de gênero e a desigualdade de gênero em relação ao HIV/Aids, encorajando o ativo envolvimento de homens e meninos.

Até 2005, garantir: a existência, em todos os países, em especial nos países mais afetados, de uma vasta série de programas de prevenção que tomem em consideração as circunstâncias, a ética e os valores culturais locais, incluam informação, educação e comunicação, nas línguas que as comunidades compreendam melhor, e respeitem as culturas, e sejam destinados a reduzir os comportamentos de risco e incentivar um comportamento sexual responsável, incluindo a abstinência e a fidelidade; maior acesso a produtos essenciais, nomeadamente preservativos masculinos e femininos e equipamento de injeção esterilizado; medidas de redução dos danos relacionados com o consumo de drogas; maior acesso a serviços de apoio psicológico e de análises, voluntários e confidenciais; bancos de sangue não-contaminado e tratamento precoce e eficaz das doenças sexualmente transmissíveis.

Até 2005, reduzir em 20% o número de crianças infectadas pelo HIV e, até 2010, reduzir esse número em 50%, assegurando que 80% das grávidas em pré-natal tenham acesso à informação, ao aconselhamento e aos outros serviços de prevenção disponíveis, aumentando a disponibilidade e garantindo o acesso de mulheres e bebês infectados a um efetivo tratamento para reduzir a transmissão materno-infantil do HIV, assim como, através de intervenções eficazes, para as mulheres infectadas, incluindo teste e aconselhamento voluntário e confidencial, acesso ao tratamento, especialmente à terapia antirretroviral e, quando apropriado, substituir o leite materno e oferecer uma assistência continuada.

Assistência, Apoio e Tratamento:

Até 2005, elaborar estratégias amplas de assistência e avançar, significativamente, na sua implementação, com vistas a fortalecer a assistência familiar e comunitária, incluindo os fornecidos pelo setor informal, e que os sistemas de assistência à saúde possam promover e monitorar o tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids, incluindo crianças infectadas, apoio aos indivíduos, às donas de casa, à família e às comunidades afetadas pelo HIV/Aids; melhorar a capacidade e as condições de trabalho dos profissionais de saúde, do sistema de abastecimento, dos planos de financiamento e dos mecanismos de orientação apropriados para o acesso aos medicamentos disponíveis, incluindo os medicamentos antirretrovirais, diagnóstico e tecnologia, assim como a qualidade de assistência médica paliativa e psicossocial.

HIV/Aids e os direitos humanos

Até 2005, considerando o contexto, o tipo de epidemia e que, mundialmente, as mulheres e meninas são desproporcionalmente afetadas pelo HIV/Aids, faz-se necessário desenvolver e acelerar a implantação de estratégias nacionais que:

- promovam o avanço de todos os direitos humanos das mulheres e o seu pleno gozo.
- favoreçam a responsabilidade conjunta entre homens e mulheres para que se possa garantir o sexo seguro.
- capacitem as mulheres para que tenham controle e decidam livremente e, de forma responsável, sobre os problemas

relacionados com a sua sexualidade, aumentando a sua capacidade de proteção da infecção pelo HIV.

Até 2005, implementar medidas para aumentar a capacidade das mulheres e adolescentes do sexo feminino de se protegerem do risco da infecção pelo HIV, principalmente através da promoção de assistência e serviços de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, por meio de educação preventiva que possa promover a igualdade de gênero dentro de um plano suscetível de gênero e cultura.

Ainda até 2005, garantir o desenvolvimento e a rápida implementação de estratégias nacionais de capacitação feminina, promoção e proteção do pleno gozo de todos os direitos humanos das mulheres e redução de sua vulnerabilidade ao HIV/Aids, por meio da eliminação de todas as formas de discriminação e de violência contra as mulheres e meninas, incluindo práticas tradicionais e habituais nocivas, abuso, estupro, e outras formas de violência sexual, maus-tratos e tráfico de mulheres e meninas.

Redução da vulnerabilidade

Considerando que a questão da vulnerabilidade deve ser prioritária na resposta e que a capacitação feminina é fundamental para a redução da vulnerabilidade, a meta é:

Até 2003, no sentido de complementar os programas de prevenção que destinam suas atividades aos indivíduos em situação de risco à infecção pelo HIV, tais como:

Comportamentos de risco ou sexo desprotegido e uso de drogas injetáveis. Deve-se ter o funcionamento, em todos os países, de estratégias, políticas e programas para identificar e levar em consideração os fatores que fazem os indivíduos vulneráveis à infecção do HIV, incluindo o subdesenvolvimento, a instabilidade econômica, a pobreza, a falta de capacitação feminina, a educação insuficiente, a exclusão social, o analfabetismo, a discriminação, a falta de informação e/ou produtos para se auto-protegerem, como também todos os tipos de exploração sexual de mulheres, meninas e meninos, incluindo a exploração por razões comerciais; tais estratégias, políticas e programas deveriam considerar a dimensão do gênero da epidemia, determinadas medidas a serem adotadas em relação à vulnerabilidade e estabelecer metas para o cumprimento dessas medidas.

Diminuir o impacto socioeconômico, ocupar-se com HIV/Aids é investir na produtividade e no crescimento econômico:

Até 2003, avaliar o impacto econômico e social da epidemia do HIV/Aids e desenvolver estratégias multissetoriais para ir de encontro ao impacto em nível individual, familiar, comunitário e nacional; desenvolver e acelerar a implantação de estratégias nacionais de diminuição da pobreza para combater o impacto do HIV/Aids no lar, no sustento e no acesso aos serviços básicos sociais, com ênfase especial em indivíduos, famílias e comunidades severamente afetadas pela epidemia; rever o impacto econômico e social em todos os níveis da sociedade, especialmente em mulheres e idosos, particularmente em relação ao seu papel como responsáveis pelos cuidados dos outros, em famílias afetadas pelo HIV/Aids, e encarar as suas necessidades especiais; ajustar e adaptar as políticas de desenvolvimento econômico e social, incluindo políticas de proteção social, para diminuir o forte efeito da Aids no crescimento econômico, na prestação de serviços econômicos fundamentais, na produtividade de trabalho, na receita fiscal, e nas pressões em que o trabalho com os recursos públicos aumenta o déficit.

<p><b><u>Metas do Milênio</u></b>  Em 2000, aconteceu a Cúpula do Milênio, que resultou em uma síntese das conferências do Ciclo de Desenvolvimento da ONU, que reduz e mensura os desafios das conferências anteriores em oito pontos considerados estratégicos (FNUAP 2010):</p>	<p>Erradicar a pobreza extrema e a fome  Atingir o ensino básico universal  Promover a igualdade de gênero e autonomia das mulheres  Reduzir a mortalidade infantil  Melhorar a saúde materna  Combater o HIV/Aids, malária e outras doenças  Garantir a sustentabilidade ambiental  Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento</p> <p>Os programas conjuntos das Nações Unidas se voltaram para o cumprimento dessas metas. Por um lado, as metas buscam operacionalizar, as propostas das Conferências, a exemplo de Cairo, Beijing e UNGASS. Por outro, adapta-se, minimiza-se e focaliza-se a “agenda do desenvolvimento”, a agenda neoliberal de Estado mínimo. Tal orientação condiciona projetos e limita o enfrentamento das determinações sociais, culturais que permeiam o avanço da epidemia entre as mulheres.</p>
<p><b><u>Conferência Mundial contra Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata</u></b></p>	<p>Realizada em 2001 em Durban, destaca em sua Declaração, sobre as vítimas do racismo e da discriminação, uma profunda preocupação com o fato de que, em muitos países, as pessoas afetadas ou infectadas por HIV/Aids, assim como aquelas que estão presumivelmente infectadas, pertencem a grupos vulneráveis ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia e à intolerância correlata, o que tem um impacto negativo, impedindo seu acesso aos serviços de saúde e à medicação.</p> <p>O documento insta os Estados a trabalharem nacionalmente em cooperação com outros Estados, outras organizações e com programas regionais e internacionais para tomarem medidas concretas, inclusive ações preventivas, acesso adequado à medicação e ao tratamento, programas de educação, treinamento e disseminação na mídia de massa para eliminar a violência, a estigmatização, a discriminação, o desemprego e outras conseqüências negativas derivadas dessas palavras.</p>

## **Plataforma Política Feminista – Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras**

Em 2002, no contexto brasileiro de eleições presidenciais, o movimento feminista realizou a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, que resultou na pactuação da Plataforma Política Feminista, elaborada por grupos de diferentes segmentos em instâncias estaduais e nacional e que aponta desafios para a sociedade, para o Estado e para outros movimentos, como também, para o próprio feminismo.

Inicialmente, a Plataforma se posiciona como construtora do processo democrático brasileiro, entendendo que a democracia representativa ainda está impregnada dos perfis racista, sexista e classista da sociedade brasileira, que consolidaram um poder hegemônico de face masculina, branca e heterossexual, em que pesem as diferenças político-ideológicas entre os partidos.

Para as mulheres, a participação política se reproduz pelos padrões culturais construídos ao longo da história de nosso país. Poucas conseguem ultrapassar as barreiras que limitam a suas atuações como sujeito político. Por outro lado, a quase totalidade das mulheres investidas de mandatos é formada por mulheres brancas. Uma parcela das mulheres no exercício do poder reproduz as práticas excludentes, racistas, classistas e patriarcais, que ainda são hegemônicas no fazer político. Por tudo isso, os movimentos brasileiros de mulheres afirmam que a democracia representativa somente poderá ser transformada através da democracia participativa e da justiça.

O documento também ressalta que a corrupção generalizada compromete a utilização dos recursos e equipamentos públicos nas áreas de maior necessidade. Os gastos com saúde, seguridade, educação, saneamento, habitação, reforma agrária e segurança pública são menores do que seria essencial para reduzir as desigualdades, em especial as de gênero e de raça/etnia.

Sobre os programas de Ajuste Estrutural, analisa o quanto aprofundam as desigualdades diante de programas de privatização e de diminuição dos gastos sociais do Estado, bem como com políticas de flexibilização das relações trabalhistas — que aumentam o desemprego e a exploração da força de trabalho —, atingindo especialmente as mulheres, quer como trabalhadoras quer como mulheres em famílias trabalhadoras. A desigualdade cresce também através das atuais práticas fiscais, que favorecem a acumulação livre do capital e restringem o acesso à riqueza nacional da grande maioria da população, principalmente as mulheres e, em especial, as mulheres negras e indígenas.

A Plataforma posiciona os movimentos brasileiros de mulheres em oposição às políticas neoliberais e de Ajuste Estrutural e reafirma a necessidade de que o Estado desenvolva políticas públicas e afirmativas para a superação da pobreza, a geração de renda e emprego e a garantia de bem-estar.

O documento ressalta que devido ao caráter discriminador presente na sociedade brasileira, as mulheres negras e indígenas pouco se beneficiaram das conquistas brasileiras nesses setenta anos. Afirma que para reverter esse quadro são necessárias políticas específicas.

## ANEXO III - Rede Feminista de Saúde

O texto abaixo é a sistematização de ações que foram propostas por plataformas do Movimento de Mulheres, do Movimento de Luta contra a Aids, de documentos de organismos da ONU e de propostas apresentadas nas conferências nacionais de saúde, elaborado pela Rede Feminista de Saúde, referente ao período de 1992 a 2005.

<u>Promoção à Saúde</u>	<b>Recomendação 1:</b> <i>Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam na implantação e/ou melhoria da implementação de serviços de assistência às mulheres soropositivas em nível nacional, estadual e municipal.</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de uma abordagem medicamentosa específica para as mulheres soropositivas, seja o coquetel, sejam os tratamentos preventivos, bem como o atendimento hospitalar e as consultas;</li><li>• Fomentar a produção de conhecimento sobre a especificidade da infecção pelo HIV entre mulheres para a compreensão de aspectos relacionados ao curso e à gravidade da doença: letalidade da Aids, adesão ao tratamento, ação dos antirretrovirais no corpo feminino, esterilização feminina, aleitamento materno, recorrências de DSTs e associação do câncer de colo uterino com o HIV/Aids;</li><li>• Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a qualidade dos serviços de atenção às mulheres soropositivas;</li><li>• Apoiar o desenvolvimento de estudos sobre os fatores relacionados à violência de gênero vivida por mulheres soropositivas no serviço de saúde, no trabalho, na família, na comunidade, entre outros, que contribuem para o seu adoecimento e morte;</li><li>• Realizar estudos visando entender melhor como e com que intensidade a soropositividade acentua as dificuldades enfrentadas pelas mulheres ao negociarem seus direitos sexuais e reprodutivos, como direito ao aborto e ao exercício da sexualidade;</li><li>• Realizar estudos sobre a saúde mental das mulheres soropositivas.</li></ul> <p><u>Prevenção e Assistência</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estimular a ampliação de serviços de referência às mulheres vítimas de violência em todas as capitais do estado e nos municípios de médio porte, onde a epidemia</li></ul>	

do HIV tem se alastrado, incluindo em seus procedimentos a profilaxia do HIV;

- Apoiar estratégias que ampliem o acesso das mulheres ao pré-natal desde o início da gestação, garantindo o diagnóstico e o tratamento das DSTs, o aconselhamento e acesso ao teste do HIV, para que se tenha tempo hábil de adotar as medidas necessárias para reduzir as chances de transmissão da infecção para o bebê;
- Desenvolver ações que garantam que mulheres grávidas, diante do resultado de soropositividade, tenham acesso a atividades educativas e de apoio psicossocial;
- Ofertar para as mulheres soropositivas acompanhamento para sua saúde mental nos serviços de referência;
- Reforçar a importância do fortalecimento das ações de aconselhamento como uma estratégia fundamental para a vida das pessoas que recebem o diagnóstico da sorologia para o HIV;
- Fortalecer estratégias que visem o desenvolvimento de ações educativas de prevenção às DST/Aids nos serviços de planejamento familiar, disponibilizando o preservativo feminino e masculino para distribuição gratuita;
- Criar estratégias que ampliem as ações para prevenção das profissionais do sexo como também seu acesso aos serviços de saúde;
- Estimular ações educativas que permitam que as mulheres lésbicas conheçam sua vulnerabilidade e os riscos de adoecer e morrer;
- Promover a informação para a população negra e indígena sobre sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS e os riscos de adoecer e morrer;
- Incluir nas práticas de promoção e educação em saúde o recorte étnico/ racial facilitando a acesso da população negra em todos os níveis do sistema de saúde;
- Apoiar campanhas de comunicação relacionadas à epidemia do HIV/AIDS, considerando os recortes de gênero, raça e etnia, abordando o campo dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Colaborar com as organizações de soropositivos/as e outras organizações na elaboração de campanhas que contribuam para reduzir o estigma associado ao HIV.

**Formação de profissionais de saúde:**

**Recomendação 2:** *Apoiar estratégias de ação que contribuam com a Política Nacional de DST/AIDS e favoreçam a construção de ações integradas entre as Coordenadorias de DST/Aids, as Coordenadorias de Saúde da Mulher e o Programa de Saúde da Família (nos níveis nacional, estadual e municipal).*

- Encorajar a construção de planos de formação continuada sobre a vulnerabilidade da mulher às DST/Aids, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, para todos/as os/as profissionais da rede de saúde que desenvolvem ações de saúde da mulher, incluindo profissionais dos serviços de atendimento às vítimas de violência, como também uma maior ênfase à abordagem integrada, visando superar as dificuldades no diagnóstico das DST/ Câncer de Colo Uterino e o HIV;
- Apoiar capacitações de profissionais de saúde e de educação sobre a vulnerabilidade das mulheres lésbicas ao HIV/AIDS e seus direitos sexuais e reprodutivos;
- Apoiar capacitação de profissionais de saúde e de educação sobre a vulnerabilidade das mulheres negras e indígenas, que possibilitem mudanças no seu comportamento, atitudes e práticas.

**Trabalho:**

**Recomendação 3:** *Estimular o desenvolvimento de estratégias de prevenção contra o HIV e o respeito aos direitos humanos das mulheres soropositivas no ambiente de trabalho.*

- Promover estudos e pesquisas que verifiquem a relação existente entre demissão e não admissão ao trabalho por motivo de soropositividade;
- Apoiar os sindicatos das empregadas domésticas na construção de estratégias de prevenção contra o HIV/Aids;
- Apoiar o desenvolvimento de estratégias educativas, nas unidades de trabalho, que construam a noção de vulnerabilidade e promovam as responsabilidades tanto de mulheres quanto de homens em relação à prevenção contra o HIV/Aids;

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar profissionais das unidades de saúde do trabalhador para a identificação de situações de risco entre mulheres, como a discriminação racial/étnica, o assédio sexual e a violência no ambiente de trabalho;</li> </ul>	
<b><u>Escolas</u></b>	<p><b>Recomendação 4:</b> <i>Fortalecer ações de prevenção às DST/AIDS nas escolas, adotando a perspectiva de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos, para superar a visão biologizante da sexualidade e determinista da prevenção às DST/AIDS.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular projetos de formação continuada das/os profissionais da educação, de forma a incluir as questões de gênero, raça e etnia, DST/AIDS, e direitos sexuais e reprodutivos nas atividades escolares;</li> <li>• Promover estudos e pesquisas que avaliem os impactos da educação sexual naquelas escolas públicas que já vêm desenvolvendo a educação sexual e a prevenção das DST/AIDS;</li> <li>• Promover projetos que integrem os/as profissionais de saúde e de educação na implementação de ações educativas de prevenção à AIDS;</li> <li>• Promover projetos nas escolas que combatam estereótipos, atitudes e desigualdades de gênero em relação ao HIV/AIDS, encorajando o ativo envolvimento de homens e meninos;</li> <li>• Contribuir na implantação de ações educativas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das DST/AIDS na educação de jovens e adultos;</li> <li>• Estimular a articulação entre os setores de saúde e de educação para a garantia do acesso dos meninos, meninas e jovens aos serviços de saúde sexual, de diagnóstico e tratamento das DST/AIDS e aos métodos de prevenção;</li> <li>• Fomentar a educação sexual com perspectiva de gênero e direitos sexuais e reprodutivos nos currículos das escolas públicas.</li> </ul>	
<b><u>Movimento de Mulheres</u></b>	<p><b>Recomendação 5:</b> <i>Estimular a participação e a mobilização das mulheres e do movimento de mulheres na construção de estratégias de prevenção ao HIV e de assistência às mulheres soropositivas</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover com a Rede Feminista de Saúde, juntamente com o Governo Federal e organismos da ONU, um debate nacional sobre a <i>Vulnerabilidade das Mulheres frente à Pandemia da Aids – Causas e Consequências</i>, no propósito de pactuar metas e estratégias para ações coletivas e efetivas de controle da Pandemia;</li> <li>• Apoiar ONG de mulheres que desenvolvem estratégias de prevenção às DST/AIDS e de apoio às mulheres soropositivas;</li> <li>• Estimular a formação de ativistas, o intercâmbio e a troca de experiência entre ONGs filiadas à Rede Feminista de Saúde para o enfrentamento da epidemia da AIDS;</li> <li>• Apoiar a formação de mulheres e grupos de mulheres, inclusive as integrantes da Rede Feminista de Saúde, para o exercício do controle social da política de saúde, nos níveis nacional, estadual e municipal;</li> <li>• Apoiar a participação de representantes da Rede Feminista de Saúde nos diferentes espaços de formulação, definição e avaliação de estratégias de controle da epidemia da AIDS, seja nos comitês assessores ligados ao executivo, seja nos espaços de controle social;</li> <li>• Promover a inserção de representantes da Rede Feminista de Saúde nos comitês e comissões da UNAIDS;</li> <li>• Apoiar ações que visem à ampliação do intercâmbio entre a Rede Feminista de Saúde e grupos, articulações e redes do movimento de luta contra a AIDS, com o objetivo de construir pautas e mobilizações conjuntas relacionadas à mulher e HIV/AIDS;</li> <li>• Apoiar o diálogo e ações conjuntas entre a Rede Feminista de Saúde e a Articulação Nacional de Cidadãs PositHIVas.</li> </ul>	

<b><u>Ação Internacional</u></b>	<b>Recomendação 6:</b> <i>Estimular a participação dos movimentos sociais no monitoramento dos indicadores da Declaração de Compromissos da UNGASS sobre HIV/AIDS no Brasil.</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoiar a capacitação do movimento de mulheres e do movimento de luta contra a AIDS para participar do monitoramento das metas da Declaração de Compromisso da UNGASS sobre HIV/AIDS;</li><li>• Promover seminários na América Latina e Caribe com organizações de mulheres e com movimento de mulheres soropositivas para a troca de experiências e construção de estratégias conjuntas para o monitoramento da UNGASS Aids;</li><li>• Inserir indicadores de gênero nos documentos de monitoramento da UNGASS Aids.</li></ul>	

Fonte: ROCHA, Solange. DANTAS, Sílvia. **Documento de tendências para subsidiar o Projeto: Igualdade de Gênero na promoção da Segurança Humana no Contexto do HIV/AIDS.** Minas Gerais: UNIFEM/ RFS. 2003. (mímio)

## ANEXO IV - LINHA DO TEMPO

<b>LINHA DO TEMPO</b>			
Fluxo histórico das políticas de saúde no Brasil e a ação dos movimentos sociais, com enfoque para a saúde das mulheres e para a epidemia da Aids. Dados adquiridos a partir de documentos similares: Correa (2008 ), Lyra (2008 ), Rocha (2006), Galvão (2002), Gohn (2001)			
<b>Contexto internacional – política, economia e movimentos culturais</b>	<b>Contexto Nacional – políticas sociais e economicas</b>	<b>Movimento Social – Mulheres, Saúde e Aids</b>	<b>Respostas mundiais e nacionais para Aids</b>
<p><b>Anos 60/70</b> A América Latina entra em um período ditatorial que dura, praticamente, duas décadas: Brasil, Argentina, Chile, Uruguai, Bolívia.</p> <p>Guerra do Vietnã – símbolo do imperialismo americano com grandes manifestações por amor e paz.</p> <p><b>1968</b> Revolução cultural – marco em Maio/68 – iniciado em Paris e com reflexo em todo o mundo. Movimento político que influencia o surgimento de muitos movimentos de libertação como as feministas e homossexuais.</p> <p>‘Queima dos Sutiãs’ - evento de protesto com cerca de 400 ativistas do WLM (Women’s Liberation</p>	<p><b>1964</b> O Golpe Militar submete o Brasil a uma ditadura que só termina em 1985, quando o civil Tancredo Neves é indiretamente eleito presidente.</p> <p>Aliança para o Progresso/Usaid, via Benfam, põe em ação o projeto de esterilização em massa das mulheres brasileiras, principalmente no Nordeste (a partir de 1965), com o objetivo de coibir o nascimento de crianças pobres, na sua maioria, negras e mestiças.</p> <p>O impacto foi tão grande que no início da década de 1970 pesquisas apontavam que mais de 50% das mulheres em idade reprodutiva</p>	<p><b>Anos 60</b> No contexto de ditaduras, os movimentos sociais na América Latina geram novas formas de luta pela democratização e por políticas sociais mais justas – destacam-se movimentos contra carestia, lutas, junto à igreja progressista, contra a ditadura, lutas para avançar na educação e na seguridade social.</p> <p>Feministas com as palavras de ordem “Nossos Corpos Nossas Vidas” e “Nosso Corpo nos Pertence” contestam o patriarcado, lutam pela legalização do aborto, pelos direitos homossexuais, pela desvinculação de sexo à reprodução. Formulam o conceito de sistema sexo/ gênero.</p> <p><b>1961</b> Movimento de Educação de Base – MEB, voltado para a educação de adultos utilizando os métodos educacionais de Paulo Freire.</p>	

<p>Movement) contra a realização do concurso de Miss America em 7 de setembro de 1968, em Atlantic City, no Atlantic City Convention Hall, logo após a Convenção Nacional dos Democratas. Na verdade, a 'queima', propriamente dita, nunca aconteceu. Mas a atitude foi incendiária.</p> <p><b>1969</b> Rebelião de Stonewall - conflito violento opondo gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros à polícia de Nova Iorque, no bar Stonewall Inn e nas ruas - reconhecido como o evento catalizador dos modernos movimentos em defesa dos direitos civis LGBT, deu origem aos movimentos de celebração do orgulho gay.</p> <p>Woodstock foi um festival de "3 Dias de Paz &amp; Música" na pequena cidade de Bethel, no estado de Nova York. Marco da era hippie e da contracultura do final dos anos 1960 e começo de 70.</p> <p>É assinado o Pacto Andino, com a intenção de facilitar a integração econômica dos países andinos: Bolívia, Peru, Colômbia, Equador e Venezuela, tendo o Panamá e o Chile como observadores.</p>	<p>estavam esterilizadas no Norte e Nordeste do Brasil, o que provocou reações de feministas e de parlamentares que realizaram, em 1971, uma comissão nacional de inquérito, cujo resultado ficou inconclusivo.</p> <p><b>1963</b> - criado o Plano Nacional de Saúde para atender ao trabalhador inserido formalmente no mercado de trabalho. Eram consideradas "indigentes" as pessoas que estava fora do mercado e a população rural, sem serviços de saúde, recorrem ao assistencialismo e ao clientelismo.</p> <p><b>1965</b> O Ato Institucional nº 2 instaura o bipartidarismo no Brasil.</p> <p><b>1966</b> Fundação do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e da Aliança Renovadora Nacional (Arena), os dois partidos políticos existentes durante a Ditadura Militar.</p> <p>O novo regime unifica os serviços de previdência criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depende da contribuição em dinheiro do trabalhador. Desta forma, o sistema de saúde brasileiro se consolida centralizado, burocrático e ineficiente.</p> <p><b>1968</b> - O Ato Institucional nº 5 institui o regime de exceção com cassação de direitos políticos de brasileiros/as.</p>	<p><b>1964 – 1974</b> Fase que os historiadores demarcam como resistência durante o regime militar com ações do movimento estudantil, com greves operárias, com movimento de guerrilha, entre outros.</p>	
--	---	---	--

	<p><b>1969</b> - instituído o Fundo Nacional de Saúde e criado o Funrural, estendendo ao trabalhador rural os benefícios da Previdência.</p>		
<p>Os anos <b>1970 e 1980</b> veem o capitalismo buscando livrar-se das conquistas sociais advindas da alternativa socialista, deixando de lado as necessidades da população e preconizando a idéia de liberalismo de mercado.</p> <p><b>1974</b> - Conferência sobre População em Bucareste, capital da Romênia, promovida pela ONU, onde acontece o forte embate entre controlistas, natalistas.</p> <p><b>1978</b> aconteceu em Alma-Ata, URSS, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cuja declaração passou a orientar programas de saúde de atenção básica em muitos países, enfatizando que seria possível atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000.</p> <p><b>1979</b> O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) apresentou ao governo e discutiu a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde.</p> <p>Acordo entre países da CEE cria o Sistema Monetário Europeu na</p>	<p><b>1975</b> Conferência Mundial das Mulheres – instituindo a Década das Mulheres – México</p> <p>É instituído o Sistema Nacional de Saúde e estabelecido de forma sistêmica o campo de ação na área da saúde, dos setores público e privado, para desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.</p> <p>É criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS). A Lei nº 6.229 institucionaliza o modelo médico-assistencial-privatista. Em 1977 um decreto-lei reorganiza o Ministério da Saúde, que passou a ter três secretarias nacionais: Vigilância Sanitária, Ações Básicas e Programas Especiais.</p> <p><b>1977</b> Geisel manda fechar o Congresso Nacional e decreta o “Pacote de Abril”. Parlamentares são cassados, e regras eleitorais são alteradas para forçar a vitória da Aliança Renovadora Nacional (Arena). Surge a figura do “senador biônico”, eleito indiretamente pelas</p>	<p><b>1975</b> O jornalista Vladimir Herzog é executado numa cela do Destacamento de Operações de Informações - Centro de Operações de Defesa Interna (DOI-CODI), órgão do 2º Exército, em São Paulo. Onda de protesto na imprensa mundial mobiliza organizações internacionais de direitos humanos que exigem mudanças na América Latina. Em 1976, no mesmo DOI-CODI, morre o metalúrgico Manuel Fiel Filho. Nova onda de protestos internacionais.</p> <p><b>1975 – 1982</b> Destaca-se pelas lutas pela democratização – rearticulação da sociedade civil por mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais. Surge o Movimento pela Anistia que ao lado dos grevistas da região do ABC paulista<sup>1</sup> assumem uma importante correlação de força para a transição democrática.</p> <p>Ressurge o feminismo da chamada “segunda onda” reivindicando ampliação dos direitos das mulheres; rearticula-se o movimento sindical; o movimento estudantil emerge com forças nas greves e manifestações; os movimentos por saúde, serviços sociais e educação passam a disputar um projeto nacional; surge movimento das favelas, dos indígenas e se articulam o surgimento de partidos de esquerda como o Partido dos Trabalhadores.</p>	

<sup>1</sup> Constituído pelos municípios de Santo André, São Bernardo e São Caetano, na região metropolitana de São Paulo, pólo da indústria metalúrgica nacional.

<p>tentativa de evitar grandes flutuações na taxa de câmbio entre as moedas.</p>	<p>Assembléias Legislativas dos Estados, garantindo maioria parlamentar para o governo.</p> <p>O MDB transforma-se em Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). João Figueiredo, o último general no poder, jura fazer do Brasil uma democracia.</p> <p>É sancionada a Lei da Anistia para os presos políticos e para os torturadores</p> <p>Criação do Programa Nacional Materno-infantil do Ministério da Saúde.</p> <p><b>1979</b> Implantada a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) pela ONU, entrou em vigor 1981. Contemplam direitos substantivos que devem ser respeitados, protegidos, garantidos e promovidos pelo Estado.</p>		
<p><b>1989</b> Cai o emblemático Muro de Berlim, que, durante 28 anos, dividiu a Alemanha em capitalista e socialista.</p> <p>O economista John Williamson cria o termo <i>Consenso de Washington</i> para uma lista de recomendações às economias emergentes. Tal processo é liderado pela Primeira-Ministra Inglesa por Margareth Thatcher e pelo Presidente norte-americano Ronald Reagan.</p>	<p><b>1983</b> - foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo o binômio materno-infantil. O Programa é instituído ainda no governo militar, entretanto sua implementação acontece a partir de 1985 nos governos democráticos.</p> <p><b>1985</b> - O Colégio Eleitoral elege Tancredo Neves (PMDB) presidente da República, que não chega a</p>	<p><b>Anos 80</b> são chamados de época de negociações e de avanços de direitos. Rearticulação dos/as trabalhadores/as rurais em movimentos de luta por justiça agrária, o mais expressivo é o Movimento Sem Terra – MST.</p> <p>Pós-anistia, muitas organizações feministas de caráter não governamental são fundadas, assim como redes e articulações que passam a formar um campo dos movimentos sociais.</p> <p>Com a redemocratização e o fim da censura</p>	<p><b>1981</b> O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) informa, em publicação anual, uma certa predisposição de alguns setores da comunidade <i>gay</i> (Nova York, Los Angeles, São Francisco e Miami) para múltiplos e complexos casos de doenças sexualmente transmissíveis que passam a ser identificados pela sigla Grid (em inglês, Deficiência Imunológica Relacionada aos Gays).</p> <p>Em 03 de julho, o jornal <i>The New York Times</i> publica matéria sobre o “câncer <i>gay</i>”, reproduzida pelo <i>Jornal do Brasil</i>, em 03 de agosto.</p>

	<p>assumir o cargo, morrendo de infecção generalizada no dia 21 de abril. O vice, José Sarney (PFL), assume.</p> <p><b>1986</b> – acontece a VIII Conferencia Nacional de Saúde que pactua o Sistema Único de Saúde, criando as bases de uma política de saúde com princípios de igualdade, universalidade e integralidade.</p> <p><b>1988</b> - Promulgada a “Constituição Cidadã” (termo cunhado pelo constituinte Ulysses Guimarães), que buscou garantir direitos humanos e sociais e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), umas das bases do tripé da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social. Definiu também a tortura como crime inafiançável e criou dispositivos para bloquear golpes como o de 1964.</p> <p><b>1989</b> Primeiro programa de atendimento ao Aborto Legal foi implantado no Hospital do Jabaquara, em São Paulo.</p>	<p>prévia, circulou mensalmente, entre 1978 e 1981, os 20 mil exemplares do jornal <i>O Lampião da Esquina</i>, tratando dos direitos dos negros, das mulheres, dos índios e dos/as homossexuais.</p> <p><b>1981</b> Nasce nos EUA a primeira ONG/Aids: Gay Man Health Crisis.</p> <p><b>1984</b> Movimento nacional pelas <i>Diretas Já</i></p> <p>A travesti Brenda Lee cria o pensionato Palácio das Princesas, primeira casa de apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids.</p> <p>IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, organizado pela Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos – Amsterdam/Holanda –, define consenso sobre os direitos reprodutivos.</p> <p><b>1985</b> I Encontro Mulher e Saúde – Itapecerica da Serra (SP) – reuniu mulheres de 19 Estados na elaboração da Carta de Itapecerica, documento de posicionamentos sobre o que se queria para a saúde das mulheres.</p> <p>Criação da primeira ONG Aids, GAPA São Paulo</p> <p><b>1986</b> - Criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA, fundada por Herbert de Souza (Betinho).</p> <p><b>1989</b> – Criação da ONG Pela VIDDA – Valorização, Integração e Dignidade dos Doentes de Aids, de pessoas soropositivas para o HIV. Primeira organização de pessoas que</p>	<p>Em 11 de dezembro, o jornal <i>O Globo</i> publica a matéria <i>Doença misteriosa leva à morte de homossexuais</i>.</p> <p><b>1982</b> Confirmados em São Paulo os primeiros casos de Aids no Brasil – 10 casos notificados/ óbitos – homes/gays.</p> <p>Autoridades sanitárias dos EUA denominam a nova enfermidade de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids).</p> <p><b>1983</b></p> <p>A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo cria grupo de trabalho para coordenar as atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de Aids. A doença é relatada em 33 países.</p> <p>O Ministério da Saúde publica o pioneiro material <i>Aids: Informações Básicas</i>, reunindo artigos de periódicos internacionais.</p> <p>Morre em junho, em Nova York, aos 31 anos, o costureiro mineiro Marquito. Primeiro caso registrado de brasileiro morto em decorrência do HIV.</p> <p><b>1984</b> O Instituto Pasteur, de Paris, isola o vírus HIV, e o governo norte-americano anuncia que o Dr. Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, isola um retrovírus que causa a Aids (chamado de HTLV-III).</p> <p>A Aids é declarada doença notificável nos EUA, e são fechadas todas as saunas da cidade de São Francisco.</p> <p>Morre o paciente zero de Aids: o franco-canadense Gaetan Dugas.</p> <p>A hemofilia aparece no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde como a principal categoria de</p>
--	---	---	--

		<p>viviam com HIV/Aids.</p> <p>Realização, em Belo Horizonte (MG), do <i>I Encontro Nacional de ONGs/Aids</i>.</p> <p>Criação da <i>Declaração dos Direitos das Pessoas Soropositivas</i>.</p>	<p>exposição por via sanguínea e se mantém até 1986.</p> <p><b>1985</b> Chega ao mercado um teste sorológico de metodologia imunoenzimática, para diagnóstico da infecção pelo HIV que podia ser utilizado para triagem em bancos de sangue. Após um período de conflitos de interesses político-econômicos, esse teste passou a ser usado mundo afora e diminuiu consideravelmente o risco de transmissão transfusional do HIV.</p> <p>Ocorre a primeira <i>Conferência Internacional de Aids</i> em Atlanta.</p> <p>É relatada no Brasil a primeira ocorrência de transmissão perinatal, em São Paulo.</p> <p>O Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Eugênio de Araújo Salles, afirma, em programa radiofônico semanal <i>A Voz do Pastor</i>, que a Aids era vingança da natureza.</p> <p>A proporção de casos de Aids notificados é de uma mulher infectada para cada 25 homens.</p> <p>Disponibilizado o exame Elisa, que detecta a presença de anticorpos para o HIV.</p> <p><b>1986</b> A OMS lança estratégia global de combate à Aids e aprova-se o uso do AZT. Um comitê internacional avalia e declara que LAV e HTLV-III são um mesmo vírus. Um novo nome é dado: HIV (Human Immunodeficiency Virus).</p> <p>Criação, em abril, da Comissão de Assessoramento em Aids (Portaria nº 199/GM, publicada no <i>Diário Oficial da União</i>, de 28 de Abril de 1986, Seção I), atual Comissão Nacional de Aids (CNAids).</p> <p>A Assembléia Legislativa de São Paulo torna obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo o sangue</p>
--	--	--	---

			<p>transfundido no Estado.</p> <p>A Aids passa a ser doença de notificação compulsória (Portaria Ministerial nº 542/86).</p> <p><b>1987</b> Ao redor do mundo, 62.811 casos em 127 países já tinham sido oficialmente reportados pela OMS.</p> <p>O AZT começa a ser comercializado nos EUA.</p> <p><b>1988</b> A OMS institui o 1º de dezembro como o Dia Mundial da Aids, com o tema <i>Junte-se ao Esforço Mundial</i>.</p> <p>Criação do <i>Programa Nacional de Aids</i> no âmbito do Ministério da Saúde.</p> <p>O Congresso Nacional aprova a Lei nº 7.670, que estende às pessoas que vivem com HIV/ AIDS os benefícios já previstos para os portadores de doenças incapacitantes ou terminais, como levantamento do FGTS, auxílio-doença, pensão e aposentadoria sem período de carência.</p> <p>Com a criação do Sistema Único de Saúde, tem início a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas.</p> <p>Primeira campanha do Programa Nacional de Aids, com a chamada: “Quem vê cara não vê Aids”, lançada para o Carnaval.</p> <p><b>1989</b> - Início dos encontros nacionais <u>Rede de Solidariedade ONG Aids</u> 1º.. 1989 Minas Gerais 2º. 1989 Porto Alegre/ RS 3º. 1990 Santos/ SP <u>ENONG/ Encontro Nacional de ONGs Aids</u> 4º. 1991 São Paulo</p>
--	--	--	---

			<p>5°. 1992 Fortaleza  6°. 1994 Vitória  7°. 1995 Salvador  8°. 1996 São Paulo  9°. 1997 Brasília  10°. 1999 Belo Horizonte/ MG  11°. 2001 Recife  12°. 2003 São Paulo  13°. 2005 Curitiba  14°. 2007 Goiania  15°. 2009 Rio de Janeiro</p>
<p><b>Anos 90</b> Ciclo de Conferências da ONU – reconhecimento do direito das mulheres como direitos humanos e dos direitos reprodutivos e direitos sexuais. O processo de participação da sociedade civil articulou e criou novas redes e articulações dos movimentos sociais.</p> <p><b>1992</b> – Conferência Mundial do Meio Ambiente – ECO/ 92 – Rio de Janeiro  <b>1993</b> – Conferência sobre Direitos Humanos – Viena  <b>1994</b> – Conferência Mundial de População e Desenvolvimento - Cairo  <b>1995</b> – Conferência Mundial da Mulher – Pequim</p> <p><b>1994</b> – É criada a Organização Mundial do Comercio (OMC), em Marrakesh. Aprofunda a ideologia do Livre Comercio, com abertura de mercados, fim de barreiras alfandegárias, proteção de propriedade intelectual para os países industrializados. Cria GATS – acordos sobre serviços e TRIPS – acordos relativo à propriedade intelectual.</p>	<p><b>1990</b> Promulgada a <b>Lei</b> nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, criação do Sistema Único de Saúde. A <b>Lei</b> nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade. na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.</p> <p><b>1990</b> Governo Collor – Implantação do Modelo neoliberal de Estado – na saúde implementa regras do Estado Mínimo com a implementação da Norma Operacional Básica – NOB 93/ 96 e Norma de Assistência à Saúde – NOAS 2001</p> <p><b>1994</b> Criação do Programa Nacional Saúde da Família – PSF, para responder a política de atenção básica contida no SUS.</p>	<p><b>1991</b> Realizado no Rio de Janeiro o primeiro <i>Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids</i>, que reuniu 160 pessoas na discussão das repercussões sociais, jurídicas e éticas provocadas pelo HIV. No mesmo encontro, as ONGs brasileiras protestaram contra a política de Aids do governo Collor. Além da falta de verbas, denunciaram as campanhas publicitárias equivocadas, que semeavam o pânico e o preconceito. <i>Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar</i> era uma das peças absurdas da época.</p> <p>Criação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, em Itapeverica da Serra.</p> <p><b>1992</b> Movimento nacional para o Impeachment do Presidente Fernando Collor.</p> <p>Criação da Internacional Community of Women Living With HIV/Aids (ICW)</p> <p><b>1993</b> As ONGs SOS Corpo e Abia lançam o livro <i>A Tripla Ameaça: Mulheres e Aids</i>. Primeira publicação destinada a essa população, inicialmente editada em inglês pelo Instituto Panos, de Londres.</p>	<p><b>1991</b> Início da distribuição do AZT no sistema público de saúde, pois já se percebia que o HIV desenvolvia resistência aos medicamentos.</p> <p>Lançado mundialmente o antirretroviral DDI como um novo inibidor de transcriptase reversa.</p> <p>O laço vermelho é lançado como símbolo mundial de conscientização da Aids e a OMS anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus HIV.</p> <p>Criado a Global Network of People Living with HIV/Aids – Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (GNP+).</p> <p><b>1992</b> Aprovado o uso do AZT com Zalcitabina (ddC) para pacientes adultos com infecção avançada.</p> <p>O Conselho Federal de Medicina editou resolução proibindo a realização compulsória de exames para detectar HIV e impediu o médico de revelar a sorologia sem autorização prévia do paciente.</p> <p>Notificados = 15.060 homens/ 2997 mulheres.</p> <p><b>1993</b> Mais de 3,7 milhões de infecções ocorrem mundialmente.</p>

<p><b>1995</b> - Quebec, no Canadá, 850 mulheres marcharam 200 quilômetros, pedindo, simbolicamente, “Pão e Rosas”. A mobilizações fazia uma crítica contundente ao sistema capitalista como um todo. Ao seu final, diversas conquistas foram alcançadas, como o aumento do salário mínimo, mais direitos para as mulheres imigrantes e apoio à economia solidária</p>		<p>No Rio de Janeiro, é promovido o primeiro <i>Encontro Nacional de Travestis e Liberados</i>.</p> <p><b>1993 – 1995</b> Movimento Ação da Cidadania contra a Fome e pela Vida, liderado por Betinho teve grande adesão e debate nacional.</p> <p><b>1994</b> Criação da Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB</p> <p>Criação da Rede Nacional de Pessoas HIV+ (RNP+).</p> <p><b>1997</b> Morre Herbert de Souza, o Betinho, fundador da ONG Abia, portador do HIV, vítima de hepatite C.</p>	<p>Assinatura do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o <i>Projeto de Controle da Aids e DST</i>, conhecido como o <i>Aids I</i> 1993 – 1998 – valor 250 milhões de dólares, sendo 160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões contrapartida nacional.</p> <p>De 1993 a 2000 – realizadas concorrências de projetos para ONGs – apoio financeiro para trabalhar prevenção e ajuda a portadores do HIV/ Aids – em 2000 registrava-se mais de 800 organizações com trabalhos em Aids no Brasil.</p> <p>O AZT começa a ser fabricado no Brasil por um laboratório privado e o DDI começa a ser distribuído nos serviços públicos de saúde.</p> <p><b>1994</b> Passou a ser estudado o “coquetel”, um grupo de drogas com potente efeito antiviral isoladamente ou em associação com drogas do grupo do AZT. Ocorreu um estado de euforia, chegando-se a falar na cura da Aids. Entretanto, logo se percebeu que o tratamento combinado (coquetel) não eliminava o vírus do organismo dos pacientes.</p> <p>É criado o Unaid, integrado pelo Banco Mundial por cinco agências de cooperação de membros da ONU (Unicef, Unesco, Unfpa, OMS, e UNDP), com o objetivo de defender e garantir uma ação global para a prevenção do HIV/Aids.</p> <p><b>1995</b> Aprovado o uso do SAQUINAVIR a primeira droga de um novo grupo, antirretroviral, de inibidores de protease. Lançados os medicamentos d4T e 3TC.</p>
--	--	--	--

		<p><b>1996</b> Realizada em Vancouver, Canadá, a <i>XI Conferência Internacional de Aids</i>, na qual são anunciados os coquetéis triplos, incluindo inibidores de protease que impedem a replicação do HIV.</p> <p>Estabelecidas as diretrizes para uso de medicamentos para a Aids.</p> <p>A Lei nº 9.313, de 13 de novembro, garante a distribuição gratuita, pelo sistema público de saúde, de medicamentos para pessoas com HIV/Aids, ao custo de 34 milhões de dólares.</p> <p><b>1997</b> A Assembléia Legislativa de São Paulo aprova a primeira Lei de Redução de Danos do país, prevendo a distribuição de seringas como estratégia de política pública de saúde.</p> <p>O Brasil começa a produzir ddC e d4T (distribuído pelo sistema público de saúde).</p> <p>O Ministério da Saúde gasta 224 milhões de dólares com ARVs e atende 35.900 pessoas.</p> <p>A proporção de casos de Aids notificada é de uma mulher infectada para cada dois homens.</p> <p>O Boletim Epidemiológico reporta 23.546 casos de Aids, sendo 7.409 casos em mulheres e 8.360 óbitos (2.464 entre mulheres).</p> <p><b>1998</b> Assinatura, em dezembro, do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o <i>Segundo Projeto de Controle da Aids e DST</i>, conhecido como <i>Aids II – 1998 a 2002 – 300 milhões de dólares</i>, sendo 165 milhões de BM e 135 milhões da contrapartida nacional.</p>
--	--	---

			<p>O sistema público de saúde inicia a distribuição de Nelfinavir, Nevirapina, Delarvidina.</p> <p>O Governo Brasileiro Assina o acordo TRIPS – que passa a restringir a produção de ARV de acordo com o tratado de propriedade intelectual da OMC.</p> <p>Cientistas registram a imagem da estrutura cristalina da proteína gp120 do vírus da Aids, usada por ele para entrar nas células do sistema imunológico atacadas pelo HIV.</p> <p>O Ministério da Saúde gasta 305 milhões de dólares com ARVs e atende 55.600 pessoas.</p> <p>Inicia-se, nos EUA, o primeiro teste em humanos de uma vacina contra a Aids.</p> <p><b>1999</b> Manifestação nacional, em setembro, por organizações da sociedade civil com atividades em HIV/Aids, pedindo liberação de recursos financeiros para compra de medicamentos para a Aids, comprometida por conta da desvalorização cambial.</p> <p>Início da distribuição do Efavirenz.</p> <p>O Decreto Presidencial nº 3.201, de 6 de outubro, “dispõe sobre a concessão de ofício de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o art. 71 da Lei no. 1679279, de maio de 1996”.</p> <p>Criada por decreto a primeira comissão de Aids do Brasil, em nível municipal, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, atendendo a uma demanda da RNP/Região Sul na <i>1ª Conferência municipal de Aids de Porto Alegre</i>.</p> <p>O Ministério da Saúde gasta 336 milhões de dólares com</p>
--	--	--	--

			<p>ARVs e atende 73 mil pessoas.</p> <p>O Governo Federal divulga que o programa de acesso universal à terapia antirretroviral reduziu em mais de 50% o número de mortes e em quase 80% a ocorrência de doenças oportunistas no País. O efeito deveu-se à produção de medicamentos nacionais, similares de marca, muito mais baratos.</p> <p>A Unids estima que 33 milhões de pessoas, em todo o mundo, estão vivendo com HIV/Aids.</p>
<p><b>2001</b> III Conferencia da ONU sobre Racismo, Discriminação racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas – Durban</p> <p><b>2001</b> UNGASS – Sessão Especial da ONU para HIV/ Aids – EUA, menciona que 90% dos casos de Aids estão nos países subdesenvolvidos.</p> <p>A 57ª. Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU aprova a resolução “Acesso a medicamentos no Contexto da Pandemia como HIV/ Aids”.</p> <p>African Summit for HIV/Aids, TB and other Infectious Disease – ONU – Nigéria – Cria o Fundo Glogal de Aids e outras infecções.</p> <p>A OMC aceita o pedido dos EUA de abertura de um painel contra o Brasil. Os EUA questionam a lei de Propriedade Industrial Brasileira (Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1999), tendo, como principal motivo, a produção nacional de ARVs. Os EUA decidem</p>	<p><b>2000</b> Aprovação da Emenda Constitucional nº 29. Importante conquista da sociedade para a consolidação do SUS. Estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, regulamentou a progressividade do IPTU, reforçou o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e previa sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde. Deveria ser revalidada em 5 anos o que não aconteceu, tornando-se alvo de campanhas da sociedade civil. Até 2010 não havia sido regulamentada.</p> <p><b>2002</b> Uma ampla coalizão de centros-esquerda elege o primeiro presidente do Brasil oriundo das forças trabalhadoras — Luiz Inácio Lula da Silva.</p> <p><b>2003</b> Elaborado pela Área de Saúde da Mulher/ MS o documento “Política Nacional de Atenção</p>	<p><b>2000</b> Criação da Articulação das Organizações das Mulheres Negras Brasileiras – AMNB</p> <p>Criação da Marcha Mundial das Mulheres</p> <p><b>2001</b> Através de uma ampla articulação de movimentos sociais é criado o Fórum Social Mundial como contraponto a fórum econômico de Davos. O FSM passa a ser um espaço internacional de mobilização, difusão e lutas contra o neoliberalismo e o imperialismo das economias globais.</p> <p><b>2001</b> Durante o <i>XI Enong</i>, é realizado protesto, em frente ao consulado norte-americano, no Recife, com a participação de mais de 250 organizações pedindo quebra de patentes dos ARVs.</p> <p><b>2002</b> Conferência Nacional das Mulheres – realizada por uma coalizão de organizações e movimentos feministas e de luta dos direitos das mulheres – elaborado carta de posicionamento para o movimento, conhecida como Plataforma Política Feminista.</p> <p><b>2004</b> O Movimento Nacional de Mulheres</p>	<p><b>2000</b> O Conselho de Segurança da ONU aprova a Resolução 1308 (2000), que coloca a Aids como uma questão de segurança global.</p> <p>Ameaça, pelo Ministério da Fazenda, de cortes financeiros que poderiam afetar o programa de Aids, foi motivo de protestos das ONGs em todo o País.</p> <p>Início da produção nacional de Indinavir e Nevirapina.</p> <p>O Ministério da Saúde estima que entre 1997 e 2000, por conta da utilização dos ARVs, o SUS poupou 677 milhões de dólares em internação e tratamento de infecções oportunistas em pessoas com HIV/Aids.</p> <p>Cresce a preocupação sobre os efeitos colaterais dos medicamentos anti-retrovirais.</p> <p><b>2001</b> Em fevereiro, o ministro da saúde, José Serra, ameaça quebrar a patente dos medicamentos Nelfinavir, fabricado pela Roche, e Efavirenz, fabricado pela Merck.</p> <p>Início da distribuição de Amprenavir pelo sistema público de saúde.</p>

<p>retirar a queixa.</p> <p>Na Reunião Ministerial da OMC, realizada em Doha, Catar, é aprovada declaração que torna possível, em situações de emergência nacional em saúde pública, a aplicação do licenciamento compulsório de medicamentos.</p> <p><b>2003</b> Os ataques de 11 de setembro e a invasão do Iraque pelos EUA trazem novas inflexões nas disputas por território e hegemonia econômica.</p> <p><b>2004</b> Os países membros do Pacto Andino assinam a Declaração de Cuzco, lançando as bases da Comunidade Sul-americana de Nações para unir-se ao Mercosul numa zona de livre comércio internacional.</p> <p><b>2005</b> Os movimentos sociais lançam Campanha latino-americana contra os TLCs e a OMC contribuindo para o fracasso das negociações da OMC em Hong Kong parando a Rodada de Doha.</p> <p>Conferencia Internacional das Mulheres Beijing + 10 – ONU Nova York</p>	<p>Integral à saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes 2003/2006</p> <p><b>2004</b> I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres – Realizado pela Secretaria Nacional de Direitos das Mulheres - Documento: Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.</p> <p>Lançado pelo governo federal o Programa Brasil sem Homofobia.</p> <p><b>2006</b> Elaborada a Política Nacional de direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos</p> <p>Sancionada a lei Maria da Penha com punições maiores para homens que violentam mulheres.</p> <p>Criado pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde que é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde. Para muitos setores que defendem o SUS o pacto avança para privatizar/ terceirizar serviços públicos.</p> <p><b>2007</b> Conferência de Saúde para Mulheres – MS - Brasília</p>	<p>Vivendo com HIV/Aids Cidadãs PositHIVas foi declarado, oficialmente, um movimento de mulheres inserido no movimento de Aids brasileiro.</p> <p><b>2005</b> Avaliação PAISM, 20 anos depois – Rede Feminista de Saúde</p> <p><b>2001 – 2009</b> – movimentação nacional pela quebra de patentes de ARV</p>	<p>O laboratório Roche faz acordo com o Ministério da Saúde e evita o licenciamento compulsório do Nelfinavir.</p> <p>A 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU aprova a Resolução 2001/33 intitulada <i>Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como o HIV/Aids</i>.</p> <p>Relatório da Unaid/OMS menciona o número de 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids em todo o mundo. O número estimado de mortes neste ano foi de 3 milhões de pessoas. No Brasil são registrados 215.810 casos, sendo 56.584 mulheres. Era estimado que 597 milhões estariam com HIV.</p> <p><b>2002</b> É criado o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária.</p> <p>Em relatório que indica que a epidemia de Aids apenas ‘engatinha’, a ONU diz que a síndrome vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos vinte anos, principalmente na África, a menos que países ricos cooperem com os esforços para conter a disseminação.</p> <p><b>2003</b> Elaborado pelo PN DST/Aids/ MS o primeiro documento nacional “Políticas e diretrizes de prevenção das DST/ Aids entre mulheres”.</p> <p>Assinatura, em dezembro, do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o Terceiro <i>Projeto de Controle da Aids e DST</i>, conhecido como <i>Aids III</i> – 2003 a 2006 – 200 milhões de dólares, sendo 100 milhões de BM e 100 milhões da contrapartida nacional</p> <p><b>2004</b> O Ministério da Saúde divulga gastar 600 milhões de dólares no ano com ARVs atendendo 154 mil pacientes.</p> <p><b>2005</b> Aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça</p>
---	---	--	---

		<p>o projeto de lei que autoriza o governo a suspender as patentes de oito medicamentos usados no tratamento da Aids, permitindo a concessão de "licença obrigatória" a um laboratório brasileiro para que produza genéricos a preços acessíveis.</p> <p>Brasil rejeita acordo com Usaid para financiamento de ações de prevenção e tratamento da Aids, por conta da linha retrógrada que os EUA impunham ao governo brasileiro e a ONG financiadas por eles.</p> <p><b>2007</b> Elaborado pelo PN DST/Aids/ MS o documento "Plano Integrado de Enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST.</p> <p>Governo Lula assina Licença Compulsória para o Efavirenz.</p> <p><b>2009</b> O Relatório da Un aids informa que a epidemia continua crescendo em todo o mundo chegando a estimados 33,4 milhões. O número total de pessoas vivendo com o vírus em 2008 foi mais de 20% maior que no ano 2000, e a prevalência foi aproximadamente três vezes maior que em 1990.</p> <p>Para OMS a Aids continua a ser uma grande prioridade de saúde globalmente. Continua a aumentar o número de pessoas vivendo com HIV e as doenças relacionadas à Aids permanecem sendo uma das principais causas de morte mundialmente e as projeções são de que continuem a ser uma causa significativa de mortalidade precoce nas décadas vindouras (Organização Mundial da Saúde, 2008)</p>
--	--	---

	<p><b>2010</b> Pactuação Nacional do Programa de Direitos Humanos – Governo Federal – relevância para o debate dos direitos sexuais/orientação sexual, aborto, crimes políticos, etc.</p> <p>20ª. Conferência Mundial de Promoção da Saúde - Brasil</p>	<p><b>2010</b> Movimentação nacional dos movimentos feministas e de luta pelos direitos das mulheres para a legalização do aborto.</p>	<p>Cerca de 33,4 milhões de pessoas estão infectadas com o vírus da Aids em todo mundo, dos quais 15,7 milhões são mulheres. Na América Latina são 2 milhões de pessoas vivendo com HIV – o que representa um crescimento de 25% em relação a 2001. Segundo o relatório da UNAIDS/2009 mais pessoas estão vivendo mais tempo com a doença, por conta do maior acesso e disponibilidade de medicamentos para o tratamento do HIV. Entre 2007 e 2008, a proporção de pessoas com acesso a tratamento passou de 7% a 42%. Calcula-se que o número de infectados neste período tenha sido 2,7 milhões, e de mortos, menos de 2 milhões. De acordo com o relatório da Unaid e OMS, o número de mortes relacionadas à Aids caiu em mais de 10% nos últimos cinco anos.</p>
--	---	--	--

# **ANEXO V - Caracterização de documentos**

## **Caracterização do Material de Base**

**Documentos da RFS 1) foram selecionado os documentos que registram as decisões e posicionamentos políticos da RFS – são eles os relatórios e as atas.**

**2) foram selecionados os documentos que constituem a base da comunicação da RFS para fomentar o debate temático – são eles os jornais, as revistas e os dossiês. Sendo a documentação extensa, foram priorizados os documentos que tratavam diretamente do tema saúde sexual, saúde reprodutiva, direitos sexuais, direitos reprodutivos e HIV/Aids**

**Caracterização da Rede Feminista de Saúde:** Fundada com o nome Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos em 1991, ficou conhecida como RedeSaúde. Em 2002, com o novo estatuto, passa a ser chamada de Rede Feminista de Saúde de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, mas sendo conhecida como Rede Feminista de Saúde. É uma articulação nacional do movimento de mulheres e feministas, criada para atuar em defesa da garantia e ampliação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Possui abrangência nacional e é composta por 12 Regionais organizadas no Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Goiás, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal. Em nível nacional é coordenada politicamente por um Conselho Diretor, formado por nove representantes das Coordenações Regionais, e uma Secretaria Executiva. O quadro de filiadas da Rede situa-se em 270 filiadas – sendo a metade entidades e grupos de mulheres e a outra metade são sindicatos, núcleos acadêmicos e filiadas independentes.

A Assembleia Geral é a instância maior de decisão. O trabalho é realizado através de Grupos de Trabalho temáticos; seminários e encontros; mobilizações; integra inúmeros espaços de controle social da saúde; realiza ações de monitoramento, projetos de capacitação e desenvolvimento de pesquisas - produção de conhecimento, difusão e comunicação. A cada quatro anos ocorre mudança da Secretaria Executiva. A RFS é filiada à Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe – RSMLAC e à Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos

São princípios da Rede Feminista de Saúde:

- Fortalecimento do movimento de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- Reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos;
- Reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos;
- Defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Legalização do aborto, cuja realização constitui decisão que deve competir à mulher como direito.

**Fonte:** <http://redesaude.blogspot.com>

### Secretarias Executivas:

Maria Betânia Ávila – 1991 a 1995 – Sede: SOS CORPO/Recife

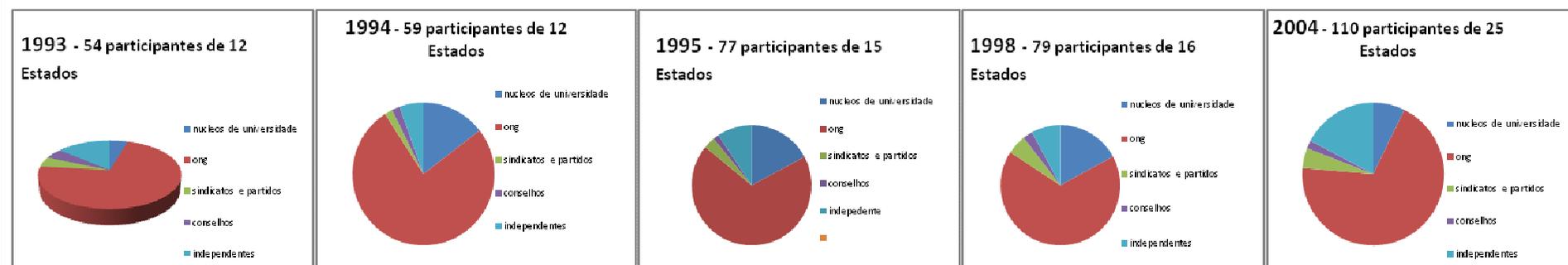
Maria José Araújo – 1996 a 1998 – Sede: Coletivo Feminista de Saúde/São Paulo

Maria José Baltar – 1999 a 2002 – Sede: Coletivo Feminista de Saúde-NEPO/ São Paulo

Fatima de Oliveira – 2003 a 2006 – Sede: Regional da Rede Feminista de Saúde / Belo Horizonte

Télia Negrão – 2007 (...) – Sede: Coletivo Feminino Plural e Maria Mulher/ Porto alegre

**Perfil das filiadas de acordo com os reatórios dos encontros: o relatório do Encontro de 2010 não consta lista de participantes, mas informa que foram 100 participantes de 17 Estados.**



A RFS atualmente está sediada em Porto Alegre (capital do Rio Grande do Sul). Ao longo de sua história, a Rede vem atuando em parceria e articulação com outras redes, e fomentando iniciativas como a criação e participação da Coordenação Política das Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro (2005), a criação e participação na Associação Nacional de Familiares e Amigos de Vítimas de Morte Materna, parceria com a União Brasileira de Mulheres e Associação Brasileira de Enfermagem, participação na Plataforma Dhesc e Plataforma dos Movimentos Sociais para a Reforma Política, integrando o Grupo Impulsor do Contra Informe ao Comitê Cedaw, apresentando contribuição ao informe ao Relatório Periódico Universal, compondo o Grupo de Trabalho junto à OEA pela Convenção dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e o Comitê Gestor da Campanha dos 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência Contra as Mulheres. É parceira no Observatório Nacional pela Aplicação da Lei Maria da Penha. A Rede é Ponto Focal da Campanha 28 de Setembro e da Campanha por uma Convenção dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Integra o Conselho Diretor da Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe - RSMLAC e é membro permanente da Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos. Ao todo, a entidade está presente hoje em 30 espaços nacionais e internacionais.

Código	Classificação:	Título/ data
<b>01. Carta – princípios fundantes – posicionamentos</b>		
01.1	Carta Declaração	Carta de Itapeverica 1984 (não é de autoria da RFS, mas é formulada por feminista que fundam a RFS em 1991 e é documento estratégico que orienta a posição da futura Rede)
01.2	Carta - Declaração	Declaração de Compromisso da RSMLAC e Rede Feminista de Saúde – 28 de Maio – Dia Internacional de Ação pela saúde das Mulheres 1987-2007 – 20 anos de luta pela saúde e direitos das mulheres, maio de 2007

<b>02. Relatórios – Encontros Nacionais – espaços de debates estratégicos e de decisões – divulgação interna</b>		
02.1	Relatório	Relatório do I. Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos Ilha de Itamaracá, 1993. Relato: Secretaria Executiva da RNFSDR Fonte: CEDAP/ SOS CORPO
02.2	Relatório	Relatório do II. Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos Itapecerica da Serra, 1994. Relato: Secretaria Executiva da RNFSDR Fonte: CEDAP/ SOS CORPO
02.3	Relatório	Relatório do III. Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos Rio de Janeiro, 1995. Relato: Secretaria Executiva da RNFSDR Fonte: CEDAP/ SOS CORPO
02.4	Relatório	Relatório do V. Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos Caxambu, Minas Gerais 1998. Relato: Secretaria Executiva da RNFSDR Fonte: CEDAP/ SOS CORPO
02.5	Relatório	Relatório do VIII. Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos Caeté, Minas Gerais, 2004
02.6	Relatório	Relatório da reunião do Conselho Diretor preparatória ao IX Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, audioconferência, Minas Gerais, 2006
02.7	Relatório	Relatório do Seminário Nacional e X Encontro da Rede Feminista de Saúde - Implementando os marcos de saúde integral das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Porto Alegre, 2008
<p><b>OBS:</b> Não foi possível localizar o registro do IV Encontro em 1996, do VI Encontro 2000 e do VII Encontro e 2002 respectivamente. Com a mudança de gestão em 1995 os relatórios deixaram de ser publicados. Também foram mudados os mecanismos de registro e comunicação, até então, os relatórios e os Jornais eram a principal fonte de informação. Depois de 1995, os dossiês e revistas passam a informar como os temas foram abordados e encaminhados. Dessa forma, esses materiais também passam a fazer parte da pesquisa primária.</p>		
<b>03. Jornais – expressão dos temas e conhecimento da Rede que orientam as filiadas – divulgação externa</b>		
03.1	Jornal	Jornal da Rede – Ano 1 – outubro 1992
03.2	Jornal	Jornal da Rede – Ano 2 – fevereiro de 1993
03.3	Jornal	Jornal da Rede – Ano 2 – junho de 1993
03.4	Jornal	Jornal da Rede – Ano 2 – outubro 1993
03.5	Jornal	Jornal da Rede – Ano 3 – fevereiro de 1994
03.6	Jornal	Jornal da Rede – Ano 3 – junho de 1994
03.7	Jornal	Jornal da Rede – Ano 3 – dezembro de 1994

03.8	Jornal	Jornal da Rede – Ano 4 – abril de 1995
03.9	Jornal	Jornal da Rede – Ano 4 – novembro de 1995
03.10	Jornal	Jornal da Rede – Ano 5 – maio de 1996
03.11	Revista	Jornal da RedeSaúde – março de 2001
03.12	Revista	Jornal da RedeSaúde – dezembro de 2001
03.13	Revista	Jornal da Rede Feminista de Saúde – Saúde da Trabalhadora Rural. Encarte: O Monitoramento da Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Brasil – junho de 2004
03.14	Revista	Jornal da Rede Feminista de Saúde – PAISM, 20 anos depois. Encarte: Atenção Integral à saúde da Mulher – setembro de 2005
<b>04. Dossiês e encartes – DR&amp;DS, saúde e Aids – apresentam dados e análises mais teóricas sobre os temas – divulgação externa</b>		
04.1	Dossiê	Mulher e Aids – 1º de Dezembro – Dia Mundial de Luta contra a Aids – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – 1999
04.2	Dossiê	Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde – 10 anos – dezembro de 2001
04.3	Encarte	Mulher e Aids – Enfrentando as desigualdades – 1º de Dezembro - Dia Mundial de Luta contra a Aids – Rede Feminista de Saúde – Novembro de 2002
04.4	Brochura	Igualdade de Gênero e HIV/Aids: Uma política por construir. Rede Feminista de Saúde e UNIFEM. 2003
04.5	Dossiê	Adolescentes Saúde Sexual Saúde Reprodutiva – Rede Feminista de Saúde – julho de 2004

### **Caracterização do Material Secundário**

#### **01. Documentos governamentais – Foram selecionados documentos diretamente relacionados com a política de saúde das mulheres e HIV/Aids.**

<b>Código</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Título</b>
01.1	Plano de Política	Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher/ Diretrizes 2004-2007 ( Ministério da Saúde)
01.2	Plano de Política	Política e Diretrizes de Prevenção das DST/Aids entre mulheres – 2003( Ministério da Saúde)
01.3	Plano de Política	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – 2004 ( Secretaria Especial de políticas para as Mulheres)
01.4	Plano de Política	Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST – 2007, e versão revisada 2009 (Ministério da Saúde)
01.5	Relatório	Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2007 (Ministério da Saúde)
01.6	Plano de Política	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – 2009 (Ministério da Saúde)

#### **02. Documentos sobre políticas para as mulheres - Cairo; Beijing; Ungass. Documentos da ONU: Cairo (1994); Beijing (1995); UNGASS/Aids (2001)**

<b>Codigo</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Titulo/ data</b>
02.1	Relatório	Relatório <i>Conferência Internacional de População e Desenvolvimento</i> , 1994 no Cairo
02.2	Relatório	Relatório <i>Conferência Mundial sobre a Mulher</i> foi realizada de 04 a 15 de setembro de 1995 na China
02.3	Relatório	Declaração de compromissos firmada durante a 26ª <i>Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas</i> , UNGASS/Aids, 2001 em Nova York
<b>03. Documentos de posicionamento político sobre saúde das mulheres e HIV/Aids: Articulação de Mulheres Brasileiras; Marcha Mundial de Mulheres; Articulação de Mulheres Negras Brasileiras</b>		
03.1	Relatório	Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil – 5 anos após Beijing – AMB - 2000
03.2	Relatório	Plataforma Política Feminista – Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras – Brasília, 6 a 7 de junho de 2002. Realização: Articulação de Mulheres Brasileiras, Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais, Articulação de ONGs de Mulheres Negras, Comissão de Mulheres da CUT, Rede Feminista de Saúde, Rede de Mulheres no Rádio, Rede Nacional de Parceiras Tradicionais, Secretaria de Mulheres do PSB, Secretaria da Mulher Trabalhadora, Contag e União Brasileira de Mulheres.
03.3	Brochura	Articulando a Luta feminista nas políticas públicas – AMB - 2004
03.4	Brochura	Construindo a Equidade: Estratégia para implementação de políticas públicas para a superação das desigualdades de gênero e raça para as Mulheres Negras – Articulação de Mulheres Negras Brasileiras - 2007
03.5	Carta Manifesto	Carta Mundial das Mulheres para a Humanidade – MMM - 2009
03.6	Relatório	1 9 9 8 – 2 0 0 8 Uma década de luta internacional feminista – MMM - 2009
<b>04. Documentos governamentais sobre as políticas de HIV/Aids</b>		
04.1	Relatório	Relatório avaliação CNAIDS
04.2	Relatório	Relatório Aids I
04.3	Relatório	Relatório Aids II
04.4	Relatório	Relatório Aids III

## **ANEXO VI - Quadro de presidentes, ministros e coordenadores/as de políticas para a saúde da mulher e da coordenação do programa de DST/ Aids**

<b>Presidentes</b>	<b>Ministros</b>	<b>Coordenações Nacionais de Saúde Materno-Infantil</b>	<b>Coordenações Paism/ Saúde da Mulher</b>	<b>Coordenações Nacionais DST/ HIV/ Aids</b>
João Batista Figueiredo 1979 - 1985	Waldyr Mendes Arcoverde 1979 - 1985	Ana Segall Correia 1985	Ana Maria Costa – feminista que coordenou a elaboração do PAISM 1983 Eliana Cláudia Ribeiro 1984	
José Sarney 1985 - 1990	Carlos Correa de Menezes Santana 1985 – 1986 Roberto Figueira Santos 1986 – 1987 Luiz Carlos Borges da Silveira 1987 – 1989 Seigo Tsuzuki 1989 – 1990	Ana Segall Correia 1986 Zuleica Portela Albuquerque 1986 Maria Helena Botonna 1987 – 1988 Joneilda de Araújo Caldeira Brant 1989	Ana Maria Costa 1985 Maria Helena Botonna 1986 – 1987 Carlos Bernardo Pedrosa de Freitas e Maria de Lurdes Centa 1988 Enrique Riveiro Ortiz 1989	Lair Guerra 1985 - 1990
Fernando Collor 1990 - 1992	Alceni Ângelo Guerra 1990 – 1992 José Goldemberg	Antônio Márcio Junqueira Lisboa 1990 – 1991	Henrique Riveiro Ortiz 1990 – 1992	Lair Guerra 1990 - 1992

	1992 – 1992 Adib Domingos Jatene 1992 – 1992	Josenilda de Araújo Caldeira Brant 1992		
Itamar Franco 1992 - 1995	Jamil Haddad 1992 – 1992 Saulo Pinto Moreira 1992 – 1993 Henrique Antônio Santillo 1993 – 1994	Josenilda de Araújo Caldeira Brant 1993 Zilda Arns Neumann 1994	José Ferreira Nobre Formiga Filho 1993 – 1994	Lair Guerra 1992 - 1995
Fernando Henrique Cardoso 1995 - 1999	Adib Domingos Jatene 1995 – 1996 José Carlos Seixas 1996 – 1996 Carlos César de Albuquerque 1996 - 1998	Zilda Arns Neumann 1995 Bussâmara Neme 1996 Paulo Afonso Kalume Reis e Elcylene Leocádio 1997 Elcylene Leocádio 1998	José Ferreira Nobre Formiga Filho 1995 – 1997 Janine Schirmer e Tânia Lago 1998	Lair Guerra 1996 Pedro Chequer 1996 - 2000
Fernando Henrique Cardoso 1999 - 2003	José Serra 1998 – 2002 Barjas Negri 2002 - 2002	<u>Área Técnica de Saúde da Mulher</u> Tânia Di Giacomo Lago 1998 – 2002		Pedro Chequer 2000 Paulo Teixeira 2000 - 2003
Luis Inácio Lula da Silva 2003 - 2010	Humberto Costa 2003 – 2005 José Saraiva Felipe 2006 José Gomes Temporão 2007-2010	Maria José Araújo – feminista que coordenou o PNAISM 2003 – 2007 Regina Viola 2008 – 2010		Alexandre Grangeiro 2003 - 2006 Maristela Simão 2006 - 2010 Dirceu B. Greco 2010

**Fonte:** Jornal da Rede Feminista de Saúde nº. 27. Recife-São Paulo-Belo Horizonte-Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.1992-2005.



### Carta de Anuência

Eu, Régine Bandler, CPF 319.712024-87, RG W162475-E, coordenadora da Rede Feminista de Saúde – Regional PE, avenida Cruz Cabugá, 5134b, 50040-000 Recife, Pernambuco, Brasil. Tenho conhecimento de que Solange Rocha CPF 430 698 004 91, RG 2585487 – ssp PE, utiliza documentos da Rede Feminista de Saúde com objetivo de analisá-los em sua pesquisa de doutorado em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, sobre as ações do movimento feminista no enfrentamento da epidemia da Aids no Brasil nas décadas de 1990 e 2000, no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Recomendamos que a referida pesquisadora indique em seu trabalho a autoria das fontes da pesquisa-base. Informamos também que a Rede Feminista de Saúde não se responsabiliza pelas análises feitas pela pesquisadora, como também, não necessariamente, concorda com as interpretações destas.

Recife, 16 de maio de 2010.



### Carta de Anuência

Eu, TELIA NEGRAO TONHOZI, CPF 70920010997, RG 5082457952 SJSRS, SECRETÁRIA EXECUTIVA DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, com sede à Avenida Salgado Filho, 28, cj 601, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, CEP 90010220, tenho conhecimento de que Solange Rocha CPF 430 698 004 91, RG 2585487 – ssp PE, utiliza documentos da Rede Feminista de Saúde com objetivo de analisá-los em sua pesquisa de doutorado em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, sobre as ações do movimento feminista no enfrentamento da epidemia da Aids no Brasil nas décadas de 1990 e 2000, no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Recomendamos que a referida pesquisadora indique em seu trabalho a autoria das fontes da pesquisa-base. Informamos também que a Rede Feminista de Saúde não se responsabiliza pelas análises feitas pela pesquisadora, como também, não necessariamente, concorda com as interpretações desta.

Porto Alegre, 30 de maio de 2010.

Telia Negrão Tonhozi – Secretária Executiva



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE DOUTORADO

Ata da Defesa de Tese do Curso de Doutorado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco. Às quatorze horas do dia dezoito de fevereiro do ano de dois mil e onze, no Auditório do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de Tese intitulada: *"Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo. Trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil."* de autoria da Doutoranda Maria Solange Guerra Rocha, a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de Doutora em Serviço Social. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número 23076.009192/2011-01, foi constituída pelos seguintes Professores: Ana Cristina de Souza Vieira, Doutora em Serviço Social, Orientadora e Examinadora Interna; Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca, Doutor em Saúde Pública, Co-Orientador; Sandra Valongueiro Alves, Doutora em Sociologia, Examinadora Externa; Ana Maria de Brito, Doutora em Saúde Pública, Examinadora Externa; Raquel Cavalcante Soares, Doutora em Serviço Social, Examinadora Externa; Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota, Doutora em Serviço Social, Examinadora Interna; Joselma Cavalcanti Cordeiro, Doutora em Saúde Pública, Suplente Externa; Maria Valéria Costa Correia, Doutora em Serviço Social, Suplente Externa. Na qualidade de Orientadora, a Dr.ª Ana Cristina de Souza Vieira presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Tese. Concluída a apresentação, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu aprovar a Tese com as seguintes menções: Dr.ª Ana Cristina de Souza Vieira: aprovada; Dr.ª Sandra Valongueiro Alves: aprovada; Dr.ª Ana Maria de Brito: aprovada; Raquel Cavalcante Soares: aprovada; Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota: aprovada. E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 18 de fevereiro de 2011.

BANCA:

Ana Cristina de Souza Vieira  
Prof. Dr.ª Ana Cristina de Souza Vieira

Sandra Valongueiro Alves  
Prof. Dr.ª Sandra Valongueiro Alves

Ana Maria de Brito  
Prof. Dr.ª Ana Maria de Brito

Raquel Cavalcante Soares  
Prof. Dr.ª Raquel Cavalcante Soares

Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota  
Prof. Dr.ª Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota

DOUTORA:

Maria Solange Guerra Rocha  
Maria Solange Guerra Rocha

**Solange Rocha**  
**msolgrocha@gmail.com**