

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA VITÓRIA ROBERTO QUEIROZ
MARIANA VIEIRA FERNANDES DO CARMO**

**O MOVIMENTO FEMINISTA BRASILEIRO NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE:
UM RESGATE HISTÓRICO DAS DÉCADAS DE 1970 E 1980**

JUIZ DE FORA
2026

ANA VITÓRIA ROBERTO QUEIROZ
MARIANA VIEIRA FERNANDES DO CARMO

O MOVIMENTO FEMINISTA BRASILEIRO NA LUTA PELO DIREITO À SAÚDE:
UM RESGATE HISTÓRICO DAS DÉCADAS DE 1970 E 1980

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Serviço Social da Universidade
Federal de Juiz de Fora como requisito para a
conclusão da disciplina de Seminário de Trabalho
de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof^a . Dr^a. Sabrina Pereira Paiva

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Queiroz ; Carmo, Ana Vitória Roberto ; Mariana Vieira Fernandes do.
O Movimento Feminista Brasileiro na luta pelo direito à saúde : um resgate histórico das décadas de 1970 e 1980 / Ana Vitória Roberto ; Mariana Vieira Fernandes do Queiroz ; Carmo. -- 2026.
65 f. : il.

Orientadora: Sabrina Pereira Paiva
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2026.

1. Política de Saúde. 2. Movimento Feminista . 3. Reforma Sanitária. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Paiva, Sabrina Pereira , orient. II. Título.

Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de (colocar o nome do curso), deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.

Juiz de Fora, 30 de janeiro de 2026.

Assinatura digital dos membros da Banca Examinadora



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 30/01/2026, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marco Jose de Oliveira Duarte, Professor(a)**, em 30/01/2026, às 15:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Ribeiro Duboc, Professor(a)**, em 30/01/2026, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Vitória Roberto Queiroz, Usuário Externo**, em 02/02/2026, às 08:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Vieira Fernandes do Carmo, Usuário Externo**, em 03/02/2026, às 00:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2835609** e o código CRC **538ED1C4**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discentes	Ana Vitória Roberto Queiroz; Mariana Vieira Fernandes do Carmo.
Matrícula Discente	202168044; 202168009
Título do TCC	O movimento feminista brasileiro na luta pelo direito à saúde: resgate histórico das décadas de 1970 e 1980
Natureza do trabalho	Trabalho de Conclusão de Curso
Curso	Serviço Social
Orientador(a)	Sabrina Pereira Paiva
Coorientador (se houver)	
Data da aprovação	30/01/2026
Nome, titulação dos(as) componentes da banca	Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte Profa. Ms Jéssica Ribeiro Duboc

Aprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente acima designado(a).

Juiz de Fora, 21 de janeiro de 2026.

Sabrina Pereira Paiva



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 30/01/2026, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2835611** e o código CRC **EFCB8F06**.

DEDICATÓRIA

Dedicamos essa monografia a todas as mulheres que, em diferentes épocas e territórios, lutaram e lutam pelo direito à saúde como expressão concreta do direito à vida, à dignidade e à autonomia. Àquelas que enfrentaram o silêncio, a violência institucional, o controle sobre seus corpos e a negação de direitos, transformando dor em luta coletiva. Às mulheres que organizaram movimentos, produziram saberes, ocuparam espaços políticos e tensionaram o Estado para que a saúde fosse entendida como direito. Que este trabalho seja também um reconhecimento à luta cotidiana das mulheres pela sobrevivência, especialmente das mulheres negras, pobres e trabalhadoras, que seguem reafirmando que existir em uma sociedade que as querem mortas é um ato de resistência.

RESUMO

A presente monografia tem como objetivo analisar a atuação do movimento feminista brasileiro nas décadas de 1970 e 1980 e suas contribuições para a construção das políticas públicas de saúde no Brasil. A partir das categorias analíticas do materialismo histórico-dialético e de uma pesquisa bibliográfica e documental, foi possível compreender que o movimento feminista exerceu papel central no tensionamento do modelo biomédico hegemônico e na ampliação do conceito de saúde, ao denunciar a medicalização dos corpos femininos, a centralidade do enfoque materno-infantil e a instrumentalização da reprodução nas políticas estatais. Observa-se que, ao incidir sobre o processo da Reforma Sanitária, as feministas problematizaram os limites de uma universalização abstrata do direito à saúde, evidenciando a necessidade de enfrentar as desigualdades estruturais de gênero, raça e classe para a efetivação desse direito. Nesse contexto, a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) expressa uma inflexão histórica ao deslocar a saúde da mulher do campo da tutela reprodutiva para o campo dos direitos sociais, ainda que marcada por contradições impostas pela sociabilidade capitalista. Por fim, evidencia-se que as conquistas no campo da saúde das mulheres resultam de lutas sociais concretas e permanecem permanentemente tensionadas, sendo fundamental reconhecer o protagonismo do movimento feminista na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e no fortalecimento de práticas profissionais críticas no âmbito do Serviço Social.

Palavras-chave: Movimento Feminista; Política de Saúde; Reforma Sanitária; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This undergraduate thesis aims to analyze the role of the Brazilian feminist movement during the 1970s and 1980s and its contributions to the construction of public health policies in Brazil. Based on the analytical categories of historical-dialectical materialism, on bibliographic and documentary research, it was possible to understand that the feminist movement played a central role in challenging the hegemonic biomedical model and in broadening the concept of health, by denouncing the medicalization of women's bodies, the centrality of the maternal-child approach, and the instrumentalization of reproduction in state policies. It is observed that, by intervening in the Brazilian Health Reform process, feminists problematized the limits of an abstract universalization of the right to health, highlighting the need to confront structural inequalities of gender, race, and class for the effective realization of this right. In this context, the formulation of the Program for Comprehensive Women's Health Care (PAISM) represents a historical turning point by shifting women's health from the sphere of reproductive tutelage to the sphere of social rights, although marked by contradictions imposed by capitalist sociability. Finally, the study demonstrates that achievements in the field of women's health are the result of concrete social struggles and remain permanently under tension, making it essential to recognize the protagonism of the feminist movement in the consolidation of the Unified Health System (SUS) and in the strengthening of critical professional practices in Social Work.

Keywords: Feminist Movement; Health Policy; Health Reform; Unified Health System (SUS).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ISI – Índice de Sensibilidade Internacional

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PBF – Programa Bolsa Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. A FORMAÇÃO SOCIOHISTÓRICA BRASILEIRA E AS LUTAS SOCIAIS PELA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA E DA SAÚDE NO BRASIL.....	12
2.1A FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA E DA AMÉRICA LATINA	15
2.2 A SAÚDE NO CONTEXTO DESENVOLVIMENTISTA BRASILEIRO.....	20
2.3 MOVIMENTOS SOCIAIS DO CAMPO, CIDADE E O MOVIMENTO FEMINISTA.....	25
3. A CONSOLIDAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA SAÚDE NO BRASIL.....	33
3.1 A CONSTRUÇÃO DE UMA PERSPECTIVA CRÍTICA SOBRE TRABALHO, SAÚDE E REPRODUÇÃO SOCIAL A PARTIR DA ANÁLISE DOS PERIÓDICOS DO JORNAL MULHERIO.....	41
3.2 CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER: INCIDÊNCIA POLÍTICA E CONSOLIDAÇÃO DO PAISM.....	47
CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

1. INTRODUÇÃO

A constituição das políticas públicas de saúde no Brasil é resultado de um processo histórico marcado por conflitos, disputas e resistências que expressam as contradições próprias da sociedade capitalista. Longe de representar um avanço linear ou consensual, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser compreendida como fruto das lutas sociais travadas, sobretudo, pela classe trabalhadora, em um país cuja formação social é atravessada pela dependência econômica, pelo racismo estrutural e pelo patriarcado. Nesse cenário, o movimento feminista brasileiro emerge como um sujeito político fundamental na disputa pelos sentidos da saúde, da cidadania e dos direitos sociais.

O presente trabalho tem como objetivo analisar o papel do movimento feminista brasileiro nas décadas de 1970 e 1980 na luta pelo direito à saúde, destacando suas contribuições para o processo da Reforma Sanitária Brasileira, para a construção do SUS e para a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Parte-se do entendimento de que a inserção das pautas feministas no campo da saúde não se deu de forma secundária, mas constituiu uma inflexão política e teórica relevante, ao questionar a centralidade da maternidade como eixo exclusivo das políticas públicas e afirmar a mulher como sujeito histórico, social e de direitos.

A escolha deste tema decorre da necessidade de compreender de que maneira o movimento feminista, em seu caráter crítico e contra-hegemônico, incidiu sobre as políticas públicas de saúde no Brasil. Ao tensionar a lógica patriarcal, racista e classista que estruturava a ação estatal, o feminismo contribuiu para a ampliação do conceito de saúde, incorporando dimensões como autonomia corporal, sexualidade, planejamento reprodutivo, condições de vida e trabalho, rompendo com uma concepção restrita, biomédica e funcional à reprodução da força de trabalho. Tal contribuição foi decisiva tanto para a formulação do PAISM quanto para o próprio projeto político que sustentou a construção do SUS enquanto política pública universal.

Mas nasce também de uma análise e inquietação política e pessoal. Enquanto mulheres, o processo de pesquisa evidenciou o quanto os direitos femininos permanecem historicamente ameaçados, sobretudo em contextos de avanço de projetos conservadores, nos quais os direitos das mulheres figuram entre

os primeiros a serem retirados. A trajetória do movimento feminista revela que a conquista de direitos nunca foi definitiva, mas resultado de resistência permanente. Nesse sentido, a pesquisa não se limita a um exercício acadêmico, mas expressa um compromisso ético com a memória das lutas feministas e com a compreensão de que, para nós, mulheres, a luta por direitos é, muitas vezes, uma luta pela própria vida.

A análise aqui desenvolvida está ancorada no materialismo histórico-dialético, por compreender que essa abordagem permite apreender o período histórico investigado a partir dos movimentos reais da sociedade, situando o feminismo no interior da totalidade social e das determinações estruturais do capitalismo. Essa escolha teórico-metodológica dialoga diretamente com os princípios que orientam a formação em Serviço Social, especialmente no que se refere à “adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade” (ABEPSS, 1996, p. 6). Assim, as relações de gênero são compreendidas de forma articulada às relações de classe e raça.

A relevância deste estudo também se expressa no campo do Serviço Social, uma vez que a atuação profissional do assistente social se dá diretamente no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, por meio das políticas públicas, das organizações da sociedade civil e da articulação com os movimentos sociais. Tal atuação exige não apenas competência técnico-operativa, mas também um posicionamento ético e político crítico, comprometido com a defesa dos direitos humanos e com a emancipação dos sujeitos coletivos. Nesse sentido, compreender o protagonismo histórico do movimento feminista na construção das políticas de saúde contribui para fortalecer uma prática profissional alinhada ao projeto ético-político do Serviço Social, sobretudo diante das desigualdades que incidem de forma particular sobre as mulheres, especialmente aquelas pertencentes às classes populares, negras e periféricas.

A escolha do tema também se justifica pelo espaço ainda reduzido que o debate sobre o movimento feminista brasileiro e sua influência direta na política de saúde ocupa no interior da graduação em Serviço Social. Embora os movimentos sociais sejam abordados na formação profissional, observa-se uma lacuna no que diz respeito à análise das mulheres enquanto sujeitos políticos centrais na construção do SUS e na formulação das políticas sociais. Tal ausência contribui

para a invisibilização das contribuições feministas e para a naturalização das desigualdades de gênero no interior das próprias políticas públicas.

O resultado da investigação orientada por esses pontos e que apresentamos na presente monografia se encontra dividido em três capítulos que perpassam pelas seguintes discussões. O primeiro capítulo realiza uma retomada da formação sócio-histórica brasileira e latino-americana, buscando apreender as bases materiais, políticas e ideológicas que conformam as desigualdades estruturais de classe, gênero e raça e que incidiram diretamente na constituição da cidadania e das políticas sociais, em especial da saúde. Nesse capítulo, aborda-se também o desenvolvimento da política de saúde no contexto do projeto desenvolvimentista brasileiro e o papel dos movimentos sociais do campo, da cidade e do movimento feminista nas lutas pela ampliação de direitos.

O segundo capítulo dedica-se à análise da consolidação do movimento feminista brasileiro, com ênfase em sua atuação nas décadas de 1970 e 1980, destacando suas contribuições teóricas e políticas para a ampliação do conceito de saúde, para a crítica à medicalização dos corpos femininos e para o tensionamento do enfoque materno-infantil nas políticas públicas. Nesse percurso, analisa-se a intervenção feminista no processo da Reforma Sanitária, a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como expressão das disputas travadas no interior do Estado.

Por fim, nas considerações finais, são sistematizados os principais achados da pesquisa, retomando-se os limites e potencialidades das conquistas no campo da saúde das mulheres, bem como as contradições que atravessam a implementação do PAISM e das políticas de saúde no contexto do capitalismo dependente brasileiro. Busca-se, ainda, reafirmar a centralidade do movimento feminista enquanto sujeito coletivo fundamental na luta pela efetivação do direito à saúde.

2. A FORMAÇÃO SOCIOHISTÓRICA BRASILEIRA E AS LUTAS SOCIAIS PELA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA E DA SAÚDE NO BRASIL

A compreensão do movimento feminista no processo da Reforma Sanitária brasileira, no período em que essa pesquisa se debruça, exige uma retomada histórica breve para uma aproximação com as raízes estruturais da sociedade brasileira e latino-americana. Tal resgate permite compreender que as lutas da classe trabalhadora pela ampliação da cidadania, principalmente no que tange ao direito à saúde, não emergem de forma espontânea, mas são resultado da luta de classes que é inerente ao modo de produção capitalista.

Fernandes (1975) tratou da constituição do Estado no Brasil e em outros países da América Latina, compreendendo-o nos marcos do capitalismo dependente, da concentração fundiária e da exploração da força de trabalho. Esse processo engendrou um padrão de desenvolvimento excludente, que subordinou a classe trabalhadora ao capital e naturalizou as desigualdades, dentre elas: de classe, gênero e raça. Quando analisamos a realidade brasileira e em como o Estado responde às demandas sociais, percebe-se uma implementação de políticas sociais excludentes, que ocorre em meio a uma relação de cooperação entre as demandas sociais e a burguesia.

O reconhecimento da cidadania no Brasil esteve, historicamente, atrelado ao trabalho formal e consequentemente à figura masculina cisheterossexual e branca, como único sujeito passível aos direitos. Santos (1979) nos ajuda a interpretar essa condição ao denominar esse processo como “cidadania regulada”, que consiste no acesso aos direitos sociais mediante a inserção no mercado de trabalho formal, o que excluía diversos outros trabalhadores como: trabalhadores rurais, pedreiros e vendedores ambulantes; e em especial, trabalhos que eram executados majoritariamente por mulheres (como o trabalho doméstico). Essa seletividade da cidadania atinge diretamente a política de saúde, que, até meados da década de 1970, manteve-se sob a lógica da fragmentação entre direito previdenciário e assistencial (PAIM, 2008).

Os movimentos sociais na América Latina como um todo, tanto urbanos quanto rurais, desempenharam papel crucial nos debates para ampliação dos direitos e da democracia. Como analisa Gohn (2011), a partir das décadas de 1950 e 1960, o Brasil testemunhou a emergência de novas formas de mobilização

coletiva, vinculadas à luta por moradia, terra, transporte e condições de vida. Nas décadas seguintes, tivemos o recrudescimento dos movimentos feministas, antiracistas, homossexual, estudantil e tantos outros que se fortaleceram na resistência ao regime cívico-militar autoritário. Esses movimentos expressavam a insatisfação com um modelo de desenvolvimento que retirava a participação popular e incentivava a autogestão do Estado. No campo da saúde, as lutas populares e sindicais se intensificaram a ponto de construir o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, de maneira unificada, marcada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação popular e influenciando na consolidação da saúde como um direito nas décadas seguintes (PAIM, 2014).

Como parte atuante no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o movimento feminista se insere de forma crítica à estrutura patriarcal e na defesa de uma concepção ampliada de saúde, além da defesa pela autonomia dos corpos femininos, o direito ao aborto, saúde integral com foco na mulher, planejamento familiar, contracepção e muitos outros debates antes ignorados, pois a saúde da mulher era entendida a partir da perspectiva materno-infantil, ou seja, desconsiderando os aspectos da saúde da mulher não diretamente ligados aos processos reprodutivos.

De acordo com Rattner (2014, p.104):

Até então a visão que prevalecia era a da atenção materno-infantil, cujos princípios norteadores da política de saúde para as mulheres eram baseados em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe. No bojo de um movimento internacional de crescimento da consciência das mulheres de seu papel social historicamente construído, que estava sendo decodificado adotando o enfoque de gênero, e incorporando a possibilidade de planejar o número de filhos e a oportunidade de engravidar, assim como integrando a reivindicação pelo direito ao aborto legalizado, o movimento de mulheres brasileiro conseguiu que fossem separadas as duas áreas técnicas em (1) Saúde da Criança e do Adolescente e (2) Saúde da Mulher.

Essa inflexão não representou apenas uma reorganização administrativa, mas uma ruptura política e conceitual, ao deslocar a saúde da mulher do campo da tutela reprodutiva para o campo dos direitos sociais. Ao questionar a centralidade da maternidade como eixo exclusivo da política pública, o movimento feminista tensionou a lógica patriarcal e desenvolvimentista do Estado, afirmando a autonomia dos corpos femininos e ampliando o conceito de saúde para além da reprodução biológica.

Durante o período da década de 1980, a partir do Jornal Alternativo feminista brasileiro “Mulherio”, que surge com o objetivo de politizar temáticas de ampliação do direito à cidadania para as mulheres, podemos ver concretamente o debate a respeito da área que passou a ser denominada de saúde da mulher:

Para o movimento de mulheres no Brasil, o aborto tem sido preferencialmente tratado como uma questão de saúde da mulher. Reconhecidas as dificuldades de acesso à contracepção e sua falibilidade, considera-se o aborto um mal necessário para interromper a gravidez não desejada. Uma questão de saúde, uma vez que o objetivo de legalizar a prática do aborto não se desvincula de uma política global de direitos reprodutivos, onde o que se quer é exatamente reduzir o número de abortos praticados. (Jornal Mulherio, nº 24, 1986, p. 16)

A partir deste extrato retirado da edição de 1986, é possível perceber que a temática sobre a saúde da mulher, é uma pauta do período de construção da cidadania, mas também é algo que está presente ainda no século XXI, mesmo com a consolidação do SUS, a visão ampliada sobre saúde da mulher e autonomia sobre seus corpos.

Nos anos 1960 e 1970, Sônia E. Alvarez (1990) vai revelar que as mulheres latino-americanas estavam se organizando em torno de pautas que articulavam o direito ao corpo, à reprodução e à vida digna, questões essas profundamente ligadas à divisão sexual do trabalho. Já no Brasil, autoras como Sônia Corrêa e Maria Betânia Ávila (1999), vão nos mostrar que nesse mesmo período o movimento de mulheres também estava se organizando e tensionando que a política de saúde deveria se organizar a partir da premissa de que as mulheres são detentoras de direito e autonomia sobre seus corpos, colocando-se em oposição à concepção estritamente biomédica e individualizante da saúde, introduzindo dimensões como autonomia, integralidade e equidade de gênero, que mais tarde influenciaram a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a retomada histórica proposta neste capítulo busca o objeto da pesquisa no interior do processo de formação social brasileiro e como se relacionou com os demais países da América latina, entendendo que o Movimento feminista não se restringia ao direito apenas das mulheres brasileiras, influenciando frentes feministas da América Latina. Entende-se que a Reforma Sanitária deve ser analisada como um movimento político e de transformação social, tendo o protagonismo da classe trabalhadora, do qual as mulheres tiveram papel primordial

na ampliação do conceito de saúde e na construção de uma cidadania efetivamente democrática, lutando pela equidade das políticas sociais. A “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes” vai expor a urgente necessidade de que o Estado atenda as demandas sociais brasileiras de maneira ampla, atingindo todas as esferas da vida do indivíduo, colocando então as mulheres no centro das discussões políticas.

Dessa forma, a análise que se segue buscará aprofundar a compreensão sobre como a formação social brasileira estruturou as condições históricas que possibilitaram e, ao mesmo tempo, limitaram o surgimento das lutas sociais que se desdobraram nas décadas seguintes. A partir desse entendimento, este capítulo abordará três eixos fundamentais para a compreensão das contradições entre dependência, direitos e emancipação.

No primeiro iremos fazer um resgate histórico da formação sócio-histórica brasileira e da América Latina, como base material e ideológica das desigualdades estruturais; no segundo, abordaremos a saúde no contexto desenvolvimentista brasileiro, entendendo-a como uma política social atravessada pelas disputas de classe, raça e gênero; e, por último, trataremos sobre os movimentos sociais neste contexto, tanto urbanos quanto os movimentos dos trabalhadores do campo e o movimento feminista, que expressam a resistência das classes trabalhadoras frente à ordem burguesa e à modernização excludente.

2.1 FORMAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA BRASILEIRA E DA AMÉRICA LATINA

O conceito de formação sócio-histórica constitui uma das categorias centrais para a compreensão da totalidade das sociedades, expressando-se como a forma em que os seres humanos organizam a produção material da vida, as relações sociais que dela decorrem, e as instituições políticas e ideológicas que se erguem para sustentá-las. A análise da formação social, portanto, permite apreender o movimento concreto da história como um processo peneirado de contradições, no qual as condições materiais de existência determinam, ainda que de forma dialética, as possibilidades de ação e consciência dos sujeitos.

De acordo com Marx (2013), o modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e intelectual em geral. Essa

formulação rompe com a leitura idealista da história ao situar a economia não como uma esfera isolada, mas como a base material sobre a qual se erguem todas as dimensões da vida social. Assim, a sociedade deve ser compreendida como uma totalidade concreta e contraditória, atravessada por lutas de classes, desigualdades e resistências que expressam as formas específicas de reprodução da vida social.

No caso brasileiro, a análise da formação sócio-histórica, exige partir das suas raízes coloniais e escravocratas, que estruturaram um modelo de sociedade profundamente hierarquizado, racial e dependente. Desde a colonização portuguesa, o território brasileiro foi incorporado à economia mundial capitalista como espaço de extração de riquezas e exploração da força de trabalho, cumprindo uma função periférica e subordinada. Essa inserção dependente determinou não apenas o caráter econômico do país, mas também as bases políticas, ideológicas e culturais que moldaram suas instituições e suas formas de dominação.

Conforme analisa Moura (1988), a colonização portuguesa no Brasil representou uma iniciativa essencialmente econômica, sustentada pela violência, pelo genocídio dos povos indígenas e pela escravização de africanos. O sistema escravista constituiu o núcleo estruturante da formação social brasileira, moldando a divisão de classes, as relações raciais e a própria constituição do Estado. Para o autor, o sistema escravista foi um modo de dominação total, em que a exploração econômica se entrelaçou ao racismo como ideologia legitimadora da subjugação.

A medida que o sistema escravista sente o impacto dos escravos, procura resguardar-se contra o uso do aparelho ideológico dos mesmos, como combustível capaz de dar-lhes os elementos subjetivos para que eles adquiram consciência da sua situação de oprimidos e discriminados. (MOURA, 1988, p.54)

Desse modo, a sociedade colonial se organizou como uma estrutura de dominação racial, na qual o trabalho manual, realizado pela população negra, foi sistematicamente desvalorizado, enquanto o poder e a riqueza concentravam-se nas mãos de uma minoria branca e proprietária. Mesmo após a abolição formal da escravidão, em 1888, essa estrutura não foi desmontada, apenas se transformou. Para Fernandes (1987), o fim do regime escravista foi conduzido “de branco para branco”¹, sem qualquer redistribuição de terras, de poder político ou de reparação

¹ Termo utilizado por Florestan Fernandes que mostra que a abolição partiu das classes dominantes, que eram brancas; e os benefícios da nova ordem ficaram restritos ao mesmo grupo social.

social, o que perpetuou a subordinação das classes trabalhadoras negras e indígenas ao capital agrário e, posteriormente, ao capital industrial.

O negro sofreu todas as humilhações e frustrações da escravidão, de uma abolição feita como uma revolução do branco para o branco, e dos ressentimentos que teve de acumular, vegetando nas cidades e tentando ser gente, isto é, cidadão comum (FERNANDES, 1989, p. 7).

Essa transição incompleta resultou no que Netto (2011) denomina “modernização conservadora”, um processo em que o progresso técnico e a industrialização se incorporaram sem ruptura com as bases oligárquicas e escravistas. O Estado nacional foi erguido como mediador entre o capital internacional e as elites internas, garantindo a reprodução da dependência e o controle político da classe trabalhadora. Dessa forma, a industrialização do século XX, impulsionada pelas políticas desenvolvimentistas, intensificou as contradições da formação brasileira: enquanto a economia crescia, a desigualdade se aprofundava, e as massas camponesas eram expulsas do campo e lançadas à miséria urbana.

Como apontam Marx e Engels (1997, p.37), “o proletariado passa por diferentes etapas de desenvolvimento; a sua luta contra a burguesia começa com a sua própria existência”. No Brasil, essa afirmação adquire materialidade concreta, a industrialização criou um proletariado precarizado, sem direitos e excluído da cidadania plena. Netto (2011) sintetiza essa dinâmica ao afirmar que o desenvolvimentismo:

Consistente em que os projetos de desenvolvimento (ou a potenciação de forças produtivas, com as correspondentes reformas sociais estruturais que a viabilizam em contextos econômicos-sociais explorados, periféricos e heteronômicos) e mesmo a sua contrafação ideológica, o desenvolvimentismo (ou a construção de uma representação em que a indução de “mudanças” estratégicas para favorecer uma reintegração dependente na dinâmica capitalista elude as diferenciações e as colisões classistas) (NETTO, 2011, p. 125)

A formação social brasileira é, portanto, marcada por uma dialética entre atraso e modernidade, na qual o capital industrial se apoia nas bases arcaicas herdadas do passado escravista. O racismo, o patriarcado e a concentração fundiária não são resquícios históricos, mas condições estruturais da acumulação capitalista. Nesse sentido, a não realização da reforma agrária se apresenta como uma das expressões mais evidentes do caráter excludente dessa modernização.

Desde o final do século XIX, a estrutura fundiária manteve-se concentrada, consolidando o poder das oligarquias rurais e assegurando a subordinação da população camponesa.

Como observa o autor Moura (1988), essa concentração de terras é elemento central da continuidade das formas de dominação do período escravista sob novas bases. A abolição não rompeu com as relações de dependência no campo, apenas substituiu a coerção direta pela coerção econômica. O trabalhador livre, sem terra e sem direitos, tornou-se refém do latifúndio e das políticas estatais voltadas à exportação, formando um proletariado rural precarizado que, deslocando-se para as cidades, alimentou o ciclo da pobreza e da marginalização. Netto (2011) ressalta que tal processo expressa a lógica do capitalismo dependente, em que a modernização do campo ocorre de maneira desigual e combinada. Introduz-se a tecnologia e o agronegócio, mas preservam-se as relações semifeudais e a exploração intensiva da força de trabalho.

Em contrapartida, a formação sócio-histórica da América Latina, de modo mais amplo, também não pode ser dissociada da expansão mundial do capitalismo. Desde a colonização, o continente foi inserido na divisão internacional do trabalho como fornecedor de matérias-primas e mão de obra barata, mantendo-se estruturalmente subordinado aos centros hegemônicos. Como demonstra Marini (1973), a dependência não deve ser entendida como transitória, mas como uma forma específica de desenvolvimento capitalista. Dessa forma, o autor introduz o conceito de “superexploração da força de trabalho”, segundo a qual o trabalhador latino-americano é remunerado abaixo do valor de sua força de trabalho, mediante intensificação da jornada e compressão salarial, garantindo a transferência de valor do trabalho periférico para o capital imperialista.

A dependência, portanto, articula dimensões econômicas, políticas e ideológicas. O colonialismo instaurou hierarquias raciais e sexuais do trabalho, sustentando a exploração material sobre a inferiorização simbólica dos povos colonizados. As burguesias locais, associadas ao capital estrangeiro, formaram-se como classes dominantes subalternas, incapazes de desenvolver projetos autônomos de nação. Como resultado, a modernização latino-americana foi desigual e combinada onde a industrialização e o crescimento urbano coexistiram com o pauperismo, o autoritarismo e a marginalização das massas populares.

Durante o século XX, as tentativas de romper a dependência materializaram-se nos projetos desenvolvimentistas de industrialização por substituição de importações (ISI), especialmente no Brasil, Argentina e Chile. Contudo, conforme observa Bamberger (1978), o modelo da ISI reproduziu internamente as contradições do capitalismo dependente, uma vez que a industrialização ocorreu sem reforma agrária, sem redistribuição de renda e sem transformação das estruturas de poder. Assim, o desenvolvimento econômico manteve a superexploração do trabalho e aprofundou a desigualdade.

As décadas de 1960 e 1970 tornaram explícita essa contradição com a ascensão das ditaduras militares em diversos países da região, como o Brasil (1964–1985), Chile (1973–1990), Argentina (1976–1983) e Uruguai (1973–1985). Esses regimes autoritários expressaram a forma política do capitalismo dependente. Fernandes (1987) interpreta tais governos como instrumentos de uma burguesia associada, cuja função histórica era garantir a estabilidade do capital monopolista e conter o avanço dos movimentos populares. A repressão aos operários, camponeses, estudantes e mulheres demonstrava a necessidade de controle político e ideológico.

Essa conjuntura estava vinculada à ofensiva imperialista dos Estados Unidos, que, no contexto da Guerra Fria, consolidou a Doutrina de Segurança Nacional como mecanismo de dominação sobre a América Latina. Através de alianças com as elites locais, o imperialismo assegurou a subordinação econômica e militar do continente. O Estado latino-americano, como aponta Netto (2011), emergiu como mediador entre o capital internacional e as classes dominantes locais, desempenhando um papel contraditório, onde se apresentava como promotor do desenvolvimento, mas atuava, em sua essência, como garantidor da dependência.

Portanto, o Estado nas formações sociais dependentes é essencialmente um Estado de classe, que administra as contradições do capitalismo periférico sem superá-las, utilizando políticas compensatórias para conter as reivindicações sociais.

2.2 A SAÚDE NO CONTEXTO DESENVOLVIMENTISTA BRASILEIRO

As lutas pelo direito à saúde no Brasil atravessaram todo o século XX. Conforme situado anteriormente, o Estado brasileiro, dentro do modelo de desenvolvimento dependente, adotou a ideologia desenvolvimentista como estratégia para colocar em ação o projeto político e econômico que orientou o Estado entre as décadas de 1930 e 1980, sustentado pela crença de que o crescimento industrial e a modernização tecnológica conduziriam automaticamente ao progresso social e à superação do atraso nacional. Esse projeto, comandado pelas elites políticas e econômicas, teve início na Era Vargas e atingiu seu auge nos governos de Juscelino Kubitschek e, posteriormente, no regime militar. Fundamentado na expansão da indústria, na urbanização acelerada e na integração nacional por meio da infraestrutura.

Nesse contexto, o Estado assumiu o papel de mediador das contradições de classe, reorganizando a produção e o consumo em benefício do capital sem alterar as estruturas de dominação herdadas do escravismo e do latifúndio. As políticas sociais, entre elas as de saúde, foram concebidas como instrumentos de regulação da força de trabalho, subordinando a vida e o corpo dos trabalhadores, especialmente das mulheres, negros (as) e pobres, à lógica da acumulação capitalista e da reprodução ampliada do capital.

A Era Vargas (1930–1945) marcou uma inflexão fundamental nesse processo, com a emergência de um Estado que se apresentava como promotor do progresso nacional e mediador das tensões entre capital e trabalho. O discurso da modernização justificava a expansão das políticas públicas voltadas à proteção social, mas sempre dentro de uma racionalidade funcional ao capital.

Dessa forma, o desenvolvimento das políticas de saúde, nesse período, não pode ser compreendido de forma isolada ou meramente técnica. A saúde, mais do que um campo de gestão pública, deve ser entendida como dimensão política da reprodução social, expressão concreta da forma como o Estado burguês administra as contradições do capitalismo dependente. As políticas sanitárias tornaram-se, assim, instrumentos de controle sobre os corpos, regulando a natalidade, higienizando os espaços urbanos e moralizando as práticas sociais. Longe de representar um reflexo do desenvolvimento econômico, a saúde consolidou-se

como um de seus principais mecanismos de legitimação e disciplinamento social (Foucault, 1999).

Assim, a materialização desse processo veio por meio da ampliação do aparato sanitário, que se reconfigurou para atender às novas demandas do capitalismo urbano-industrial. As campanhas de erradicação de doenças foram conduzidas sob forte influência de fundações internacionais, evidenciam a subordinação da política de saúde à lógica do capital internacional e da produtividade. O Estado varguista, ao mesmo tempo em que promovia o discurso da inclusão e do progresso, reforçava a divisão entre os que produzem e os que governam, relegando à população trabalhadora um lugar de vigilância e intervenção.

Essa racionalidade encontra correspondência no que Arouca (1975) denomina de projeto preventivista, que, ao deslocar o foco da clínica para a prevenção, não rompe com as determinações estruturais do capitalismo dependente, mas atua como um dispositivo ideológico de controle social, ao responsabilizar os indivíduos e os grupos sociais por sua própria condição de saúde, obscurecendo as determinações históricas, econômicas e sociais do processo saúde-doença. Dessa forma, a medicina preventiva, longe de constituir uma prática emancipatória, operou como estratégia de adaptação da força de trabalho às necessidades do desenvolvimento capitalista periférico, reafirmando a funcionalidade da saúde às exigências da acumulação e da ordem social vigente. Nesse contexto, a saúde das mulheres não estava nas prioridades estatais.

O Estado desenvolvimentista tratava o corpo feminino como objeto de intervenção moral e reprodutiva, e não como sujeito de direitos. A mulher era concebida prioritariamente como mãe e cuidadora, papel funcional à reprodução da força de trabalho e à estabilidade da família operária. Essa concepção biologizante e patriarcal estruturou as primeiras políticas de saúde materno-infantil, que surgiram não como conquista de direitos, mas como estratégia de controle da natalidade e da pobreza. O corpo da mulher pobre, negra e periférica transformou-se, assim, em um campo privilegiado de intervenção estatal, e a saúde pública passou a incorporar práticas de “educação sanitária” voltadas à disciplina dos hábitos e comportamentos de acordo com os valores morais das elites.

Como observa Saffioti (1987), o patriarcado brasileiro se articula organicamente à formação de classe, de modo que a opressão das mulheres não se limita ao campo simbólico, mas se expressa materialmente na divisão sexual do

trabalho e nas condições de superexploração impostas às mulheres negras e periféricas. Durante o ciclo de industrialização, essas mulheres foram incorporadas ao mercado de trabalho em condições precárias, com baixos salários e ausência de proteção social, acumulando jornadas exaustivas e a responsabilidade pela reprodução biológica e social da força de trabalho. Essa dupla jornada de exploração, produtiva e reprodutiva, era naturalizada como dever moral atribuída à “vocação feminina” para o cuidado.

O aparecimento do capitalismo se dá, pois, em condições extremamente adversas à mulher. No processo de individualização inaugurado pelo modo de produção capitalista, a mulher contaria com uma desvantagem social de dupla dimensão: no nível superestrutural era tradicional uma subvalorização das capacidades femininas traduzidas em termos de mitos justificadores da supremacia masculina e, portanto, da ordem social que a gerara; no plano estrutural, a medida que se desenvolviam as forças produtivas, a mulher vinha sendo progressivamente marginalizada das funções produtivas, ou seja, periféricamente situada no sistema de produção. (SAFFIOTI, 1976, p.18)

A perspectiva biopolítica, conforme analisam Furtado e Camilo (2016, apud Foucault, 1979), permite compreender que as políticas de saúde pública no Brasil operavam como estratégias de biopoder, ou seja, como mecanismos de controle e regulação da vida. O Estado passou a gerir as populações por meio de intervenções que combinavam vigilância, disciplina e moralização. Esse biopoder assumiu no Brasil um caráter de classe, raça e gênero, onde as mulheres brancas e de classe média eram incentivadas à maternidade responsável, enquanto as mulheres negras e pobres eram alvo de campanhas de controle de natalidade e esterilização. O controle sobre o corpo feminino, nesse sentido, era uma ferramenta de manutenção da ordem social e racial.

A expansão do setor privado de saúde, a criação de planos de assistência médica e o fortalecimento do complexo médico-industrial, formado por hospitais privados, empresas farmacêuticas e planos de saúde, transformaram a saúde em mercadoria, reforçando sua inserção na lógica da acumulação capitalista. De acordo com Arouca (1975), essa mercantilização se articula à industrialização dependente, na qual o Estado, ao mesmo tempo em que investia em campanhas públicas, subsidiava o setor privado, consolidando um modelo curativista e hospitalocêntrico que excluía grande parte da população.

Essa seletividade de acesso à saúde reforçava o abismo de classe. Apenas os trabalhadores formais, inseridos nos Institutos de Aposentadorias e Pensões

(IAPs), tinham direito à assistência médica. A grande maioria das mulheres, empregadas domésticas, lavadeiras, costureiras e trabalhadoras informais, ficava à margem do sistema previdenciário. O corpo feminino permanecia, assim, como espaço de reprodução gratuita da vida, onde se cuidava, se paria e se sustentava a continuidade da força de trabalho. Como analisa Elizabeth Souza-lobo (2021), a reprodução social é parte constitutiva da reprodução do capital, e o trabalho doméstico feminino, ainda que invisibilizado, é essencial à acumulação capitalista.

As questões relativas ao desemprego e ao subemprego incidem exatamente sobre essa população. No desenvolver deste trabalho, verificaremos de que maneira o gênero e a etnicidade são manipulados de modo que, no caso brasileiro, os mais baixos níveis de participação na força de trabalho, "coincidentemente", pertencem exatamente às mulheres e à população negra. (GONZÁLEZ, 2020, p.22)

Essa naturalização da exclusão e da precariedade está em consonância com o que Moura (1988) identifica como a estratégia ideológica herdada do sistema escravista

A medida que o sistema escravista sente o impacto dos escravos, procura resguardar-se contra o uso do aparelho ideológico dos mesmos, como combustível capaz de dar-lhes os elementos subjetivos para que eles adquiram consciência da sua situação de oprimidos e discriminados. (MOURA, 1988, p.54)

Assim, tanto o escravismo quanto o capitalismo operam por meio da expropriação material e da dominação simbólica, negando às mulheres negras e pobres a condição de sujeitos históricos, ao mesmo tempo em que dependem de seu trabalho para a reprodução da sociedade.

A desigualdade de gênero, portanto, não foi uma consequência acidental do desenvolvimentismo, mas uma de suas condições estruturais. Essa constatação é reforçada por González (1984, p. 224), ao afirmar que “o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira”, e que sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular. Dentro do próprio movimento feminista emergente, observavam-se contradições significativas: enquanto parte das mulheres brancas pautava a liberdade sexual e o direito ao corpo, as mulheres negras lutavam por sobrevivência, trabalho digno e acesso à saúde e à moradia, diante das múltiplas violências estruturais que as atingiam.

Assim, nas décadas de 1960 e 1970, o discurso desenvolvimentista incorporou a ideologia do controle populacional. Sob a influência de organismos internacionais, a redução das taxas de natalidade foi apresentada como condição para o crescimento econômico e a modernização. Conforme denúncia Carneiro (2003), as campanhas de planejamento familiar promovidas nesse período resultaram em práticas sistemáticas de esterilização em massa de mulheres negras e periféricas, sob o pretexto de combater a pobreza e melhorar a “qualidade de vida”. Essa prática demonstra a face mais cruel do biopoder estatal, que define quem pode e quem não pode gerar a vida.

Com o golpe militar de 1964, o desenvolvimentismo revelou sua face mais autoritária. O Estado passou a gerir a saúde dentro de um projeto tecnocrático e centralizador, orientado pela racionalidade econômica e pela expansão do setor médico-empresarial. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, do Sistema Nacional de Saúde, reforçou a dualidade entre o público e o privado, restringindo o acesso à saúde ao trabalhador formal e às classes médias. Netto (2011) ressalta que, nesse período, as políticas sociais foram convertidas em instrumentos de controle e legitimação do regime militar, que oferecia benefícios restritos em troca de obediência política.

A saúde, então, tornou-se parte de um pacto autoritário que conciliava repressão política e controle social. Os serviços públicos precários e fragmentados não atendiam às necessidades das populações periféricas, enquanto o setor privado se expandia com apoio estatal. O corpo feminino manteve-se como fronteira entre o econômico e o biopolítico, simultaneamente força de trabalho e objeto de vigilância, mostrando que a saúde nunca foi tratada como direito universal, mas como instrumento de regulação da força de trabalho e de reprodução da desigualdade.

É justamente diante dessa combinação de exploração econômica, controle biopolítico e autoritarismo estatal que os movimentos sociais se tornaram fundamentais. Eles emergiram como respostas históricas às contradições do desenvolvimentismo, denunciando a seletividade das políticas sociais, a medicalização do corpo feminino, o racismo institucional e a reprodução das desigualdades de classe. Foi nesse terreno de conflito e resistência que as lutas feministas, populares, urbanas e sanitárias passaram a disputar o sentido da saúde como direito e não como privilégio, questionando a lógica que subordinava a vida à

acumulação capitalista e abrindo caminho para o processo de Reforma Sanitária e, posteriormente, para a construção de um sistema público universal.

2.3 MOVIMENTOS SOCIAIS DO CAMPO, CIDADE E O MOVIMENTO FEMINISTA

O conceito de movimento social foi empregado no século XIX, para se referir às mobilizações operárias por direitos sociais, que emergiram na Europa industrial, marcadas pelos conflitos de interesses entre a burguesia e a classe trabalhadora. Essas mobilizações eram resultados das condições de exploração impostas pela nova ordem econômica que se expandia por todos os países, o modo de produção capitalista.

Para Marx e Engels (1997), o modo de produção econômico e a organização social de diferentes períodos estava presente na relação de exploração e explorado, dominante e dominado. Sendo assim, presente também a luta de classes. Concomitante, no capitalismo, a luta de classes alcança um ponto onde a classe trabalhadora só se libertará da exploração da burguesia quando toda a sociedade superar também todas as relações de exploração e opressão. Portanto, os movimentos sociais são uma resposta esperada a partir do momento em que se coloca esse tipo de relação de hierarquização de poder que favorece apenas uma parcela da sociedade.

Sob diferentes perspectivas teóricas, os movimentos sociais assumem interpretações variadas. Para o pensamento marxista², linha teórica que dá base para esse trabalho, os movimentos sociais adquirem um significado mais profundo, entendendo-os como expressões concretas da luta de classes, configurando-se como ações coletivas organizadas da classe trabalhadora em oposição à burguesia. Esses movimentos se estruturam de maneira racional, por meio de sindicatos, partidos e associações, com o objetivo de transformar as relações capitalistas de produção e construir uma nova sociabilidade fundada na emancipação da classe trabalhadora e marcada por relações não exploratórias.

Os autores clássicos analisavam os movimentos sociais em termos de ciclos evolutivos em que seu surgimento, crescimento e propagação ocorriam por intermédio de um processo de comunicação que abrangia contatos, rumores, reações circulares, difusão das ideias etc. As insatisfações que geravam as reivindicações eram vistas como respostas às rápidas mudanças sociais e a desorganização social subsequente. A adesão aos movimentos sociais seriam respostas cegas e irracionais de indivíduos desorientados pelo processo de mudança que a sociedade industrial gerou. (GOHN. 2002, p.24)

² Neste trabalho se utilizará o termo “marxista” quando se referir aos adeptos das idéias destes. E o termo “marxiano” quando estiver se referindo aos escritos de Marx e Engels.

Assim, para o marxismo, os movimentos sociais não são apenas manifestações de inconformismo, mas instrumentos históricos de resistência e transformação das estruturas de dominação. Como aponta Grinberg (2018), os movimentos sociais nascem das contradições entre as promessas democráticas de igualdade e liberdade e a realidade excludente produzida pelo Estado burguês.

De acordo com Badaró (2010), ao analisar a formação da classe operária e a historicidade das lutas sociais, a classe trabalhadora é o resultado de um processo histórico de luta e experiência. É no confronto direto com as contradições do capital nas fábricas, nos campos e nas ruas que a classe trabalhadora se reconhece como sujeito histórico. Nesse sentido, o movimento social é o espaço privilegiado em que essa consciência se forma, fortalecendo a capacidade de resistência e a articulação política dos sujeitos.

No Brasil, a trajetória dos movimentos sociais, como enfatiza Gohn (2011), é atravessada por profundas disputas entre projetos de sociedade antagônicos, onde os setores populares constroem estratégias de resistência diante da hegemonia burguesa. Em uma sociedade atravessada por múltiplas desigualdades estruturais de classe, raça e gênero, os movimentos tornam-se mediações fundamentais na luta pela democratização da vida social e pela transformação das condições materiais de existência que refletem a própria formação social e histórica do país.

Essa realidade histórica não pode ser dissociada do modo como o desenvolvimento do capitalismo brasileiro se deu, que foi de maneira diretamente ligada à lógica da dependência e da subordinação, produzindo uma modernização conservadora que manteve as estruturas de privilégio e exclusão. A burguesia nacional, ao invés de romper com a herança colonial e escravocrata, consolidou um capitalismo excludente, no qual a ampliação da cidadania foi sempre parcial, racial e sexualmente estruturada e subordinada aos interesses das classes dominantes. Assim, a luta por direitos e pela democratização da sociedade assumiu, desde suas origens, um caráter contra-hegemônico.

Desse modo, podemos observar a abolição da escravidão brasileira como uma transição conservadora, na qual as elites mantiveram o controle econômico e político, e o povo negro permaneceu “à margem” da construção da nação, onde a revolução burguesa brasileira não se realizou como um movimento de emancipação coletiva, mas como um rearranjo das forças de poder voltado à manutenção da ordem e da desigualdade.

A persistência desses elementos autocráticos-burgueses se deve ao fato de nosso desenvolvimento histórico enquanto nação não ter ocorrido através de uma revolução social de rompimento integral com o passado colonial-escravista, mas através de uma recomposição das camadas dominantes. Ou seja, o nascimento da República, em 1889, não trouxe consigo a abolição radical das relações sociais (e das relações de produção) pertencentes à sociedade anterior, sobretudo, em relação ao agente do trabalho. (...) Ou seja, a tal ponto de a República ter para o trabalhador a mesma significação que a Monarquia teve para o escravizado. (SILVA, 2023 p.27)

Todo o contexto da herança escravocrata se articula com outro processo igualmente decisivo que foi a não efetivação da Reforma Agrária. Desde o fim do século XIX, a concentração fundiária permaneceu como uma das principais marcas estruturais da sociedade brasileira. A ausência de redistribuição de terras consolidou o poder das oligarquias rurais e manteve grande parte da população, especialmente camponeses, indígenas e descendentes de escravizados excluída do acesso aos meios de produção.

A concentração da propriedade da terra é uma das expressões mais evidentes da desigualdade de classes no campo. Ao impedir a democratização do uso da terra, o Estado brasileiro garantiu a continuidade da dominação das elites agrárias, subordinando o trabalhador rural às relações de exploração que sustentam o capitalismo dependente no país.

O campo tornou-se, assim, um território de conflito permanente entre o capital e o trabalho, no qual a luta pela terra assume uma dimensão política e histórica central. De acordo com Stédile (1997), o latifúndio e o agronegócio representam a face mais visível da dominação de classe no meio rural, pois concentram riqueza, poder e tecnologia, enquanto expulsam os trabalhadores para as periferias urbanas. Essa expulsão, disfarçada de modernização e progresso, constitui um mecanismo de reprodução do exército industrial de reserva, na medida em que o capital necessita de uma massa de trabalhadores disponíveis para o trabalho precarizado e mal remunerado nas cidades.

A ausência histórica de uma reforma agrária efetiva demonstra que o Estado brasileiro não é um mediador neutro, mas um agente ativo da acumulação capitalista. Ele atua de forma a proteger os interesses da classe dominante, seja pela via da repressão direta aos movimentos de luta pela terra, seja pela criminalização dos sujeitos que ousam desafiar a propriedade privada, como por exemplo o MST.

A luta do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), portanto, não se reduz a uma demanda econômica por terras, mas representa uma crítica radical à lógica da mercantilização da vida e da natureza. Como aponta Oliveira (2007), o MST se constitui como uma prática política de resistência à hegemonia do capital agrário, propondo uma nova racionalidade social, baseada na coletividade, na solidariedade e na autogestão. Suas ocupações e assentamentos materializam como uma disputa a oposição, isto é, uma disputa pela hegemonia cultural e política, em que as classes subalternas constroem seus próprios espaços de poder e consciência.

Desse modo, a luta camponesa revela, na prática, a contradição essencial do capitalismo dependente brasileiro. Enquanto o agronegócio representa o projeto de acumulação das elites, a agricultura familiar e os movimentos sociais do campo afirmam o projeto da reprodução da vida, ou seja, a resistência dos trabalhadores do campo expressa a dimensão ontológica do trabalho como princípio criador da vida social, contrapondo-se à lógica destrutiva do capital, que transforma tudo em mercadoria.

A migração em massa para as cidades, intensificada a partir da década de 1970, reflete os efeitos dessa modernização desigual. A promessa de ascensão social e de melhores condições de vida nas áreas urbanas revelou-se ilusória, resultando na formação das periferias e na reprodução da pobreza em novos espaços. Assim, o que se verificou foi uma transferência da exploração do campo para a cidade.

Como analisa Carlos (2020 APUD Lefebvre, 2009), o espaço urbano é produto das relações sociais e, sob o capitalismo, torna-se também uma mercadoria. Ou seja, a cidade deixa de ser apenas um local de convivência e passa a ser regida pela lógica da propriedade privada e da acumulação. O solo urbano, a moradia, o transporte e até o direito de circular passam a ser determinados pela capacidade de consumo. Assim, as cidades expressam as mesmas contradições do modo de produção capitalista: o centro e a periferia, o acesso e a exclusão, a acumulação e a miséria.

Essas contradições são representadas de forma contundente na obra Quarto de despejo: diário de uma favelada, de Carolina Maria de Jesus (2014), que expressa com sensibilidade e crítica a segregação espacial e social vivida na favela do Canindé. A autora descreve a estrutura desigual da cidade: “Eu classifico São

Paulo assim: o Palácio é a sala de visita. A Prefeitura é a sala de jantar e a cidade é o jardim. E a favela é o quintal onde jogam os lixos” (JESUS, 2014, p. 27). E em outro momento, ela complementa, revelando o sentimento de desumanização e exclusão que marca a vida nas favelas: “[...] quando estou na favela, tenho a impressão de que sou um objeto fora de uso, digno de estar num quarto de despejo” (JESUS, 2014, p. 31).

As palavras de Carolina Maria de Jesus materializam, de forma literária e política, o que Lefebvre (2009) teoriza como a produção desigual do espaço: a cidade é fragmentada pela lógica da mercadoria, onde os corpos pobres e racializados são empurrados para os “quartos de despejo” da urbanização capitalista.

Nesse cenário de segregação espacial, que transformou o direito à cidade em privilégio de poucos, emergem os movimentos sociais urbanos, que passam a reivindicar condições básicas de sobrevivência como: moradia, transporte, saneamento básico, acesso à terra urbana e aos serviços públicos. Como ressalta Gohn (2011), esses movimentos expressam o resultado direto das contradições entre a urbanização capitalista e a negação dos direitos fundamentais. As ocupações urbanas, as lutas por regularização fundiária e os protestos contra os aumentos das tarifas de transporte tornaram-se expressões concretas da resistência popular frente à mercantilização da cidade.

Além das condições materiais, é importante destacar que o controle urbano se estende também aos corpos. As políticas de segurança e ordenamento territorial passam a atuar como instrumentos de vigilância e disciplina das classes subalternas. Um exemplo emblemático desse processo na atualidade, é o Programa Bolsa Família (PBF)³, instituído em 2003, como política de transferência direta de renda destinada às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. A concessão do benefício está condicionada ao cumprimento de exigências que envolvem a educação, a assistência e, sobretudo, a saúde.

No caso da saúde, essa condicionalidade assume uma dimensão ainda mais disciplinadora, pois impõe às beneficiárias, que em sua maioria são mulheres, o dever de garantir o cumprimento rigoroso do calendário de vacinação. Caso a mãe

³ O Programa Bolsa Família, instituído pela Lei nº 10.836/2004, é uma política pública de transferência condicionada de renda voltada ao enfrentamento da pobreza e da extrema pobreza, direcionada a famílias em situação de vulnerabilidade social.

não realize a pesagem das crianças nos prazos estabelecidos ou apresente pendências na caderneta de vacinação, o benefício pode ser bloqueado ou suspenso. Essa prática revela uma discordância profunda na relação entre Estado e sujeitos sociais, pois enquanto as beneficiárias do Bolsa Família são cobradas e vigiadas por meio de um aparato institucional, as mães que não recebem o benefício não são submetidas ao mesmo nível de controle.

Essa diferença evidencia que as políticas sociais focalizadas, ao invés de promoverem a universalização do direito à saúde, acabam por instituir uma política de controle seletivo sobre os corpos das mulheres pobres, em especial as mulheres negras e periféricas. Assim, o corpo do trabalhador urbano é vigiado, controlado e explorado, funcionando como extensão do processo de acumulação.

Netto (2011) destaca que a ampliação das lutas urbanas reflete o amadurecimento político da classe trabalhadora, que passa a se organizar não apenas em torno do trabalho, mas também das condições de reprodução da vida. As lutas pela moradia, transporte e saneamento básico revelam o caráter totalizante da questão social, pois denunciam que a desigualdade não está apenas nas relações produtivas, mas em toda a estrutura social e espacial do capitalismo.

Portanto, a sociedade transforma-se em uma arena de disputa entre o valor de uso e o valor de troca. Enquanto o valor de uso expressa as necessidades humanas como morar, circular, viver, o valor de troca reflete a apropriação da cidade como mercadoria, subordinada à lógica do lucro. As ocupações urbanas, os movimentos de moradia e as resistências periféricas expressam, nesse sentido, a luta pela reapropriação da cidade como espaço de vida e de direitos.

Dessa forma, a luta pela cidadania no Brasil não foi um processo linear ou progressivo, Grinberg (2018) observa que o conceito de cidadania, frequentemente tratado como uma conquista universal, deve ser entendido como resultado de disputas históricas e não como concessão do Estado. Nessa mesma direção, podemos ressaltar que a classe social e a consciência política se formam na experiência concreta da exploração e da luta cotidiana, e não a partir de categorias abstratas.

É nesse contexto de disputas e contradições que se insere o movimento feminista, cuja emergência no Brasil representa não apenas uma reação às desigualdades de gênero, mas uma ampliação da própria luta de classes. Foi a partir da segunda metade do século XX, especialmente no contexto da ditadura

civil-militar brasileira e da transição democrática, que o movimento feminista emergiu como um ator político fundamental no enfrentamento das múltiplas formas de opressão impostas pelo Estado e pelo capital. Longe de se constituir como um movimento homogêneo, o feminismo é sempre atravessado por múltiplas contradições de classe, raça e território que marcam a formação social brasileira. Assim, mais do que reivindicar igualdade formal, o feminismo expressa um projeto político contra-hegemônico, que desafia as bases estruturais do patriarcado e do capitalismo dependente.

As mulheres, sobretudo as mulheres das camadas populares, ao denunciarem a opressão patriarcal, o racismo estrutural e a exploração econômica, colocaram em evidência os limites de uma cidadania formal que exclui grande parte da população das condições reais de existência digna. Assim, o feminismo brasileiro surge como uma forma específica de luta por cidadania, mas não uma cidadania liberal e restrita, mas uma cidadania insurgente, construída a partir das experiências concretas de opressão e resistência.

Dessa forma, para compreender o lugar do movimento feminista na sociedade capitalista, necessário recorrer à noção de biopolítica. Conforme Furtado e Camilo (2016 APUD Foucault, 1979), a modernidade capitalista institui uma nova racionalidade de poder, o poder sobre a vida, em que o Estado e as instituições sociais passam a gerir os corpos e regular a reprodução da força de trabalho, transformando a vida em objeto de controle político e econômico. O corpo, antes apenas explorado, passa a ser também administrado e disciplinado para servir à lógica da produção.

Assim, a biopolítica revela sua face de classe, pois o controle da vida não é neutro, ele incide de maneira desigual sobre os corpos das classes trabalhadoras. Como observa Saffioti (1987), a dominação patriarcal e o racismo não são acessórios do capitalismo, mas dimensões estruturais que asseguram sua reprodução. O controle sobre as mulheres, sobretudo sobre as mulheres negras e pobres, é um instrumento político-econômico que garante a manutenção da força de trabalho barata e o deslocamento da responsabilidade social do Estado para o espaço doméstico.

A biopolítica capitalista, portanto, atua como um mecanismo de exploração ampliada, na qual o corpo feminino é simultaneamente produtivo e reprodutivo, explorado no trabalho e responsabilizado pela sobrevivência da classe trabalhadora.

As políticas sociais, ao invés de romperem com essa lógica, frequentemente a reforçam, naturalizando o papel da mulher como mãe, cuidadora e gestora da pobreza.

O movimento feminista denunciou essas práticas, revelando que as políticas de controle e vigilância recaem de modo mais intenso sobre as mulheres das classes subalternas. As mulheres negras, indígenas e periféricas são, historicamente, aquelas cujos corpos foram regulados, explorados e estigmatizados como “matrizes da pobreza”. González (1984) demonstra que o racismo e o sexismo são articulados de forma estrutural na sociedade brasileira, operando como tecnologias de poder que definem quais vidas merecem ser protegidas e quais são descartáveis. Essa articulação entre opressões não é apenas simbólica, mas material, e se expressa na divisão racial do trabalho, na precarização da vida e na exposição contínua à violência institucional.

Dessa forma, o feminismo negro avança para além das leituras liberais do gênero, compreendendo que a emancipação das mulheres não pode ser alcançada dentro da ordem capitalista. Como afirma Davis (2016), as lutas feministas precisam ser entendidas como parte da luta mais ampla contra a exploração do trabalho e a opressão racial, pois o capitalismo se alimenta da desigualdade entre homens e mulheres e da desumanização das populações negras. Nesse sentido, o feminismo é não apenas uma luta por igualdade, mas uma luta de classes ampliada, que busca subverter as formas de poder que controlam o corpo, o trabalho e a reprodução da vida.

Essa crítica encontra consonância com o projeto ético-político do Serviço Social, que, ao reconhecer as expressões da questão social como produto da sociedade capitalista, posiciona-se ao lado das classes oprimidas e dos movimentos que buscam a emancipação humana. O Código de Ética do Assistente Social (CFESS), afirma o direito do profissional de “apoiar e/ou participar dos movimentos sociais e organizações populares vinculados à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania” (CFESS, 2011, p. 23)."

Por isso, o movimento feminista, ao lado das lutas de trabalhadores e das demais expressões da resistência popular, deve ser compreendido como parte essencial do processo histórico de luta de classes no Brasil. Como aponta Grinberg (2018), a cidadania é resultado de disputas históricas, e o feminismo é uma das

expressões mais significativas dessa disputa, pois tensiona as fronteiras entre o público e o privado, o trabalho e a reprodução, o direito e o controle.

3. CONSOLIDAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE NO BRASIL

O movimento feminista emerge como uma expressão histórica das lutas das mulheres contra múltiplas formas de dominação inscritas em diferentes contextos sociais, políticos e econômicos. Na Grécia antiga, por exemplo, mesmo que não houvesse o conceito “feminismo” como um movimento social organizado, figuras⁴ como: Safo e Hipátia que desafiavam as normas de gênero ao questionarem a dominação masculina.

Em 1792, Mary Wollstonecraft (1759-1797), surge como uma das fundadoras do feminismo ao publicizar a obra “Uma reivindicação dos direitos das mulheres”, que traz a educação, direito ao voto e à igualdade no casamento como direitos a serem conquistados perante a sociedade. Wollstonecraft crítica a condição de subordinação imposta às mulheres e reivindica seu direito de dispor sobre a própria propriedade, rompendo com a lógica que as mantinha juridicamente tuteladas pelos homens. Em dizer que “a independência é a grande bênção da vida. A base de toda virtude” (WOLLSTONECRAFT, 2016, p. 17), Mary nos mostra a centralidade atribuída à educação como condição para o desenvolvimento da mulher enquanto ser racional e moralmente autônomo, capaz de alcançar plena independência intelectual e social.

Outra figura fundamental para a consolidação do feminismo foi Sojourner Truth (1797–1883), abolicionista e ativista afro-americana dos direitos das mulheres. Nascida como escrava, lutou pela emancipação das mulheres negras nos Estados Unidos, articulando de forma pioneira a denúncia do racismo, do sexismo e da exploração econômica. Indo para além dos debates feministas do seu tempo, até sua morte, defendeu os direitos civis das mulheres

Sojourner Truth (...) argumentou publicamente a favor das mulheres ganharem o voto e enfatizou que sem este direito as mulheres negras teriam de se submeter à vontade dos homens negros. O seu famoso discurso, “há uma grande agitação sobre os homens negros terem os seus direitos, mas nem uma palavra sobre as mulheres negras; e se os homens negros tiverem os seus direitos, e não as suas mulheres negras, vocês verão os homens negros serem donos das mulheres, e será tão mau como foi até então”, lembrou ao público americano que a opressão sexista era uma ameaça real à liberdade das mulheres negras tal como a opressão racial. (HOOKS, 2014, p.6)

⁴ As informações apresentadas dessas mulheres a seguir foram extraídas de MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. “Feminismo e política: uma introdução”. São Paulo: Boitempo, 2014, p. 19–29.

Ainda no século XIX, Flora Tristan (1803–1844) insere a condição da mulher trabalhadora no centro de seu projeto socialista utópico ao defender a necessidade da união operária. Ao articular de forma pioneira a opressão de classe à opressão de gênero, a autora sustenta que a emancipação do proletariado não poderia se concretizar sem a libertação das mulheres. Nessa perspectiva, Tristan afirma que “a libertação dos trabalhadores será obra dos próprios trabalhadores” (TRISTÁN, 2015, p. 10), compreendendo sua obra como um verdadeiro “instrumento de propaganda de uma fé verdadeira, aquela da salvação da classe operária por ela mesma, e mais do que isto, da humanidade pela classe operária” (TRISTÁN, 2015, p. 10). Desse modo, suas reflexões constituem uma das primeiras tentativas de vincular organicamente a luta feminista ao projeto de emancipação social, ao evidenciar que a proposta da “união universal dos operários e operárias é duplamente universal: por seu internacionalismo e pela inclusão das mulheres operárias, em geral esquecidas nas primeiras tentativas de organização dos trabalhadores” (TRISTÁN, 2015, p. 10).

No século XX o debate feminista começa a se aprofundar sobre a centralidade do trabalho na dinâmica de opressão de gênero trazendo autoras que vão ampliar o pensamento feminista ao relacioná-lo a luta de classes. Clara Zetkin (1857–1933) trouxe debates sobre o voto das mulheres e a participação partidária, se tornando uma das responsáveis por inserir os direitos políticos das mulheres na agenda do movimento operário internacional, compreendendo a emancipação feminina como parte indissociável da luta de classes. Alexandra Kollontai (1872–1952), por sua vez, aprofundou a crítica às instituições da família e do casamento, influenciada por Engels em seu livro “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, do ano de 1884, concebidas como estruturas de reprodução da opressão patriarcal e da propriedade privada. A partir de suas análises, Kollontai fez a defesa da responsabilização coletiva pelo cuidado das crianças, perspectiva essa alinhada com o Estatuto da Criança e do adolescente brasileiro⁵ (ECA). Seguindo pelo feminismo crítico, a autora Emma Goldman (1869–1940), elaborou uma crítica contundente ao denominado “Feminismo Burguês”, por considerá-lo incapaz de promover a libertação das mulheres, uma vez

⁵ BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

que se limitava à ampliação dos direitos formais sem romper com as bases sociais de opressão. Além disso, Goldman foi pioneira nos debates em defesa da liberdade sexual, da autonomia dos corpos e da legitimidade das relações homoafetivas, ampliando o campo das lutas feministas para além da esfera jurídico-institucional. Ao ampliar os eixos em debate, sua reflexão contribuiu para a compreensão da emancipação da mulher como um processo indissociável do seu reconhecimento enquanto sujeitos múltiplos, atravessados por diferentes formas de dominação, cujas particularidades precisam ser consideradas para que a libertação se concretize de modo pleno.

No interior desse movimento de renovação do pensamento feminista no século XX, Simone de Beauvoir (1908–1986) ocupa lugar importante, sobretudo a partir da publicação de *O Segundo Sexo* (1949), obra que se tornou referência incontornável para os estudos feministas. Ao analisar historicamente, filosoficamente e socialmente a condição feminina, Beauvoir rompe com explicações biologizantes e naturalizantes da desigualdade entre homens e mulheres, afirmando que “não se nasce mulher: torna-se”. Com isso, a autora desloca o debate para o campo das relações sociais, demonstrando que a feminilidade é uma construção histórica produzida por instituições como a família, a religião, a educação, o trabalho e o próprio Estado. Em sua análise, a mulher é constituída como “Outro” na organização social, sendo confinada ao espaço da repetição, do cuidado e da reprodução, enquanto aos homens é reservado o lugar da transcendência, da criação e da ação no mundo público.

A grande diferença está em que, na mulher, a dependência é interiorizada: ela é escrava, mesmo quando se conduz com aparente liberdade; ao passo que o homem é essencialmente autônomo e é de fora que se acorrenta. (BEAUVOIR, 1967, p. 246)

A partir dessa perspectiva, a opressão das mulheres passa a ser compreendida como resultado de processos sociais, simbólicos e materiais que estruturam as relações de poder na sociedade. Ao articular existência, corpo e condição social, Beauvoir desloca a maternidade do campo da naturalização para o da organização social, evidenciando que as condições concretas de vida, trabalho e proteção social são determinantes para a experiência materna. Como afirma a autora:

Numa sociedade convenientemente organizada, em que o filho estivesse até certo ponto a cargo da coletividade, a mãe tratada e auxiliada, a maternidade não seria absolutamente incompatível com o trabalho

feminino. Ao contrário: é a mulher que trabalha — camponesa, química ou escritora — que tem o parto mais fácil, pelo fato de não se fascinar com sua própria pessoa. (BEAUVOIR, 1967, p. 293)

Essa formulação abriu caminho para a politização de temas como sexualidade, maternidade, trabalho e autonomia, influenciando decisivamente os movimentos feministas que, nas décadas seguintes, passaram a tensionar o Estado e as políticas públicas, principalmente no campo da saúde, ao afirmar as mulheres como sujeitos históricos, sociais e de direitos.

No cenário brasileiro, o movimento feminista surge sob influência das formulações teóricas e políticas, inicialmente, de feministas europeias e dos Estados Unidos, principalmente do século XX. Nísia Floresta (1810-1885) formulou suas ideias no interior de um horizonte liberal, debatendo sobre a exclusão educacional, jurídica e política das mulheres, tensionando ideologicamente a ordem patriarcal. Autoras como Bertha Lutz e Carlota Pereira de Queiroz, atuantes nas décadas de 1910 a 1930, também defensoras de um feminismo de caráter liberal, marcaram o chamado feminismo sufragista brasileiro voltado, prioritariamente, para a ampliação da participação política das mulheres e para a sua inserção nos espaços públicos.

No Brasil, da mesma forma, a primeira fase do feminismo teve como foco a luta das mulheres pelos direitos políticos, mediante a participação eleitoral, como candidatas e eleitoras. Esta luta esteve definitivamente associada ao nome de Bertha Lutz, que exerceu uma inegável liderança durante a década de 1920 e se manteve ligada às causas da mulher até sua morte em avançada idade, na década de 1970. Entretanto, não se pode reduzir a presença de manifestações feministas na época ao sufragismo de Bertha Lutz. (PINTO, 2003, p. 13)

Dessa forma, Pinto (2003) destaca que coexistiam diferentes expressões de mobilização feminina, atravessadas por distintas posições de classe e projetos políticos, ainda que o horizonte liberal tenha delimitado os contornos das reivindicações predominantes. Embora esse horizonte tenha sido fundamental para a conquista da cidadania formal, o feminismo desse período apresentava limites ao não problematizar de maneira estrutural as bases em que o Brasil se estruturou.

Ainda que esse enfoque tenha significado um avanço ao confrontar a exclusão histórica das mulheres da vida política, ele se mostrou insuficiente para dar conta da diversidade das experiências vividas pelas mulheres no Brasil. Muitas permaneciam restritas ao trabalho doméstico e ao cuidado dos filhos, sem condições materiais e sociais que possibilitaram uma participação efetiva na esfera pública. Além disso, os ganhos alcançados beneficiaram sobretudo mulheres

brancas e pertencentes às camadas médias e altas. Em contraste, mulheres negras, pobres e periféricas estavam envolvidas em lutas mais imediatas pela sobrevivência, buscando garantir direitos básicos como saúde, moradia e trabalho como forma de resistir à marginalização social.

Como aponta Lélia Gonzalez (1984), “o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira. Nesse sentido, veremos que sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular” (p. 224). Essa leitura permite compreender que, mesmo no interior do movimento feminista, coexistiam tensões e contradições: enquanto setores do feminismo branco priorizavam pautas relacionadas à liberdade sexual e aos direitos reprodutivos, as mulheres negras enfrentavam cotidianamente múltiplas violências, a exploração no trabalho doméstico e a precariedade das condições de moradia, lutando, antes de tudo, para assegurar condições mínimas de existência.

As questões relativas ao desemprego e ao subemprego incidem exatamente sobre essa população. No desenvolver deste trabalho, verificaremos de que maneira o gênero e a etnicidade são manipulados de modo que, no caso brasileiro, os mais baixos níveis de participação na força de trabalho, "coincidentemente", pertencem exatamente às mulheres e à população negra. (GONZÁLEZ, 2020, p.22)

Nesse sentido, a própria Lélia Gonzalez (1984) assinala que a importação acrítica de matrizes do feminismo hegemônico acabou por inviabilizar a centralidade do racismo, da herança escravocrata e das desigualdades de classe na conformação das experiências das mulheres no Brasil. Assim, a emergência das lutas das mulheres no país se articula às próprias determinações da reprodução social do capital, em que a exploração da força de trabalho se combina historicamente à superexploração, à racialização do trabalho e à naturalização da subordinação feminina.

É somente a partir da segunda metade do século XX, sobretudo no contexto de intensificação da industrialização, da reconfiguração do mercado de trabalho e do aprofundamento da questão social sob a ditadura militar, que o feminismo brasileiro passa a incorporar, de modo mais sistemático, a centralidade do trabalho e da reprodução social como categorias fundamentais para a análise da condição feminina. Nesse movimento, Elizabeth Souza-Lobo evidencia a inserção subordinada das mulheres no mundo do trabalho, a divisão sexual das atividades produtivas e reprodutivas, e os mecanismos de invisibilização do trabalho doméstico como parte constitutiva da dinâmica de acumulação capitalista.

Souza-Lobo foi pioneira ao demonstrar que a presença crescente das mulheres no setor industrial não representava, por si só, um processo de emancipação, uma vez que se dava majoritariamente por meio de ocupações precarizadas, mal remuneradas e socialmente desvalorizadas, reproduzindo no espaço fabril hierarquias já presentes no âmbito doméstico. Em seus estudos sobre mulheres operárias, a autora evidencia como a organização do trabalho se estrutura a partir de uma divisão sexual que associa determinadas tarefas à “natureza feminina”, naturalizando a exploração e legitimando a desigualdade salarial, a instabilidade e a dupla jornada.

A desvalorização e a não regulamentação dos trabalhos exercidos por mulheres nesse período incidiram diretamente sobre sua exclusão dos sistemas de proteção social. O acesso à previdência e à assistência à saúde permanecia condicionado ao vínculo formal de trabalho, onde era restrito aos trabalhos majoritariamente masculinos, de modo que muitas mulheres somente podiam acessar serviços de saúde na condição de dependentes. Assim, embora o capital avançasse e as lutas populares ampliassem determinados direitos sociais, tais conquistas se efetivaram de maneira profundamente desigual, excluindo as mulheres. Sua existência jurídica e social era, portanto, mediada por uma estrutura hierárquica de gênero que as subordina à figura masculina, reafirmando a centralidade do patriarcado na conformação das políticas sociais.

Essa leitura é aprofundada por Heleieth Iara Bongiovani Saffioti (1934 - 2010) que desenvolve uma análise materialista da opressão de gênero, demonstrando que patriarcado, racismo e capitalismo operam como relações sociais historicamente articuladas, que conformam a totalidade da vida social. Ao inscrever a condição feminina no interior da estrutura de classes, Saffioti rompe com perspectivas culturalistas e juridicismo, evidenciando que a dominação masculina é funcional à reprodução do capital, especialmente por meio da apropriação gratuita ou precarização do trabalho das mulheres na esfera doméstica e nos setores mais desvalorizados do mercado de trabalho.

Essa perspectiva antecipa debates que seriam retomados e aprofundados ao longo da década de 1980 no interior do movimento feminista brasileiro, especialmente por meio do jornal *Mulherio*.⁶ O periódico mostra esse ponto através

⁶ A utilização do *Jornal Mulherio* justifica-se por seu caráter de fonte documental produzida no interior do movimento feminista, permitindo acessar relatos, denúncias e formulações que conferem maior

da divulgação dos resultados da investigação realizada pela socióloga e pesquisadora da Fundação Carlos Chagas, Cristina Bruschini. A partir de uma pesquisa empírica sobre o trabalho das mulheres, Bruschini problematiza os limites do conceito tradicional de trabalho, evidenciando a centralidade das atividades domésticas, do trabalho a domicílio e de outras formas de trabalho socialmente necessárias, mas invisibilizadas pelas estatísticas oficiais. Conforme destaca a autora:

A realização dessa pesquisa me permitiu ter um quadro amplo sobre o trabalho da mulher e chegar a algumas conclusões importantes. A primeira é relativa ao próprio conceito de trabalho, que precisa ser redefinido para que nele caibam Trabalho doméstico, Trabalho a domicílio e tudo aquilo que as pessoas fazem e contribui para a produção social. Não falo só de mulheres, mas também de velhos, jovens e até crianças. A pesquisa sobre mulher nos permite olhar para as estatísticas sabendo que elas revelam apenas um pedaço daquilo que as pessoas fazem. (Jornal Mulherio, nº 21, 1985, p. 20)

Ao evidenciar, por meio de dados estatísticos, a centralidade do trabalho doméstico e de outras atividades historicamente invisibilizadas na reprodução da vida social, a pesquisa amplia a compreensão das relações entre trabalho, Estado e políticas públicas. Essa ampliação não se limita à crítica da divisão sexual do trabalho, mas revela os mecanismos pelos quais o Estado capitalista organiza, regula e hierarquiza os corpos e as funções sociais.

No mesmo movimento crítico, Sônia Corrêa (1948) se destaca por suas contribuições na articulação entre gênero, sexualidade, Estado e políticas públicas, particularmente no campo da saúde. Sua produção evidencia como a regulação dos corpos, da reprodução e da sexualidade constitui dimensão estratégica da ação estatal nas sociedades capitalistas, expressando-se tanto por meio da omissão quanto pela imposição autoritária de práticas biomédicas e de controle populacional. Ao analisar os processos históricos de formulação das políticas de planejamento familiar, saúde reprodutiva e direitos sexuais, Corrêa (1993) defende que tais políticas são atravessadas por disputas de projetos societários, nos quais se confrontam, de um lado, perspectivas conservadoras e medicalizantes, e, de outro, as lutas feministas por autonomia corporal, integralidade da atenção e reconhecimento das mulheres. Sua reflexão contribui para compreender a política

concretude à análise. O periódico possibilita apreender como as políticas de saúde e as práticas institucionais incidiam sobre a vida cotidiana das mulheres, articulando debate político e experiências concretas no período estudado.

de saúde como espaço de materialização das contradições entre Estado, capital e movimentos sociais, oferecendo importantes mediações teóricas para a análise do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e da inserção das pautas feministas no processo da Reforma Sanitária.

Outras produções indispensáveis para analisar o movimento feminista na perspectiva da formação social brasileira foi de Sueli Carneiro (1950) que desvelou o racismo como estrutura organizadora das relações sociais no Brasil e como eixo constitutivo da opressão vivida pelas mulheres negras. A autora criticou o mito da democracia racial e o caráter universalizante do feminismo, evidenciando que as desigualdades de gênero não se expressam de forma homogênea, sendo atravessadas por hierarquias raciais que incidem diretamente sobre o acesso aos direitos, sobre as condições de vida e sobre a produção das mais diversas expressões da questão social⁷. Sua reflexão demonstra que o racismo opera como tecnologia de poder que organiza o mercado de trabalho, a distribuição desigual da violência e a seletividade das políticas públicas, incidindo de modo direto sobre o campo da saúde, seja na maior exposição das mulheres negras a condições insalubres de trabalho, seja nos índices elevados de mortalidade materna, esterilizações forçadas e negligência institucional. Carneiro (2003) politiza a condição das mulheres negras, fazendo uma crítica estrutural, no qual a luta antirracista se torna dimensão indissociável da luta feminista e da luta por direitos sociais no Brasil.

É, contudo, com as contribuições de Lélia Gonzalez que conseguimos compreender um deslocamento significativo no feminismo brasileiro, ao articular a crítica de gênero às particularidades históricas e sociais da formação social brasileira. Ao denunciar o caráter branco, eurocêntrico e de classe média do movimento feminista, Gonzalez mostra que a opressão das mulheres no Brasil está enraizada a estrutura racial que organiza o capitalismo brasileiro. Sua análise revela que o racismo não se constitui como um resíduo pré-moderno, mas está na gênese da reprodução das relações de exploração, operando na superexploração da força de trabalho, na naturalização do trabalho doméstico e no controle dos corpos das mulheres negras.

⁷ Embora Sueli Carneiro não utilize explicitamente o termo “questão social”, suas análises sobre racismo, sexismo e desigualdades estruturais permitem compreendê-las como expressões da questão social no contexto do capitalismo brasileiro.

Ao articular gênero, raça e classe como determinações indissociáveis, Gonzalez e Carneiro rompem com leituras fragmentárias da realidade social e recolocam o feminismo no interior de uma crítica da totalidade. Alinhadas ao pensamento dessas autoras, entendemos que a luta das mulheres, especialmente das mulheres negras, não se reduz à conquista de direitos formais, há sentidos mais amplos da luta contra as bases materiais e ideológicas que sustentam nossa formação social. Tal formulação é indispensável para compreender, posteriormente, a emergência das pautas feministas no campo da saúde, uma vez que a produção das desigualdades sanitárias se articula diretamente à estrutura racista em que o país se desenvolve.

É necessário reconhecer que grande parte das reivindicações de outras autoras brasileiras não dialogava plenamente com as experiências concretas das mulheres negras. As formulações hegemônicas do feminismo, especialmente aquelas protagonizadas por mulheres brancas de classe média, priorizavam demandas como a inserção no mercado de trabalho formal, a autonomia sexual e os direitos reprodutivos, sem considerar que o acesso à cidadania se estruturava de forma desigual, no trabalho, no direito à saúde e à própria vida. Essa lacuna tensionou o interior do movimento feminista e abriu espaço para disputas políticas e ideológicas que se refletiram também nos meios de comunicação feministas, entre eles o jornal *Mulherio*.

3.1 A construção de uma perspectiva crítica sobre trabalho, saúde e reprodução social a partir da análise dos periódicos do Jornal Mulherio

O *Mulherio* surgiu em 1981, em um contexto da crise do regime militar e do processo contraditório de redemocratização brasileira. A década de 1980 foi marcada por uma intensa reorganização dos movimentos sociais, pela retomada das lutas por direitos sociais e pela reabertura gradual dos espaços públicos de debate, ainda que sob fortes limites impostos pela permanência das estruturas autoritárias e pela hegemonia do capital.

Nesse cenário, a comunicação alternativa assume um papel estratégico na disputa pela consciência social, funcionando como instrumento de denúncia, organização política e produção de sentidos contra-hegemônicos.

Diferentemente da grande imprensa, historicamente alinhada aos interesses das classes dominantes e comprometida com a reprodução ideológica do capitalismo brasileiro, o *Mulherio* se propôs a ser um veículo voltado à problematização das condições concretas de vida das mulheres. Produzido por pesquisadoras e militantes vinculadas à Fundação Carlos Chagas (FCC), o jornal rompeu com a lógica que confinava as mulheres a espaços privados ou a conteúdos despolitizados, afirmando a comunicação como prática política e como campo legítimo de intervenção social. Essa proposta dialogava diretamente com a compreensão de que a ideologia não opera apenas no plano das ideias, mas se materializa nas instituições, nos discursos e nas formas de organização da vida social.

A política cultural, enquanto política social determinada, demarca um terreno de intervenção em que as especificidades próprias ao "mundo da cultura", a produção e a difusão dos seus produtos (obras e elaborações), se entremesclar com os fenômenos e os processos macroscópicos da reprodução da vida social. (Netto, 2005, p.45)

A comunicação, nesse sentido, não pode ser compreendida como neutra, trata-se de um espaço atravessado pela luta de classes, no qual se disputa a hegemonia cultural e política. O *Mulherio* atuou precisamente nesse terreno ao questionar as formas pelas quais o Estado, a medicina, o mercado e as políticas públicas produziam e regulavam os corpos femininos. Ao abordar temas como trabalho, saúde, reprodução, sexualidade, violência e participação política, o jornal contribuiu para desnaturalizar a divisão sexual do trabalho e revelar o caráter estrutural das desigualdades de gênero no capitalismo brasileiro.

As mulheres negras, ao ocuparem esse espaço de reivindicações e mostrar a realidade vivenciada por elas dentro de um jornal, introduziram no debate público questões historicamente marginalizadas, como o racismo institucional, a pobreza, a violência estatal, a precarização do trabalho, responsabilização individual das mulheres pelas condições de vida e a seletividade das políticas sociais. Ao evidenciar que gênero, raça e classe operam de forma articulada na produção das desigualdades no Brasil, essas intervenções romperam com leituras fragmentadas da realidade social e contribuíram para uma compreensão mais totalizante das determinações da opressão.

Essa crítica aparece de forma explícita quando o jornal denuncia a atribuição exclusiva às mulheres da responsabilidade pelo cuidado e pela educação

das crianças, evidenciando como tal concepção opera como mecanismo de culpabilização feminina e de desresponsabilização do Estado: “o ditado popular não deixa dúvida: cuidar, proteger e educar a criança pequena é tido como um problema da mãe, e só da mãe” (Jornal Mulherio, nº 4, 1981, p. 9).

Tal problematização, formulada ainda antes do processo de redemocratização e da promulgação da Constituição Federal de 1988, evidencia a fragilidade estrutural das políticas sociais brasileiras no que se refere à responsabilização social pelo cuidado. Mesmo após a institucionalização de direitos sociais, persiste a tendência de atribuir quase exclusivamente às mulheres a garantia da sobrevivência, do bem-estar e da educação dos filhos, operando uma lógica de responsabilização privada que desonera o Estado.

Essa dinâmica manifesta-se ainda hoje, por exemplo, na centralidade da figura materna como principal destinatária de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família⁸, e nas práticas institucionais cotidianas, como o acionamento prioritário das mães pelas escolas para tratar de quaisquer demandas relativas às crianças. Trata-se, portanto, da atualização de um padrão histórico de feminização do cuidado, que reafirma desigualdades de gênero e limita a construção de políticas efetivamente coletivas de proteção social até os dias atuais.

O jornal explicita seu compromisso político, alinhados com o que defendemos até hoje, ao afirmar:

Neste número, procuramos participar desta luta. Trazer experiência e caminhos alternativos que tentam romper esse beco sem saída. Discutir a educação do filho não mais como um assunto privativo de cada mulher, mas como um problema da coletividade, que está exigindo soluções mais satisfatórias que as atuais. (Jornal Mulherio, nº 4, 1981, p. 9).

Ao deslocar a responsabilidade do âmbito individual para o coletivo, essa perspectiva articula-se diretamente às denúncias sobre a forma como o Estado brasileiro utilizava as políticas sociais, inclusive as políticas de saúde, como instrumentos de controle, regulação e disciplinamento da força de trabalho, em consonância com os interesses do capital. Assim, revela como o Estado transferia para as mulheres a responsabilidade pela reprodução da vida sem garantir condições mínimas.

Nesse sentido, a temática da saúde das mulheres ocupa lugar central nas reflexões publicadas pelo jornal, afinal, ao longo das décadas de 1970 e 1980, o

campo da saúde no Brasil foi hegemonizado por uma concepção biomédica, curativista e biologizante, que compreendia a saúde como ausência de doença e reduzia o corpo feminino à sua função reprodutiva. Essa perspectiva não apenas inviabiliza as condições sociais que determinavam o adoecimento das mulheres, como também legitimava práticas autoritárias, medicalizantes e moralizantes, especialmente direcionadas às populações pobres, negras e periféricas.

Nas páginas do *Mulherio*, a concepção dominante de saúde da mulher, centrada na atenção materno-infantil, é sistematicamente tensionada. O jornal denuncia como essa política operava, na prática, como um mecanismo de controle dos corpos femininos, ao subordinar a saúde das mulheres à lógica da reprodução da força de trabalho. A maternidade era apresentada como destino natural e obrigatório, e não como escolha socialmente condicionada, enquanto isso, a sexualidade feminina permanecia sob permanente vigilância e regulação por parte das instituições médicas e do Estado. Ao problematizar essas práticas, o *Mulherio* contribuiu para deslocar o debate da esfera estritamente biológica e normativa para o campo das determinações sociais da saúde.

Esse movimento crítico pode ser observado, por exemplo, na cobertura do II Encontro de Grupos Feministas do Nordeste, quando o periódico relata que “o encontro discutiu a organização do movimento, a violência contra as mulheres, planejamento familiar, aborto, sexualidade e a situação da doméstica” (Jornal Mulherio, nº 4, 1981, p. 5). Ao dar visibilidade a esses debates, o jornal evidencia uma compreensão ampliada de saúde, articulada às condições sociais de vida, à autonomia das mulheres e à crítica às políticas de regulação reprodutiva então vigentes.

Essa crítica se expressa de forma explícita no debate sobre planejamento familiar, tema recorrente no jornal. Ao recusar uma abordagem tecnocrática e moralizante, o periódico afirma a necessidade de situar o planejamento reprodutivo no interior de um projeto mais amplo de atenção integral à saúde das mulheres, que considere suas condições concretas de vida. Tal perspectiva pode ser observada em uma das entrevistas realizadas pelo jornal com a demógrafa brasileira Elza Berquó, que se destaca como uma das mais abalizadas vozes de oposição às políticas de controle da natalidade impostas pelo governo.

Estou convencida de que as mulheres estão bastante conscientes de que existe o planejamento familiar, que ele deve ser acessível independentemente da faixa de renda, de educação, etc., etc. Mas eu acho

que isso deve estar dentro de um projeto maior, de um acompanhamento de saúde e da análise das indicações e contra indicações dos métodos para cada caso. Visto do ângulo da saúde, o planejamento familiar não é prioritário, mas visto do ângulo da mulher é tão prioritário quanto qualquer coisa. (Jornal Mulherio, nº 7, 1982, p. 16).

Essa fala explicita a recusa de políticas focalizadas e fragmentadas, defendendo uma concepção de saúde que reconheça a autonomia das mulheres sem desconsiderar as determinações sociais que atravessam suas escolhas.

Ao sustentar que o adoecimento não pode ser explicado apenas por fatores individuais ou biológicos, o *Mulherio* antecipa princípios que viriam a fundamentar a Reforma Sanitária Brasileira. Nos textos do jornal, o processo saúde-doença é compreendido como expressão das condições materiais de existência, atravessando o sofrimento psíquico e físico às jornadas exaustivas de trabalho, à precarização da vida, à dupla ou tripla jornada feminina, à moradia inadequada, à insegurança alimentar e pela ausência ou insuficiência de políticas públicas.

Essa crítica se aprofunda na edição de maio/junho de 1984, no texto “Vidas sem saída”, ao denunciar o caráter moralizante e disciplinador da psiquiatria tradicional. Ao afirmar que “o médico é o espelho do mundo”, o jornal evidencia que os diagnósticos psiquiátricos não são neutros, mas atravessados por valores sociais que regulam o comportamento feminino. Mulheres que rompem com normas de gênero, aquelas que não se casam, abandonam o marido, buscam autonomia ou prazer, são frequentemente classificadas como histéricas, loucas morais, degeneradas ou fracas de espírito, categorias que, sob a aparência científica, operam como mecanismos de controle social.

São elas: adolescentes e jovens cujo principal sintoma de doença (doença?) foi se rebelarem contra os limites insuportáveis da condição feminina: mulheres afundadas na depressão pela expropriação de sua existência; solteiras e viúvas que “pesam sobre a família”. (Jornal Mulherio, nº 16, 1984, p. 12)

Nesse sentido, o jornal denuncia que a chamada “loucura” não reside nessas mulheres, mas nas condições sociais que expropriam suas possibilidades de existência. O periódico também estabelece uma crítica contundente ao uso indiscriminado de medicamentos, a patologização dos ciclos reprodutivos e a intervenção excessiva sobre o corpo feminino que são usadas como estratégias de normalização e disciplinamento social. Essa crítica torna-se evidente no exposto abaixo:

Um grande debate foi realizado sobre depo-provera, sem que houvesse consenso pela aprovação ou repúdio deste método contraceptivo. A depo-provera é injetada nas mulheres e seu efeito dura três meses. Comprovadamente provoca irregularidades na menstruação. aumento de peso. perda da libido. Mas as acusações de que causaria câncer ou outras doenças graves não estão provadas. (Jornal Mulherio, nº 18, 1984, p. 15)

Ao registrar a ausência de consenso entre aprovação ou repúdio ao método, o *Mulherio* revela as ambiguidades presentes nas políticas de controle da fecundidade, especialmente quando os efeitos adversos são relativizados em nome da eficácia contraceptiva. Ainda que não houvesse comprovação científica, à época, de doenças graves associadas ao uso do medicamento, o debate evidencia como os riscos e impactos sobre a saúde das mulheres eram frequentemente minimizados, reforçando uma lógica que subordina seus corpos a estratégias populacionais e biomédicas.

Dessa forma, podemos entender que o discurso médico, apresentado como neutro e científico, é descrito como profundamente atravessado por valores morais, interesses econômicos e relações de poder, assim como o aparato médico-psiquiátrico que, historicamente, funcionou como instrumento de gestão da pobreza e da desigualdade de gênero.

Essa abordagem se articula à crítica ao modelo de saúde vigente no período, marcado pela fragmentação do sistema, pela seletividade do acesso e pela subordinação das políticas públicas à lógica previdenciária. Até a Constituição de 1988, o acesso aos serviços de saúde estava majoritariamente condicionado ao vínculo formal de trabalho, o que excluía amplos setores da população, especialmente as mulheres não inseridas no trabalho ou inseridas no trabalho informal, doméstico e precarizado.

Desse modo, ressaltamos que o papel do Estado interfere na gestão da força de trabalho e na reprodução das relações sociais capitalistas ao tratar a saúde como custo e não como direito. Sendo assim, ele opera em consonância com os interesses do capital, transferindo recursos públicos para o setor privado e precarizando os serviços destinados à população trabalhadora. O *Mulherio*, ao denunciar essa lógica, aproxima-se das críticas formuladas pelo movimento sanitário, que defendia a necessidade de um sistema público, universal e estatal de saúde.

Ao longo da década de 1980, o jornal acompanhou e dialogou com os debates que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira e na criação do Sistema Único de Saúde. Embora não tenha sido um órgão formal do movimento sanitário, o *Mulherio* contribuiu para a consolidação de uma cultura política favorável e defensora da universalização do direito à saúde da mulher. Ao afirmar que a saúde das mulheres não poderia ser reduzida à maternidade, o periódico reforçou a necessidade de políticas integrais, capazes de considerar as múltiplas dimensões da vida social. Ao afirmar a necessidade de políticas públicas universais, integrais e estatais, o jornal se alinha, ainda que de forma não orgânica, ao projeto político que daria origem ao Sistema Único de Saúde.

Assim, as formulações políticas e discursivas presentes extrapolaram o campo da comunicação e da mobilização social, encontrando ressonância nos espaços institucionais abertos no processo de redemocratização. Esse deslocamento das pautas feministas do âmbito dos movimentos sociais para a arena constitucional se materializa na criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), durante o governo de José Sarney.

3.2 CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER: INCIDÊNCIA POLÍTICA E CONSOLIDAÇÃO DO PAISM

Instituído em 29 de agosto de 1985, por meio da Lei Federal nº 7.353, o CNDM foi criado com a finalidade de “promover, em âmbito nacional, políticas para as mulheres na perspectiva de gênero, visando eliminar o preconceito e a discriminação, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, ampliando o processo de controle social sobre tais políticas” (Brasil, 1985). A criação do órgão no primeiro ano pós-ditadura expressa diretamente a incidência política dos movimentos feministas e das militantes engajadas na luta pela democratização e pela afirmação dos direitos das mulheres, que conseguiram inserir suas reivindicações na agenda institucional do Estado brasileiro.

A mesma lei instituiu o Fundo Especial dos Direitos da Mulher, sinalizando, ao menos formalmente, o reconhecimento da necessidade de financiamento específico para políticas públicas voltadas às mulheres. Inicialmente, o CNDM foi vinculado ao Ministério da Justiça do qual cabia ao Presidente da República a

nomeação da presidenta do Conselho e das conselheiras. Sua composição inicial conferiu ao órgão um caráter fortemente marcado pela presença de feministas.

A primeira presidenta do CNDM foi Maria Ruth dos Santos, e entre as conselheiras destacaram-se importantes intelectuais, militantes e lideranças políticas, como Lélia Gonzalez, Ruth Cardoso, Jacqueline Pitanguy, Rose Marie Muraro, Marina Colasanti, Tizuko Yamazaki, Maria da Conceição Tavares e Benedita da Silva.

Em novembro de 1985, o Conselho lançou a Campanha “Mulher e Constituinte”, percorrendo o país, promovendo escutas públicas e ampliando os canais de interlocução entre as mulheres organizadas e os espaços de decisão política. Essa iniciativa consolidou o entendimento de que a redemocratização não poderia se efetivar sem a incorporação direta das mulheres na elaboração da nova ordem jurídica, sintetizado no lema: “*CONSTITUINTE PRA VALER TEM QUE TER PALAVRA DA MULHER*”⁹. A campanha afirmava a cidadania feminina implicando no acesso efetivo à saúde, à educação, à segurança e às condições de existência.

No interior desse processo, a CNDM produziu cartas que tensionam o Estado a incluir direitos às mulheres em suas agendas de discussões sobre a nova Constituição. As propostas apresentadas na Carta das Mulheres à Assembleia Constituinte deslocavam a saúde do campo restrito da assistência materno-infantil para o reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado, articulando-a à noção de participação social, integralidade e controle público. Defendia-se a criação de um Sistema Único de Saúde, estruturado a partir de uma nova política nacional de saúde, composto por serviços públicos integrados de saúde coletiva e assistência médica, com subordinação do setor privado às diretrizes estatais e fiscalização exercida pela população organizada, por meio de conselhos comunitários. Essa formulação vinculava-se, de modo direto, aos princípios que viriam a constituir o núcleo da Reforma Sanitária e do SUS, como universalidade, participação social e responsabilidade estatal.

No que se refere especificamente às mulheres, a Carta reivindicava a garantia de assistência integral à saúde da mulher em todas as fases da vida, recusando sua redução à condição biológica de reprodutora. Tal perspectiva afirmava a saúde como dimensão indissociável das condições de trabalho, de

⁹ A Carta das Mulheres aos Constituintes (1987) APUD Abigail Adams.

moradia, de sexualidade, de reprodução e de autonomia. As proposições incluíam o direito à informação e à fiscalização pública sobre métodos contraceptivos, a crítica às práticas de controle impositivo da natalidade, a defesa do direito das mulheres de conhecer e decidir sobre seus próprios corpos, bem como a garantia de acesso gratuito a métodos anticoncepcionais, acompanhados de processos educativos que respeitassem a singularidade das trajetórias femininas.

Além disso, a plataforma do CNDM vinculava a saúde aos direitos reprodutivos e às condições sociais da maternidade, ao afirmar a responsabilidade do Estado na garantia de assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, no direito ao aleitamento, na proteção à maternidade e à paternidade como funções sociais relevantes, e na oferta de creches, educação, alimentação e segurança para os filhos. Simultaneamente, a Carta reivindicava a livre opção pela maternidade, compreendida tanto como o direito de ter filhos quanto o de evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo à saúde da mulher, deslocando o debate da moralização dos corpos para o campo dos direitos e da saúde pública, conforme expresso nos pontos 6, 7, 8 e 9 do eixo da saúde:

Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo; será garantido à mulher o direito de amamentar seus filhos ao seio; o Estado reconhecerá à maternidade e à paternidade relevante função social, garantindo aos pais os meios necessários à educação, creche, saúde, alimentação e segurança de seus filhos; bem como a garantia da livre opção pela maternidade, compreendendo a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e o direito de evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo para a saúde da mulher. (*Carta das Mulheres aos Constituintes*, 1987)

A intervenção do CNDM no processo constituinte expressou um avanço qualitativo na trajetória das lutas feministas no campo da saúde, ao articular a crítica à medicalização, à tutela estatal e à desigualdade de gênero com a defesa de um sistema público universal e de uma concepção ampliada de saúde. A Carta das Mulheres não apenas inscreveu demandas específicas das mulheres na agenda constitucional, como também contribuiu para a consolidação dos princípios da integralidade, da participação social e da autonomia, que se tornariam estruturantes no desenho das políticas públicas de saúde no período posterior.

O princípio "a saúde é um direito de todos e dever do Estado", na especificidade "mulher", deve garantir que as ações de saúde prestadas à população sejam entendidas como atos de co-participação entre todos e o Estado, envolvendo direitos e deveres de ambos. (*Carta das Mulheres aos Constituintes*, 1987)

Como resultado da participação política estatal de feministas brasileiras no processo Constituinte, no âmbito da saúde, em 1983, surge o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como política setorial inovadora ao propor, pela primeira vez no âmbito estatal, uma concepção de atenção integral à saúde da mulher, incorporando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação ao longo de todo o ciclo de vida. Essa proposta rompeu, ao menos no plano formal, com a lógica restritiva que historicamente subordina a saúde feminina à maternidade e à infância, deslocando o foco para uma compreensão ampliada que inclui sexualidade, planejamento reprodutivo, climatério, prevenção de cânceres ginecológicos, infecções sexualmente transmissíveis e outras demandas derivadas das condições concretas de vida das mulheres.

Enquanto o Movimento da Reforma Sanitária reivindicava a universalização do direito à saúde e denunciava o caráter segmentado, privatista e contributivo do sistema então vigente, o movimento feminista problematizava os limites dessa universalização abstrata, afirmando que não haveria direito à saúde efetivamente universal sem o enfrentamento das desigualdades estruturais de gênero, raça e classe. Nessa direção, as feministas brasileiras passaram a tensionar tanto o Estado quanto os próprios setores progressistas da saúde, como no I Encontro Nacional de Saúde em Itapeverica da Serra, São Paulo.

Esse encontro reuniu grupos de mulheres e feministas de diferentes estados, que elaboraram a Carta de Itapeverica. Documento considerado marco para algumas mulheres e feministas que militavam na área da saúde, a Carta foi o primeiro registro público realizado pela sociedade civil, que apresentava a noção de saúde integral da mulher. (SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019, p. 281)

O documento não apenas denunciava as condições precárias do atendimento, marcado por uma visão reducionista da mulher, mas também reivindicava um conceito de saúde que articulasse com aspectos biológicos, sociais, sexuais e de classe, denunciando a redução da saúde da mulher ao binômio materno-infantil e defendendo a participação das mulheres em todas as etapas de formulação e fiscalização das políticas.

Pitanguy destaca duas proposições importantes da carta, no que se refere à saúde: a defesa da saúde como um direito de todos e dever do Estado e que a saúde das mulheres não se restringe à dimensão materno-infantil. (PITANGUY, 1999, apud SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019, p. 285)

Contudo, a ruptura com o ideário materno-infantil foi resultado direto da incidência política do movimento feminista, que, desde o final dos anos 1970, vinha produzindo acúmulos teóricos, organizativos e práticos em torno da crítica à política populacional, da denúncia das esterilizações em massa, da violência obstétrica, da mortalidade materna e do controle autoritário sobre a fecundidade feminina. Tais críticas desdobraram-se na formulação de propostas concretas para o campo da saúde, voltadas à construção de políticas que garantissem às mulheres acesso à informação, à educação sexual e a serviços de planejamento familiar, compreendidos como parte integrante de uma política pública de saúde comprometida com a autonomia reprodutiva e com a promoção da saúde integral.

Estabelecimento de um sistema de informações sobre a reprodução humana e o Planejamento familiar paralelo à organização de um serviço de educação sexual e organização sanitária que realmente permitam a aquelas que não desejam ter filhos, não tê-los. A planificação familiar deve ser considerada como elemento importante dos serviços sanitários de base, particularmente os concernentes à proteção materno-infantil, assim como promoção da saúde familiar. (Jornal Mulherio, 1983, nº 13, p.)

O I Encontro Nacional de Saúde da Mulher, realizado em Itapeacerica da Serra, em 1984, constitui marco fundamental nesse processo. A Carta de Itapeacerica, elaborada a partir desse encontro, é reconhecida como o primeiro documento público, oriundo da sociedade civil, a explicitar de maneira sistematizada o conceito de saúde integral da mulher no Brasil. Como afirma Silveira, Paim e Adrião (2019), mais do que denunciar a precariedade dos serviços, o documento problematizava o modelo assistencial vigente, criticava a fragmentação das políticas e afirmava a necessidade de uma abordagem que articulasse dimensões biológicas, sociais, sexuais, raciais e de classe, reivindicando, ainda, a participação direta das mulheres na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984 APUD BRASIL, 2004 p. 17).

Essa formulação expressa um deslocamento político fundamental: a saúde deixa de ser compreendida como campo exclusivo de especialistas e gestores e

passa a ser afirmada como espaço de disputa social, no qual as mulheres se colocam como sujeitas coletivas produtoras de saberes e de direitos. Tal movimento se articula, inclusive, ao debate internacional impulsionado pelas conferências da ONU nas décadas seguintes, especialmente Cairo e Beijing, que contribuíram para a consolidação da noção de direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos.

Esses eventos consolidaram uma inflexão histórica na forma como a saúde reprodutiva feminina passou a ser compreendida, deslocando-a de uma abordagem estritamente demográfica, biomédica e reprodutivista para uma concepção ampliada, ancorada nos direitos humanos, na equidade de gênero e na crítica ao capitalismo.

O Programa de Ação do Cairo, em 1994, redefine o conceito de saúde reprodutiva ao afirmá-la como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou incapacidade (ONU 1994). O documento reconhece explicitamente os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, enfatizando a autonomia das mulheres sobre seus corpos, o consentimento informado e o acesso universal aos serviços de saúde.

O Cairo enfraquece a legitimidade de práticas autoritárias de controle reprodutivo e fortalece as críticas formuladas pelos movimentos feministas e sanitários. Conforme destacam Corrêa e Petchesky (1996), o Cairo inaugura uma nova gramática política, na qual reprodução, sexualidade e saúde passam a ser tratadas como dimensões indissociáveis da cidadania e da justiça social.

O Programa de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento, que aconteceu no Cairo em 1994, ecoa esta perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos sociais. Nas negociações do Cairo a igualdade entre os gêneros e o "empoderamento" (empowerment*) das mulheres foram tratados com mais visibilidade que os temas demográficos e do crescimento econômico, sendo definitivamente reconhecidos como componentes inegociáveis do desenvolvimento sustentável. O texto adota, pela primeira vez, uma definição de direitos reprodutivos e considera o planejamento familiar como apenas um elemento no interior de políticas mais amplas de saúde reprodutiva. (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 25)

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, aprofunda e consolida os avanços do Cairo. A Declaração e a Plataforma de Ação de Beijing reconhecem que a desigualdade de gênero é estrutural e atravessa todas as dimensões da vida social, incluindo saúde, trabalho, educação, participação

política e acesso a recursos econômicos. No campo da saúde, Beijing afirma que fatores como pobreza, violência de gênero, discriminação institucional e sobrecarga do trabalho doméstico e de cuidado são determinantes centrais do processo saúde-doença das mulheres (ONU, 1995).

Ao adotar o princípio da transversalidade de gênero, Beijing propõe que todas as políticas públicas sejam analisadas a partir de seus impactos diferenciados sobre homens e mulheres. Essa abordagem rompe com a ideia de políticas “neutras” e evidencia que o Estado atua na reprodução das desigualdades sociais.

Do ponto de vista da saúde pública, Beijing contribui para consolidar uma concepção ampliada de saúde, alinhada aos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Como destaca Ávila (2003), a saúde das mulheres não pode ser reduzida à maternidade ou à reprodução, exigindo políticas que considerem a totalidade de suas experiências sociais, afetivas, econômicas e políticas.

A experiência brasileira com o PAISM, contudo, antecede esses marcos e revela a centralidade da organização feminista nacional na construção desse campo político.

Deslocando a questão do planejamento familiar da esfera moral e do *rationale* de Estado para o campo da decisão ética individual e do direito social, a nova perspectiva favoreceu um consenso político amplo, a partir do qual diversos atores passaram a exigir que o Estado brasileiro superasse sua omissão no terreno das políticas públicas relativas à regulação da fecundidade (Barroso e Correa, 1990). Resultaria daí a formulação do PAISM, que buscava reverter as muitas distorções identificadas no campo da atenção à saúde reprodutiva, particularmente no que se refere à oferta de anticoncepção. (CORRÊA, 1993, p. 4)

Do ponto de vista histórico e político, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) configurou uma inflexão paradigmática na política pública de saúde brasileira, sendo reconhecido como uma das mais significativas conquistas do movimento feminista. Ao propor novas diretrizes técnicas e incorporar, no interior do Estado, uma linguagem orientada pelos direitos das mulheres, o programa tensionou a lógica tutelar, medicalizante e disciplinadora que historicamente marcou a atenção à saúde feminina. Essa mudança não se deu de forma isolada, mas resultou da incidência política das feministas no processo de formulação das políticas públicas. Como analisa Sônia:

As teses feministas com relações às condições de saúde reprodutiva, constituem um exercício - pode-se dizer pioneiro - de influência dos movimentos sociais sobre as políticas públicas. num contexto mais amplo

de reestruturação do sistema de saúde, sua marca específica - como indica Sônia Alvarez (1988) - foi a introdução de uma dimensão de na política com P maiúsculo (*Gendering Politics*). (CORRÊA, 1993, p.3)

Todavia, o PAISM encontrou limites profundos que devem ser compreendidos à luz das determinações estruturais do capitalismo brasileiro e do caráter contraditório das políticas sociais. Essas contradições revelam o que Netto (2011) caracteriza como traço constitutivo da política social no capitalismo, afinal, trata-se de um campo de disputas onde, ao mesmo tempo em que se abrem brechas históricas para conquistas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais, também se mantêm presentes os mecanismos que asseguram a reprodução da ordem burguesa. Em outras palavras, a política social surge como resposta às pressões populares, mas é moldada pelos limites materiais (recursos escassos, focalização, seletividade) e ideológicos (conservadorismo, moralismo e controle social) que garantem a manutenção da ordem capitalista.

Nesse marco, o PAISM deve ser compreendido em sua dupla dimensão histórica e política. De um lado, constituiu-se como uma conquista expressiva do movimento feminista, do movimento sanitário e dos embates protagonizados pela classe trabalhadora, ao inscrever a saúde da mulher na agenda pública como direito de cidadania e ao propor uma abordagem integral que ultrapassasse o enfoque restrito da reprodução. De outro, sua implementação foi atravessada por processos de burocratização, fragmentação e esvaziamento, que limitaram a efetivação de suas diretrizes e mantiveram práticas conservadoras no interior dos serviços de saúde. Como evidencia a incorporação recorrente da mulher prioritariamente na condição de mãe

A incorporação da mulher como mãe não apenas indica a focalização de um grupo de risco, mas também assinala uma incorporação baseada sua “função” na família. Assim, embora os programas de Saúde da Família assinalem uma importante inflexão nas políticas de saúde no país, ainda parece ser incipiente a incorporação da ‘filosofia’ do PAISM, de atenção integral à saúde da mulher. (FARAH, 2004, p.60)

Além disso, o próprio processo de institucionalização das pautas feministas implicou tensões internas ao movimento. A entrada em espaços governamentais, conselhos e instâncias de formulação de políticas exigiu estratégias de conciliação entre classes que, embora tenham ampliado a incidência política, também produziram riscos de distanciamento das bases sociais e de adaptação às agendas estatais.

Nesse sentido, a trajetória do PAISM evidencia que a ampliação formal de direitos, embora fundamental, não é suficiente para desmontar as estruturas históricas de dominação que incidem sobre os corpos femininos. A persistência da violência obstétrica, das esterilizações coercitivas, da mortalidade materna evitável, do racismo institucional e das profundas desigualdades regionais revela que a saúde das mulheres permanece, até os dias atuais, como um campo de disputa entre projetos societários antagônicos. Assim, o reconhecimento jurídico e programático da integralidade convive, no cotidiano dos serviços, com práticas que reiteram o controle, a culpabilização e a hierarquização dos sujeitos, evidenciando os limites concretos da política no interior de uma sociabilidade marcada por desigualdades estruturais.

Essa contradição é explicitada por Corrêa ao afirmar que:

A construção democrática não se faz num passe de mágica, mas implica em transformações institucionais e sociais profundas, prolongadas. A democratização tampouco é um sortilégio no sentido de assegurar a "igualdade social". Entre os fatores que podem ser identificados no cerne deste impasse, merecem atenção o autoritarismo e a excludência da matriz cultural brasileira, assim como as incertezas e contradições da política econômica - onde não podem ser desconsiderados os condicionamentos externos (CORRÊA, 1993, p.4)

Nessa perspectiva, os limites e os reveses do PAISM não podem ser compreendidos como simples falhas de execução, mas como expressão dos estrangulamentos próprios da chamada “transição conservadora”, na qual se combinaram, de forma perversa, processos de democratização institucional, boas intenções, privatismo, corrupção e incompetência administrativa. Além disso, Corrêa (1993) destaca a influência de outros atores nos níveis decisórios do Ministério da Saúde, por meio de anéis burocráticos pouco visíveis, como a Igreja Católica e entidades privadas de planejamento familiar, o que contribuiu para esvaziar o caráter emancipatório do programa e reafirmar práticas conservadoras no interior das políticas públicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões realizadas na presente monografia buscaram compreender que as políticas públicas de saúde no Brasil, longe de se constituírem como respostas técnicas neutras às demandas sociais, são produtos históricos de disputas políticas, conflitos sociais e correlações de forças entre classes e sujeitos coletivos. Nesse sentido, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) expressam conquistas resultantes de intensos processos de luta social, nos quais o movimento feminista brasileiro exerceu papel fundamental.

Ao situar o movimento feminista no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, evidenciou-se que suas contribuições ultrapassaram a incorporação pontual de demandas específicas das mulheres, incidindo de forma estruturante na ampliação do conceito de saúde. A crítica ao ideário materno-infantil, à medicalização do corpo feminino e às políticas de controle populacional revelou o caráter político da saúde e sua vinculação direta às condições materiais de vida, trabalho e reprodução social.

A análise das produções feministas do período, com destaque para o jornal *Mulherio*, evidenciou a densidade teórica e organizativa do movimento, que antecipou debates ainda atuais no campo das políticas sociais. A ampliação do conceito de trabalho, a crítica à invisibilização do trabalho doméstico e à naturalização das desigualdades de gênero permitiram desvelar os limites das estatísticas oficiais e das políticas públicas, ao evidenciar que grande parte das atividades socialmente necessárias à reprodução da vida permanece desconsiderada. Essas reflexões reforçam a compreensão de que o trabalho das mulheres ocupa lugar central na manutenção da ordem capitalista, ainda que historicamente desvalorizado e invisibilizado.

A perspectiva marxista adotada nesta pesquisa mostrou-se fundamental para apreender esses processos em sua totalidade, possibilitando compreender como as relações de classe, gênero e raça se articulam na produção e reprodução das desigualdades sociais no capitalismo brasileiro. Ao analisar o movimento feminista a partir dos movimentos reais da sociedade, foi possível situá-lo como parte constitutiva das lutas sociais, evidenciando seu papel na disputa por projetos

societários no interior das políticas públicas. Dessa forma, o feminismo se insere no campo das lutas contra as múltiplas expressões da questão social.

No que se refere ao Estado, a pesquisa evidenciou que sua atuação no campo da saúde se expressa de forma contraditória, oscilando entre a ampliação de direitos e a reprodução de mecanismos de controle e regulação dos corpos. As contribuições das feministas permitiram aprofundar a compreensão acerca da relação entre gênero, sexualidade, reprodução e políticas públicas, demonstrando que a ação estatal se manifesta tanto por meio da omissão quanto pela imposição autoritária de práticas normativas. Tal constatação reforça a necessidade de compreender as políticas de saúde como espaços permanentes de disputa política.

No âmbito do Serviço Social, este trabalho reafirma a centralidade de uma formação profissional ancorada na teoria social crítica, conforme os princípios estabelecidos pela ABEPSS. Considerando que a atuação do assistente social se dá diretamente no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, compreender o protagonismo histórico do movimento feminista na construção das políticas de saúde contribui para uma prática profissional ética, crítica e comprometida com a defesa dos direitos humanos e sociais. Essa compreensão torna-se ainda mais relevante diante das desigualdades que incidem de forma particular sobre as mulheres, especialmente aquelas pertencentes às classes populares e aos grupos historicamente marginalizados.

Por fim, a escrita constituiu um processo de reflexão crítica enquanto mulheres e futuras profissionais, evidenciando que os direitos conquistados historicamente permanecem sob constante ameaça, sobretudo em contextos de avanço de projetos conservadores. A trajetória do movimento feminista brasileiro demonstra que a garantia de direitos nunca foi definitiva, mas resultado de resistência permanente, organização coletiva e enfrentamento político. Assim, ao resgatar esse percurso histórico, este trabalho reafirma a importância de manter viva a memória das lutas feministas e de fortalecer sua articulação com as políticas públicas, compreendendo a defesa da saúde das mulheres como parte indissociável da luta por uma sociedade igualitária.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABESS; CEDEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social: com base no currículo mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABESS, 1996. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf.

AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1975.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465–S469, 2003.

BAMBIRRA, Vânia. O capitalismo dependente latino-americano. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo: fatos e mitos. Tradução de Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo: a experiência vivida. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967. Disponível em: <https://bibliotecaonlinedahisfj.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/o-segundo-sexo-2.pdf>

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 30 ago. 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. O que são as condicionalidades do Programa Bolsa Família? Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas_frequentes/bolsa-familia-a-beneficiario/7-o-que-sao-as.

CARDOSO, Ruth Corrêa Leite. Movimentos sociais urbanos: balanço crítico. In: DAGNINO, Evelina (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2008. p. 305–325.

CARNEIRO, Sueli. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2003.

CARLOS, Ana Fani Alessandri; et al. Henri Lefebvre: o espaço, a cidade e o “direito à cidade”. Revista Direito & Práxis, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 349–369, 2020.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do/a Assistente Social e Lei nº 8.662/1993. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012.

COLLINS, Patricia Hill. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo, 2019.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (CNDM). Carta das Mulheres aos Constituintes. Brasília: CNDM, 1987.

CORRÊA, Sônia. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 10, n. 1/2, p. 3–12, 1993. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/488>.

CORRÊA, Sônia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 147–177, 1996.

DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323–363.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2004, vol.12, n.01, pp.47-71. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S0104-026x2004000100004&script=sci_abstr_act

FERNANDES, Florestan. A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FERNANDES, Florestan. O significado do protesto negro. São Paulo: Cortez, 1989.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1999.

GOHN, Maria da Glória. 500 anos de lutas sociais no Brasil. *Revista Mediações*, Londrina, v. 5, n. 1, p. 11–40, 2000.

GOHN, Maria da Glória. Teorias dos movimentos sociais. São Paulo: Loyola, 2002.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: ANPOCS, 1984.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GRINBERG, Lucia. História dos movimentos sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2018.

HOOKS, bell. Não sou eu uma mulher? Mulheres negras e feminismo. Tradução da autora. São Paulo: Plataforma Gueto, 2014. Disponível em: https://plataformagueto.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/12/nc3a3o-sou-eu-uma-mulher_traduzido.pdf

JESUS, Carolina Maria de. Quarto de despejo: diário de uma favelada. 10. ed. São Paulo: Ática, 2014.

KERGOAT, Danièle. A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

MARINI, Ruy Mauro. Dialética da dependência. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1973.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. A ideologia alemã. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. Lisboa: Editorial Avante, 1997.

MATTOS, Marcelo Badaró. Trabalho, classe e política: a experiência operária no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MENICUCCI, Telma. A assistência à saúde no governo militar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, 2024.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. Estado, classe e movimento social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOURA, Clóvis. Rebeliões da senzala. 4. ed. São Paulo: Anita Garibaldi, 1988.

MULHERIO. Jornal Mulherio. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n. 4, 1981; n. 7, 1982; n. 13, 1983; n. 16, 1984; n. 18, 1984 ; n. 24, 1986.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA FURTADO, Rafael; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades*, v. 16, n. 3, p. 34–44, 2016.

PINTO, Céli Regina Jardim. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Perseu Abramo, 2003.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 18, n. 36, 2010.

RATTNER, Daphne. Da saúde materno-infantil ao PAISM. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2014.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. A mulher na sociedade de classes. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1976.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. O poder do macho. São Paulo: Moderna, 1987.

SILVA JUNIOR, Samuel Fernando da. O Brasil diante do espelho: autocracia burguesa e luta de classes na transição conservadora (1974–1988). 2023. 588 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2023.

SILVEIRA, Paloma; PAIM, Jairnilson; ADRIÃO, Karla. Os movimentos feministas e a Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp., 2019.

SOUSA, Maria Fátima de. A reforma sanitária brasileira. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, 2014.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. 3. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Expressão Popular, 2021.

TRISTÁN, Flora. União operária. Tradução de Miriam Nobre. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/Uniao-Oper%C3%A1ria-web.pdf>

WOITOWICZ, Karina Janz; PEDRO, Joana Maria. O movimento feminista durante a ditadura. *Espaço Plural*, v. 10, n. 21, 2009.

WOLLSTONECRAFT, Mary. Uma reivindicação dos direitos da mulher. Tradução de Ivania Pocinho Motta. São Paulo: Boitempo, 2016.