

## **O PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: Agenda setting e as mulheres enquanto sujeitos identitários diversos na política de saúde**

**Bruno de Farias Favaro**

Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da UNESC.  
Professor da UNESC. Pesquisador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED).  
Analista Judiciário da Justiça Federal de Santa Catarina.  
b.favaro@hotmail.com

**Fernanda da Silva Lima**

Doutora e Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bacharel em direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Professora Permanente no Programa de Pós-Graduação em Direito da Unesc (Mestrado em Direito). Professora na disciplina de Direitos Humanos na UNESC. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Gênero e Raça (NEGRA/UNESC). Vice líder do Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Cidadania (NUPEC/UNESC). Pesquisadora na área de Direito Público com linha de pesquisa Direitos Humanos, Cidadania e novos direitos com interesse nos seguintes temas: teoria crítica dos direitos humanos, relações raciais, feminismos negros, infâncias, estudos pós-coloniais, decoloniais e anti-coloniais. Consultora e políticas públicas.  
fernandalima@unesc.net

**Michel Belmiro Ilíbio**

Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da UNESC. Bacharel em Direito pela Unesc. Pesquisador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC) da Unesc. Advogado e consultor em políticas públicas.  
mbilibio@unesc.net

### **RESUMO**

O presente estudo objetiva analisar o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, em especial as circunstâncias que redundaram em sua inclusão na *agenda setting* das políticas públicas no Brasil. Além disso, o texto traz como problemática central verificar se, devido à influência dos estudos de gênero na concepção do programa, existem ações capazes de assegurar o direito à saúde das mulheres ou coletividades reconhecidas na sua diversidade. Para tanto, inicialmente, tratar-se-á brevemente sobre as políticas públicas e seu processo de formulação, notadamente a fase de definição de agenda (*agenda setting*). A partir disso, realizar-se-á uma síntese da gênese do PNAISM e da influência das questões de gênero em sua inclusão na agenda de políticas públicas. Por fim, identificar-se-ão os sujeitos de direito evidenciados e abrangidos pelo programa, bem como algumas ações e resultados concretos. A pesquisa utiliza o método de abordagem indutiva, o procedimento histórico e monográfico, bem como a pesquisa documental, bibliográfica e legal.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas; Gênero; Programa Nacional de Atendimento Integral à Saúde da Mulher.

### **THE NATIONAL POLICY OF INTEGRAL FOR WOMEN'S INTEGRAL HEALTH: Agenda setting and women as diverse identity subjects in health policy**

### **ABSTRACT**

The present study aims to analyze The National Policy for Women's Integral Health Care (PNAISM), especially the circumstances that led to its inclusion in the agenda setting of public policies in Brazil. In addition, the central problem is to verify if, due to the influence of gender issues in the conception of the policy, is it possible

to ensure the right to health of women or recognized collectivities in their diversity. To do so, initially, it discusses the public policies and their formulation process, notably the agenda setting phase. Through this, a synthesis of the genesis of the PNAISM and the influence of the gender issues in its inclusion in the agenda of public policies is presented. Finally, we will identify the legal subjects evidenced and covered by the policy, as well as some concrete actions and results. The research uses the method of inductive approach, the historical and monographic procedure, as well as the documentary, bibliographic and legal research.

**Keywords:** Public Policies; Gender; The National Policy for Women`s Integral Health Care.

## INTRODUÇÃO

A saúde das mulheres passou a integrar a *agenda setting* no Brasil apenas a partir da década de 1970, devido à pressão exercida por movimentos sociais que continham maciça presença de mulheres. Tal realidade redundou na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, em 1984, que foi posteriormente influenciado pela municipalização dos serviços públicos na Constituição Federal de 1988.

No seguir, com a percepção de que a categoria mulheres é muito mais ampla e não permite mais abstrações, já que elas se constituem como sujeitos identitários diversos e apresentam marcadores que as diferenciam, como raça, classe social, condição sexual, faixa etária entre outros, adveio o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, de 2004, que reconheceu e incluiu grupos anteriormente esquecidos e/ou ignorados pelas políticas públicas. Desse modo, ao evidenciar a existência de tais sujeitos ou coletividades, o PNAISM permitiu que as mulheres passassem a ter suas necessidades específicas atendidas ou, ao menos, reconhecidas pelo poder público na formulação desta política.

O problema de pesquisa é verificar se, devido à influência dos estudos de gênero, na concepção do programa, existem ações capazes de assegurar o direito à saúde das mulheres ou coletividades reconhecidas na sua diversidade. Parte-se da hipótese de que, por mais que atualmente não se possa abordar o sujeito mulher enquanto categoria universal e abstrata, as políticas públicas em saúde ainda que reconheçam a diversidade através de vários marcadores, tais como raça, classe social ou geracional, se apresentam de forma superficial desde a definição de agenda até a própria formulação da política, se mostrando insuficiente para atender às demandas de várias mulheres, sejam elas negras, pobres, transexuais, adolescentes, idosas.

Logo, o presente estudo objetiva analisar o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, em especial as circunstâncias que redundaram em sua inclusão na *agenda setting* das políticas públicas no Brasil. Além disso, o texto visa a compreender a influência dos estudos de gênero na concepção do programa, bem como identificar os sujeitos ou coletividades nele produzidos e enunciados.

O artigo apresenta três objetivos específicos, que envolvem inicialmente estudar as políticas públicas e seu processo de formulação, notadamente a fase de definição de agenda (*agenda setting*); o segundo objetivo concentra-se em realizar uma síntese da gênese do PNAISM e da influência das questões de gênero em sua inclusão na agenda de políticas públicas; e, por fim, o terceiro objetivo específico é identificar quais os sujeitos de direito são evidenciados e abrangidos pelo programa, bem como quais ações e resultados concretos foram esperados pela formulação da política. No que pertine ao método, utilizou-se a abordagem indutiva, o procedimento histórico e monográfico, bem como a pesquisa documental, bibliográfica e legal.

## 1. AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A área das políticas públicas se consolidou a partir da segunda metade do século XX, e apresentou um *corpus* teórico próprio com o intuito de atender aos fenômenos de natureza político-administrativa no âmbito dos Estados. Em síntese, pode-se aferir que os Estados em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, passaram ao final dos anos 1990 por pelo menos três estágios de revisão do seu papel e das suas funções. O primeiro estágio de reformas é marcado pelo processo de abertura dos mercados, desregulamentação e privatização. O segundo, como derivador do primeiro, é pautado pela análise do reconhecimento de construção e reconstrução das capacidades administrativas e institucionais dos Estados; já o terceiro estágio se materializa na possibilidade de construção de políticas públicas para a promoção e garantia de direitos da sociedade de modo geral (SOUZA; CARVALHO, 1999, p. 187-188).

Assim, a definição de políticas públicas na língua portuguesa apresenta certa dificuldade conceitual, notadamente porque os termos *politics* e *policies* são traduzidos igualmente como política. Nesse aspecto, consoante Fernández (2004, p. 498), *politics* refere-se ao consenso e luta pelo poder, ao passo que *policies* remete a atividades governamentais mais concretas, como defesa, saúde e educação. Teixeira (2002, p. 2) apresenta relevante definição do que são políticas públicas, classificando-as como “diretrizes, princípios norteadores de ação do poder

público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”. Rúa (1997, p. 2), refere que

As políticas públicas (policies), por sua vez, são outputs, resultantes da atividade política (politics): compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores. Nesse sentido é necessário distinguir entre política pública e decisão política. Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Já uma decisão política corresponde a uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando - em maior ou menor grau - uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis.

Por conseguinte, as políticas públicas resultam de influências e pressões da sociedade, partidos políticos e grupos de poder (*inputs*), que redundam em ações governamentais (*outputs*) e produzem efeitos específicos junto à coletividade.

De acordo com Subirats *et al.* (2012, p. 37), é possível dizer que a noção de política pública tem a ver com “*las interacciones, alianzas y conflictos, en un marco institucional específico, entre los diferentes actores públicos, parapúblicos y privados, para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concertada*”<sup>88</sup>, ou seja, afirmam os autores que toda política pública tem a finalidade de resolver um problema reconhecido enquanto tal na agenda política, logo, a política pública serve como resposta ao enfrentamento de um problema político-administrativo que se pretende resolver em uma determinada realidade social que se julga politicamente como inaceitável. (SUBIRATS *et al.*, 2012, p. 35). São, portanto, as políticas públicas, instrumentos de ordem político-administrativa a serviço da população que visem aprimorar ou melhorar a sua qualidade de vida de modo geral.

Portanto, a aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 ressignificou a atuação estatal, além de assegurar a participação social neste processo de mudança. De acordo com Silva (2008, p. 141), o “princípio participativo caracteriza-se pela participação direta e pessoal da cidadania na formação dos atos de governo.”

Como argumenta Souza (2015, p. 212), a democracia participativa<sup>89</sup> deve ser reconhecida por intermédio da garantia de participação da sociedade civil de forma direta na formulação de

---

<sup>88</sup> “As interações, alianças e conflitos, em um quadro institucional específico entre os diferentes atores públicos, semipúblicos e privados, para resolver um problema coletivo que exige uma ação concertada.” (Tradução livre.)

<sup>89</sup> Para mais informações sobre democracia participativa, pesquisar: VIEIRA, 2013; WOLKMER, 1997.

políticas públicas, bem como no controle das ações governamentais como um todo. Logo, a participação direta na formulação de políticas públicas, além de estar assegurada na Constituição Federal, como se viu, poderá ser exercida de forma descentralizada nos três níveis de governo. A descentralização político-administrativa conferiu aos municípios maior autonomia na formulação, execução, monitoramento e fiscalização das políticas públicas, possibilitando à população maior acesso e participação neste processo, pois, sem dúvida, “[...] é no espaço local que o cidadão tem maior contato com a própria Administração Pública, podendo realizar uma sistemática e progressiva inter-relação dialógica [...].” (HERMANY; COSTA, 2010, p. 52)

No estudo das políticas públicas existem algumas fases ou elementos constitutivos, que podem variar conforme o autor que as aborda. Para Subirats *et al.* (2012, p. 33), os elementos constitutivos das políticas públicas são: (1) surgimento e percepção dos problemas; (2) incorporação na agenda política; (3) formulação da política; (4) implementação; e (5) avaliação. No mesmo sentido Bucci (2013) indica que as políticas públicas possuem diversas fases, tais quais definição de agenda (*agenda setting*), identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

Sobre a fase de definição de agenda (*agenda setting*), Fernandez (2004) leciona que a aparição dos problemas públicos e sua entrada na agenda constituem a primeira fase do processo de políticas públicas. Nesse momento, a burocracia, os partidos políticos e outros grupos de interesse (*agenda setters*) trabalham para que determinados temas (*issues*) alcancem a agenda e outros não. Souza (2007, p. 74), por sua vez, adverte que

Quando o ponto de partida da política pública é dado pela política, o consenso é construído mais por barganha do que por persuasão, ao passo que, quando o ponto de partida da política pública encontra-se no problema a ser enfrentado, dá-se o processo contrário, ou seja, a persuasão é a forma para a construção do consenso (p. 74).

De toda sorte, trata-se de uma etapa de crucial importância para a definição das políticas públicas, pois nela se realçam as demandas de alguns grupos ou divisões sociais, ao passo que se invisibilizam as reivindicações de outros. Historicamente, este foi o caso da saúde da mulher no Brasil, que apenas nas últimas décadas passou a ser reconhecida como objeto de políticas públicas específicas e direcionadas, como se verá a seguir.

## 2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: DA MULHER-MÃE AO PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER – PNAISM

O direito à saúde pode ser definido como a faculdade de se exigir do Estado as medidas e ações necessárias à prevenção e ao tratamento de doenças. Na Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, a Assembleia das Nações Unidas outorgou à saúde o *status* de direito humano, estatuinto, em seu artigo 25, que “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde”.

Nesse ponto, vale esclarecer que os direitos humanos e fundamentais possuem conteúdos semelhantes, entretanto se distinguem porque sua normatização ocorre em diferentes planos ou esferas. A esse respeito, como argumenta Wolkmer (2012, p. 23), “alguns autores tendem a distinguir a denominação de ‘direitos humanos’ (direitos numa esfera global) de ‘direitos fundamentais’ (direitos tutelados e consagrados na constituição de um país), dando a entender que cada um possui um sentido e um alcance”. Assim também converge Vieira (2013, p. 16), para quem

Os direitos fundamentais surgem com a constitucionalização dos direitos humanos – ou seja, com sua positivação no texto constitucional dos Estados –, aplicáveis e vinculáveis de maneira imediata às entidades públicas e privadas. Já os direitos humanos se caracterizam por serem reconhecidos em documentos internacionais e considerados válidos para todos os povos. .

Estabelecida tal distinção, observa-se que a saúde, além de direito humano reconhecido em documentos internacionais, constitui direito fundamental positivado pela Constituição Federal de 1988, em seus artigos 6º e 196. Em nível infraconstitucional, a Lei nº 8.080/90 dispôs sobre a promoção de ações relacionadas à saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

Percebe-se, portanto, a existência do dever juridicamente reconhecido de o poder público promover ações que visem tanto à prevenção quanto ao tratamento de doenças em favor de todos os cidadãos brasileiros. Realmente, o liame entre o Estado e o titular do direito fundamental à saúde é uma relação jurídica de direito público, na qual aquele possui o dever de agir enquanto este é dotado do correspondente direito subjetivo.

Todavia, ao tempo da paradigmática Declaração de 1948 e nas décadas seguintes, não havia, no Brasil, preocupação específica do poder público com a saúde da mulher em si, mas apenas

em relação ao seu papel de reprodutora, própria da teoria do patriarcado. De fato, como apuraram Paz e Salvaro (2011, p. 123), “até a década de 1970, sobremaneira, o interesse recaía sobre a saúde da ‘mulher mãe’”. Farah (2004, p. 60), nesse mesmo sentido, ressalta que a inclusão da mulher em programas de saúde familiar apenas na qualidade de gestante e de mãe “assinala uma incorporação baseada em sua ‘função’ na família”. Em um viés crítico, muito embora qualquer medida tendente a preservar a saúde da criança na gestação e na infância mereça elogios, a focalização tão somente na função reprodutiva da mulher constituía uma postura excludente e sexista reproduzida no contexto da teoria do patriarcado.

De forma tradicional, o feminismo enquanto movimento social visível – hegemônico – tem suas lutas historicamente narradas a partir de três ondas teóricas. De acordo com Joana Pedro (2005, p. 79) a primeira onda do movimento feminista se desenvolveu no final do século XIX e tinha como pauta de luta a reivindicação por direitos políticos (votar e ser votada) e sociais (principalmente no campo do trabalho, remuneração, estudo, propriedade, herança). Já o feminismo de segunda surgiu após a Segunda Guerra Mundial “[...] e deu prioridade às lutas pelo direito ao corpo, ao prazer, e contra o patriarcado – entendido como o poder dos homens na subordinação das mulheres”.

No Brasil, a segunda onda teórica coincide com o momento em que aqui se vivia o regime ditatorial e, ao mesmo tempo, o ‘milagre brasileiro’ seguido de uma intensa crise econômica, responsável por inserir as mulheres no mercado de trabalho como alternativa para auxiliar no sustento doméstico. Nesse momento, a perspectiva teórica feminista aliava-se com outras teorias como o marxismo e a teoria do patriarcado. O que se pretendia, com a segunda onda do movimento feminista, não era apenas denunciar a subordinação feminina na sociedade, mas compreender e teorizar sobre o processo de subordinação a que as mulheres estavam submetidas. A segunda onda lutou, enfim, por uma vida melhor, mais justa e igualitária para as mulheres em comparação aos homens. (MACHADO, 2010, p. 63-64)

Ainda no contexto da segunda onda teórica, vivia-se na segunda metade da década de 1970, a possibilidade de conquistar a abertura democrática no País, após anos de ditadura civil-militar. Assim, o panorama começou a mudar devido à pressão de movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida neste período e possuíam expressiva participação das mulheres. Com efeito, a maciça presença feminina nesses grupos fez com que as reivindicações gerais pertinentes a “baixos salários, elevado custo de vida e questões relativas à inexistência de infra-

estrutura urbana e ao acesso precário a serviços coletivos” passassem a ser acompanhadas por “temas específicos à condição da mulher como direito a creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher” (Farah, 2007, pp. 50/51). Em suma, portanto, foi nos anos 1970 que as reivindicações das mulheres passaram a constituir *inputs* influenciadores da definição de agenda de políticas públicas no Brasil. Acerca desse processo, esclarece Farah (2004, p. 127):

Sob impacto da democratização e da luta de movimentos feministas e de movimentos de mulheres, desde os anos 80, tem ocorrido, no Brasil, um processo gradual de incorporação da problemática das desigualdades de gênero pela agenda governamental. Com a crescente importância dos governos municipais, a partir da Constituição de 88, a redução das desigualdades de gênero passou também a fazer parte da agenda dos governos locais. O eixo de uma ação governamental orientada pela perspectiva de gênero consiste na redução das desigualdades de gênero, isto é, das desigualdades entre homens e mulheres (e entre meninos e meninas). Falar em reduzir desigualdades de gênero não significa negar a diversidade. Trata-se de reconhecer a diversidade e a diferença – entre homens e mulheres – mas atribuindo a ambos “igual valor”, reconhecendo, portanto, que suas necessidades “específicas” e nem sempre “iguais” devem ser igualmente contempladas pela sociedade e pelo Estado

A pressão dos movimentos feministas passou a gerar frutos mais concretos a partir da década de 80, redundando na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde em 1984. Houve, nesse programa, uma sensível mudança de perspectiva, pois o poder público então assumiu o propósito de realizar “ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência de saúde” (BRASIL, 1984, p. 6). Naquele momento, o conceito de integralidade passou a permear as ações de saúde, as quais, ainda que de forma incipiente e com limitados resultados práticos, buscavam contemplar os problemas de saúde vivenciados pelas mulheres desde a infância até a terceira idade.

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1984 precedeu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. A partir desse importante marco legislativo, o PAISM sofreu influência das transformações na atenção básica à saúde, notadamente a municipalização dos serviços públicos.

Importante destacar que ao mesmo tempo em que País cria um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1984 – PAISM, as mulheres negras passaram a ser alvo de uma política de controle de natalidade, realizada mediante a técnica da esterilização cirúrgica em massa



durante toda a década de 1980 como denuncia Mariana Santos Damasco em sua dissertação de mestrado de intitulado “Feminismo negro<sup>90</sup>: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)” apresentada ao Curso de Pós- Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ no ano de 2009.

Até este momento histórico no País é possível situar a luta feminista concentrada, de forma didática, no que foi revelado pelas reivindicações das mulheres pelo feminismo de primeira e segunda onda. No entanto, o que se vislumbrou tanto na pauta de lutas, quanto na reivindicação por políticas públicas é que o feminismo hegemônico de primeira e segunda onda, marcadamente representativo das demandas de mulheres brancas e burguesas, universalizou a categoria “mulher”. Como destaca Joana Pedro (2005, p. 82) a crítica a universalização da categoria “mulher” ganhou força principalmente no contexto norte americano. De acordo com a autora:

Mulheres negras, índias, mestiças, pobres, trabalhadoras, muitas delas feministas, reivindicaram uma “diferença” – dentro da diferença. Ou seja, a categoria “mulher”, que constituía uma identidade diferenciada da de “homem”, não era suficiente para explicá-las. Elas não consideravam que as reivindicações as incluíam. Não consideravam, como fez Betty Friedan na “Mística Feminina”, que o trabalho fora do lar, a carreira, seria uma “libertação”. Estas mulheres há muito trabalhavam dentro e fora do lar. O trabalho fora do lar era para elas, apenas, uma fadiga a mais. (PEDRO, 2005, p. 82)

Este intenso debate demonstrou que não havia a “mulher” de forma universal, genérica e abstrata, mas sim as mais diversas “mulheres” diferenciadas por diversos marcadores como raça, condição sexual, classe, idade e que estes diversos marcadores podem conjuntamente gerar as mais diversas formas de opressão.<sup>91</sup> É preciso pontuar, que embora mulheres não-brancas tenham participado dos movimentos e lutas feministas tradicionais, elas não eram levadas a sério e nem tiveram as suas demandas reconhecidas. E é neste sentido que Audre Lorde afirma que as mulheres negras se constituem como ‘outsider’. “Quando as mulheres

---

<sup>90</sup> “Ao longo das décadas de 1980 e 1990 surge um novo movimento social no âmbito do feminismo brasileiro denominado “feminismo negro”. A formação desse grupo específico esteve relacionada aos debates e ações associados à saúde reprodutiva da população negra no país a partir dos anos 1970. O tema da saúde reprodutiva com recorte racial baseou-se, sobretudo, nas denúncias de que as negras seriam alvo de política de controle da natalidade adotada mediante esterilização cirúrgica em massa durante a década de 1980.” (DAMASCO, 2009, p. 7)

<sup>91</sup> “Assim, a identidade de sexo não era suficiente para juntar as mulheres em torno de uma mesma luta. Isto fez com que a categoria “Mulher” passasse a ser substituída, em várias reivindicações, pela categoria “mulheres”, respeitando-se então o pressuposto das múltiplas diferenças que se observavam dentro da diferença. E, mais: que a explicação para a subordinação não era a mesma para todas as mulheres, e nem aceita por todas.” (PEDRO, 2005, P. 82)

brancas ignoram os privilégios inerentes à sua branquitude e definem *mulher* apenas de acordo com suas experiências, as mulheres de cor se tornam ‘outras’, *outsiders* cujas experiência e tradição são ‘alheias’ demais para serem compreendidas.” (LORDE, 2019, p. 145)

É a partir deste reconhecimento, de que a categoria “mulheres” passa a ser compreendida para demonstrar as diferenças existentes entre as próprias mulheres, que narrar linearmente a trajetória do feminismo a partir de ondas teóricas é contestada por feministas negras e brancas. (RIBEIRO, 2017) E é também por questionar o feminismo civilizatório, que as feministas negras se colocam como contestadoras do processo histórico-linear de narrar as lutas das ‘mulheres’ a partir de ondas teóricas. Como contraposição às ondas teóricas, Angela Figueiredo (2020) ressalta que as mulheres negras de Salvador têm utilizado o termo “maré feminista negra”, chamando para si, e para as demais mulheres de cor de outros lugares, o protagonismo de teorizar a partir de si, das suas experiências, partindo do seu ponto de vista (COLLINS, 2016) e ampliando consideravelmente o referencial teórico incluindo autoras africanas e afrodiáspóricas.

Ribeiro (2017, p. 21) faz esta crítica ao referenciar o discurso de Sojourner Truth<sup>92</sup> ainda no século XIX, demonstrando que este debate já vinha sendo realizado por mulheres negras e há muito tempo, desde antes do fim da escravidão. “O problema, então, seria a sua falta de visibilidade.”

É na perspectiva de ser um pensamento crítico construído na luta que o feminismo negro se apresenta potente nos estudos decoloniais. O sistema moderno/colonial de gênero denunciado por Lugones (2008) ignora as demandas específicas do ser mulher negra, latina, índia e suas opressões – que podem ser decorrentes da sua sexualidade, da sua posição social, da sua nacionalidade, entre outras. Para a autora, essas teorias generalizantes não são adequadas e nem representativas das necessidades do grupo de mulheres não-brancas, e sim, fontes de dominação e propagação da colonialidade.

---

<sup>92</sup> “[...] Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregar elas quando atravessam um lamaçal e elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou eu uma mulher? Olhem para mim! Olhem para o meu braço! Eu capinei, eu plantei, juntei palha nos celeiros e homem nenhum conseguiu me superar! E não sou eu uma mulher? Eu consegui trabalhar e comer tanto quanto um homem – quando tinha o que comer – e também agüentei as chicotadas! E não sou eu uma mulher? Pari cinco filhos e a maioria deles foi vendida como escravos. Quando manifestei minha dor de mãe, ninguém, a não ser Jesus, me ouviu! E não sou eu uma mulher? [...] Este foi um trecho do discurso “E não sou eu uma mulher” de Sojourner Truth apresentado na Convenção dos Direitos da Mulher, na cidade de Akron, Ohio nos EUA em 1851.

Buscando uma definição para pensar as diferentes opressões que recaem sobre as mulheres, a interseccionalidade é um termo que tem sido mobilizado para pensar as diferenças de raça, classe, gênero e sexualidade, Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177) afirma que:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

Daí a necessidade de compreender as opressões de forma entrecruzada ou interseccional. E neste sistema moderno-colonial de gênero frisa-se que a categoria da interseccionalidade “[...] visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado.” (AKOTIRENE, 2018, p. 14) A interseccionalidade é sobretudo, uma terminologia cunhada pelo pensamento feminista negro, que embora não seja impassível a críticas, é um conceito que precisa ser mais bem demarcado, definido e reafirmado.<sup>93</sup>

A partir disso, detectou-se que as ações em saúde não contemplavam as necessidades específicas de determinados grupos, que permaneciam invisibilizados. Sobre esse processo, Paz e Salvaro referem que (2011, p. 123)

A partir da criação e implementação do SUS, no final da década de 1980 e no decorrer da década de 1990, o PAISM é influenciado pela municipalização e pela reorganização da atenção básica, “por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.” (Brasil, 2004, p.17). De acordo com considerações apresentadas no texto da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, no decorrer desse processo, dificuldades e lacunas na atenção à saúde da população foram observadas. A partir da constatação de tais dificuldades e lacunas, verifica-se a necessidade de elaboração de uma política de saúde da mulher que contemple “a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher.” (Brasil, 2003 apud Brasil, 2004, p.18).

Foi nesse contexto que se instituiu o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, em 2004.

---

<sup>93</sup> As críticas a categoria da interseccionalidade têm sido formuladas pela ativista e pesquisadora dominicana Ochy Curiel.

### 3. SUJEITOS REPRODUZIDOS NO PNAISM

Fruto da conjunção de esforços do poder público e de setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro e o movimento de trabalhadores rurais, o novo Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM manteve o ideal de assistência integral à saúde, porém inovou ao reconhecer e incluir “grupos historicamente alijados das políticas públicas” (PAZ e SALVARO, 2011, p. 125). Nesse sentido, segundo as Diretrizes do Programa, além da discriminação de gênero, “variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades” (BRASIL, 2004, p. 9).

De fato, não se pode negar que o próprio movimento feminista historicamente discriminou e excluiu determinados grupos de mulheres, como denunciou bell hooks nos Estados Unidos (2015). O PNAISM admitiu tal realidade, tanto que, entre outras coletividades específicas, tratou separadamente sobre a saúde das mulheres negras, reconhecendo que “elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade” e “têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas” (BRASIL, 2004, p. 50).

Entende-se que a intenção de reconhecer a existência de diferentes grupos dentro da categoria mulheres pelo PNAISM é louvável, pois supera a visão abstrata que a categoria mulher carrega em si. Realmente, a definição do sujeito de direitos é crucial para a compreensão e efetivação dos direitos humanos; faz-se necessário, por isso, superar a abstração cartesiana do *ego cogitum* para dar lugar ao sujeito vivo referido por Martínez (2015), qual seja, o ser humano considerado em suas necessidades materiais.

Nesse mister de compreender o ser humano desde suas necessidades físicas, não se pode negar que, a par das questões de gênero, os caracteres étnicos e sociais influenciam diretamente os níveis de qualidade de vida. Os dados estatísticos reunidos pelo PNAISM demonstram de forma inexorável essa realidade, como, por exemplo, ao constatar que:

A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas. (BRASIL, 2004, p. 50)

Dessa forma, partindo do conhecimento da discrepância entre as realidades vivenciadas pelos diversos grupos de mulheres, é possível definir políticas específicas para cada um deles, observando, inclusive, quais setores possuem maior carência de ações do poder público. Esse é o grande mérito do PNAISM, que evidenciou a existência de grupos distintos dentro da categoria mulheres, como adolescentes, idosas na menopausa, lésbicas, negras, indígenas, encarceradas. A partir do reconhecimento das diferenças entre cada um desses grupos, o programa procurou estabelecer políticas distintas e direcionadas que atendessem às suas necessidades específicas.

Tratou-se, portanto, nos dizeres de Lavinias, da “focalização dentro da focalização” (apud FARAH, 2004, p. 134), pois o enfoque na categoria mulheres foi acompanhado de um olhar específico sobre suas ramificações. Consequentemente, ao evidenciar os sujeitos das políticas públicas em saúde, o PNAISM buscou evitar as anteriores práticas excludentes, a fim de garantir o atendimento das necessidades específicas dos diferentes grupos de mulheres brasileiras, conforme marcadores de gênero, raça, faixa etária e classe social.

Neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 992/2009, a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra. Essa ação – pautada no “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009) – tem gerado algumas importantes iniciativas.

De fato, no Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2015 (BRASIL, 2015), estabeleceu-se um plano de trabalho específico considerando os referidos marcadores de gênero, raça, faixa etária e classe social. Em relação às mulheres negras, relacionaram-se indicadores específicos como a “Prevalência de anemia falciforme”, a “Razão de morte materna por aborto inseguro em mulheres negras comparadas àquela da população em geral”, a “Existência de ações de saúde para as mulheres quilombolas”, “Postergação no atendimento por motivo de raça/cor/etnia” e o “Número de estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres negras”.

No seguir, realizaram-se oficinas para fins de capacitação de profissionais para colheitas desses dados (ONU Brasil, 2016). Essa mobilização resultou em algumas ações tendentes a sanar o déficit em saúde da população negra, mormente das mulheres, como a capacitação de cinco mil

profissionais pelo Ministério da Saúde para atender esse grupo com observância às suas peculiaridades e necessidades específicas. A iniciativa contemplou também a distribuição de cartilhas informativas sobre a política de saúde da população negra e a criação de 30 comitês estaduais e municipais para elaboração de propostas ações (BRASIL, 2017).

Todavia, a par de tais iniciativas, observa-se que a saúde das mulheres negras, por exemplo, continua a refletir o desnível étnico existente no Brasil, demonstrando que os avanços do PNAISM, conquanto louváveis, ainda não se mostram suficientes para garantir os direitos dessa parcela de mulheres brasileiras.

Nesse aspecto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a proporção de pessoas que realizam consultas médicas entre as pessoas negras (69,5%) é inferior à média nacional (71,2%). Ainda, enquanto 85,8% das gestantes brancas realizam ao menos seis consultas de pré-natal, apenas 71% das gestantes negras o fazem. Da mesma forma, 86% da população notificada sobre a doença de chagas é negra.

As análises relativas às infecções pelo vírus Zika também demonstram a ineficácia concreta das ações até agora realizadas para cuidados da saúde da população negra, notadamente das mulheres. Embora não existam dados precisos sobre os números de bebês nascidos com microcefalia devido à infecção por tal vírus, o Ministério da Saúde admite que, no ano de 2016, os filhos de mulheres negras estavam no topo da lista dos infectados, representando oito de cada dez bebês nascidos (BRASIL, 2016; FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

Esses dados, embora singelos diante do enorme volume de informações e dados a serem colhidos sobre a saúde da mulher negra no Brasil, evidenciam que o reconhecimento pelo PNAISM de sua existência como sujeito concreto e individualizado não tem repercutido em efetiva igualdade material no pertinente ao direito à saúde. Quiçá a concretização das intenções de tal programa perpassasse pela superação da invisibilidade das mulheres negras, bem como de outras mulheres excluídas do sistema de saúde por outros marcadores – como classe social, deficiência – ou ainda, porque não são reconhecidas como sujeitos de direitos e mulheres, como é o caso das mulheres transexuais.

Logo, a concretização dos direitos em saúde para as mulheres não avança apenas no campo normativo, uma vez que os déficits em saúde são causados por diferentes motivos, como a

pobreza, a violência, racismo e outras formas de discriminação e exclusão dentro do próprio Sistema Único de Saúde.

## CONCLUSÃO

Percebe-se, com base nessas considerações, que a fase da definição de agenda é decisiva nas políticas públicas, pois estabelece quais grupos sociais terão suas demandas atendidas pelas ações do Poder Público. Por tal motivo, as questões de gênero passaram a ser reconhecidas no Brasil como objeto de tais políticas apenas a partir da década de 1970, devido à pressão exercida por movimentos sociais compostos por grande número de mulheres.

O primeiro reflexo dessa realidade foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, de 1984, que pela primeira vez reconheceu a necessidade da criação de políticas públicas de saúde pautadas no gênero, transcendendo à mera preocupação com o sistema reprodutivo da mulher. A partir disso, pela própria influência da gama de direitos reconhecidos na Constituição Federal de 1988, percebeu-se que a categoria mulheres não podia ser tratada como um todo uniforme, devido ao rol de marcadores que influenciavam suas condições de vida. Com base nessa percepção, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM manteve o ideal de assistência integral à saúde, porém inovou ao reconhecer e incluir grupos anteriormente esquecidos pelas políticas públicas.

Talvez seja essa percepção o grande mérito do PNAISM, pois, ao evidenciar os diferentes grupos destinatários das políticas públicas em saúde, sujeitos ou coletividades de sujeitos anteriormente invisibilizados passaram a ter suas necessidades específicas reconhecidas pelo poder público. Entretanto, como visto, embora essa percepção tenha redundado em algumas ações destinadas a promover a equidade em saúde, na prática, os avanços do PNAISM ainda não se mostram suficientes para garantir os direitos das mulheres negras, por exemplo, cujo acesso aos serviços de saúde mostra significativo déficit em relação à população branca.

Com isso queremos dizer que não basta a existência de uma política pública em saúde específica para as mulheres, pois quando mencionamos a categoria mulheres não estamos mais falando na acepção tradicional do termo, de forma abstrata, mas pensando que existe um conjunto de mulheres que a política pública não alcança, como ocorre com as mulheres negras e as mulheres transexuais. Aqui se percebe o limite das políticas públicas compreendendo todos os seus ciclos,

pois, como se demonstrou ao longo do texto, as fases de definição de agenda e de formulação da política são essenciais, porém não redundam, necessariamente, em resultados concretos. Nesse sentido, embora o PNAISM aborde a questão das mulheres reconhecendo as suas diversidades, os indicadores sociais ainda apontam desigualdades entre as próprias mulheres no acesso às políticas públicas em saúde no Brasil. Este também pode ser um reflexo da falta de ações intersetoriais entre os próprios órgãos vinculados ao poder público, incapazes muitas vezes de dialogar entre si para enfrentar problemas complexos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018. Coleção Feminismos Plurais.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em 17/01/2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática. 1984. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)> Acesso em 16/01/2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Microcefalia associada ao vírus Zika é tema do Ciclo de Estudos. 23/09/2016. Disponível em <Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/21/20-11-2017---Populacao-negra.pdf>> Acesso em 15/05/2018. > Acesso em 15/05/2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 992/2009, de 13/05/2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)> Acesso em 15/05/2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da População Negra. Ministério da Saúde vai capacitar 5 mil profissionais e mobilizadores no atendimento a essa população. 21/11/2017. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/21/20-11-2017---Populacao-negra.pdf>> Acesso em 15/05/2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)> Acesso em 16/01/2018.

\_\_\_\_\_. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres (2015). Monitoramento e Acompanhamento da Política



Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher <[http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf)> Acesso em 15/05/2018.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013;

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**. v. 31, n. 1 – jan/abril, p. 99-127, 2016.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Tradução de Liane Schneider. *Revista Estudos Feministas*, 2002, p. 171-188.

DAMASCO, Mariana Santos. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)**. Dissertação (Mestrado em História) pelo Curso de Pós- Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. In GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Org.). **Políticas Públicas e Igualdade de Gênero**. São Paulo, 2004, p. 127-142. Disponível em < <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05630.pdf>> Acesso em 16/01/2018.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. In **Estudos Feministas**, Florianópolis, 12 (1): 47-71, janeiro-abril/2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692>> Acesso em 15/01/2018.

FERNÁNDEZ, Antoni. Las políticas públicas. p. 460-482. In: BADIA, Miquel Carminal (Editor). **Manual de ciência política**. 2. ed. Madrid: Tecnos, 2004.

FIGUEIREDO, Angela. Epistemologia insubmissa feminista negra decolonial. **Tempo e Argumento**. Florianópolis, v. 12, n. 29, e0102, jan./abr. 2020.

HERMANY, Ricardo; COSTA, Caroline Limberger. O desenvolvimento da cidadania através do empoderamento social local: uma forma de (re)pensar o Poder Local. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; PORTO, Rosane Teresinha Carvalho; REIS, Suzéte da Silva (Orgs.). **Direito, Cidadania e Políticas Públicas IV**. Curitiba: Multideia, 2010.

HOOKS, bell. **Mulheres negras: moldando a teoria feminista**. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, Brasília, n. 16, p. 193-210, Apr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n16/0103-3352-rbcpol-16-00193.pdf>> Acesso em 16/01/2018.

LORDE, Audre. *Irmã outsider*. Tradução de Stephaine Borges. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

LUGONES, María. Colonialidad y Género. **Tabula Rasa**. Bogotá, Colômbia. N. 9: 73-101, jul-dez, 2008.

MACHADO, Isadora Vier. **Adolescentes institucionalizadas** : um estudo sobre proteção integral e gênero no Centro de Socioeducação da região de Ponta-Grossa-PR. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito, Florianópolis, 2010

MAISONNAVE, Fabiano. Folha de São Paulo. 12/09/2016. **Oito em cada dez bebês com danos do zika nascem de mães negras**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/1812302-oito-em-cada-dez-bebes-com-danos-do-zika-nascem-de-maes-negras.shtml>> Acesso em 15/05/2018.

MARIANO, Silvana Aparecida. O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. *In: Revista de Estudos Feministas*. Florianópolis, 13(3): 320, setembro-dezembro/2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n3/a02v13n3.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

MARTINEZ, Alejandro Rosillo. **Fundamentação dos direitos humanos desde a filosofia da libertação**. Ijuí-RS: Editora Unijui, 2015.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Governo brasileiro e Nações Unidas promovem oficina sobre saúde integral das mulheres**. 2016. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/governo-brasileiro-e-nacoes-unidas-promovem-oficina-sobre-saude-integral-das-mulheres/>> Acesso em 15/05/2018.

PAZ, Ana Paula Bazo Paz e SALVARO, Giovana Ilka Jacinto Salvaro. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Propostas educativas em foco**. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), n. 1, p. 121-133, out., 2011. Disponível em <<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/1143/965>> Acesso em 15/01/2018;

PEDRO, Joana. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *HISTÓRIA*, São Paulo, v.24, N.1, P.77-98, 2005.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017. Coleção Feminismos Plurais.

RUA, Maria das Graças. **Análises de políticas públicas: conceitos básicos**. Disponível em: [projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDF](http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDF). Acesso em 08.08.2014.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 24 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 31. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

SOUZA, Celina; CARVALHO, Inaiá M. M. de. **Reforma do Estado, descentralização e desigualdades**. *Lua Nova* [online], n. 48, p. 187-212, 1999.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. p. 65-86. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUZA, Ismael Francisco de. **A erradicação do trabalho infantil e as responsabilidades do Conselho Tutelar no município de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2008.

\_\_\_\_\_. *Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente: uma perspectiva a partir do poder local*. In: VERONESE, Josiane Rose Petry; ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paulo Eduardo (Coords.). **Estatuto da Criança e do Adolescente: 25 anos de desafios e conquistas**. São Paulo: Saraiva, 2015.

SUBIRATS, Joan *et al.* **Análisis y gestión de políticas públicas**. Barcelona: Planeta, 2012. 282p.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. AATR-BA, 2002. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a\\_pdf/03\\_aatr\\_pp\\_papel.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf). Acesso em: 04 abr. 2017.

VIANA, Nildo. **A constituição das políticas públicas**. Disponível em: [www.nee.ueg.br/seer/index.php/revistaplurais/article/view/69/96](http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/revistaplurais/article/view/69/96). Acesso em: 11.08.2014.

VIEIRA, R. S. **A cidadania na república participativa: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde**, 2013. 527 f. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107508/319593.pdf?sequence=1> Acesso em 14/04/2017.