

Diversidade e equidade nas políticas para mulheres¹

- Diversidad y equidad en las políticas de la mujer
- Diversity and equity in women's policies

Maria Eliane Alves de Sousa ²

Maria de Fátima Lobato Tavares³

Rosa Maria da Rocha⁴

Resumo: Este artigo estuda o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) como política pública para a diversidade. A abordagem é dos direitos humanos das mulheres sob o viés da saúde, no contexto da diversidade. Como pessoas submetidas a processos históricos e sociais de alijamento e desvalorização, as mulheres lutaram e lutam para conquistar e manter direitos de igualdade em relação ao gênero. E também para que isso aconteça de modo a atingi-las segundo as diversidades socioculturais de seus grupos. Para a promoção da saúde é necessário que o combate às desigualdades e às condições injustas, que degradam a vida das pessoas, aconteça com equidade. O objetivo aqui é analisar as ações das três versões do PNPM segundo as diversidades socioculturais adotadas para os grupos de mulheres. Os resultados apresentam que os PNPMs propõem estimular e provocar as diferentes

1 O presente artigo é parte dos resultados de pesquisa da dissertação de mestrado intitulada “*Promoção da saúde e equidade: contribuições dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade*”, desenvolvida no Programa de pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, em 2018.

2 Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro). Advogada. Docente da Universidade Estadual da Bahia. <measud7@gmail.com>

3 Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora e docente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro). <flobato@ensp.fiocruz.br>.

4 Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora e docente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro). <rosaensp@gmail.com>.

áreas do governo para que o impacto das políticas sobre a vida das mulheres aconteça de forma a considerar as diferentes origens, orientações sexuais, gerações e condições física e mental em direção à promoção da igualdade. Todavia, em todas as versões, há o predomínio de ações com enfoque para a categoria mulher em geral, ou com definição para variáveis mais genéricas de categorização da mulher. Conclui-se que, embora os avanços sejam pequenos, como políticas públicas para mulheres, os PNPMs as alcançam segundo alguns critérios de diversidade. Contribuem, por exemplo, para a redução das desigualdades que afetam mulheres como as quilombolas e as mulheres da floresta; bem como para a redução da discriminação contra as mulheres segundo a orientação sexual e a idade.

Palavras-chave: Direitos humanos. Direitos da mulher. Diversidade sociocultural. Equidade. Políticas públicas.

Resumen: Este artículo estudia el Plan Nacional de Políticas para la Mujer (PNPM) – en Brasil – como una política pública para la diversidad. El enfoque es a los derechos humanos de las mujeres bajo el sesgo de salud en el contexto de la diversidad. Como personas sometidas a procesos históricos y sociales de abatimiento y devaluación, las mujeres han luchado y luchado para ganar y mantener los derechos de igualdad de género. Pero también para que esto suceda para lograrlos de acuerdo con las diversidades socioculturales de sus grupos. Para la promoción de la salud es necesario que la lucha contra las desigualdades y las condiciones injustas que degradan la salud y la vida de las personas se realicen con equidad. El objetivo es analizar las acciones de las tres versiones de PNPM de acuerdo con las diversidades socioculturales que adoptan para los grupos de mujeres. Los resultados muestran que los PNPM proponen estimular y provocar las diferentes áreas de gobierno para que el impacto de las políticas en la vida de las mujeres ocurra para considerar los diferentes orígenes, orientaciones sexuales, generaciones y condiciones físicas y mentales hacia la promoción. de la igualdad. Sin embargo, en todas las versiones hay un predominio de acciones con un enfoque en la categoría de mujer en general, o con la definición de variables más genéricas de la categorización de la mujer. Se concluye que, aunque los avances son pequeños, como las políticas públicas para las mujeres, los PNPM los alcanzan de acuerdo con algunos criterios de diversidad, lo que contribuye a la reducción de las desigualdades que afectan a mujeres como las quilombolas, mujeres del bosque; así como para reducir la discriminación contra la mujer en función de la orientación sexual y la edad.

Palabras clave: Derechos humanos. Derechos de la mujer. Diversidad socio-cultural. Equidad. Políticas públicas.

Abstract: This article studies the National Policy Plan for Women (PNPM) – in Brazil – as a public policy for diversity. The approach is to women’s human rights under the health bias in the context of diversity. As people subjected to historical and social processes of dejection and devaluation, women have struggled and struggle to win and maintain gender equality rights. But also for this to happen in order to achieve them according to the sociocultural diversities of their groups. For the promotion of health it is necessary that the fight against inequalities and the unjust conditions that degrade the health and the life of the people happen with equity. The objective is to analyze the actions of the three versions of PNPM according to the socio-cultural diversities that they adopt for the women’s groups. The results show that the PNPMs propose to stimulate and provoke the different areas of government so that the impact of policies on the life of women happens in order to consider the different origins, sexual orientations, generations and physical and mental conditions towards the promotion of equality. However, in all versions there is a predominance of actions with a focus on the woman category in general, or with definition for more generic variables of woman categorization. It is concluded that, although the advances are small, as public policies for women the PNPMs reach them according to some criteria of diversity, contributing to the reduction of the inequalities that affect women like the quilombolas, women of the forest; as well as to reduce discrimination against women on the basis of sexual orientation and age.

Keywords: Human rights. Women rights. Socio-cultural diversity. Equity. Public policy.

Introdução

Por sua situação histórica marcada pelo processo de colonização, pelo tráfico de povos africanos escravizados, e posteriores processos de povoamento por imigrantes em sua maioria europeus, o Brasil possui características multiculturais e multiétnicas. Tais aspectos, aliados aos geográficos, formam a diversidade socio-cultural frisada como identidades, e também como referências de discriminações, vulnerabilidades e desigualdades que resultam de injustiças originadas por esses

fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais variados. Por tais características, a diversidade resulta em relações que exigem da atuação estatal um novo comportamento capaz de compreender e incorporar, nos espaços social e político, as complexidades e pluralismos de suas reivindicações.

Para as mulheres brasileiras os últimos trinta anos foram marcados por várias manifestações, lutas e conquistas de políticas públicas afirmativas igualitárias em relação ao gênero. Tais eventos ganharam impulsionamentos com a Constituição Federal de 1988, originando também repercussões em espaço social e político de conquistas para uma maior diversidade de outros grupos de mulheres, que possuíam pouca ou nenhuma representação. Esses grupos chamam a atenção para as interações específicas (de dominação, discriminação e desvalorização) que acontecem em suas vidas, com consequências também diferenciadas.

A identificação por outros marcadores sociais de diferenças em relação à mulher passou a ser vista como mais uma forma de desvelar a exclusão: classe social, cor, etnia, origem, capacidades do corpo ou da mente, idade, geração etc. Passa a ser uma nova forma de lutarem por respeito como grupo e como mulheres em suas diferenças.

Tais aspectos de opressão, discriminação, desvalorização e violências às mulheres geram problemas e interferem negativamente em suas condições de saúde e vida, em violações e degradações à dignidade da pessoa humana. Nesse âmbito, a condição das mulheres liga-se ao direito à saúde, e por meio dela aos demais direitos humanos porque igualmente essenciais à condição de vida condigna.

Os assuntos sobre as mulheres passaram para além daqueles ligados ao lar e à reprodução (saúde gestacional/reprodutiva), e inclusive estes se ampliaram em novos horizontes. Nessa ótica, busca-se na abordagem dos direitos humanos e promoção da saúde, uma interpretação sobre diversidade em relação às mulheres no Plano Nacional de Políticas para Mulheres.

A saúde como direito humano está dentro de uma nova concepção que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), respalda não somente o campo biotecnológico da ausência de doenças, mas também todos os fatores (econômicos, sociais, ambientais, culturais e políticos) que fazem parte da vida do ser humano para um completo estado de bem-estar psíquico, econômico, cultural e social (OMS, 2005, s. n. p.). Por isso requer políticas sociais e econômicas implementadas por meio da abordagem intersetorial, legalmente garantidas, que acrescenta, além das atividades com finalidade de tratamento da saúde, as de sua proteção e promoção (artigos 196 a 198 da Constituição Federal de 1988). (BRASIL, 2016, p. 73).

Assim, é de forma transversal que as ações, destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de saúde, ultrapassam a visão restrita dos

serviços convencionais do setor saúde. Nessa perspectiva, a OMS incorporou na agenda mundial e sugeriu às agendas nacionais, uma nova dinâmica para se pensar e praticar a saúde em seu sentido amplo, através do processo da Promoção da Saúde (PS).

A PS surge no cenário mundial, de forma mais sistematizada e desenvolvida conceitual e metodologicamente, em 1986 com a Carta de Ottawa. Define que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Assim, “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002, p. 20). Essas condições e fatores podem tanto favorecer como prejudicar a saúde, por isto as ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis mediante o incremento e uma base sólida naqueles pré-requisitos básicos.

O princípio da equidade rege as ações da PS, para cumprir o objetivo de reduzir as desigualdades ao melhorar as condições de saúde de populações e indivíduos submetidos às condições injustas e evitáveis de acesso e oportunidades de melhorias de vida e bem estar: “respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais” (BRASIL, 2015, p. 10 e 28).

Como área de conhecimento e como prática, a PS abriu uma gama de oportunidades de visões sobre a saúde, desde a definição positiva desta à perspectiva inclusiva de outros componentes de seu campo. E por isso também dialógica com outros campos de saberes e práticas, extrapolando a restrição do olhar apenas ao serviço de saúde. E é com essa perspectiva positiva, inclusiva e dialógica, que a saúde e a PS entrecruzam-se com os direitos humanos.

O quadro dos direitos humanos é tomado como recurso para avaliar situações de vulnerabilidades, desigualdades, negligências ou violações de direitos, e instruir ações para a sua redução, tendo por foco orientador as relações sociais que estão na base destas situações. (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012, p. 12-13). A interseção entre direitos humanos e saúde está constitucionalmente posta (arts. 6º, 196 e 198 da Constituição Federal/88), principalmente ao referir-se a um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade, igualdade e integralidade. Contudo, explica Ayres (2014, p. 14-15), a universalidade será reprodutora de desigualdades se não for articulada à avaliação das diferentes formas e graus que assumem as necessidades de saúde de uma população e a esforços de diferenciação da atenção oferecida segundo essas diversas necessidades. Requer, portanto, que se coloque como eixo o princípio da equidade,

para pactuar com todos os cidadãos o provimento diferenciado de bens e serviços, segundo as necessidades específicas das pessoas, famílias, comunidades ou grupos sociais particulares.

É nesse sentido que, para Sousa Santos (2003, p. 14), a noção de direitos humanos deve ser multicultural e emancipadora porque estão “em defesa de grupos oprimidos vitimizados por Estados autoritários, por práticas econômicas excludentes ou por políticas culturais discriminatórias”. Para o autor é necessário reconhecer a diferença sem reproduzir desigualdades, permitindo a realização da igualdade na humanidade.

Os direitos das mulheres têm como importante marco a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres* (CEDAW), Resolução A-34-180 aprovada pela ONU em 1979, sob a perspectiva das relações de gênero. O ápice da CEDAW é o Protocolo Facultativo instituído em 1999, que possui como mecanismos de monitoramento: a petição, para as denúncias de violação de direitos enunciados na Convenção para o Comitê; e o procedimento investigatório, que apura a existência de grave e sistemática violação aos direitos humanos das mulheres.

Todavia, apenas em 1993, foram reconhecidos como direitos humanos, os direitos humanos das mulheres e meninas, através da Declaração e Programa de Ação da Convenção de Viena.

Em 1995, a *IV Conferência sobre a Mulher* consagrou a Plataforma de Ação de Pequim (Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz), que reconhece os anseios das mulheres de todas as partes do mundo, considerando a diversidade das mulheres e de seus papéis e condições de vida, e prestando homenagens às mulheres que abriram novos caminhos. O documento também determina intensificar esforços para que sejam assegurados o gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais às mulheres e às meninas, que encontram os mais variados obstáculos ao seu empoderamento e avanço por causa de fatores como raça, idade, idioma, etnia, cultura, religião, deficiência física ou por serem indígenas.

E em 2001, através da Declaração e Programa de Ação de Durban, consagrada na *Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata*, entre outras coisas, reconhece que:

- a) o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata ocorrem com base na raça, cor, descendência, origem nacional ou étnica e que as vítimas podem sofrer múltiplas ou agravadas formas de discriminação calcadas em outros aspectos correlatos como sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outro tipo, origem social, propriedade, nascimento e outros;
- b) o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata revelam-se de maneira diferenciada para mulheres e meninas, e podem estar entre os

fatores que levam a uma deterioração de sua condição de vida, à pobreza, à violência, às múltiplas formas de discriminação e à limitação ou negação de seus direitos humanos;

c) há necessidade de desenvolver um enfoque mais sistemático e coerente para avaliar e monitorar as desvantagens, os obstáculos e as dificuldades que as mulheres enfrentam para o pleno exercício e gozo de seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais como consequência do racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata; e,

d) a preservação e a promoção da tolerância, do pluralismo e do respeito à diversidade podem produzir mais sociedades inclusivas.

Esses documentos expõem a busca da universalização dos direitos humanos considera as relações de gênero e também as relações de diferenças demandadas por grupos específicos de mulheres, que sofrem outros matizes das desigualdades sociais. Desse modo, procura-se uma forma de mediação entre as particularidades e especificidades dos grupos e a universalidade dos direitos humanos.

Em consonância com a visão da ONU sobre os direitos humanos das mulheres, em 2003 o Brasil elaborou o I Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), um importante marco para a conquista de políticas sociais afirmativas e de direitos para as brasileiras. Consolidava-se com mais força a institucionalização de políticas públicas para as mulheres. Posteriormente, em processo participativo mais amplo e representativo por grupos de mulheres, foram elaborados o II e III PNPMs (2007-2011; 2013-2015). A 4ª Conferência Nacional de Política para as Mulheres, intitulada “Mais direitos, participação e poder para as Mulheres”, aconteceu em maio de 2016, e aguarda-se que se consubstancie no IV PNPM.

Esses planos foram criados com a finalidade de promover a melhoria das condições de vida das mulheres, para combater as desigualdades nas relações de gênero. E também com enfoque para segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidades e necessidades específicas (BRASIL/PNPM, 2004, p. 9-31; 2008, p. 17-27; 2013, p. 9-12).

É relevante saber se, além de representar os direitos das mulheres sob a forma de política de combate à desigualdade de gênero, como os planos as favorecem não apenas como grupo homogêneo, mas também composto por diversidades étnicas, sociais, econômicas, orientação sexual, faixa etária, com necessidades e desigualdades diferentes em tais diversidades.

Esta pesquisa estuda os PNPMs segundo a relação entre direitos humanos e a diversidade sociocultural, sob a perspectiva da Promoção da Saúde. A motivação está em conhecer sobre promoção da saúde das mulheres como direitos humanos, que fomenta o empoderamento e valorização da pluralidade

da população brasileira feminina, com geração de impactos positivos. O objetivo é analisar as três versões do PNPM para descrever as ações estratégicas segundo as diversidades socioculturais que adotam para os grupos de mulheres.

O estudo caracteriza-se por ser um enfoque qualitativo, com finalidade de pesquisa exploratória em bibliografias e documentos. Tem como fontes dos dados secundários os textos dos três PNPMs, que também foram unidades de análise, pois proveram os dados objetivos para a análise temática. Os dados são de domínio público e acesso irrestrito, coletados na *World Wide Web*. As três versões dos PNPMs (I, II e III) foram extraídas no sítio eletrônico da Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres: <<http://www.spm.gov.br>>.

Para colocar as mulheres segundo categorias de diversidade, como forma de diferenciar do grupo homogêneo mulher, adotaram-se as categorias definidas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), baseadas em: a) variáveis de diferenciação: raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade (meninas, adolescentes, jovens e idosas), soropositividade HIV; b) grupos específicos: mulheres lésbicas, bissexuais, que vivenciam a transexualidade, no climatério, donas de casa, mulheres chefe de família, trabalhadoras domésticas, trabalhadoras do campo e da cidade, gestoras e servidoras públicas, mulheres do campo e da floresta, índias, negras, quilombolas, ribeirinhas, mulheres em situação de prisão, mulheres com deficiência, que vivem em situação de rua, ciganas, mulheres com doenças crônicas. (BRASIL/PNAISM, 2009, p. 5; 19; 21).

A adoção dessa classificação da PNAISM deve-se ao fato de ser uma política anterior ao PNPM, e que já consagrava alcançar as mulheres brasileiras segundo critérios de diversidade sociocultural.

Para distribuir as ações dos PNPMs em relação à diversidade da Mulher como grupo homogêneo ou por grupos de diferenças, o critério foi de exclusão. Adotou-se apenas a variável ou o grupo citado em cada ação dos PNPMs. Quando não havia informação por variáveis de diferenciação ou por grupos específicos ou apenas a referência a mulheres, adotou-se o termo “geral”.

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

O tratamento dos dados obtidos nas análises documentais foi sob a forma de produção textual simples, com recurso a quadros explicativos para a sistematização dos resultados. O caminho teórico interpretativo pauta-se nos marcadores sociais como diferença em dois sentidos: essa abordagem permite um panorama das formas de inclusão e de exclusão social que acontece com grupos específicos, quanto ao Plano reconhecer

as identidades como valorização (inclusão) e combater as discriminações (exclusão) nos espaços sociais e políticos.

1. Mulheres: do gênero à diversidade

As questões relacionadas à mulher são majoritariamente tratadas sob a perspectiva do gênero, para o combate às desigualdades em relação ao homem. Atualmente a ONU tem intensificado esse enfoque através de propostas específicas do plano de ação da Agenda 2030.

Aprovada na Cúpula da ONU em 2015, a Agenda 2030 enfatiza o respeito universal aos direitos humanos e à dignidade humana, ao Estado de Direito, à justiça, à igualdade e a não discriminação; ao respeito pela raça, etnia e diversidade cultural. Propõe que os países membros tenham o compromisso de “não deixar ninguém para trás, reconhecendo a dignidade da pessoa humana como fundamental”. Para as mulheres, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) n.5 da agenda prioriza: “que cada mulher e menina desfrute de um mundo justo, equitativo, tolerante, aberto e socialmente inclusivo em que sejam atendidas as necessidades das pessoas mais vulneráveis”. (BRASIL, 2015, p.1-3).

Contudo, novas abordagens têm direcionado o foco das análises para a situação da mulher quanto à diversidade desse grupo, uma vez que a vulnerabilidade e a desigualdade não se dão de forma homogênea para todas as mulheres. Conforme destaque de Rocha (2017, p. 3), hoje em dia as lutas feministas incorporam as diversas formas e cumulativas como as mulheres são impactadas em seus diferentes contextos e identidades. Há desigualdade entre homens e mulheres, mas há ainda mais discriminação e invisibilidade caso elas sejam pobres, negras, indígenas, lésbicas ou de baixa escolaridade. Esses fatores acentuam as iniquidades das condições de vida que as mulheres estão submetidas.

Também a esse respeito a ONU tem dado relevância. O informe *Hacer las promesas realidad: la igualdad de género en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*, apresenta que:

Identidades (percebidas ou inerentes) de indivíduos e grupos podem aumentar os riscos de discriminação e marginalização. Na sociedade, mulheres e meninas são muitas vezes deixadas para trás, experimentam vários tipos de desvantagens baseadas no gênero e outros fatores de desigualdade. (ONU MULHERES, 2018, p. 31). (tradução livre).

Essas novas abordagens criticam o isolamento pautado no gênero, para a elaboração e gestão de políticas públicas para a equidade. Consideram que tal simplificação prejudica a percepção da complexidade entre fatores de

diferenças, impedem a compreensão e enfrentamento de forma mais precisa das suas articulações, e favorecem subgrupos em posição de privilégios. (RODRIGUES, 2013, p. 5-6; HENNING, 2015, p. 105-10).

Sobre esse assunto, Carmen Lucia Luiz (ativista sanitária), comenta que o feminismo de 30 anos atrás era mais elitizado, formado por mulheres que tinham influência de autores europeus, que traziam de outros lugares uma teoria feminista estruturada, que não dava visibilidade às mulheres negras, por exemplo. (RADIS, 2017, p. 28).

A afirmação da diversidade identitária importa aos novos movimentos feministas, porque permite melhor compreender e transformar a realidade, reafirmar direitos que estão sob ataque, propor políticas públicas de proteção específicas às mulheres mais vulneráveis. (ROCHA, 2017, p. 3).

Nesse sentido, para Ligia Candieri (integrante da Rede Feminista), a valorização da diversidade nos perfis das participantes das conferências de mulheres e nos temas abordados, ressalta que as identidades são importantes para a defesa de pautas específicas. E não representam um entrave às pautas conjuntas de temas-chave. (BATALHA e MOROSINI, 2017, p. 22).

Decerto a desigualdade de gênero afeta as mulheres tornando-as vulneráveis às discriminações, violências, submissões e opressões. Mas intragênero há mulheres que são mais invisibilizadas, minorias e vulneráveis. Por tais aspectos, uma atenção mais específica tem sido requerida para as necessidades das mulheres: negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, prostitutas, do campo etc. Essas mulheres sofrem as discriminações por interseccionalidade, também denominadas de múltiplas ou cruzadas.

A interseccionalidade possibilita apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades. Trata-se, pois, de uma diferença mais ampla que contém interações entre possíveis diferenças presentes em contextos específicos (PISCITELLI, 2008, p. 266).

Consoante explica Carmen Lucia Luiz, o atual feminismo interseccional abarca a pluralidade das mulheres, incorpora a diversidade. "Se não tivermos a compreensão de como essas diferenças foram transformadas em desigualdades, aí não conseguiremos atingir a equidade, que é o objetivo". (RADIS, 2017, p. 28).

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

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

2. A importância do princípio da equidade

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

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

Como princípio constitucional, Silva (2008, p. 761) comenta que a equidade é a expressão da ideia de justiça na forma de um tratamento igual, mas não apenas isso. É sim um tratamento que busca atribuir a cada um o que é seu, com a ideia de proporcionalidade e razoabilidade, no sentido de atribuir mais a quem mais precise e menos a quem menos precise. Assim, a equidade é princípio e valor que visa que a lei, como dever e direito, alcance a todos sem injustiça.

Pelo exposto, pode-se compreender que, para se estabelecer o equilíbrio entre a lei e a justiça, a equidade é necessária para perceber os desníveis, não de alcance formal e sim de concretização. Portanto, através da equidade surgem os critérios de especificidades para que a injustiça não prevaleça diante das desigualdades.

Em termos de justiça social, a preocupação com a equidade ganhou mais relevância em outras áreas do conhecimento a partir dos estudos contemporâneos do filósofo americano John Rawls, porque a colocou como pilar das políticas públicas, como importante critério na tomada de decisões. Silva e Ramos (2017, p. 113), descrevem que Rawls expressa a teoria da “justiça como equidade”, na qual defende o princípio da diferença como base para a tomada de decisão em estabelecer prioridades diante de recursos insuficientes, trabalhando com o pressuposto da finitude.

Por outro lado, as ideias de Amartya Sen sobre equidade são desenvolvidas a partir de sua análise crítica à teoria da justiça de John Rawls. Para esse autor, deve se concentrar na vida e na liberdade das pessoas envolvidas, uma vez que a justiça não deve se limitar à escolha das instituições e à definição de arranjos sociais ideais, mas depende também das realizações humanas e incluem as vidas que as pessoas conseguem viver, ou não viver. (LAMA, 2015, p. 31).

A compreensão de Sen (2002, p. 303-306), é que a equidade é importante para a saúde por ser multidimensional, porque inclui aspectos que dizem respeito a: alcançar e a possibilidade de alcançar uma boa saúde; e, integrar as considerações sobre a saúde e os temas mais amplos da justiça social e da equidade global. Desse modo, saúde participa da justiça social de várias formas distintas, uma vez que é um componente fundamental das possibilidades humanas de vida e de liberdade. A equidade, deve focar a saúde em suas relações com outras características por meio da distribuição de recursos e acordos sociais. Portanto, a ubiquidade da saúde é o ponto de partida como uma consideração social para a compreensão de justiça social.

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

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

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

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

Em nível internacional, o aparecimento do termo em documentos da área de saúde ocorre na Carta de Ottawa (1986), na I Conferência Internacional da Promoção da Saúde.

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

- a) equidade ontológica: igualdade fundamental entre as pessoas. Possui abordagens religiosas, culturas e sistemas sociais;
- b) equidade de oportunidade de se alcançar os objetivos almejados: mediante mobilidade social perfeita, a partir da igualdade de oportunidades, garantida a universalidade dos direitos fundamentais;
- c) equidade de condições no “ponto de partida”: apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas “em igualdade” para competir com base em habilidades e méritos individuais; e,
- d) equidade dos efeitos ou resultados: a legislação e outras medidas políticas procuram compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais de grupos menos privilegiados, aumentando suas oportunidades.

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

Depreende-se que o enfoque para concretização da equidade dá-se pelos aspectos da inclusão social, mediante o engajamento de toda a sociedade para ajudar a reduzir ou eliminar as distâncias das oportunidades para todos os indivíduos. O foco extrapola a igualdade formal, e do mero entendimento de “mais para quem tem menos”, atinge o patamar de um novo arranjo social para inclusão como igualdade justa com fins de desenvolvimento humano sustentável, através de ações sociais e estatais também justas e sustentáveis.

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

O glossário temático da PS considera que a equidade em saúde é um:

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

Notas: [...] III) Para promover a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis e acesso à informação, a experiências, a habilidades e a oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável. (BRASIL, 2013, p. 22).

A equidade em saúde é a tônica da promoção da saúde. Sua relevância é destacada na Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade, resultado da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde (2016 em Curitiba-

-PR). Esta Carta foi apresentada durante a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde (2016 em Shanghai-China): “Equidade é a meta; a continuidade da iniquidade em gênero, raça e etnia é um sinal de falha do sistema. (OPAS/OMS, 2016, s. n. p.). Iniquidade significa “as desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça”. (BARRETO 2017, p. 2101).

Para além das concepções conceituais, a preocupação com as condições de precarização e fatores de degradação da saúde, levou a OMS (2005) a convocar a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), para estudar as evidências mundiais sobre as iniquidades na saúde, e propor opções de políticas que possam reverter a tendência de aumento destas. Os resultados do relatório “Reduzindo o fosso da Equidade na Saúde” enfatizam os fatores sociais que se manifestam em consequências para a saúde, “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”. As iniquidades em saúde não são fenômenos naturais. Portanto, podem ser evitadas melhorando-se as políticas que têm fracassado nesse âmbito. (CNDSS, 2008, p. 10-11).

Em todas as concepções nota-se a preponderância dada às políticas públicas e ações sociais como forma de se proporcionar, de modo inclusivo e sustentável, às oportunidades necessárias para se alcançar o bem estar e a justiça social.

Os conceitos explicitados são amplos, mas não exaustivos, nem restritivos de direitos em âmbitos da saúde e dos direitos humanos. Logo, considerar a equidade como um princípio, é considerá-la como criação de oportunidade para a igualdade sob o aspecto de se fazer justiça social e sua promoção.

Desse modo, a área do direito engaja-se com a da saúde, visando vencer desafios da implantação e implementação de políticas públicas. Nesse diapasão, também em busca de intersectorialidade e interdisciplinaridade. Com isso visualiza-se a ideia de ubiquidade em saúde, criada por Amartya Sen, de certa forma também presente no conceito amplo de saúde dado pela OMS.

3. O Plano Nacional de Políticas para Mulheres sob a perspectiva da diversidade

Nos PNPMs o conceito de diversidade alia-se aos de igualdade e equidade. O respeito àquela é pré-requisito para a construção social destas, considerando-se tanto o aspecto de gênero quanto o de outros marcadores sociais de diferenças (raça e etnia, gerações, orientação sexual e deficiências). (BRASIL/IPNPM, 2004, p. 31). Nesse sentido, o II e III PNPM tratam essa relação sob a ótica da interseccionalidade entre os marcadores sociais de diferenças, para o desenvolvimento de políticas específicas que combatam desigualdades entre

as mulheres. (BRASIL/IIPNPM, 2008, p. 31, 55, 131, 170; BRASIL/IIIPNPM, 2013, p. 23). A preocupação com a igualdade que considere todas as diversidades, como fortalecimento dos direitos humanos, aparece pela primeira vez no II-IPNPM. (BRASIL/IIIPNPM, 2013, p.23).

As ações estratégicas dos PNPMs, em relação à diversidade das mulheres, apontam que o Brasil tomou várias medidas com a finalidade de eliminar ou mitigar problemas relacionados às especificidades por grupo diferentes. Destacam a adoção dos marcadores sociais de diferença como fator de inclusão social por reconhecer as identidades como valorização, e para combater as discriminações e exclusões no espaço sócio-político.

O I PNPM reconhece em seu texto que o grupo mulher não é uma categoria homogênea: “As mulheres são plurais, e as políticas propostas devem levar em consideração as diferenças existentes entre elas”. (BRASIL/IPNPM, 2004, p. 31). Apesar disso, possui poucas ações voltadas especificamente à diversidade de mulheres por grupos, conforme resultados mostrados no Quadro 1- *Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo as categorias de diversidade sociocultural* (final do texto).

No I PNPM a área da saúde é a que possui mais ações com disposições para a diversidade das mulheres por grupos. A área de enfrentamento à violência não traz nenhuma categorização das mulheres por grupos específicos. Apenas considera uma categorização segundo a idade (meninas e adolescentes).

A consideração das diferenças entre as mulheres para as ações propostas é mais pronunciada a partir do II PNPM (Quadro 1 – final do texto), que diz responder à mobilização da sociedade brasileira para a ampliação da perspectiva de gênero e raça/etnia nas ações desenvolvidas pelo Estado, de forma a destacar segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidade: “Fomentar e implementar políticas de ação afirmativa como instrumento necessário ao pleno exercício de todos os direitos e liberdades fundamentais para distintos grupos de mulheres”. (BRASIL/II PNPM, 2008, p. 21, 28, 29).

A área da saúde continua a ser a que possui mais ações com disposições para a diversidade das mulheres por grupos, mantém os grupos descritos no IPNPM e acrescenta mais categorias do que as outras áreas (Quadro 1). As ações da área estratégica de enfrentamento à violência incorporam o tratamento por grupos de mulheres segundo a diversidade (Quadro 1). O empoderamento econômico das mulheres por grupos específicos ganha reforços em ações das áreas de desenvolvimento no meio rural; e direito à terra e moradia nos meios rural e urbano. Ver Quadro 2 - *Categorização das ações incluídas apenas nos II e III Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo as categorias de diversidade sociocultural* (final do texto).

A terceira versão do Plano também apresenta avanços de novas inser-

ções de grupos de mulheres. Reconhece o esforço das mulheres brasileiras em sua busca incessante por equidade e igualdade, ressaltando as especificidades raciais, étnicas, geracionais, regionais e de orientação sexual e a importância que cada um desses temas tem para configuração das políticas públicas para as mulheres, de modo a torná-las igualmente beneficiárias dos avanços a serem conquistados pela luta coletiva das mulheres. (BRASIL/IIIPNPM, 2013, p.102). No III PNPM a área que mais incorpora ações com disposições para a diversidade das mulheres por grupos é a do trabalho e autonomia econômica (Quadro 1).

De modo geral, a área da saúde destaca-se em considerar as mulheres por grupos segundo a diversidade em suas ações desde o IPNPM. A área de educação tem a menor contribuição nesse sentido, o que é preocupante por estar presente desde o primeiro plano, e pelo impacto positivo que possui sobre o desenvolvimento humano. Mas é uma área favorecida por ações de cunho educativo de outras áreas estratégicas.

Considerando-se as ações das estratégias que aparecem apenas no II e III PNPM, a área da cultura, comunicação e mídia é a que possui menos ações por grupos de mulheres, e também por variáveis genéricas de categorização (Quadro 2).

Todavia, em todas as versões há o predomínio de ações com enfoque para a categoria mulher em geral, ou com definição para variáveis mais genéricas de categorização da mulher (raça e etnia, gerações, orientação sexual e deficiências).

Especificamente em relação aos aspectos da área estratégica da saúde (Quadro 1), os avanços e limites dessa área são percebidos através das ações em todas as versões do Plano. O IPNPM apresenta discussões e expõe como prioridade incorporar as perspectivas das mulheres negras, indígenas, lésbicas e rurais. No entanto, poucas são as ações da estratégia da saúde que refletem essa prioridade.

A educação e o enfrentamento à violência são outras duas áreas-chaves (Quadro 1). A área da educação em relação à saúde explora ações que visam o combate às discriminações e estereótipos à mulher. Nessa ótica há também a preocupação com o empoderamento pela via inclusiva do trabalho e combate ao analfabetismo. O primeiro com foco centrado para as mulheres negras, e o segundo contemplando também as mulheres indígenas.

Nesses aspectos a educação demonstra o hiato entre grupos em relação às mulheres, pois as negras ainda possuem menos acesso que as mulheres brancas, assim como as de outras etnias e origens. Na população de 25 anos ou mais de idade com ensino superior completo, as mulheres brancas representam 23,5% e as negras 10,4%. As mulheres pretas ou pardas de 15 a 17 anos de idade apresentam atraso escolar em 30,7% dos casos, enquanto 19,9% das mulheres brancas dessa faixa etária estão na mesma situação (IBGE, 2018, p. 1 e 6). O que repercute na autonomia econômica e no trabalho. Logo,

repercute também na saúde.

O IIPNPM inclui ações específicas de saúde para: mulheres no climatério, reprodução humana assistida; atenção às queixas ginecológicas; farmácia popular; prevenção da gravidez na adolescência; atenção ao abortamento inseguro; atenção ao parto domiciliar; atenção ao parto domiciliar em diversidades étnicas e raciais com parteiras tradicionais; distribuição de preservativos masculinos e femininos; enfrentar a feminização das DST e Aids; saúde mental e gênero; atenção de alta complexidade em oncologia; direito à saúde das mulheres por grupos de diversidades; saberes das mulheres indígenas e quilombolas em alimentação, preservação da saúde e curas de doenças físicas e psicológicas; fortalecimento dos movimentos de mulheres e feministas; fortalecimento do SUS. (BRASIL/IIPNPM, 2008, p. 82-94).

O IIPNPM representa um salto em termos de ações nas políticas públicas para as mulheres, porque procura contemplar maior número de grupos de mulheres segundo as diversidades, em relação à saúde e à promoção da saúde.

No tocante à equidade, é tratada nos PNPMs como prioridade de alocação, dimensionamento e distribuição de recursos e serviços aos grupos de mulheres menos privilegiadas e mais vulneráveis. Os PNPMs, através de suas estratégias e ações, propõem-se estimular e provocar as diferentes áreas do governo para que o impacto das políticas sobre a vida das mulheres aconteça de forma universal, necessariamente a considerar as diferentes origens, orientações sexuais, gerações e condições física e mental em direção à promoção da igualdade. (BRASIL/IPNPM, 2004, p. 32; 2008, p. 17 e 27; 2013, p. 9-12).

Em consonância com a meta de equidade da PS, os Planos propõem a construção de uma prática intersetorial para as políticas públicas sociais para as mulheres, expandindo as formas de pensar e fazer ações de modo democrático e participativo.

A proposta de intersetorialidade reveste-se nos PNPMs como uma busca de soluções políticas e institucionais, que propiciam a participação do Estado e da sociedade no cuidado e gestão dos problemas relacionados às mulheres. E é justamente este o desafio, construir e fazer a prática intersetorial que conduza ao enfrentamento das exclusões sociais e produza a equidade.

São essas conotações que permeiam o PNPM, e o aproximam da área da promoção da saúde, pela inclusão e a não discriminação às diversidades, em consideração aos direitos humanos. Sob essa abordagem, é possível discutir os resultados apresentados.

De modo específico, os PNPMs tratam da atenção à saúde através de área estratégica própria, que exprime os pressupostos de promoção e humanização da PNAISM (2004). Entretanto, para além dessa área específica, está presente um processo de cuidado e apoio em outras estratégias tradicionais,

a fim de minimizar as iniquidades existentes em relação às mulheres no que se refere à diversidade sociocultural. Destacam-se também as áreas específicas de enfrentamento à violência, discriminações e desigualdades, com ações específicas para marcadores de diferenças regionais, classe, raça/etnia, orientação e identidade sexual. E dão enfoque mais amplo às várias formas de violências físicas, psíquicas, sexistas e assédio sexual (Quadro 2).

O que reflete a ideia de equidade em saúde como fundamental para o desenvolvimento humano, conforme defende Sen (2002, p. 303-306): a saúde participa da justiça social de várias formas distintas, por ser componente fundamental das possibilidades humanas de vida e de liberdade. Assim, equidade em saúde enfoca a saúde em suas relações com outras características de forma ubíqua, por meio da distribuição de recursos e acordos sociais para alcançar justiça social.

A educação é um fator importante para a PS. Por seu alto poder de inclusão, é um meio propício às informações sobre saúde, conscientização sobre o cuidado e outros aportes que favorecem para o bem estar e qualidade de vida. Também é através da educação que as mulheres podem ser alcançadas em suas necessidades, conforme as especificidades e vulnerabilidades de suas diversidades. É um fator importante para o alcance da equidade, ao lado da saúde integral.

Todavia, o viés econômico da autonomia é mais preponderante na ênfase dada à educação nos PNPMS, como agente relevante para superar a desigualdade de gênero. O foco em relação a superar as desigualdades entre as mulheres ainda é pequeno. A exclusão educacional dificulta o acesso a outros direitos sociais e às oportunidades de melhorias, porque reforça as desigualdades e a pobreza. E isso, portanto, também reflete-se nas condições de saúde das mulheres.

No âmbito da saúde, existem mais ações que se concentram na visão da mulher como ser reprodutivo. Há poucas ações voltadas para incorporar as perspectivas das especificidades das mulheres por grupos étnicos, em diferenças intra-gênero em vários programas e metodologias.

No que diz respeito à saúde reprodutiva da população negra, Roland (2009, s. n. p.), apresenta argumentos que explicam sobre a necessidade de políticas públicas que atendam às especificidades das mulheres por grupos. Defende que os programas de saúde não levam em conta as necessidades e desejos das mulheres, prendendo-se unicamente aos resultados demográficos das práticas em relação à gravidez e contraceptivas. “Em um país racista como o Brasil, não existe possibilidade de políticas que se dirijam a grandes contingentes populacionais, sem que essas políticas tenham efeitos diferenciados e desiguais entre brancos e negros”. (ROLAND, 2009, s. n. p.).

Da primeira até a terceira versão do Plano, o direito à saúde de modo integral para todas as mulheres ainda não está contemplado através das ações. Embora o II e III PNPM tragam mais ações com a finalidade de alcançar a saúde integral para as mulheres segundo a diversidade, e darem atenção às transversalidades entre eixos estratégicos importantes, a fragilidade para garantir a integralidade ainda repercute-se. Portanto, essas falhas no alcance das ações em relação à saúde da mulher implicam em desigualdades entre as mulheres, e aumento da vulnerabilidade dos grupos de minorias étnicas.

A verticalidade das ações ainda é presente, ao considerar as mulheres homogeneamente, com atenção às variáveis de categorias mais gerais, e poucas ações que se articulam com áreas estratégicas de forte impacto em mudanças sociais (como o trabalho, a educação, a cultura).

As novas áreas estratégicas incluídas a partir do IIPNPM (Quadro 2), inserem as questões e a problemática das diversas interseccionalidades referentes aos grupos específicos de mulheres. Essas interseccionalidades são importantes para a área da saúde, pois agravam a situação de vulnerabilidades de grupos de mulheres, revelam ainda mais as desigualdades intra gênero.

Os textos do II e III PNPM expõem que, com a interseccionalidade procurou-se estabelecer uma articulação entre as categorias gênero, raça/etnia, classe, geração, corpo, sexualidade, entre outras, uma vez que é necessário perceber que cada categoria produz efeitos distintos nas políticas públicas, dependendo do contexto analisado. Ao adotar a perspectiva de interseccionalidade é possível explicar como normas, valores, ideologias e discursos, assim como estruturas sociais e identidades influenciam-se reciprocamente, acentuando as desigualdades. (BRASIL/PNPM).

Contudo, o aprofundamento das ações que abordam as diferenças entre as mulheres e entre seus grupos na sociedade, apenas tenta dar um viés no sentido da interseccionalidade. Uma das justificativas para essa lacuna é que, ações com essa abordagem complexa, exigem um grau de transversalidade para o qual o Estado ainda não está preparado. (PINHEIRO & OGANDO, 2012, p.25). Porque as ações exigem um novo paradigma de planejamento e gestão de políticas públicas, pautado também na intersetorialidade. Isso demanda apoio de setores e órgãos estatais direta e indiretamente ligados à SPM; e influenciar os governos estaduais e municipais para implementarem as ações do PNPM. São limitações políticas e de estruturas sociais.

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

Das novas áreas estratégicas, é relevante salientar duas que possuem ações específicas para a maior quantidade de grupos específicos de mulheres: desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; e direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta (Quadro 2). Implicam condições de profundo impacto para a vida e saúde das mulheres do campo e da floresta (de comunidades tradicionais, quilombolas, indígenas e ribeirinhas).

Na explicação de Beltrão et al (2017, p. 611), atentar para as narrativas das mulheres indígenas e quilombolas, trata-se de uma tentativa de constituição de possibilidades de outra epistemologia, outras referências e sensibilidades, diferentes das que o pensamento colonial afirma serem as únicas dignas de serem aprendidas e respeitadas. Trata-se de uma opção metodológica que abriga dimensões e responsabilidades políticas, de contemplar enunciações ditas e tomadas como periféricas e arbitrariamente alijadas pelo pensamento ocidental e colonial.

As novas áreas estratégicas (campo, floresta) trazem à visibilidade social e democrática grupos de mulheres que antes nem possuíam representação em movimentos e conferências de mulheres. Além dessas novas áreas, ações inovadoras trazem visibilidade para mulheres em outros âmbitos do/e entre o rural e o urbano, representam a inclusão de novos temas de igual importância para grupos como marisqueiras, ribeirinhas, quilombolas. Algumas são desmembramentos de estratégias anteriores, para de fato contribuir para o alcance dos objetivos de desenvolvimento humano com equidade para as brasileiras.

Ao considerar a necessidades de políticas públicas específicas para esses grupos de mulheres, o PNPM reflete o espírito socializante da Constituição Federal, pautada no reconhecimento de direitos coletivos e plurais, o valor da diversidade e da emancipação, consoante prega em seu artigo 1º inciso V, o pluralismo político. Fundamenta a convivência e interdependência de diversos grupos sociais (minorias especiais, movimentos sociais, organizações não governamentais, etc.), não obstante suas diferenças e suas diversidades quanto a crenças, valores e práticas. (WOLKMER, 2011, p. 151).

A líder do movimento de artesãs da Bahia, Elionice Sacramento, defende que grupos de mulheres como as ribeirinhas e as marisqueiras, vivem de modo diferenciado e mais agudo a multidimensionalidade da pobreza, pela desproteção social, falta de recursos essenciais à manutenção da vida e da saúde. A luta pelo sustento faz com que tenham uma relação entre o trabalho e a saúde, marcada pela sobrecarga de trabalho diária e em condições íngremes. Consequência do modelo de desenvolvimento econômico que desvaloriza o ser humano e ameaça o meio ambiente e os territórios como identidades. Há questões particulares para serem atendidas, reivindicações necessárias para se tratar com igualdade a partir da diferença, tendo em vista

as especificidades relacionadas com o território. (BATALHA e MOROSINI, 2017, p. 22).

As reivindicações no sentido da identidade territorial, e as demandas relacionadas ao meio ambiente também tem especificidades para as mulheres do campo, das florestas e das águas. Para Celia Regina Neves, do Movimento de Mulheres dos Povos Tradicionais (PA), a luta dessas mulheres se dá prioritariamente sobre o território. Destaca o papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde dessas mulheres, principalmente por causa dos impactos provocados pelos grandes empreendimentos, como barragens, e o próprio modelo de desenvolvimento sintetizado pelo agronegócio. Afirma que “Se não conseguimos produzir, não temos moradia, renda, nada”. Denuncia o modelo de desigualdades, negligência, corrupção e opressão que impacta as populações do campo e das águas. (MACHADO, 2017, p. 23).

Outro grupo de mulheres invisibilizadas e marginalizadas, que lutam para legitimar a participação em conferências e ter suas demandas atendidas em políticas públicas, são as indígenas. As mulheres indígenas são um grupo vulnerável que enfrenta uma tripla desvantagem: ser mulheres, ser pobres e ser indígenas. Desfavorecidas e vulneráveis, afetadas pelo analfabetismo, imersas em um contexto onde se destaca a dominação masculina, com a agravante de não se apropriaram de seu direito à autonomia. (GRUBITS, 2014, p. 116-118; NAVA-NAVARRO et al., 2017, p.163).

Segundo a líder Luzia Pataxó, a realidade das mulheres indígenas é dura, pois enfrentam muitos preconceitos, mas estão aprendendo a serem mais ousadas e vencer as barreiras da inclusão através da qualificação para o mercado de trabalho. Para a líder Letícia Yawanawa, a tripla e exaustiva jornada de trabalho dia e noite com os filhos e o roçado acarreta inúmeros problemas que precisam de atenção específica. As indígenas precisam ser valorizadas pelo trabalho que realizam. (BATALHA e MOROSINI, 2017, p. 22).

Outro grupo de mulheres em vulnerabilidade vive em situação de rua. A população em situação de rua é heterogênea, com diferentes realidades de vida, com histórias diferentes, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta e a falta de pertencimento à sociedade formal. Algum infortúnio atingiu suas vidas, seja a perda do emprego, seja o rompimento de algum laço afetivo, fazendo com que aos poucos fossem perdendo a perspectiva de projeto de vida, passando a utilizar o espaço da rua como sobrevivência e moradia. (COSTA, 2005, p. 3).

A coordenadora do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, Maria Lúcia Santos Pereira, aponta que mulheres em situação de rua são todas aquelas que muitas vezes sofreram violência doméstica, meninas

que vieram das antigas FEBEMs, mulheres com transtornos mentais, que têm seus filhos retirados ainda na maternidade, que não conseguem acessar os postos de saúde sequer para fazer exames básicos, sob as justificativas de não terem documentos, nem comprovante de residência ou porque estão sujas. São mulheres que estão à margem da margem da sociedade, invisíveis a tantos outros grupos. (MACHADO, 2017, p. 21).

Pelos aspectos supracitados, as ações dos PNPM representam avanços superficiais à equidade em saúde para mulheres em situação de vulnerabilidade, porque ainda é muito presente a visão tradicional das mulheres como grupo homogêneo e sob o ponto de vista doméstico e reprodutivo.

A proposta da Plataforma de Ação de Pequim (1995) é que as políticas para mulheres precisam refletir mudanças que incorporem direitos, através de ações mais amplas e intersetoriais que contemplem fatores ligados a moradia, creche, educação, trabalho, divisão do trabalho doméstico e dos cuidados com familiares, respeito às diversidades e outros. (ONU Mulheres, 2013).

É possível também dizer que as ações representam poucos avanços em direito à saúde para todas as mulheres, porque há áreas estratégicas de grande importância para a promoção da saúde, com poucas ou nenhuma ação orientada para as especificidades em relação às mulheres por grupos vulneráveis. Há poucas ações na área da saúde em diálogo com outras áreas, e vice-versa, que busquem oportunizar condições de empoderamento, combata à discriminação e inserção no mercado de trabalho.

O direito à saúde é universal, é um tema-chave nas pautas, mas requer adequações para mulheres com necessidades típicas de seus grupos identitários. Logo, aos grupos de mulheres que têm mais vulnerabilidades que outras, o poder executivo poderá criar políticas públicas em saúde que as alcance com adequações segundo os marcadores de diferenças. Pode estabelecer relações mais igualitárias entre as mulheres por grupos de diversidades, para que nenhum grupo seja excluído em razão de políticas públicas baseadas em critérios homogeneizantes que perpetuam injustiças.

Todavia, a partir do II PNPM nota-se que as relações expostas pelos movimentos de mulheres, estão sendo transformadas em relações mais democráticas de criação e fortalecimento de mecanismos institucionais que ampliam a participação das mulheres por grupos. Logo, há uma tendência de se assegurar mais proteção de direitos aos grupos de mulheres, segundo os marcadores sociais de diferenças.

Apesar das limitações apresentadas, o PNPM representa avanços à equidade em saúde para as mulheres, à medida que em cada versão expande a abrangência e especificidade das ações para alcançar mais categorias de diversidade de mulheres por grupos. São avanços em equidade horizontal, para

diminuir as vulnerabilidades individuais e sociais dessas mulheres, através da diminuição das vulnerabilidades programáticas. As ações propostas trazem as atualizações e os significados das lutas das mulheres, respeitando os conhecimentos e os saberes presentes em suas diversidades. Consoante explica Sousa Santos (2003, p. 10 e13), como política emancipatória multicultural os Direitos Humanos devem distinguir entre a luta pela igualdade e a luta pelo reconhecimento igualitário das diferenças, a fim de poder travar ambas as lutas eficazmente.

As mulheres necessitam que o Estado atue com políticas públicas que as favoreça com condições e oportunidades que propiciem melhorias de vida, qualidade de vida, justiça social e cidadania. Com ações específicas segundo as diversidades, favorecendo a igualdade e equidade entre as mulheres, dando-lhes oportunidades de desenvolvimento social e econômico.

Considerações finais

Os estudos sobre a condição da mulher relacionada ao gênero, diversidades e marcadores sociais de diferença são uma importante área de pesquisa no campo dos direitos humanos e promoção da saúde como direitos. São conceitos que, vinculados à construção das identidades, tornam-se importantes instrumentos de análise e conhecimento necessários para se compreender e discutir possíveis transformações no campo da política e do espaço social. Sob essa ótica, as mulheres surgem como novos sujeitos políticos e em movimentos sociais, que ensejam uma dinâmica crescente de visibilidade e legitimidade quanto aos problemas ligados às desigualdades sociais e discriminações em nossa sociedade.

A análise dos PNPMs permite concluir que a saúde é um importante campo estratégico para o desenvolvimento dos direitos humanos das mulheres em suas diversidades, porque permite introduzir vários recortes nos diferentes temas relacionados a elas: educação, trabalho, renda, relações familiares e culturais, moradia, infraestrutura, meio ambiente, legislação etc. A equidade como eixo estrutural das ações dos PNPMs, segundo as diversidades socioculturais, abriu espaços para combater iniquidades em saúde e, deste modo, combater e eliminar desigualdades sociais entre os vários grupos de mulheres, promovendo o reconhecimento e a valorização das identidades como fatores de inclusão social nos espaços sociais e políticos.

Nesse âmbito, além da visibilidade pelas buscas dos direitos de igualdade de gênero, cidadania, liberdades, direitos civis e direitos sexuais e reprodutivos, emerge também a visibilidade da busca pelo combate à intolerância, ao preconceito e a todas as formas de violências e exclusões. Esses novos grupos

de mulheres, fazem reivindicações que incidem diretamente na esfera política e social, requerendo políticas públicas específicas, novas reflexões e instâncias de representação democrática que respeitem o universo plural da mulher.

O Estado e a sociedade precisam dar atenção às mulheres em suas diversidades, para promover a equidade em políticas públicas que garantam o combate às desigualdades e discriminações. É um compromisso ético social de respeito à cada mulher por sua dignidade humana. Nesse sentido a área da saúde é muito estratégica e pode dar grandes contribuições através de ações que a promovam, porque a saúde é o aspecto primordial para a vida e bem-estar, e coexiste com os demais fatores essenciais à própria saúde e vida condigna.

Referências

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. (2017). O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde soc.* [online], São Paulo, v. 26, n.1, p.115-128. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100115&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 jul. 2017.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F.; FERNANDES, J. J. *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

BARRETO, M. L. (2017). Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p. 2097-2108. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702097&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 set. 2017.

BATALHA, E.; MOROSINI, L. 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. *RADIS-Fiocruz*, Rio de Janeiro, n.181, 2017. p. 3.

BELTRÃO, J. F.; BARATA, C. G.C.B.; ALEIXO, M.T. Corporeidades silenciadas: reflexões sobre as narrativas de mulheres violadas. *Rev. Direito Práx.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2017. p. 592-615. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662017000100592&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

BOBBIO, Norberto. *Teoria do ordenamento jurídico*. 10. ed. Brasília: Ed. UnB, 1983.

BRASIL (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil* [recurso eletrônico]. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016. – (Série textos básicos; n. 113). Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/editora>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BRASIL (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes//cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Cultura. *A Declaração e o Programa de Ação de Durban*. Relatório da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerância Correlata, documento das Nações Unidas A/CONF.189/12. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_durban.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 25 set. 2016.

BRASIL (2013). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde*. – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

BRASIL (2004). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mu-

Iheres. *I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-2ago13.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL (2008). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-2ago13.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL (2013). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-2ago13.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL (2015). Presidência da República. *Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf>. Acesso em: 6 set. 2017.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: Contextualização e caracterização. *Revista Virtual Textos & Contextos*, Porto Alegre, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. p.443-463. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413=81232000000200016-&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 20 jul. 2017.

GRUBITS, S. Mulheres indígenas brasileiras: educação e políticas públicas. *Psicologia e sociedade*, Belo Horizonte, v.26, n.1, 2014. p.116-125. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102=71822014000100013-&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2017.

HENNING, C. E. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições

históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. *Mediações*, Londrina, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/download/22900/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*, Rio de Janeiro, n. 38, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LAMA, NC. *A Ideia de Justiça de Amartya Sen: uma reflexão sobre a teoria da justiça*. 2015. Dissertação (Mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/35938/1/A%20Ideia%20de%20Justica%20de%20Amartya%20Sen.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2016.

MACHADO, K. *Desigualdades que afetam as mulheres de diferentes matizes*. EPSJV-Fiocruz, Rio de Janeiro, ano X, n. 53, 2017. p. 21-26.

NAVA-NAVARRO, V.; ONOFRE-RODRIGUEZ, D.; BAEZ-HERNANDEZ, F. (2017). Autoestima, violência de casal e conduta sexual em mulheres indígenas. *Enferm. univ*, Ciudad de México, v. 14, n. 3, 2017. p. 162-169. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300162&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Regulamento Sanitário Internacional (2005). In: *World Health Assembly – WHA58.3*. Genebra, 2005 (espanhol).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MUJERES. *Hacer las promesas realidad: la igualdad de género en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. New York, NY, EUA. 2018. Disponível em: <<http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-es.pdf?la=es&vs=834>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MULHERES. *Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995)*, 2013. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU/CEDAW. *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* – CEDAW, 1979. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade*. Curitiba (PR), 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5211:carta-de-curitiba-sobre-promocao-da-saude-e-equidade&Itemid=839>. Acesso em: 17 jul. 2017.

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: _____. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.

PINHEIRO, M. B; OGANDO, A. C. *Os impactos dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres nas políticas públicas no Brasil*. In: I Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades, 2012, Brasília. Anais do I Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades, 2012. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/web/pt-br/detalhe-curso;jsessionid=4885787C3DBCA03BE-15A729D>>. Acesso em: 11 out. 2017.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v.11, n. 2, 2008. p. 263-274. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/5247>>. Acesso: 20 jun. 2018.

ROCHA, R. L. As marcas da violência. RADIS-Fiocruz, Rio de Janeiro, n.181, 2017. p. 3.

RODRIGUES, C. *Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil*. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10, 2013, Florianópolis (SC). Anais Eletrônicos, 2013, p. 1-12. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384446117_ARQUIVO_CristianoRodrigues.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

ROLAND, E. Saúde reprodutiva da população negra no Brasil: entre Malthus e Gobineau. Artigo eletrônico publicado em: 24/03/2009. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/saude-reprodutiva-da-populacao-negra-no-brasil>>

-entre-malthus-e-gobineau/>. Acesso em: 10 out. 2018.

SOUZA SANTOS, B. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SEN, A. K. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington (DC), Washington, v. 11, n. 5/6, 2002. p. 302-309. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/es>>. Acesso em: 25 set. 2016.

SILVA, D. M.; RAMOS, E. Justiça social e direitos sociais em Rawls: direito à saúde e garantias de qualidade de vida com equidade. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 52, 2017. p. 112-129. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/index>>. Acesso em: 22 out. 2017.

SILVA, J. A. *Curso de direito constitucional brasileiro*. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, 2009. p. S217-S226. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400004&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 27 out. 2018.

WOLKMER, A. C. Pluralismo e Crítica do Constitucionalismo na América latina. Anais do IX Simpósio Nacional de Direito Constitucional. Curitiba (PR): ABD-Const, 2011. p. 143-155. Disponível em: <<http://www.abdconst.com.br/revista3/antoniowolkmer.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

Recebido em: 26 de agosto de 2019.

Aprovado em: 16 de outubro de 2019

Apêndices

Quadro 1 – Categorização das ações dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo as categorias de diversidade sociocultural

Ações quanto à área estratégica de atuação	Diversidades	
	Por variáveis gerais	Por grupos específicos
Mundo do trabalho	<p>I PNPM traz: Referência geral mulheres; Gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiências e soropositividade HIV; e, Idade (16 anos).</p> <p>II PNPM mantém as categorias do IPNPM e acrescenta: Idade (idosas).</p> <p>III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Idade (adolescentes).</p>	<p>I PNPM traz: Donas de casa; Mulheres chefe de família; e, Mulheres do campo.</p> <p>II PNPM mantém as categorias do IPNPM e acrescenta: Mulheres lésbicas.</p> <p>III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Mulheres idosas; Mulheres negras; Indígenas; Trabalhadora doméstica; Empreendedoras autônomas; e, Produtoras rurais.</p>
Educação	<p>I PNPM traz: Referência geral mulheres; Gênero, raça, etnia e orientação sexual; Idade (adolescência); Idade (criança e adolescente); e, Idade (adultas e idosas).</p> <p>II PNPM apenas mantém as categorias do IPNPM.</p> <p>III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.</p>	<p>I PNPM traz: Negras; e, Índias.</p> <p>II PNPM mantém as categorias do IPNPM e acrescenta: Mulheres deficientes.</p> <p>III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.</p>
Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos	<p>I PNPM traz: Referência geral mulheres; Gênero; Raça e etnia; Idade (adolescência); e, Idade (adolescentes e jovens em idade fértil).</p> <p>II PNPM apenas mantém as categorias do IPNPM.</p> <p>III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Diferenças de raça, etnia, condição social, geracionais, deficiências, ou por estarem ou viverem com doenças que promovam estigmas.</p>	<p>I PNPM traz: Mulheres do campo; Mulheres da cidade; Trabalhadora doméstica; Presidiárias; Mulheres no climatério; Mulheres com deficiência; e, Mulheres lésbicas.</p> <p>II PNPM mantém as categorias do IPNPM e acrescenta: Negras; Indígenas; Quilombolas; Mulheres da floresta; Ciganas; Mulheres em situação de rua; Trabalhadoras do campo e da cidade; Bissexuais; e, Transexuais.</p>
Enfrentamento à violência	<p>I PNPM traz: Referência geral mulheres; e, Idade (meninas e adolescentes).</p> <p>II PNPM apenas mantém as categorias do IPNPM.</p> <p>III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM</p>	<p>I PNPM não traz ações por grupos específicos de mulheres.</p> <p>II PNPM traz: Mulheres do Campo; Mulheres da Floresta; Mulheres rurais; Quilombolas; Indígenas; Mulheres ribeirinhas; e, Prisioneiras.</p> <p>III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa documental.

Quadro 2 – Categorização das ações incluídas apenas nos II e III Planos Nacionais de Políticas para Mulheres segundo as categorias de diversidade sociocultural

Ações quanto à área estratégica de atuação	Diversidades	
	Por variáveis gerais	Por grupos específicos
Espaços de poder e decisão	III PNPM traz: Diversidade étnico-racial, classe e orientação sexual; Idade (jovens); e, Idade (jovens e idosas). III PNPM mantém as categorias do IPNPM e acrescenta: Diversidade por identidade de gênero e regional.	II PNPM traz: Gestoras públicas; Indígenas; Negras; e, Mulheres com deficiência intelectual e transtornos mentais. III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Mulheres idosas
Desenvolvimento sustentável	II PNPM traz: Referência geral mulheres. III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.	II PNPM traz: Mulheres de populações e comunidades tradicionais; Quilombolas; e, Indígenas. III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Ribeirinhas.
Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano	II PNPM traz: Referência geral mulheres. III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.	II PNPM traz: Mulheres chefes de família; e, Indígenas. III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Mulheres de povos e comunidades tradicionais; Mulheres do campo; Mulheres de terreiros; e, Ribeirinhas.
Cultura, comunicação, mídia e esporte	II PNPM traz: Referência geral mulheres; e, Diversidade de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual. III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.	II PNPM traz: Indígenas. III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.
Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia	II PNPM traz: Diversidade de gênero, raça/etnia, orientação sexual. III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Identidade de gênero	II PNPM traz: Mulheres negras; Quilombolas; Indígenas; Ciganas; Mulheres do campo e floresta; Lésbicas e Bissexuais. III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.
Enfrentamento das desigualdades geracionais	II PNPM traz: Diversidade geracional. III PNPM apenas mantém as categorias do IIPNPM.	II PNPM traz: Meninas; Mulheres jovens; e, Mulheres idosas. III PNPM mantém as categorias do IIPNPM e acrescenta: Mulheres com deficiência.

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados da pesquisa documental.

