

## **PARTICIPAÇÃO DE MULHERES NO CUIDADO A SAÚDE: UM ESTUDO A PARTIR DOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE EM ARACAJÚ/SE**

Virginia Caroliny Silva Alexandre <sup>1</sup>

Paulo Sergio da Costa Neves <sup>2</sup>

**Resumo:** O trabalho busca relacionar mulheres, participação e desenvolvimento como uma tríade importante na prática do cuidado à saúde. Analisamos a participação das mulheres em relação à saúde, especialmente nos Conselhos e Conferências. A pesquisa tem inspirações metodológicas na etnografia e apresenta algumas reflexões provenientes do trabalho de campo sobre a participação na saúde no Estado de Sergipe. Isso, por meio de estudo etnográfico das reuniões de alguns conselhos locais e Conferências de Saúde no Estado e através da realização de entrevistas com participantes desses eventos. O recorte deste trabalho está na discussão do protagonismo das mulheres na busca por melhores condições de cuidado, não somente em suas famílias, mas também no bairro e em outras dimensões que englobam o atendimento à saúde pública. A pesquisa apontou que as mulheres têm um engajamento político que nos interessa analisar e relacionar com as práticas cotidianas de cuidado à saúde, pois embora sejam minoria em partidos e eleições, elas são a maioria no que tange à participação por questões referentes ao cuidado e à qualidade de vida em seu entorno.

**Palavras Chave:** Mulheres, Participação, Desenvolvimento, Cuidado, Saúde.

---

1 Doutoranda em Sociologia. Universidade Federal de Sergipe – PPGS/UFS. [virginiacsalexandre@gmail.com](mailto:virginiacsalexandre@gmail.com)

2 Professor do Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal de Sergipe – PPGS/UFS. [pscneves@hotmail.com](mailto:pscneves@hotmail.com)

## **WOMEN'S PARTICIPATION IN HEALTH CARE: A STUDY IN HEALTH COUNCILS AND CONFERENCES IN ARACAJU/SE/BRAZIL**

**Abstract:** This paper aims to discuss women, participation and development in the practices of health care. We analyze women and the participation process into health, especially in the Health Councils and Conferences. The methodological approach is inspired in the ethnography, which involves fieldwork, writing and data analysis that consider the time spent in the research, the involvement of the researcher during the whole process, and the moments of thoughts about the implications, we have had with the experience. The main idea of this work is to study the fieldwork on participation process in the health care system. We attended the meetings of some local health councils, conducted some interviews and attended the Health Conferences in Sergipe. This work has been developed in a problematic context in which health care has suffering budget cuts, reflected in the everyday practices of people who needs the Unified Health System. The focus of this work relays on the discussion of the important role women must play to search for better health care conditions, not only in their families, but also in their neighborhood and other health care dimensions. The research has shown that women have an interesting political commitment that we seek to analyze and connect to the everyday practices of health. Despite women are minority in parties and elections, they are the majority in the participation process on health care and the quality of life in the environment.

**Keywords:** Women, Participation, Development, Care, Health.

### **Introdução**

Este trabalho agrega reflexões e análises de dados provenientes principalmente de pesquisas realizadas nos conselhos e conferência de saúde em Sergipe, no ano de 2015, além de um conhecimento acumulado de investigações anteriores (Alexandre, 2012).

Ele é, ainda, uma primeira sistematização do material colhido para a escrita de uma tese de



Doutorado em Sociologia na Universidade Federal de Sergipe que a primeira autora está realizando sob a orientação do segundo.

O objetivo deste trabalho é analisar a importante relação entre o protagonismo das mulheres nos debates sobre saúde pública, as instâncias institucionais de participação e o desenvolvimento social. Este tripé sustenta práticas de cuidado à saúde, que busca a emancipação e autonomia das mulheres. A pesquisa mostrou que as mulheres atuam em diversos espaços para além do seu ambiente doméstico, a fim de buscar melhorias na sua qualidade de vida. Estas melhorias são pensadas em diversos âmbitos e espaços, especialmente em suas localidades e residências. Nesse sentido, as mulheres mais engajadas nessa dinâmica participam visando uma conquista por direitos coletivos e não somente ascensões individuais.

Muitas pesquisas mostram que as mulheres são a minoria nos de cargos políticos. Essas pesquisas apenas nos confirmam, o que é visível a uma percepção intuitiva da realidade, em que as mulheres são minoria nos programas políticos e, em fotos de parlamentares em eventos institucionais em diferentes países. A porcentagem de mulheres presentes nos postos de poder e decisão é sempre inferior à dos homens. No Brasil, as mulheres correspondem a 10% dos cargos parlamentares. Mesmo tendo crescido nos últimos anos, o Brasil se encontra em posição desfavorável no ranking da igualdade de gênero. Segundo o *Global Gender Gap Report (2017)*<sup>3</sup>, no geral, de 144 países, o Brasil está na posição 90, caiu 11 posições em relação a edição da pesquisa de 2016, na qual sua posição foi 79. O ranking apontou que um dos principais motivos da queda foi no quesito de participação e oportunidade econômica. De diferentes maneiras, pode-se afirmar e

---

<sup>3</sup> Disponível em [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2017.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf)  
Revista Espaço e Tempo Midiáticos, Palmas, v. 2, n. 2, p. 78-109, Jul-dez. 2017



visualizar que as mulheres estão se movimentando de duas formas: de um lado, elas são protagonistas de um engajamento político em seu entorno, participantes de iniciativas locais por melhoramento de qualidade de vida; e, em paralelo a este movimento, estão lutando por romper com os mecanismos que as impossibilitam de ultrapassar barreiras e ir para além do âmbito local. Em outras palavras, as mulheres precisam, ao mesmo tempo se fortalecerem enquanto categoria social e criar mecanismos de enfrentamento às forças que as oprimem. É um esforço duplo, além de todas as funções impostas socialmente pelo fato de serem mulheres.

Suzanne Schneider (2010) aponta em seu estudo sobre as iniciativas comunitárias e as reformas em saúde no México, que as mulheres estão, apesar de todas limitações econômicas e sociais, encontrando maneiras de se engajar em algum grupo relacionado ao cuidado à saúde. Preocupadas inicialmente pela saúde dos filhos e pela sua própria saúde, as mulheres participam ativamente buscando informações e estratégias de tratar melhor sua própria condição de saúde, que neste caso, está sempre relacionada a fatores de opressão, falta de conhecimentos e visibilidade. A participação das mulheres tem repercussão nas políticas públicas locais e seu engajamento muda significativamente alguns dos anseios que são compartilhados por todos em suas localidades (SCHNEIDER, 2010 p. 140).

Algumas indagações motivaram a escrita deste artigo: por que as mulheres são mais visíveis e presentes nos processos de participação política e social na dimensão local e menos visíveis e em menor número na dimensão mais „alta“ como em cargos políticos e de representação? Por que, com as inúmeras conquistas e avanços, ainda encontramos práticas de violência contra as mulheres, preconceitos, desigualdades e assim por diante?

A história das mulheres e do feminismo marcadas pelas inúmeras formas de poder e opressão nos levam a entender por que o desenvolvimento é importante e necessário e o

porquê de sua incoerência. As lutas de movimentos sociais e da sociedade civil organizada estão constantemente enfrentando resistências às suas demandas por melhorias de condições de vida, a exemplo da situação das mulheres e de outras „minorias“, como a luta do movimento negro, dos sem-terra e muitos outros.

A partir da experiência de pesquisa nos processos de participação na saúde propomo-nos discutir os aspectos referentes ao protagonismo das mulheres que influenciam diretamente nesse processo de lutas em busca do que podemos chamar de desenvolvimento. O desenvolvimento está sendo colocado aqui como algo amplo que engloba as questões econômicas, políticas, históricas, sociais e culturais que influenciam no bem-estar de todas as pessoas, e que inclui o saber lidar com as diferenças e a reproduzir modos de vida e de subjetivação que ultrapassem as barreiras do preconceito e da discriminação. Nesse sentido, aproximamo-nos aqui do conceito de desenvolvimento de Amartya Sen (2000) que vincula o desenvolvimento à possibilidade de as pessoas realizarem suas capacidades no seu dia a dia.

### **Da Metodologia e do Cenário**

Por este ser um campo de pesquisa amplo e complexo, optou-se por fazer uso de uma metodologia que busca privilegiar formas de ver, perceber e analisar os dados obtidos a partir da observação direta. Assim, esta pesquisa foi realizada através de uma perspectiva etnográfica, com registros em diário de campo, fotos e vídeos; com observações, conversas rápidas e demoradas; envolvimento de idas e vindas no campo de pesquisa, e com os distanciamentos necessários para a reflexão e descrição de um campo que é familiar e estranho ao mesmo tempo.

Enquanto “estrangeiros” a relação fica mais distante. No entanto, depois de certo tempo de vivência, as portas do campo se abrem com maior facilidade e o andamento dessa experiência de pesquisa (tanto para o pesquisador como para o campo) conduz a envolvimento e reconhecimentos de sua presença como parte da rede (MAGNANI, 2003 p. 117). Neste sentido, o pesquisador também é o campo de pesquisa. Quando falamos em campo de pesquisa, estamos tentando colocar nossas afeições, sentimentos, e reações advindas deste processo.

Para Janice Caiafa (2007) “o etnógrafo busca experimentar um estranhamento” onde, as dificuldades estão presentes no dia-a-dia e vivenciadas pelo pesquisador, “o que a pesquisa etnográfica tem de mais forte como método-pensamento é que ali se evidenciam com nitidez as marcas de uma *produção coletiva*” (CAIAFA 2007, p.150). Isto reflete a influência advinda da etnografia que surgiu depois dos estudos de James Clifford (2011), Clifford Geertz e George Marcus (1986) que mostraram as implicações do papel em que os pesquisadores assumem durante o processo de pesquisa. Com este trabalho, os caminhos para análises mais significativas foram abertos, adotando uma perspectiva de pesquisa “com” e não “sobre” o campo de estudo.

Do mesmo modo, Howard Becker (1997) faz importantes análises sobre as mudanças no modo de fazer pesquisa nas ciências sociais. Ele nos lembra como Marx e Engels investigaram as condições de vida da classe trabalhadora e, de como Weber fez investigações sobre as organizações e os sistemas históricos, sempre enfatizando os estudos empíricos sobre as organizações sociais contemporâneas. Becker nos lembra ainda que a metodologia é assunto de todos os cientistas sociais. E diz que Durkheim, por exemplo, inventou maneiras de estudar as questões que as suas teorias levantaram. O *Suicídio*, por exemplo, foi o estudo pioneiro na utilização de dados estatísticos oficialmente coletados

para o estudo de questões sociológicas. O que Becker procura enfatizar é a importância da prática de pesquisa. A relação do pesquisador com seus „dados empíricos“, os quais medem, de certa forma, a validade da análise e das afirmações teóricas. Devemos sempre considerar a “situação específica que temos em mãos”, e assim, “considerar variações locais e peculiares que tornam este ambiente e este problema aquilo que são de modo único” (BECKER, 1997 p. 13).

Neste sentido, buscamos seguir esta perspectiva devido à complexidade em que este campo de pesquisa apresenta. Assim, podemos pensar e repensar as formas de engajamento que envolvem as mulheres em suas práticas cotidianas de cuidado à saúde. O interesse em fazer este recorte no trabalho surgiu a partir das conversas com mulheres. As conversas tiveram momentos, cenários e conteúdo que foram se multiplicando com o passar do tempo da pesquisa. As mulheres sempre estão presentes em reuniões de grupos comunitários. O envolvimento faz parte das redes de relações que estabelecem na busca por melhores condições de cuidado à saúde. Além de conversas pelos corredores em dias de consultas médicas e reuniões do conselho local de saúde, também foi possível encontrar e conversar com inúmeras mulheres durante as conferências de saúde local, municipal de Aracaju e Estadual de Sergipe.

A participação nos conselhos e conferências, na maioria das vezes, vem acompanhada de participação em outras instâncias como associações de bairros, representantes de organizações não-governamentais, trabalhadoras do SUS, em sua maioria Assistentes Sociais, Enfermeiras, Técnicos e Agentes Comunitárias de Saúde. O engajamento com a participação vai muito além dos conselhos e conferências, ela se antecipa no cotidiano, nas práticas de ações coletivas que impulsionam a necessidade de

5 

buscar soluções e melhorias de qualidade de vida, principalmente em bairros mais „esquecidos“ pelo poder público.

Em Aracaju, foi possível realizar a pesquisa por via de duas Unidades básicas de Saúde (UBS). Cada UBS deve possuir um conselho local de saúde e realizar a conferência local quando esta for solicitada em nível nacional pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, inicia-se os processos de Conferências a partir dos níveis locais, seguindo para a municipal, estadual e Nacional. O ano de 2015 foi o ano de realização das Conferências de Saúde que, normalmente ocorre a cada quatro anos. Em 2015 foi a 15 Conferência Nacional de Saúde com o tema, “*Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro*”. Todos os bairros do município, não somente de Aracaju e Sergipe, mas em todo o Brasil se mobilizaram simultaneamente, durante todo o ano, para a realização das Conferências. Em Aracaju foi possível acompanhar mais de perto a realização da conferência local de duas UBS em dois bairros distintos.

Areia Branca é um povoado com aproximadamente oito mil habitantes. Situa-se ao sul do município, próximo às praias, na conhecida “zona de expansão” da cidade de Aracaju. Trabalhadores da Unidade Básica de Saúde local enfatizaram a velocidade com que a área de atendimento está se expandindo em termos populacionais. Este é um lugar de grandes especulações comerciais e imobiliárias. O estilo de vida e de moradias vão se contradizendo na medida em que a região cresce. Casas e sítios mais simples e mais abertos vão disputando espaços com as casas de muros altos e cercas elétricas, casas menores e apartamentos também estão sendo construídos para compra, venda e aluguéis. Segundo alguns moradores, a região está se transformando em dormitório, pois não há mais atividade pesqueira como antes e as pessoas estão procurando empregos no centro da

cidade e em casas de família, passando o dia fora e retornando para suas casas somente a noite “para dormir”.

Coroa do Meio, já caracterizado como bairro também foi um lugar importante para se pensar a participação na área da saúde, bem como nos processos de mudanças socioambientais com a expansão da cidade. Este Bairro é considerado um bairro estratégico para o turismo. Tem a Orla de Atalaia onde acontecem as feiras de artesanato; uma região dos lagos, para passeios e práticas esportivas; uma avenida composta por grandes hotéis de um lado, e do outro, ficam restaurantes e quiosques; Além de uma extensa praia que acomoda alguns bares e restaurantes em alguns percursos.

Esta região fica entre o centro da cidade e a “zona de expansão” urbana, onde se localizam os povoados Robalo, Areia Branca e Mosqueiro. Em direção aos povoados, a Avenida Melício Machado é o principal acesso comercial. A praia de Aruana, situa-se na sequência da região praiana e é paralela a esta avenida principal destes povoados citados. Em direção a linha verde, estrada de acesso à Salvador, BA, recebem grande fluxos de carro, principalmente durante férias e feriados prolongados.

Os turistas, em geral, costumam ficar hospedados na região do bairro Coroa do Meio e Atalaia, que são bairros vizinhos. Este bairro fica dividido pela avenida Mario Jorge que separa uma região de condomínios e hotéis de uma região de ocupação, de casas mais simples e aglomeradas. Os cenários se distinguem facilmente. Ao adentrarmos a região ocupada percebe-se a movimentação mais intensa de pessoas nas ruas, em frente as suas moradas aglomeram-se alguns vizinhos, enquanto as crianças brincam na rua de correr, de jogar bola e andar de bicicleta.

A desconfiança e preocupação com os roubos e tráfico de drogas estão mudando a dinâmica destes bairros de Aracaju. Alguns moradores têm relatado os tiroteios frequentes



nas chamadas “bocas de fumo”, onde ocorre a venda de drogas. Os assaltos estão cada vez mais frequentes. Uma simples ida à padaria pode trazer muitos transtornos. Uma moradora contou que por volta das sete horas da noite em um dia de semana, sua filha mais velha havia ido à padaria que fica na esquina de sua rua. Enquanto ela ficava em casa com suas duas outras filhas, ouviu tiroteio e logo pensou se sua filha mais velha estaria bem ou se algum tiro havia lhe acertado. A aflição tomou conta e alguns vizinhos que estavam na rua foram atingidos, alguns no braço e outros na perna. “Por sorte” como ela mesmo relatou, “nada de pior aconteceu”, inclusive com sua filha. “Os bandidos falaram, „vai ter tiro aqui até a gente consegui pegar essa cabra, e quem tiver na rua vai levar bala também, fiquem quietos em casa que nada de mal vai acontecer com vocês””, contou a moradora esse aviso dado por um dos atiradores.

Esta moradora é uma, entre tantas outras mulheres no Brasil e no mundo que cuidam sozinhas de suas famílias. Segundo os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010), cerca de 40,9% das mulheres contribuem para a renda das famílias do País. Em 2000, as mulheres chefiavam 24,9% dos 44,8 milhões de domicílios, e em 2010, este número atingiu 38,7% dos 57,3 milhões de domicílios registrados. Segundo dados da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em mais de 42% destes lares, a mulher vive com os filhos, sem marido ou companheiro<sup>4</sup>.

Esta moradora com quem conversei trabalha como faxineira e recebe a ajuda de custo do programa Bolsa Família do Governo Federal. Seu marido a abandonou e não contribui com o sustento da casa e dos filhos. Ela disse: “... e minhas cunhadas ainda me



<sup>4</sup> Disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/05/mulheres-comandam-40-dos-lares-brasileiros>

culpam por ele está assim doente, depressivo... e eu? Eu não posso ficar doente, nem depressiva não, tenho que trabalhar para sustentar minhas filhas...”

Em um bairro que já sofria pelo estigma de ser ocupação e de ser pobre, a violência gerada pelo tráfico de drogas dificulta ainda mais a vida dos moradores que tentam viver suas vidas e voltar do trabalho sem medo de assaltos ou tiroteios, especialmente as mulheres. Há muitos moradores que se lamentam: “nosso bairro não é mais o mesmo... Aracaju não é mais a mesma...”.

O cenário é um desafio, tanto em termos do fazer pesquisa, quanto em termos de participação e engajamento político das mulheres. Há muito para ser transformado e melhorado na vida dos moradores. As mulheres estão presentes nesse processo de participação por entenderem as dificuldades e por buscarem nessas fontes de participação, a esperança de alternativas para uma melhor qualidade de vida. Pensar em qualidade de vida é pensar também em saúde. A saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado como afirma a Constituição de 1988. A falta de políticas públicas voltadas para este âmbito nos deixa sem muitas perspectivas, pois considera-se que o desenvolvimento de um país está diretamente ligado à saúde, ao acesso à bens e serviços e ao nível de qualidade de vida dos cidadãos.

Para estas discussões, neste momento em que se encontra a pesquisa e a análise dos dados obtidos, escolhemos alguns depoimentos chaves de mulheres envolvidas de diferentes maneiras no processo de participação na saúde. Algumas entrevistas foram agendadas em lugares e momentos após conferência, mas a maioria das conversas foram realizadas no momento em que as mulheres estavam participando e discutindo sobre a melhoria do atendimento à saúde no Brasil, especialmente em suas localidades.

## O Processo de Participação

A participação é um fenômeno político que está diretamente relacionado ao contexto histórico da democracia. Toda democracia tem como pressuposto a participação da população e liberdade de expressão. Segundo Becker&Raveloson (2011), dos 194 países reconhecidos pelas Nações Unidas, 123 destes são de regimes democráticos. Basicamente e teoricamente, o princípio da democracia está na garantia dos interesses do povo, “O poder surge do povo, estar a ser exercido pelo povo e no seu próprio interesse.” (BECKER & RAVELOSON, 2011, p.05). Sabemos que a democracia tem diversas facetas e vem sendo construída ao longo dos anos em diferentes países e em diferentes culturas. Por isso, o princípio básico que rege a democracia nem sempre encontra na prática, a sua realização.

Com isso, as lutas de movimentos sociais aparecem como consequência desta defasagem da prática democrática. A falta de direitos, de reconhecimento, de oportunidades e respeito são indicadores de que estamos longe de alcançar a concretização de um regime democrático idealizado. É importante considerar que a democracia também pode ser entendida para além de um sistema de governo, se fazendo necessária primeiramente na vida cotidiana. Para Blee, a democracia é mais como um verbo do que um adjetivo, pois está na ação das pessoas, quando deliberam e trabalham juntas transformando a sociedade, e não somente uma forma de governo (BLEE, 2012, p. 02). Partindo do pressuposto de que o „governo“ é feito por pessoas, as práticas democráticas, se advindes dessas ações cotidianas, consequentemente estariam também presentes em níveis sistemáticos como os governamentais. As dimensões que envolvem as práticas governamentais vão além do tipo de regime que se opera, está também diretamente ligado aos interesses e intencionalidades de quem governa.

O processo de participação está relacionado à democracia. A participação vem sendo discutida por muitos autores em diferentes países. São autores preocupados em levantar questões acerca deste âmbito que é necessário às práticas democráticas de gestão governamental e de vida cotidiana. Para Carole Pateman, a palavra participação tornou-se, nos últimos anos da década de 1960, parte do vocabulário político popular. “...isso aconteceu na onda de reivindicações, em especial por parte dos estudantes, pela abertura de novas áreas da participação ... e por parte de vários grupos que queriam, na prática, a implementação dos direitos que eram seus na teoria” (PATEMAN, 1992 p.09).

As definições sobre participação passam por vieses que podem nos transferir um campo onde se restringe aos aspectos eleitorais e de representatividade de um sistema de governo. Eduardo Z. León nos chama a atenção para as interpretações que podem levar a participação para um cenário de convivência e afirmação dos poderes dominantes. Este autor busca definições que melhor possam expressar as relações intrínsecas que a participação tem com a democracia. Trata de uma democracia participativa onde a disputa entre poderes e interesses camuflam as possibilidades de práticas autônomas e de interesses comuns. “...Democracia participativa pode ser entendida como uma série de pressupostos normativos e dispositivos institucionais mediante os quais se promove a igual participação dos membros e da comunidade em um processo político autônomo, mas restringido, em que se decidem os termos da cooperação e os fins da mesma” (LÉON, 2006 p.27).

A democracia está sendo um sistema ainda em desenvolvimento e que tem mudado os rumos de muitos países. Segundo Patrick Heller, países como Brasil, Índia e África do Sul tem se desenvolvido significativamente através de um sistema democrático promissor. Na Índia a democracia tem contribuído para promover uma nação mais heterogênea.



Na África do Sul, as políticas democráticas e as regras constitucionais têm levado a transição

do domínio político de uma minoria branca para uma maioria negra com o mínimo conflito possível, embora com dificuldades. No Brasil, a transição para a democracia não somente contribuiu para neutralizar as ações dos militares, com bases institucionais de autoritarismo, como também contribuiu para o surgimento dos partidos de esquerda e o fortalecimento dos movimentos sociais (HELLER, 2013 p. 17).

Neste sentido, o desenvolvimento da democracia está diretamente ligado a práticas participativas, pois a participação dos cidadãos é um dos sentidos que embasam a democracia, e esta, se torna efetiva quando os interesses diversos se equilibram. Para Caroline Andrew, “a ideia de cidadania está também inextricavelmente relacionada com a noção de democracia e com a noção de um verdadeiro exercício de poder democrático” (ANDREW, 1995, p. 85).

A democracia tem uma profunda relação em combater as desigualdades sociais e as injustiças. É um sistema de governo e de organização da vida cotidiana que ainda precisa de mais tempo para se desenvolver e ser estabelecido como o mais promissor de todos os meios de convivência em sociedade. A participação é um dos caminhos para isso. Sabe-se que há inúmeras maneiras em que a participação vem sendo utilizada, e no âmbito da saúde ela é historicamente importante para garantir o direito à igualdade no atendimento.

De acordo com Luz (1995), a percepção social da saúde como direito de cidadania é considerada um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Afirma que esta percepção é fruto dos movimentos sociais na área da saúde da segunda metade dos anos

1970 e do início dos anos 1980. A Reforma Sanitária instaurou uma política de saúde inédita, onde a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, implicou numa visão "desmedicalizada" da saúde, ou seja, na quebra da visão tradicional que identifica a



saúde como ausência relativa de doença. O projeto de Reforma Sanitária brasileira foi um



movimento que ganhou destaque no final da década de 1970, e se caracterizou como um movimento pela democratização da saúde organizado por profissionais e intelectuais da área, estudantes e diversos movimentos sociais que culminou na construção deste projeto.

Segundo Nunes, para o campo da Saúde Coletiva os anos 1970 representa um momento em que se inicia uma estruturação formal, especialmente na formação de recursos humanos e no avanço das ciências sociais na saúde. “Do ponto de vista teórico acadêmico, ressalta-se a divulgação de alguns trabalhos como os de Cecília Domnangelo (1975), Arouca [1975] (2003), Luz (1979), Garcia (1981), Rodrigues da Silva (1973) e a criação do primeiro curso de pós-graduação em medicina social no RJ em 1974”. (NUNES, 2000, p. 21).

Para Amélia Cohn o que está em foco na Saúde Coletiva são “estudos que analisam as políticas de saúde da perspectiva de uma de suas implicações básicas, qual seja, a de ela se configurar efetivamente como „um direito de todos e dever do Estado“, tal como reza a Constituição Brasileira de 1988” (COHN, 2000 p. 219). Neste sentido, esta mesma autora enfatiza que os estudos de natureza política tratam, necessariamente de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde, a saber: “a dimensão do exercício do poder; e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolhas de prioridades...” (COHN, 2000 p. 221).

Virginia Junqueira (et al), faz uma relação interessante sobre os embates entre o interesse em manter a saúde como direito e o de transformá-la em mercadoria. Nas décadas de 1970 e 1980 foi sendo iniciado um contexto político de gestação do projeto que instituiu o SUS. Os segmentos que se uniram e formaram a Reforma Sanitária, estavam

Revista Espaço e Tempo Midiáticos, Palmas, v.2, n. 2, p. 78-109, jul-dez. 2017



reagindo às ameaças da exploração mercantil que passou a direcionar a assistência médica. “Em

consequência, nunca é demais afirmar que o SUS não é um projeto suprapartidário, como muitos querem crer. Na verdade, trava-se nele uma disputa de projetos, esclarecida pelo confronto entre saúde como direito e a saúde como mercadoria” (JUNQUEIRA et al, 2009 p.512).

A participação na saúde é um dos princípios que regem o funcionamento do SUS. O sentido primordial da participação na saúde é manter o SUS público, com suas doutrinas e princípios resguardados, além de sua base fundamental, que é a saúde como direito de todos e dever do Estado, como garante a Constituição de 1988. Para isso, os Conselhos e Conferências de Saúde são as principais instâncias participativas regulamentadas institucionalmente. Os Conselhos são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Os conselhos devem funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento. Os membros do conselho são compostos por representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. Conforme a Lei nº 8.142/90 e Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos. Isso quer dizer que

50% dos integrantes do conselho de saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço.

A Conferência de Saúde é o fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade em um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo. A conferência é convocada pelo Poder Executivo ou pelo conselho de saúde, quando 50% + 1 dos integrantes desse

fórum conclamam a conferência. Ela acontece de 4 em 4 anos sendo realizada pelas esferas municipal, estadual e federal.

A participação vem sendo discutida intensamente. Esta discussão é marcada por ambiguidades, como afirma Valla, “O tom vago e difuso em que a proposta de participação popular aparece em textos oficiais, ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la, como consequência, algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental” (VALLA, 1998 p. 09). A noção de participação que Valla trabalha está relacionada com a efetividade que estes processos têm de consolidar os interesses dos usuários dos serviços de saúde. São reivindicações, necessidades e melhorias que precisam ser colocadas em prática. Contudo, as práticas governamentais nem sempre levam em consideração as propostas advindas destes aparatos participativos, embora estes tenham fundamental importância na implementação das políticas públicas.

Evelina Dagnino (2004) traz uma importante reflexão sobre o lado “perverso” em que a participação pode estar relacionada: uma vez que não se encontra somente no processo de democratização do país, mas também nos interesses do neoliberalismo (Estado Mínimo) pois, segundo a autora, ambos “fortalecem a sociedade civil”. Isso explica a “confluência perversa e o deslocamento de significados” que a noção e a prática de participação vêm tomando. Afirma que com as políticas neoliberais, de retorno ao individualismo e à solidariedade, é redefinido o significado da participação. Em suas palavras, “o significado político crucial da participação é radicalmente redefinido e reduzido à gestão” (DAGNINO, 2004 p. 103). No entanto, Dagnino nos lembra que “o projeto neoliberal encontra um contentor relativamente consolidado ... capaz de constituir um campo de disputa” (DAGNINO, 2004 p. 99). Ou seja, a organização da sociedade civil,

os movimentos sociais, as lutas democratizantes estão presentes reafirmando um coletivo que os interesses neoliberais não se cansam em esconder.

Segundo Avritzer, as Conferências Nacionais têm se tornado as mais importantes e abrangentes instâncias participativas no Brasil. Além disso, elas estão em forte continuidade com as práticas participativas em nível local. Em seu estudo sobre as Conferências Nacionais, o autor trata do perfil dos participantes e afirma que o padrão de participação nas conferências nacionais é muito semelhante ao padrão de participação no nível local: “a participação típica é de mulher em 51,2% dos casos, com quatro anos de escolaridade (26,9%) ou com ensino médio completo, 20,3% dos casos. A sua renda varia entre 1 e 4 salários mínimos em 52,2% dos casos” (AVRITZER, 2012 p. 1).

Desse modo, a participação das mulheres através dos conselhos nos faz pensar nas práticas cotidianas de cuidado com a saúde e sua amplitude além do ambiente doméstico. A saúde foi o setor pioneiro na institucionalização de espaços como os conselhos, e certamente as mulheres possuem um importante papel na sequência desta história.

### **Mulheres, Participação e o Cuidado à Saúde**

As mulheres aparecem neste trabalho de diferentes maneiras, mas com uma intencionalidade bastante marcante. A relação entre as mulheres e o cuidado à saúde tem levado estas a ocupar os lugares destinados às reivindicações de melhorias nas condições de atendimento. Estudos também mostram que as mulheres sempre ocupavam (e ocupam) os espaços públicos, a diferença é que hoje estão sendo mais “aceitas” e não rejeitadas diretamente. Existem preconceitos e rejeições às mulheres, principalmente em cargos políticos, onde são a minoria. Miranda aponta em seu estudo sobre igualdade de gênero na política, que o movimento feminista foi o fenômeno mais subversivo no século

sua ruptura paradigmática com uma cultura política profundamente autoritária e excludente para as mulheres e outros atores não-hegemônicos” (MIRANDA, 2014 p.05).

Segundo a Organização das Nações Unidas, as mulheres estão sub-representadas como eleitas e em posições de liderança, seja em cargos eletivos, de serviços públicos, no setor privado ou no âmbito acadêmico. Isso ocorre apesar de suas habilidades comprovadas como líderes e agentes de mudança, e de seu direito de participar igualmente na governança democrática. As mulheres enfrentam inúmeros tipos de obstáculos à participação na vida política. Os obstáculos estruturais, por meio de leis e instituições discriminatórias, ainda limitam as opções das mulheres de votar ou concorrer a um cargo em muitos países. Do ponto de vista simbólico, no imaginário hegemônico, as mulheres são vistas como menos capazes e com menores probabilidades do que homens de ter a educação, os contatos e os recursos necessários para se tornarem líderes eficazes.

Como destaca a Resolução de 2011 sobre participação política das mulheres da Assembleia Geral da ONU, “mulheres em todas as partes do mundo continuam a ser marginalizadas na esfera política, muitas vezes como resultado de leis discriminatórias, práticas, atitudes e estereótipos de gênero, baixos níveis de educação, falta de acesso à saúde e também pelo efeito desproporcional da pobreza nas mulheres” (ONU MULHERES, 2011)<sup>5</sup>.

Em algumas conversas com as mulheres (moradoras locais, com Agentes de Saúde, com Assistentes Sociais, Enfermeiras e gerentes de Unidade de Saúde, que são categorias mais presentes nos Conselhos e nas Conferências, além de representantes de movimentos sociais) foi possível perceber o que acontece no dia a dia como usuárias do sistema de

saúde e dos processos de participação existentes, como o Conselho. Os depoimentos a Revista Espaço e Tempo Midiáticos, Palmas, v.2, n. 2, p. 78-109, jul-dez. 2017

---



<sup>5</sup> Disponível em <http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/lideranca-e-participacao/>

seguir destacam a participação das mulheres na cobrança de políticas públicas de saúde.

São depoimentos chaves, escolhidos dentro muitos outros, especialmente para pensarmos nesta relação entre mulher, participação, desenvolvimento e cuidado.

“As pessoas imaginam que nada funciona, há uma propaganda negativa do SUS na mídia, há interesses... nós, população que usamos o SUS temos que estar de olhos abertos... Trabalho no SUS e acredito no SUS e queria ver ele melhorar cada vez mais. As pessoas precisam saber disso, desses espaços, de se empoderar, fazer a sua parte, se cuidar... A UBS é a porta de entrada e por isso deve ser humanizada, o SUS é para todos e o usuário tem que fazer a parte dele. ... A situação ainda é um gargalo... olhar o que pode melhorar e não o que está ruim... precisamos melhorar esse SUS, eu fico arrepiada quando alguém diz que não vai votar mais..., é necessário o exercício de participação! Água mole em pedra dura tanto bate até que fura!” (Assistente Social).

Percebe-se aqui, uma certa esperança no poder reparador da participação na resolução dos principais problemas que atingem a saúde pública, pois „*água mole em pedra dura, tanto bate até que fura*“ e, ao mesmo tempo, o reconhecimento de uma participação menor que a desejada. Observa-se que há muito a ser desenvolvido em termos de espaços decisórios que considerem o processo de participação para que este tenha mais legitimidade, mais valorização em relação as demandas locais. O que pode ser percebido também em outros depoimentos. Segundo Denyse Côtè, “A vitalidade de uma comunidade se repousa em grande parte, no trabalho familiar e comunitário formal e informal das mulheres” (CÔTÈ, 1995, p.123).

“Há muito „absenteísmo“ ... isso é um problema central. Há falta de compromisso dos usuários em cumprir seus direitos, como as consultas por exemplo. Faltam as consultas e depois reclamam... Precisamos concentrar nossas ações no fortalecimento e na conscientização dos usuários” (Gerente).

Como consequência dessa participação pequena é a sensação de que toda responsabilidade repousa nas costas dos funcionários dos postos de saúde. Os problemas parecem crescer com a falta de adesão e descrença dos usuários do SUS. Percebe-se que as mulheres estão envolvidas, embora ainda em sua minoria, em diversos cargos e profissões dentro do sistema de Saúde, e por isso, seus olhares e preocupações estão diretamente relacionados com o lugar e as responsabilidades que ocupam.

“Conselho resolve pequenas coisas, as mais importantes, que deveriam discutir, não discutem, não funciona.... E também ninguém reclama para a ouvidoria dos problemas, reclamam para os profissionais... Era um estresse... minha filha apanhou tanto nessa época... tadinha, eu descontava o estresse nela...” (Enfermeira)

Ao mesmo tempo, há uma percepção que as resoluções das conferências dependem do poder político. Embora o processo de participação tenha resultados positivos enquanto articulação dos moradores locais e dos profissionais de saúde, a consolidação depende muito dos interesses políticos e governamentais vigentes. E isso pode variar de acordo com a gestão que esteja no poder. Os profissionais de saúde passam por dificuldades de falta de recursos e materiais necessários para a realização do trabalho, como a falta de luvas por exemplo. Assim, para que o atendimento aos usuários ocorra da melhor maneira possível, sem gerar estresse pessoal e conflitos entre profissionais e com os usuários, seria necessária uma melhor sintonia dos interesses políticos no que tange as políticas públicas de saúde.

“Com muito sacrifício, mas a gente tá conseguindo ... Isso (processo de participação) cansa a gente, é muita negociação, muitos só querem para

conseguir votos... e tem o desinteresse dos moradores... fulano não **fala**

com ciclano e isso trava as coisas... Precisamos é de uma Reforma Política ... faz muita diferença de um tipo de governo para outro... pobre agora pode ter uma geladeira, um sofá, e até mesmo um carrinho pra passear de vez em quando... pobre também tem esse direito... e corremos o risco de perder tudo isso...” (Agente de Saúde)

“Só tem conversinha, conversinha... nunca se resolve nada... desde 2011 já se passaram quantos gerentes?! “As pessoas são tímidas, humildes e não perguntam... A secretaria já sabe das condições, já levamos isso e a antiga gerente foi quem mais batalhou conosco... mas se troca de secretário como se troca de roupa...” (Moradora)

O desânimo e a descrença no processo de participação e na força em que este pode exercer está diretamente ligada as suas maneiras de funcionar e os usos que se fazem deste processo. O controle social é exercido com o processo de participação, onde os usuários, profissionais e prestadores de serviços do SUS podem juntos avaliar e propor mudanças de acordo com as demandas. No entanto, este controle também recebe um “contra controle”, que pode ser caracterizado pelos processos burocráticos, a gestão financeira e as intencionalidades governamentais.

Este recorte compilado sobre alguns depoimentos nos mostra que, além das relações pessoais que permeiam as negociações, carregam também as colocações relacionadas a categoria em que cada um pertence. Os discursos são de pessoas que possuem lugares, funções e papéis diferentes dentro do sistema de saúde. Todos estes pontos de vista diferentes permitem pensar o funcionamento do sistema de saúde e na efetividade do processo de participação e do cuidado à saúde. A atuação das mulheres dentro dos canais de participação e mesmo fora deles, fortalece as políticas públicas de atendimento à saúde. É um esforço constante que requer muita dedicação e tempo



gasto, e mesmo tendo várias atividades atreladas a rotina das mulheres, estas encontram em suas redes de apoio uma

forma de participar e exercer práticas de democracia e cidadania que são fundamentais para o começo de grandes mudanças.

As mulheres estão fortemente presentes no processo de participação. Isso nos mostra que estão muito além do ambiente doméstico, suas práticas dirigem à todas as dimensões da vida cotidiana. A história das mulheres (DEL PRIORI et al, 2007; PERROT

2006, 2009), nos mostra os papéis que estas vem desempenhando ao longo do tempo em diferentes lugares e contextos históricos. As mulheres apresentam diferentes formas de enfrentamento às situações de desigualdade e exclusão que lhes são impostas. No período colonial, nos momentos de ascensão dos ideais burgueses, no processo de urbanização e industrialização, que foram momentos marcantes no Brasil e no mundo, as formas de opressão foram recriadas sucessivamente, assim como também, as formas de enfrentamento.

Estes estudos mostram que, em nenhum momento, há uma inércia das mulheres, mesmo quando no período da valorização do espaço privado, onde o lugar das mulheres era determinado como sendo dentro de casa, as mulheres percorriam trajetos e „ladainhavam“ (ALEXANDRE, 2012) conforme suas necessidades. Michelle Perrot, por exemplo, possui vastos estudos sobre as mulheres, ricas e pobres, proletárias e burguesas, religiosas e prostitutas, que demonstram o movimentar-se das mulheres em relação às suas condições de vida.

A relação entre o público e o privado também repercute em grandes discussões no que se refere às mulheres. Historicamente, o espaço privado vem sendo identificado como espaço exclusivo das mulheres e o espaço público, dos homens. No entanto, a história não se dá desta forma linear e definida. Segundo Perrot, “certamente nem todo o público é masculino no espaço da cidade onde circulam as mulheres” (PERROT, 2005,

Refletir sobre o público e o privado é, de certa forma, falar da vida cotidiana, das relações familiares e dos lugares ocupados por mulheres, homens, crianças, etc. A Revolução Francesa, “acentua a definição das esferas pública e privada, herança das Luzes, valoriza a família e diferencia os papéis sexuais ao opor homens políticos e mulheres domésticas...” (PERROT 2005, p. 458).

Segundo Rago, lidamos mais com a “construção masculina da identidade das mulheres trabalhadoras do que com a sua própria percepção de sua condição social, sexual e individual”. No início do século XX, as mulheres foram progressivamente expulsas e substituídas pela mão-de-obra masculina. “Assim, enquanto em 1872 as mulheres constituíram 76% da força de trabalho nas fábricas, em 1950, passaram a representar apenas 23%” (RAGO, 2007 p. 578).

Atualmente, a escala de mobilidade social das mulheres vem crescendo muito lentamente e de forma linear, o que mostra que as mulheres ainda têm dificuldades de ascensão na vida econômica e social. Os espaços que mais são ofertados para mulheres no mercado de trabalho ainda são os menos remunerados e os menos valorizados (LISBOA, 2004). Neste sentido, o cuidado à saúde também carrega uma desvalorização por ser considerada uma atividade mais das mulheres do que dos homens. As mulheres carregam a gigantesca tarefa do cuidado e o pesado fardo da desvalorização e falta de reconhecimento. Todas as tarefas que envolvem o cuidar são destinadas às mulheres, em sua maioria. Essa „tarefa“, entretanto, carrega um potencial de empoderamento das mulheres, que percebem essa prática como essencial para a vida, para o convívio humano em sociedade.

Os estudos de Carol Gilligan têm demonstrado a importância do cuidado enquanto uma ética humana, que por conta de uma sociedade patriarcal, vem sendo colocada como uma atividade somente das mulheres e subversivamente desvalorizada, desqualificada

subempregada. As mulheres possuem uma “voz diferente” no que concerne às intencionalidades que julgam ser importantes para o convívio em sociedade. A voz das mulheres deveria, segundo Gilligan, ser uma voz única, onde todos os seres humanos deveriam basear suas ações e relações sob a ética do cuidado. Enquanto a voz das mulheres for uma voz diferente, significa que há, como parâmetro, uma voz normal, um padrão de ação e pensamento baseados no patriarcado e culturalmente reproduzido como se fosse algo natural de nossa condição humana.

Com a visão patriarcal, o cuidado é uma ética feminina. Com a visão democrática, o cuidado é uma ética humana. A ética feminista do cuidado é a voz diferente dentro da cultura patriarcal porque junta razão com emoção, mente e corpo, sujeito e relacionamento, homem com mulher, resistindo a divisão que mantém a ordem patriarcal” (GILLIGAN, 2011 p.22, tradução nossa)

A ética do cuidado seria uma porta aberta para o desenvolvimento humano, em termos de moralidade, de justiça e equidade. Resistir a „voz padrão“, masculina e superior, é uma constante na ética feminista. A sociedade patriarcal reafirma os dualismos e suas oposições desiguais, caracterizando uma hierarquia onde os homens estão no topo e as mulheres no nível mais baixo. Os estudos de Gilligan, segundo Kunhen (2015), contribuem para se pensar na universalização do cuidado, das práticas de cuidado que devem ser praticáveis por todos, homens e mulheres, complementando forças e ações como princípios humanos e não julgadas por diferenças de gênero.

Por que o cuidado está sempre sendo colocado como secundário, desvalorizado e como algo unicamente intrínseco das mulheres? Somente uma análise através da cultura patriarcal para explicar tal fenômeno que, ao invés de potencializar as práticas de cuidado, vem a colocando como algo inferior e subalterno. Neste sentido, podemos

pensar nos

motivos que explicam porque as políticas públicas vêm sempre sendo colocadas em segundo plano, como os investimentos nos âmbitos de educação e saúde, que caracterizam o cuidado e a atenção que os governos deveriam dispor aos cidadãos.

As discussões sobre o cuidado merecem muita atenção e por isso estão sendo focos de análise neste processo de pesquisa. Há também os estudos que direcionam a prática do cuidado como atividade profissional. Em diversos países, os profissionais que oferecem cuidado são, em sua maioria mulheres, as “*caregivers*”, que sempre estão em situações de subemprego, com menores salários e menor valorização na escala social (SPITZER 2014; LISBOA, 2007).

Susan Sherwin (1998) analisa a prática do cuidado como instrumento potencializador das mulheres. Esta autora afirma que, enquanto várias análises consideram as mulheres como vítimas da opressão, elas mesmas não se vêem como meras vítimas, como passivas e insignificantes. Mesmo dentro de um cenário opressor, as mulheres encontram possibilidades de resistir e desafiar as forças que as oprimem (SHERWIN, 1998 p. 3). Ela acredita que os serviços de saúde têm grande potencial tanto para aprofundar ou aliviar as formas de opressão, como também para piorar ou aliviar problemas de saúde específicos. Além disso, Sherwin enfatiza que a biomedicina ignora o valor que a contribuição das práticas “não-médicas” tem a oferecer ao sistema de saúde. E conclui que a medicina vem contribuindo em muitos aspectos na “perpetuação” da opressão das mulheres (SHERWIN, 1998 p. 4).

É interessante mencionar que atualmente, vem se destacando o fenômeno “*Mansplanning*”, as próprias mulheres que possuem cargos políticos estão comentando nas redes sociais. É o “*talking over women*”, quando um homem se sente na condição de superior, se coloca no direito de interferir na fala simplesmente de interlocutores pelo fato

desta ser mulher. Entre os homens não há esse tipo de interrupção com conotação de inferioridade e negação, mas com as mulheres sim. Os homens interrompem a fala se colocando na posição de superior, desvalorizando quase sempre o que as mulheres têm à dizer.

Segundo Parente, para avançarmos no processo de desenvolvimento, é necessária uma mudança na autonomia das mulheres, principalmente na sua independência financeira em relação aos homens. Este incentivo deve ser viabilizado através de políticas públicas alinhadas com a perspectiva de gênero, que visem os interesses das mulheres e de outras minorias (PARENTE, 2015 p.250).

As trajetórias de mulheres podem nos mostrar inúmeros aspectos sobre o funcionamento do atendimento à saúde. Os afetos, os cuidados, o convívio com determinadas pessoas e meios são também determinantes e condicionantes da saúde, os quais interferem no processo de participação. O cuidado com a saúde, visto como uma prática socialmente reconhecida como tarefa mais das mulheres do que dos homens, implica nos remeter para questões históricas e culturais sobre o que vem a ser determinações do feminino e do masculino.

No processo de participação as mulheres estão fortemente presentes e articulando maneiras de participar dos processos políticos, embora ainda passando por preconceitos e discriminações. Desse modo, a participação das mulheres através dos conselhos nos coloca a pensar também, nas práticas cotidianas de cuidado com a saúde e sua amplitude além do ambiente doméstico. Ou seja, isso nos mostra que as mulheres permeiam inúmeros e diferentes espaços na busca por melhores condições de atendimento à saúde.



## **Considerações finais**

As discussões presentes neste trabalho são fundamentais para a nossa pesquisa em curso. Esperamos que a junção deste tripé, entre mulheres, participação e desenvolvimento, contribua para isso e para o enriquecimento dos estudos sobre as mulheres e sirva para chamar a atenção sobre a importância do tema para que as políticas públicas levem em conta os direitos das mulheres. A liderança feminina é muito presente e isto nos é interessante e merecedor de investigações. Elas estão dentro e fora ao mesmo tempo. As mulheres estão sempre presentes nos meandros dos processos de participação, mas fora destas instâncias, têm minoria dentro dos processos de decisões políticas.

As mulheres ainda precisam percorrer espaços espontaneamente, livres de qualquer imposição cultural e de estereótipos que as vitimam e as inferiorizam socialmente. O Brasil é um país que ainda precisa avançar muito na diminuição da desigualdade de gênero e de muitos outros aspectos. O tempo passa e reproduzimos circunstâncias que impedem o desenvolvimento, tais como o preconceito, a discriminação e a desigualdade em níveis econômicos e sociais. Com esta experiência de pesquisa, percebe-se que existem muitas possibilidades para que este avanço aconteça, mas para isso as forças coletivas das mulheres devem ter mais poder do que as forças que as oprimem.

## **Referências**

- ALEXANDRE, Virginia C. S. Ladainhas e Mulherâncias: um estudo sobre saúde e vida cotidiana. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal de Sergipe. Orientadora Professora Doutora Maria Teresa Nobre. São Cristóvão, 2012.
- ANDREW, Caroline. La Démocratie Locale pour Les Femmes: condition du développement regional. In: CÔTÉ, Denyse (et al). Du Local au Planétaire: reflexiones et pratiques de femmes en développement regional. Montréal, Ca. 1995.
- AVRITZER, Leonardo. Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- BECKER, Howard S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BECKER, Paula; RAVELOSON, Jean-Aimé. O quê é Democracia? Fundação Friedrich Ebert. Luanda, Angola, 2011.
- BLEE, Kathleen M. Democracy in the Making: how activist groups form. New York: Oxford University Press, 2012.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde/ Lei 8080. 1990
- CAIAFA, Janice. Aventura das Cidades: ensaios e etnografias. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- CLIFFORD, James. A Experiência Etnográfica: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editada da UFRJ, 2011.
- CLIFFORD, James; MARCUS, George (editors). Writing Culture: the poetics and politics of ethnography. University of California Press, 1986.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. Saúde no Brasil: política e organização dos serviços. São Paulo: Cortez. CEDEC, 2001.

CÔTÉ, Denyse; RIVIÈRES, M; THIVIERGE, N.; TREMBLAY, M. Du Local au

Planétaire: reflexiones et pratiques de femmes en développement regional. Montréal, Ca.

1995.

DAGNINO, Evelina. Sociedade Civil. Participação e Cidadania: do que estamos falando? In: Políticas de Ciudadania y Sociedad en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004.

GILLIGAN, Carol. In a Different Voice: psychological theory and women's development. Harvard University Press, 1982.

GILLIGAN, Carol. Joining the Resistance. Polity Press, USA, 2011.

HELLER, Patrick. Challenges and Opportunities: civil society in a globalizing world. United Nations Development Programme. Human Development Report Office, 2013.

JUNQUEIRA, Virginia; SCARCELI, Ianni R; LOPES, Isabel C. Saúde: direito ou mercadoria? In: PATTO, Maria Helena S. (Org). A Cidadania Negada: políticas públicas e formas de viver. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

KUHNEN, Tânia A.O Princípio Universalizável do Cuidado: superando limites de gênero na teoria moral. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/132604>

LÉON, Eduardo Zamarrón de. Modelos de Democracia: los alcances del impulso participativo. México: Instituto Mora: Instituto Electoral de Querétaro, 2006.

LISBOA, Teresa K. Cidadania e Equidade de Gênero: políticas públicas para as mulheres excluídas dos direitos mínimos. Revista Katalysis, v8 n01, UFSC, Florianópolis, Janeiro

2005.

LISBOA, Teresa K. Fluxos Migratórios de Mulheres para o Trabalho Reprodutivo: a globalização da assistência. Estudos Feministas. Florianópolis 15, 2007

Revista Espaço e Tempo Midiáticos, Palmas, v.2, n. 2, p. 78-109, jul-dez. 2017

- LUZ, Madel T. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” anos 80 – In: Ministério da Saúde, Projeto Gerus. Brasília, 1995.
- MAGNANI, José Guilherme Cantor. Festa no Pedço: cultura popular e lazer na cidade. 3 ed. São Paulo: Hucitec/ UNESP, 2003.
- MAGNANI, José Guilherme Cantor. O Circuito de Jovens Urbanos. Tempo Social. Revista de Sociologia da USP. V17 n2. 2005.
- MIRANDA, Cynthia M. Os Movimentos Feministas e a Construção de Espaços Institucionais para a Garantia dos Direitos das Mulheres no Brasil e no Canadá. IX Encontro da ABCP. Brasília, 2014.
- NUNES, Everardo D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Tratado de Saúde Coletiva. HUCITEC, 2000
- PARENTE, Tamis; TAVARES, Ariane. Gênero e Políticas Públicas de Trabalho. In: MIRANDA, Cynthia; COTÈ, Denyse; BARROSO, Milena; ESTÁCIO, Andre (ORGs). Gênero, Desenvolvimento e Território: novas semânticas e antigas práticas. Manaus. Editora Valer, UEA Edições 2015.
- PATEMAN, Carole. Participação e Teoria democrática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- PERROT, Michelle (org.). História da vida Privada: da revolução à primeira guerra. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- PERROT, Michelle. Os Excluídos da História: operários, mulheres e prisioneiros. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.
- PRIORI, Mary Del (org.). História das Mulheres no Brasil. São Paulo: contexto, 2007 9ed.
- RAGO, Margareth. Do Cabaré ao Lar: a utopia da sociedade disciplinar. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1985.
- Sen, Amartya. Desenvolvimento como Liberdade. SP: Cia das Letras, 2000.

SCHNEIDER, Suzanne D. Mexican Community Health and the Politics of Health Reform. University of New México Press, 2010.

SHERWIN, Susan. The Politics of Women's Health: exploring agency and autonomy. Philadelphia: Temple University Press, 1998.

SPTZER, Denise; PIPER, N. Retrenched and Returned: Filipino Migrant Workers During Times of Crisis. Sociology 48 (5), 2014. <http://www.dspitzer.ca/publications.html>

VALLA, Vitor Vicente. Sobre Participação Popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.