

# DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES.

Beatriz RIGOLETO CAMPOY<sup>1</sup>

**RESUMO** : O presente estudo situa-se no campo temático dos Direitos Humanos das Mulheres e relaciona-se com o debate acerca do direito à saúde, mais especificamente, dos desafios e potencialidades das políticas públicas para a igualdade sexual na área da saúde. Partindo do pressuposto de que as relações entre os sexos desenvolvem-se de maneira desigual, procura-se compreender como esta relação de poder traduz-se nas políticas públicas para a saúde e de que forma é possível efetivar a igualdade no acesso ao direito à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** : Direitos Humanos das Mulheres. Direito à saúde. Discriminação. Políticas Públicas para a Igualdade Sexual.

## 1.INTRODUÇÃO

O presente estudo situa-se no campo temático dos Direitos Humanos das Mulheres e relaciona-se com o debate acerca do direito à saúde, mais especificamente, dos desafios e potencialidades das políticas públicas para a igualdade sexual na área da saúde. Partindo do pressuposto de que as relações entre os sexos desenvolvem-se de maneira desigual, procura-se compreender como esta relação de poder traduz-se nas políticas públicas para a saúde e de que forma é possível efetivar a igualdade no acesso ao direito à saúde.

Embora as mulheres sejam detentoras do direito à saúde, como todo ser humano, algumas questões devem ser levantadas. Em primeiro lugar, pode se considerar que homens e mulheres comungam do mesmo padrão de saúde? Defenderei que não, uma vez que homens e mulheres não possuem as mesmas

---

<sup>1</sup> Mestranda em Sociologia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, especialista em Direitos Humanos e Democracia pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Bacharel em Direito pelas Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo e Advogada. [beatriz.rigo@bol.com.br](mailto:beatriz.rigo@bol.com.br). Trabalho realizado para a conclusão da cadeira de Políticas de Igualdade Sexual do Mestrado em Sociologia da Universidade de Coimbra.

características biológicas e sociais. Em segundo lugar, se não possuem as mesmas características biosociais tais diferenças são levadas em conta tanto na área científica quanto para o desenvolvimento de políticas de saúde? Neste ponto também defenderei que não, ou quando o são, isso ocorre de forma discriminatória pelo fato do masculino ser tido como padrão referencial em relação ao feminino.

Importa observar ainda como o não reconhecimento das diferenças entre os sexos relacionadas aos padrões de saúde traduz-se em desigualdades discriminatórias, bem como quais são os mecanismos existentes para combater tais desigualdades. Para isso utilizarei conceitos referências sobre a temática proposta além de alguns documentos, nomeadamente relatórios da OMS e do Governo de Portugal.

Na primeira parte do texto buscarei compreender a questão do tratamento desigual entre homens e mulheres e de que forma o reconhecimento destas desigualdades como um problema estrutural pelo movimento feminista desencadeou o surgimento do Feminismo de Estado. Em seguida, serão abordadas as três principais estratégias de intervenção das políticas públicas para a igualdade, bem como os problemas inerentes a efetivação do direito à saúde das mulheres. Por fim, abordarei a estratégia utilizada para a efetivação das políticas de igualdade na saúde, nomeadamente o *mainstreaming*.

## **2.1 Desigualdades entre os sexos e Feminismo de Estado.**

Antes de iniciar as ponderações acerca do direito à saúde das mulheres é importante retomar alguns conceitos acerca das desigualdades entre os sexos, bem como da sua relação com o advento do Feminismo de Estado. Para tanto, utilizarei o conceito de sexo biosocial e, em seguida, tentarei traçar uma relação entre este e as desigualdades entre os sexos com base em obras referenciais. Ao contrário dos conceitos de sexo e gênero, entendendo-se o primeiro como as diferenças biológicas entre homens e mulheres e o segundo como construções sociais acerca do primeiro, o conceito de sexo biosocial visa definir a relação de interação existente entre o biológico e o social. Segundo Ferreira (Ferreira, 2003, p.157): “(...) as relações sociais não podem ser separadas da corporalização sexual. No sentido que confiro a esta afirmação, não se trata de

reduzir a dimensão sexual ao desejo sexual mas a de chamar atenção para a centralidade da reprodução, na sucessão das gerações”.

O sexo biológico condicionou ao longo da história importantes divisões sociais e culturais entre homens e mulheres. Por conta de sua função reprodutora as mulheres foram relegadas à esfera privada, dos cuidados, enquanto aos homens couberam as funções públicas. Mas, esta atribuição de papéis não é apenas fruto de questões biológicas, está estritamente relacionada a uma perspectiva social, uma vez que se imputam valores a estas funções. Por isso, há a necessidade de se tratar o sexo como uma interação entre o fator biológico e o social. Segundo Ferreira (Ferreira, 2003, p. 158):

Não postulemos qualquer destas instâncias como um dado de partida que num determinado momento se articula com a outra, mas como as duas faces da mesma moeda. Pensemos antes as diferenças entre os sexos como pertencentes à ordem biosocial, constituídas em constante relação dinâmica e permanente redefinição, mas sendo sempre salientes, e não tenhamos receio de sermos essencialista nestes termos.

O fato é, o relacionamento entre os sexos, fundado na interação das perspectivas acima tratadas, está moldado segundo uma relação desigual de poder, onde o padrão masculino (tarefas, papéis, funções e valores relacionados aos homens) é tido como a norma para todo o restante da sociedade (Bustelo & Lombardo, 2007). Uma vez que o padrão masculino é entendido como a norma, ou como o que é normal, o feminino passa a ser visto como o peculiar, ou como o invisível. Estas duas dimensões são importantes para a compreensão da questão do direito à saúde das mulheres. Quando se adota o masculino como padrão, o neutro torna-se automaticamente masculino. Segundo Ferreira (Ferreira, 2003, p.91):

Como sugere Derrida, a neutralização das marcas sexuais tem o efeito de conferir poder aos homens. Quando nos referimos a uma fórmula neutra, como o *self*, já estamos a adoptar como referente o masculino, porque na actual sistema ‘falocêntrico’, a universalização só funciona enquanto neutralização do pólo feminino.

A outra dimensão é a do feminino como o que é peculiar, no momento em que se ultrapassa a invisibilidade do feminino nos padrões neutros. Nesses

casos o feminino passa a ser visto como singular, como peculiar em relação ao padrão que é masculino. Em suma, estas duas dimensões explicitam não apenas as diferenças entre os sexos, mas as desigualdades fruto desta relação de poder. Esta realidade permaneceu pouco contestada por muito tempo, porém nas décadas de 1960 e 1970 as integrantes do movimento feminista da segunda voga passaram a compreender a questão das desigualdades sexuais de uma maneira mais abrangente. Para além da reivindicação do movimento feminista de primeira voga, ou sufragista pela igualdade formal entre os sexos, o movimento feminista de segunda voga trouxe para a discussão a necessidade de mudanças estruturais. Tratava-se, na verdade, da luta contra a imposição de um sistema patriarcal onde o masculino era o padrão, a norma, o poder a qual o feminino deveria se sujeitar (Ruesta, 2004).

Neste ponto, parte do movimento feminista considerava o Estado um mecanismo de reprodução e manutenção do sistema patriarcal, portanto, sem utilidade para a consolidação das demandas do movimento. Porém uma outra parte do movimento considerava o Estado um aliado na promoção da igualdade entre homens e mulheres. Do relacionamento desta parte do movimento feminista com o Estado, nomeadamente através da inserção na agenda estatal das demandas feministas e da posterior criação de um maquinário institucional para o cumprimento destas demandas, surge o Feminismo de Estado. Este conceito não está relacionado apenas com a criação de instituições dentro do Estado que buscam efetivar a igualdade entre homens e mulheres, mas ao relacionamento do movimento feminista com o Estado na criação e manutenção destas ações (Ruesta, 2004).

Portanto, com o intuito de combater o sistema patriarcal fomentador das desigualdades sexuais e vendo o Estado como potencial aliado, o movimento feminista passou a reivindicar a integração na agenda estatal das demandas feministas, bem como a criação de políticas públicas para a igualdade sexual. A seguir, busca-se compreender o que são as políticas para a igualdade sexual e como estas se desenvolveram especificamente na área do direito à saúde.

## **2.2 As políticas públicas para a igualdade sexual e seus desafios no âmbito do direito à saúde.**

Através da integração das reivindicações do movimento feminista na agenda estatal e da criação de políticas públicas promotoras da igualdade entre os sexos nasce o Feminismo de Estado. Neste sentido, as políticas para a igualdade sexual utilizam, principalmente, três estratégias de intervenção: a igualdade de oportunidades; as ações positivas; e a transversalidade ou *mainstreaming* (Astelarra, 2005). Não obstante a importância de todas elas, mas devido à limitação espacial do presente trabalho, este ficará restrito a descrição das estratégias da igualdade de oportunidades e do *mainstreaming*, abordadas mais adiante.

O princípio da igualdade de oportunidades está declarado nos principais documentos internacionais, bem como na maioria dos ordenamentos jurídicos nacionais. Ocorre que a igualdade meramente formal, ao desconsiderar certas condições que afetam alguns grupos, funciona como um mecanismo gerador de desigualdades. É neste aspecto que atuam as políticas de igualdade de oportunidades, partindo do pressuposto que as mulheres possuem características históricas, sociais e culturais que as excluem e limitam o exercício da sua cidadania (Astelarra, 2005).

As primeiras ações neste sentido recorreram, sobretudo, à intervenção legislativa, nomeadamente a exclusão de normas que geram discriminação e a inclusão de normas no ordenamento jurídico baseadas no princípio da igualdade. Tais ações, por si só, não levam ao real desaparecimento das desigualdades. Considerando as desigualdades entre os sexos uma questão estrutural, um dos fatores que impedem a concretização da igualdade é a falta de acesso das mulheres à esfera pública e o seu fechamento e isolamento na esfera privada. Tal fato impede seu conhecimento, empoderamento e participação nas transformações ocorridas. Neste ponto, surgem as políticas de ação positiva que visam a integração das mulheres na arena pública e o *mainstreaming* (Astelarra, 2005).

Em relação especificamente às políticas para a igualdade na saúde, o direito à saúde foi reconhecido como direito da pessoa humana no ordenamento

jurídico internacional com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948<sup>2</sup>. Apesar de garantido de forma neutra, tanto internacionalmente quanto nacionalmente, o direito à saúde deve ser visto sob a perspectiva das desigualdades sexuais. Em 1995, esta perspectiva foi reconhecida internacionalmente pela Plataforma da Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres ou Plataforma de Ação de Beijing. Trata-se de um documento importante que em seu texto declara cinco objetivos estratégicos para a promoção da saúde das mulheres, dentre eles:

Aumentar o acesso das mulheres ao longo do seu ciclo de vida a informação, aos cuidados e serviços de saúde adequados, acessíveis e de boa qualidade; Reforçar os programas de prevenção que promovam a saúde das mulheres; desenvolver iniciativas que tenham em conta o gênero para fazer face às doenças sexualmente transmissíveis, ao HIV/ SIDA, e a outras questões de saúde sexual e reprodutiva; promover a investigação e difundir informação sobre a saúde das mulheres; aumentar os recursos e acompanhar a evolução da saúde das mulheres.

Este documento demonstra o enfoque dado nos anos 1990, nomeadamente pela Organização das Nações Unidas, a problemática dos direitos humanos das mulheres, que foi posteriormente integrada nas agendas dos governos nacionais, bem como em suas políticas públicas (Astelarra, 2005). Quanto ao direito à saúde da mulher e as políticas públicas desenvolvidas nesta órbita questiona-se no presente ensaio, como referido introdutoriamente, se as diferenças biológicas e sociais entre os sexos são tidas em conta na abordagem dos conceitos de saúde e doença, e, conseqüentemente, na elaboração das políticas correlatas. Buscarei, com base em textos referenciais e em documentos produzidos pela Organização Mundial de Saúde e pelo Governo de Portugal, compreender como estas duas dimensões a biológica e a social vêm sendo tratadas nas esferas política e científica.

A despeito da questão científica, no século XVIII reconheceu-se cientificamente a existência de órgãos reprodutivos distintos de homens e mulheres, os quais passaram a ter uma denominação específica. A partir disto as diferenças biológicas entre os sexos passaram a possuir uma dimensão científica, entretanto, carregada de uma série de estereótipos. O sexo masculino considerado o modelo de

---

<sup>2</sup> Artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

ser humano passou a ser objeto dos mais variados estudos relacionados à saúde humana, enquanto o sexo feminino permaneceu no âmbito de uma perspectiva materno-infantil, considerando a mulher mãe ou potencial grávida (Aquino, 2006).

Nos anos 1980, por influência do movimento feminista de segunda voga, passou a haver pelo menos em parte do meio científico a preocupação de se integrar uma perspectiva de gênero<sup>3</sup> às pesquisas científicas, incluindo as relacionadas à saúde. Apesar das mudanças ocorridas no meio científico desde então, Estela Aquino (Aquino, 2006, p.128) em uma pesquisa acerca da produção científica no Brasil sob uma perspectiva de gênero, concluiu o seguinte:

Há muito o que se fazer do ponto de vista teórico, e para tanto dois desafios são postos. Em primeiro lugar estão as dificuldades envolvidas na integração de conhecimento advindo das ciências biomédicas e sociais. Isso porque, em que pese a necessidade de desneutralizar os fenômenos de interesse e desvendar as representações de gênero que orientam a produção do conhecimento, os aspectos biológicos não podem ser tratados tão-somente em sua dimensão simbólica na investigação de muitas questões na área da saúde.

O fato é que há no meio científico certa resistência no reconhecimento não só das diferenças sociais, mas fisiológicas entre os sexos. Existem uma série de fatores típicos do funcionamento do corpo feminino capazes de alterar substancialmente o impacto de certos medicamentos, por exemplo. Em uma reportagem publicada em 2003 acerca dos diferentes impactos de certos medicamentos nas mulheres na Revista Eletrônica de Jornalismo Científico, a farmacêutica Maria Regina Torqueti da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto declarou que:

A diferença de se trabalhar com o corpo feminino é que as mulheres são regidas pelos hormônios, que controlam o ciclo menstrual. As pesquisas que envolvem mulheres não podem subestimar a parte hormonal, porque é o que as controla todos os dias. Se o estudo for feito na fase reprodutiva, não se pode ignorar o estrógeno e a progesterona, que regem a harmonia do organismo feminino.

---

<sup>3</sup> Faz-se aqui uma divisão tradicional entre sexo e gênero.

O outro desafio citado pela autora está no reconhecimento da interseccionalidade da questão das desigualdades entre os sexos nas pesquisas científicas a fim de torná-las mais sensíveis a uma realidade social complexa (Aquino, 2006). O que devemos considerar é que, como defendido no primeiro capítulo deste ensaio, o sexo é fruto de uma integração dinâmica entre o que é fisiológico e o que é social. Já o social constroi-se através da integração de vários fatores que combinados dão origem à diferentes formas de desigualdades. Esta é a questão da interseccionalidade, tratada por Aquino, que tem forte relação com a problemática da saúde das mulheres. Para Alba Alonso (Alonso, 2010, 25):

Durante as últimas décadas, os estudos de género passaram a considerar a sua combinação com outros tipos de critérios de diferenças, como a classe, a raça, ou a orientação sexual, sublinhando a relevância de todos eles para entender as desigualdades sofridas pelas mulheres.

Segundo a autora a perspectiva da interseccionalidade deve ser integrada nas políticas públicas a fim de evitar uma *superinclusão*, ao considerar o problema de um determinado grupo como se fosse um grupo geral, bem como a *subinclusão*, quando se aborda um problema geral como se pertencente a um grupo concreto (Alonso, 2010). São estas as duas grandes questões referentes à saúde da mulher com destacada relevância na abordagem das políticas públicas: a dificuldade da integração de uma perspectiva que leve em conta as desigualdades entre os sexos nas análises científicas, bem como a abordagem interseccional das questões sociais relativas às desigualdades entre homens e mulheres.

Em relação à primeira questão, em 2007, o relatório produzido pela Direção Geral de Saúde, sob a coordenação de Vasco Prazeres, denominado “Saúde, Sexo e Género” apontou alguns dos principais desafios para a integração plena de uma perspectiva de género nas políticas de saúde em Portugal. O referido relatório critica a produção científica na área da saúde dos últimos anos que tendeu a incorporar terminologias sexualmente neutras, não obstante a reprodução dos estereótipos persistisse de outras formas, como por exemplo, na adoção do masculino como padrão (Prazeres *et al*, 2007).

Nas críticas realizadas especificamente ao Plano Nacional de Saúde 2004-2010, destaca-se que há um *déficit* de estatísticas desagregadas por género,

que são de extrema importância para a compreensão da realidade social, uma vez que analisam o sexo feminino desagregado do masculino, evitando que a neutralidade mascare a realidade. Entretanto, quando existem, apontam-se apenas as diferenças entre os sexos e não suas motivações sociais.

Em relação à interseccionalidade na área da saúde, é necessário perceber que as questões envolvendo a saúde das mulheres estão diretamente ligadas à divisão sexual do trabalho, à classe social, ao nível de escolaridade, ao país de origem, entre outras causas. Foi o que constatou o relatório "*Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*" da Organização Mundial de Saúde que teve por objetivo identificar quais os principais problemas relacionados ao direito à saúde da mulher em escala mundial. O nível de desenvolvimento econômico dos países é um dos fatores mais significativos na questão da saúde da mulher. Enquanto nos países com baixo desenvolvimento econômico as principais causas de morte deste grupo são as doenças transmissíveis como a SIDA, doenças pulmonares e infecciosas, nos países em desenvolvimento há uma progressiva redução destas doenças, em contrapartida assiste-se ao aumento de doenças causadas por fatores como a poluição urbana. Já os países desenvolvidos alcançaram altos índices de expectativa de vida e de saúde das mulheres, sendo que os problemas enfrentados atualmente são o aumento do consumo de álcool e tabaco neste grupo, a obesidade mórbida, bem como outros distúrbios alimentares (WHO, 2009, ps.1-13).

Outro ponto que deve ser citado relaciona-se com a percepção da saúde/doença. Esta é vista de modo diferente entre as mulheres de distintas classes sociais e graus de instrução, conforme constatou um estudo realizado por Luísa Ferreira da Silva e Fátima Alves (Silva & Alves, 2002). Às mulheres tendem a relacionar mais a questão do mal estar com fatores subjetivos como tristeza, nervoso, cansaço, dores de cabeça, o que pode estar relacionado ao fato da divisão sexual do trabalho relegar as mulheres as tarefas doméstica, o que é um fator de tensão, acúmulo e, muitas vezes, impede sua plena realização pessoal. Quanto a diferença na percepção da saúde dentre as próprias mulheres, constatou-se que quanto mais escolarizadas maior é a sensação de ter uma boa saúde (Silva & Alves, 2002), o que reforça a ideia de que a saúde é sobretudo uma questão interseccional e deve ser tratada como tal.

Busquei demonstrar neste capítulo o que são as principais estratégias de intervenção das políticas para a igualdade sexual, bem como os principais problemas relacionados à efetivação do direito à saúde das mulheres. Identificou-se a ausência de uma perspectiva das desigualdades sexuais tanto nas pesquisas científicas como na elaboração das políticas públicas, e a necessidade de uma abordagem interseccional das desigualdades, bem como da integração destas nas políticas públicas. No próximo capítulo será destacada uma estratégia em especial, a do *mainstreaming*.

### **2.3 O *mainstreaming* como estratégia de promoção do direito à saúde das mulheres.**

Não obstante a existência de inúmeros obstáculos à efetivação do acesso igualitário de mulheres e homens à saúde, presencia-se nos últimos anos avanços importantes na busca deste objetivo. Apresenta-se, neste trabalho, uma estratégia indispensável às políticas para a igualdade sexual na área da saúde, qual seja o *mainstreaming*. O *mainstreaming* foi adotado definitivamente como uma estratégia pelas organizações internacionais com a 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres, de 1995, que em sua Plataforma de Ação acorda o comprometimento dos Estados subscritores a institucionalizar as perspectivas das relações sociais de sexo em todas as esferas de intervenção. Segundo o Grupo de Especialistas em *Mainstreaming* do Conselho da Europa (Lombardo, 2003, p. 06):

O *mainstreaming* de gênero é a organização (a reorganização), a melhora, o desenvolvimento e a evolução dos processos políticos, de modo que uma perspectiva de igualdade de gênero se incorpore em todas as políticas, em todos os níveis e em todas as etapas, pelos atores normalmente envolvidos na elaboração de medidas políticas.

Ou seja, partindo do pressuposto de que as desigualdades de gênero são estruturais e interseccionais, a estratégia do *mainstreaming* visa estender as práticas administrativas públicas e privadas uma perspectiva de gênero, a fim de tornar a luta pelas desigualdades mais eficaz. Além disso, o *mainstreaming* visa uma

ampliação do conceito de igualdade de gênero, onde não se objetiva apenas a melhoria das condições de vida das mulheres, mas uma abordagem mais ampla da relação entre os dois sexos, com propósito de se erradicarem as desigualdades presentes nesta relação (Lombardo, 2003). Ainda em relação a esta questão e antes de tratarmos especificamente do *mainstreaming* de gênero na saúde, é necessário compreendermos que a sua adoção como estratégia não significa a extinção de outras políticas mais pontuais voltadas para a igualdade entre homens e mulheres, pelo contrário, ela visa ampliar as políticas para a igualdade a todos os níveis, convivendo com outras políticas específicas.

Em relação às políticas de saúde, o *mainstreaming* apresenta-se como uma importante forma de promoção do amplo acesso das mulheres a este direito. Daremos aqui o exemplo da atuação do Estado português. Em 2005, a antiga Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, atual Comissão para a Cidadania e Igualdade de Gênero, lançou uma série de guias setoriais para o *mainstreaming* de gênero, um deles no sector da saúde. Nele busca-se fomentar práticas que incluam a perspectiva de gênero em toda a Administração Pública, bem como no sector privado ligado à área da saúde, através da divulgação de pistas de intervenções possíveis com base nas medidas definidas pelo Plano Nacional para a Igualdade. Podemos aqui exemplificar algumas medidas como a sensibilização para a maternidade e paternidade responsáveis, o incentivo a criação nos Hospitais e Centros de Saúde de gabinetes de apoio às vítimas de violência doméstica e o reforço dos programas de prevenção da saúde tendo em atenção os aspectos específicos de mulheres e de homens. Contém ainda um conjunto de boas práticas internacionais no plano de saúde e gênero, além de uma bibliografia de referência sobre o assunto. Trata da importância de formação do pessoal médico e de enfermagem segundo as perspectivas de gênero, bem como da integração desta nas investigações científicas e médicas, nas campanhas de prevenção e certamente na elaboração das políticas de saúde (Perista & Silva, 2005).

Porque considerar o *mainstreaming* uma importante estratégia para a efetivação das políticas de igualdade sexual no âmbito da saúde? Dentro da perspectiva abordada neste trabalho, segundo a qual as dificuldades de garantia do direito à saúde da mulher residem na omissão relativa às desigualdades e diferenças sexuais tanto nas políticas de saúde quanto nas pesquisas científicas, o *mainstreaming* visa justamente levar esta abordagem a todos os âmbitos da atuação

Estatal e privada, o que abrange além das suas políticas as pesquisas científicas na área da saúde. Outro ponto é que através da abordagem estrutural a qual se propõe a estratégia do *maistreaming* permite-se a inserção de uma perspectiva interseccional à questão da saúde das mulheres.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A temática proposta no presente ensaio teve como objetivo compreender quais os principais obstáculos relativos ao acesso efetivo das mulheres ao seu direito à saúde, bem como qual o papel das políticas públicas para a igualdade sexual neste contexto. Destacam-se assim dois obstáculos; o primeiro, relativo à área científica da saúde, diz respeito à questão da utilização do masculino como padrão de ser humano. Através da adoção do conceito do sexo biosocial com ênfase na interação das características físicas e sociais do indivíduo é possível perceber que as diferenças físicas entre homens e mulheres são condicionadas e condicionam estereótipos sociais. Sendo assim, o fato do masculino ser o padrão diz respeito às relações de poder entre os sexos onde o feminino submete-se à dominação do masculino.

O segundo obstáculo diz respeito à questão da interseccionalidade ligada às desigualdades entre homens e mulheres. A desigualdade sexual é uma questão estrutural e por isso relaciona-se com uma série de outras perspectivas como a econômica, religiosa, étnica, cultural. Deste modo, deve ser tratada levando-se em consideração todas estas perspectivas, tanto no campo científico, quanto das políticas públicas.

Analisando estas problemáticas com ênfase nas políticas públicas para a igualdade sexual, tidas pelo Feminismo de Estado como um instrumento de promoção da igualdade, dá-se conta que as políticas públicas para a saúde raramente levam em consideração a questão das diferenças físicas e sociais entre homens e mulheres na saúde, sendo que quando o fazem, o fazem de forma superficial. As políticas públicas para a igualdade na área da saúde também

encontram dificuldade de realizar uma análise interseccional das desigualdades, o que afeta sua eficácia. Dentro deste contexto uma estratégia estrutural no combate das desigualdades apresenta-se como uma potencialidade. O *mainstreaming* ao envolver todos os setores públicos e privados no desenvolvimento de políticas para a igualdade, traduz-se em uma solução global capaz que abordar os temas de forma interseccional e transversal.

O presente trabalho buscou problematizar a questão do direito à saúde da mulher com base em conceitos como o sexo biosocial, o Feminismo de Estado, a interseccionalidade, as políticas públicas para a igualdade e o *maisntreaming*, a fim de se esclarecer como constroem-se as desigualdades sexuais no âmbito do direito à saúde. Abordou-se ainda a atuação das políticas para a igualdade na área da saúde com ênfase na estratégia do *mainstreaming* como potencialidade política de combate as desigualdades entre homens e mulheres no seu direito de acesso à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIONSO, Alba (2010), **“A introdução da interseccionalidade em Portugal: Repensar as políticas de igualdade (es)”**. Revista Crítica de Ciências Sociais, 90, p. 25-43.

AQUINO, Estela M. (2006), **“Gênero e Saúde: Perfil e tendências da produção científica no Brasil”**. Revista de Saúde Pública, 40, p.121-132.

ASTELARRA, Judith (2005), **“Estado y políticas de género”**. in “Vinte años de políticas de igualdad”. València, Ediciones Cátedra, Universitat de València Instituto de la Mujer, p. 57-93.

BUSTELO, María & Lombardo, Emanuela (2007), **“Políticas de Igualdad en España y en Europa afinando la mirada”**, València, Ediciones Cátedra Universitat de València Instituto de la Mujer.

FERREIRA, Virgínia (2003), “**Relações sociais de sexo e segregação do emprego: uma análise da feminização dos escritórios em Portugal**”. Tese de Doutoramento – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

LOMBARDO, Emanuela (2003), “**El mainstreaming de género en la Unión Europea**”, *Aequalitas*. Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, v. 10-15, p. 6-11.

OLMOS, Adriana Menezes *et al* (2003), “ **Mulheres na Ciência : Mulher pode ter reação diferente a medicamentos**”. Com Ciência : Revista Eletrônica de Jornalismo Científico, <http://www.comciencia.br/reportagens/mulheres/08.shtml>

Organização das Nações Unidas (1995), “ Plataforma de Ação de Beijing”

PERISTA, Heloísa & SILVA, Alexandra (2005), “**Guia para o mainstreaming de género na saúde**”, Coleção Bem me Quer n.13, Lisboa, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Presidência do Conselho de Ministros.

PRAZERES, Vasco (2007), “**Saúde, Sexo e Género: Factos, representações e desafios**”, Direção Geral de Saúde.

SILVA, Luisa Ferreira da & ALVES, Fátima (2002), “**Género e Saúde: Um desafio às ciências sociais**”. Atas do Colóquio Internacional “Família, Género e Sexualidade nas Sociedades Contemporâneas”, Associação Portuguesa de Sociologia, p.311-320.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009), “**Women and Health: Today’s evidence tomorrow’s agenda**”, Geneve, WHO Press.