



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PAULYANE SILVA DE OLIVEIRA

**Cisheteropatriarcado e Racismo: Uma Análise dos Desafios e Lacunas na Política
Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.**

RECIFE

2025

PAULYANE SILVA DE OLIVEIRA

Cisheteropatriarcado e racismo: uma análise dos desafios e lacunas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Graduação em Serviço Social.

Orientadora: Vivian Matias dos Santos

RECIFE

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Oliveira, Paulyane Silva de.

Cisheteropatriarcado e racismo: uma análise dos desafios e lacunas na
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. / Paulyane Silva de
Oliveira. - Recife, 2025.

82 : il.

Orientador(a): Vivian Matias dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. PNAISM. 2. Cisheteropatriarcado. 3. Interseccionalidade . I. Santos,
Vivian Matias dos. (Orientação). II. Título.

300 CDD (22.ed.)

PAULYANE SILVA DE OLIVEIRA

Cisheteropatriarcado e racismo: uma análise dos desafios e lacunas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 11/04/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Vivian Matias dos Santos (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Tatiane Michele Melo de Lima (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE
2025

Dedico este trabalho à população LGBTQIAPN+ negra, que resiste todos os dias em uma sociedade que tantas vezes os invisibiliza e negligencia. Mesmo sendo legítimos, sempre lutaram e seguem lutando para terem acesso ao mínimo, à dignidade, ao respeito e a direitos que deveriam ser garantidos a todos.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha profunda gratidão à minha família, que sempre esteve ao meu lado em cada passo desta caminhada. À minha irmã, Rayane, pelo carinho e paciência ao ouvir, repetidas vezes, minhas leituras durante o processo de construção deste trabalho. Seu apoio incondicional foi muito importante para mim. Minha amiga de toda a vida, que me alegra com incontáveis risadas, minha eterna gratidão.

À minha mãe, Rosângela, e ao meu pai, Paulo, que são meus maiores exemplos de força e dedicação. Obrigada pelo incentivo constante e pelo esforço incansável para que eu pudesse estar aqui. Estiveram ao meu lado em cada passo, celebrando minhas vitórias e me amparando nas dificuldades, sem nunca soltarem minha mão. Se cheguei até aqui, foi porque vocês acreditaram em mim até nos momentos em que eu mesma duvidei. Este diploma é tão meu quanto de vocês.

Aos meus tios Rosângela e Felipe, por cada conversa enriquecedora, pelo incentivo e pelas trocas de conhecimento que expandiram minha visão de mundo. Este trabalho também carrega suas contribuições. À minha priminha Adriele, que, com sua alegria e sua risada contagiante, me fez lembrar da importância de viver com leveza e amor.

À minha avó Maria Antônia (Ia), que agora vive em minha memória e no legado que deixou. Sua força, seu cuidado e seu amor incondicional sempre me guiaram. Lembro-me com carinho das vezes em que subia e descia as escadarias dos morros para me buscar na escola, reafirmando, com cada gesto, seu compromisso com o amor. Seu exemplo segue vivo em mim e em todos que tiveram a sorte de conhecê-la.

Às minhas queridíssimas amigas Alice e Thamires, Alice, minha companheira de luta desde o ensino médio até a graduação, com quem dividi não apenas a sala de aula, mas também sonhos, desafios e muitas histórias. Sua presença foi um porto seguro nos momentos difíceis e uma luz nos dias mais felizes. Crescemos juntas, e isso é um presente que levarei para sempre. Thamires, desde o primeiro dia da graduação, você esteve comigo, e que sorte a minha! Suas conversas, suas risadas e sua leveza fizeram os dias intensos da faculdade se tornarem mais suaves e cheios de cor. Obrigada por cada momento. A Lucas, que fez das manhãs na faculdade momentos mais alegres com seu bom humor sempre contagiante. Seu jeito divertido e acolhedor tornou os dias mais fáceis, e sou imensamente grata por isso. A

Daniel, uma conexão inesperada que a viagem à Bahia com a UFPE me trouxe. De um encontro casual a uma amizade que se tornou importante nesse processo. Sua presença, seu apoio e sua amizade foram tesouros que tornaram essa trajetória ainda mais especial. A cada um de vocês, meu carinho eterno.

Aos meus amigos Leila, Henrique, Stella, Byanka e Sabryna, que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando, apoiando e me ensinando sobre amizade verdadeira. A vida me presenteou desde o ensino médio e que seguem ao meu lado até hoje. Vocês são muito mais do que amigos; são família que escolhi e que me escolheu de volta. Passamos por tantas fases juntos – descobertas, perrengues, conquistas e, em cada uma delas, o que permaneceu foi o nosso vínculo, forte e inabalável. Nos momentos mais felizes, vocês estavam lá para celebrar comigo. Nos mais difíceis, foram meu abrigo, minha força e meu motivo para seguir em frente. Agradeço por cada risada, cada conselho, cada abraço apertado e por todo o amor e apoio que sempre me deram. Ter vocês ao meu lado é um dos maiores privilégios da minha vida.

À minha orientadora, Vivian Matias, minha gratidão por me guiar nesse trabalho. Seu comprometimento, paciência e contribuições foram essenciais para que este trabalho tomasse forma. Obrigada por me indicar os caminhos certos e por compartilhar seu conhecimento com tanta generosidade.

Este trabalho é fruto de muitas mãos, vozes e corações. A cada um de vocês, minha eterna gratidão!

RESUMO

Este trabalho tem como tema central o cisheteropatriarcado e o racismo: uma análise dos desafios e lacunas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Reflexão que foi desenvolvida a partir do Estágio Curricular Obrigatório no âmbito do Serviço Social, realizado em um serviço de saúde especializada no atendimento a mulheres vítimas de violência, localizada no Estado de Pernambuco. O objetivo principal da pesquisa é analisar os desafios e lacunas da PNAISM, considerando como relações estruturais de opressão, como o cisheteropatriarcado e o racismo, influenciam a formulação e implementação de políticas públicas de saúde com enfoque em gênero. O estudo busca avaliar em que medida a política vigente contempla as necessidades de grupos historicamente marginalizados, como mulheres trans, travestis negras e outras dissidências de gênero, evidenciando desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde para a população LGBTQIAPN+ negra. A perspectiva teórico-metodológica adotada é fundamentada na interseccionalidade, conceito desenvolvido a partir das epistemologias de mulheres e feministas negras. A pesquisa bibliográfica explora estudos sobre as intersecções entre gênero, raça, sexualidade e cisheteropatriarcado, questionando os limites do feminismo hegemônico branco e ciscentrado e propondo novas perspectivas sobre saúde. Já a pesquisa documental analisa as normativas da PNAISM, buscando identificar fragilidades, desafios e lacunas. Os resultados evidenciam que o racismo e a cisheteronormatividade estruturam exclusões no acesso à saúde, impactando a efetividade das políticas públicas. Ainda há desafios significativos na implementação dessas políticas e no enfrentamento da discriminação nos serviços de atendimento. Diante desse cenário, reforça-se a necessidade de ampliar o debate sobre os direitos e a saúde de mulheres trans e travestis negras, para reivindicar a equidade no acesso e a inclusão efetiva no sistema público de saúde.

Palavras-chaves: PNAISM, interseccionalidade e cisheteropatriarcado.

ABSTRACT

This study focuses on cisheteropatriarchy and racism: an analysis of the challenges and gaps in the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM). This reflection was developed based on the Mandatory Curricular Internship in the field of Social Service, conducted in a specialized health service for women victims of violence, located in the State of Pernambuco. The main objective of the research is to analyze the challenges and gaps of PNAISM, considering how structural relations of oppression, such as cisheteropatriarchy and racism, influence the formulation and implementation of public health policies with a gender focus. The study seeks to assess the extent to which the current policy meets the needs of historically marginalized groups, such as Black trans women, travestis, and other gender dissidents, highlighting inequalities in access to and quality of health services for the Black LGBTQIAPN+ population. The theoretical-methodological perspective adopted is based on intersectionality, a concept developed from the epistemologies of Black women and feminists. The bibliographic research explores studies on the intersections between gender, race, sexuality, and cisheteropatriarchy, questioning the limits of hegemonic white and cis-centered feminism and proposing new perspectives on health. The documentary research analyzes PNAISM regulations, seeking to identify weaknesses, challenges, and gaps. The results show that racism and cisheteronormativity structure exclusions in health access, impacting the effectiveness of public policies. Significant challenges remain in the implementation of these policies and in addressing discrimination in service provision. Given this scenario, it is essential to expand the debate on the rights and health of Black trans women and travestis to advocate for equity in access and effective inclusion in the public health system.

Keywords: PNAISM, intersectionality, and cisheteropatriarchy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. O CONTEXTO MORAL, POLÍTICO E A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM).....	14
2.1. A regulamentação do trabalho feminino e as primeiras políticas de saúde (1917-1960)..	17
2.2 A transição: Os anos 1970 e a centralidade no controle da fertilidade.....	20
2.3 O movimento feminista e a consolidação do discurso de direitos (anos 1980).....	21
2.3.1 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).....	22
2.3.2 Legados e desafios contemporâneos.....	26
2.3.4 Desigualdades estruturais: racismo, transfobia e os desafios da Saúde da Mulher no Brasil.....	26
2.3.5 Determinantes sociais da saúde.....	34
3. PENSAMENTO FEMINISTA NEGRO E INTERSECCIONALIDADE NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: BASES EPISTEMOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES ESTRUTURAIS.....	36
3.1 Introdução ao pensamento feminista negro e à interseccionalidade.....	37
3.2 A interseccionalidade como conceito-chave: origem e desenvolvimento com Kimberlé Crenshaw.....	43
3.3 Transfeminismo negro, complexidade dos corpos trans negros na saúde.....	47
3.4 Saúde para quem? O impacto do enfoque de gênero nas políticas públicas.....	50
4. ENTRE NORMAS E EXCLUSÕES: COMO O CISHETEROPATRIARCADO E O RACISMO MOLDAM A PNAISM.....	51
4.1 Análise do texto da política.....	53
4.2 Análise crítica da imagem na capa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	55
4.3 Humanização e a realidade das mulheres transsexuais, travestis e dissidentes de gênero.	61
4.4 Transversalidade na PNAISM sem interseccionalidade?.....	66

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	76

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Cisheteropatriarcado e Racismo: Uma Análise dos Desafios e Lacunas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, surge a partir das experiências concretas vivenciadas durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social realizado em um serviço de saúde voltado ao atendimento de mulheres vítimas de violência, situado no Estado de Pernambuco. Durante esse período, foi possível refletir sobre a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e observar, na prática, como as violências de gênero, raça e sexualidade se interseccionam no atendimento às usuárias. No entanto, essas experiências também levantaram questionamentos sobre a insuficiência da política na abordagem das especificidades de mulheres não cisgêneras e racializadas como não brancas.

O estudo das políticas de saúde voltadas às mulheres vai além da análise de programas governamentais, configurando-se como uma reflexão sobre o papel das mulheres na sociedade, em sua pluriversidade, e sobre as transformações necessárias para alcançar justiça social e equidade de gênero.

Este trabalho tem como objetivo geral analisar os desafios e lacunas da PNAISM, compreendendo como relações estruturais de opressão e exploração, como o cisheteropatriarcado, o racismo e as suas correlações de poder, influenciam na formulação e implementação de políticas públicas de saúde com enfoque em gênero. Pretende-se, então, explorar até que ponto a política atual reflete (ou não) as necessidades de grupos historicamente marginalizados, como as mulheres trans e travestis negras e outras dissidências de gênero, evidenciando desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde para a população LGBTQIAPN¹ negra. Para isso, foi adotada uma perspectiva teórico-metodológica baseada na interseccionalidade, categoria construída desde as epistemologias de mulheres e feministas negras.

A investigação que alicerça este trabalho monográfico foi conduzida a partir de uma abordagem qualitativa, utilizando como base as pesquisas bibliográfica e documental. A

¹ LGBTQIAPN+ é uma sigla que abrange pessoas que são Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pan, Não-binárias e mais. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MAGISTRADOS DA JUSTIÇA DO TRABALHO – ANAMATRA, 2023).

pesquisa bibliográfica abrangeu estudos acadêmicos e artigos que tratam das intersecções entre gênero, raça, sexualidade e cisheteropatriarcado tensionando limites teóricos do feminismo hegemônico branco e ciscentrado e propondo outras formas de compreensão sobre saúde a partir de autoras como Kimberlé Crenshaw (1989), Carla Akotirene (2020), Patricia Hill Collins (2019), Angela Davis (2019), Carolina de Jesus (1960), Viviane Vergueiro (2016) e outras. Já a pesquisa documental concentrou-se em documentos oficiais legais e normativos que regulamentam a PNAISM, buscando identificar fragilidades, desafios e lacunas. O foco está em documentos de domínio público, traçando uma construção histórica das correlações de forças políticas e morais que influenciaram a formulação das políticas de saúde, na complexificação da necessidade de incorporar epistemologias negras, trans e travestis e suas contribuições para abordar a questão racial e as relações de gênero, sexualidade e suas dissidências.

A inseparabilidade entre interseccionalidade, transversalidade e intersetorialidade é essencial para compreender e enfrentar as múltiplas formas de opressão que estruturam a sociedade. A interseccionalidade evidencia como diferentes marcadores sociais, como gênero, raça, classe e sexualidade, se cruzam e geram desigualdades específicas, evitando análises reducionistas que acabam reproduzindo o cisheteropatriarcado. Já a transversalidade reforça que essas questões devem atravessar todas as áreas do conhecimento e da prática política, garantindo que não sejam tratadas de forma isolada. A intersetorialidade, por sua vez, propõe a articulação entre diferentes políticas públicas e setores da sociedade para respostas mais eficazes às desigualdades estruturais. Sem interseccionalidade, a realidade fica limitada a um único eixo de opressão, mantendo as estruturas de poder e exclusão. O cisheteropatriarcado se sustenta pela fragmentação das lutas, e é justamente a integração desses três conceitos que permite uma realidade mais concreta e estruturada.

As categorias fundamentais que orientam este estudo são: PNAISM, interseccionalidade e cisheteropatriarcado. Para a abordagem destas categorias, foram imprescindíveis o diálogo com conceitos teóricos, metodológicos e políticos tais como raça, racismo, cisnormatividade, etc. Nesse sentido, um questionamento central emerge: Se a lógica histórica estabeleceu a figura do "Outro" como aquele que destoava do homem universal — um ideal branco, masculino cisgênero, heterossexual e capitalista —, qual foi e ainda é o lugar das mulheres trans e travestis negras nesse processo de marginalização, considerando que sequer foram reconhecidas como humanas nas estruturas de poder?

O primeiro capítulo deste trabalho intitulado “*O Contexto Moral, Político e a Construção Histórica das Políticas de Saúde da Mulher no Brasil e a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)*.” abordará a trajetória das políticas de saúde da mulher no Brasil, começando com a “*Regulamentação do Trabalho Feminino e as Primeiras Políticas de Saúde (1917-1960)*”, evidenciando como as condições de trabalho e a necessidade de proteção social impulsionaram a criação de políticas públicas. Durante esse período, os valores morais e políticos refletiam a visão binária profundamente enraizada, tanto no discurso científico quanto no moral, com uma clara divisão entre o masculino e o feminino, sustentando uma visão dicotômica da identidade de gênero e das capacidades das mulheres. Essa perspectiva reforçava desigualdades estruturais, especialmente no campo da saúde e dos direitos das mulheres.

Depois será abordado “*A Transição: Os Anos 1970 e a Centralidade no Controle da Fertilidade*” Nos anos 1970, o foco era apenas na regulação da fertilidade refletia o contexto político da época, enquanto em “*O Movimento Feminista e a Consolidação do Discurso de Direitos (Anos 1980)*” será discutido que na década de 1980, os movimentos feministas desempenharam papel crucial na consolidação dos direitos das mulheres, culminando na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. O capítulo também discutirá a evolução dessa política, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, em “*O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)*” e seus avanços e os desafios persistentes em “*Legados e Desafios Contemporâneos*”

Por fim deste primeiro capítulo, será dada atenção às “*Desigualdades estruturais: Racismo, Transfobia e os Desafios da Saúde da Mulher no Brasil*”, abordando como fatores sociais afetam de maneira desigual diferentes grupos de mulheres com “*Determinantes sociais da Saúde*”. Será tensionado os limites do feminismo hegemônico branco e ciscentrado, a crítica propõe uma ampliação da compreensão sobre saúde, incorporando uma abordagem mais inclusiva, que leve em consideração as realidades diversas de mulheres transexuais e travestis negras, para que as políticas de saúde atendam de forma equitativa.

No segundo capítulo, intitulado *“Pensamento Feminista Negro e Interseccionalidade na Formulação de Políticas Públicas de Saúde: Bases Epistemológicas e Estratégias para o Enfrentamento das Desigualdades Estruturais”*, será introduzido o pensamento feminista negro e a interseccionalidade como base epistêmica importante e necessária para formulação de políticas públicas. O tópico *“A interseccionalidade como conceito-chave: origem e desenvolvimento com Kimberlé Crenshaw”* explora a origem do conceito de interseccionalidade, criado pela acadêmica Kimberlé Crenshaw, destacando como ele se desenvolveu a partir da análise das múltiplas formas de opressão enfrentadas pelas mulheres negras. A interseccionalidade será apresentada como uma ferramenta fundamental para entender as desigualdades estruturais e para a formulação de políticas públicas de saúde mais inclusivas e equitativas. Após isso, será abordado *“Transfeminismo negro, complexidade dos corpos trans negros na saúde”*. Será analisada a complexidade dessas experiências no contexto da saúde, considerando as barreiras específicas enfrentadas por esses corpos marginalizados. A partir desse enfoque, serão apontadas as lacunas na PNAISM que não contemplam adequadamente as necessidades de saúde de pessoas transexuais e travestis, e será desenvolvido o conceito de transfeminismo negro enquanto um campo de conhecimento que advém e é incorporada do feminismo negro, e que desnaturaliza a categoria de ‘mulher’ e ‘feminilidade’ e por fim *“Saúde para quem? O impacto do enfoque de gênero nas políticas públicas”*. Analisaremos que as políticas de saúde no Brasil são estruturadas por categorias de gêneros fixas, fundamentado na lógica binária apontada pela autora Patricia Hill Collins, onde a identidade de um grupo é definida em contraste com outro, impactando diretamente a formulação das políticas de saúde. Essa estrutura reforça uma sistematização cisnormativa, na qual corpos trans e não binários são frequentemente invisibilizados ou excluídos das diretrizes e atendimentos em saúde. Ao naturalizar a cisgeneridade como norma, as políticas de saúde falham em reconhecer e atender às especificidades das pessoas trans, contribuindo para a manutenção das desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado oferecido a essa população.

No terceiro capítulo, intitulado *“Entre Normas e Exclusões: Como o Cisheteropatriarcado e o Racismo Moldam a PNAISM”*, é realizada uma análise detalhada do documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O capítulo abrange a avaliação do texto da política, uma análise crítica da capa do documento, além de reflexões sobre a humanização enquanto uma das diretrizes da política e a realidade vivida por mulheres trans, travestis e demais pessoas dissidentes de gênero.

A discussão central aponta a contradição presente na PNAISM: embora suas diretrizes se sustentem em princípios de universalidade e acesso igualitário, a política ainda perpetua estruturas excludentes devido à sua base cisnormativa e à abordagem limitada das desigualdades raciais. Enfatizando que nenhuma política pública é neutra, pois elas são resultado da dinâmica entre lutas sociais e a atuação do Estado — este, por sua vez, opera como um agente que tende a reproduzir e reforçar as relações coloniais e capitalistas.

Além disso, o capítulo destaca como o Estado formula e implementa políticas públicas sem considerar de maneira efetiva a interseccionalidade entre diferentes formas de opressão. Essa omissão contribui para a manutenção e legitimação das desigualdades estruturais. Por fim, na seção *"Transversalidade na PNAISM sem Interseccionalidade?"*, é proposta uma reflexão sobre a necessidade de um redesenho mais inclusivo da política, que incorpore de forma inseparável os princípios da interseccionalidade, intersetorialidade e transversalidade. Somente assim será possível garantir que a saúde pública atenda de maneira efetiva às especificidades dos corpos dissidentes.

2. O CONTEXTO MORAL, POLÍTICO E A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM).

O debate sobre a saúde da mulher no Brasil é atravessado por questões morais, políticas e históricas que refletem as transformações sociais e culturais ao longo do tempo. Desde os primórdios da regulamentação do trabalho feminino até a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNASM), é nítido uma evolução que acompanhou as lutas femininas por direitos, autonomia e reconhecimento. O presente capítulo tem como objetivo analisar a construção das políticas de saúde da mulher no Brasil, com ênfase na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Para tanto, será traçado um panorama que abrange desde a regulamentação do trabalho feminino e as primeiras iniciativas em saúde voltadas às mulheres entre 1917 e 1960, até os desafios contemporâneos relacionados às desigualdades estruturais, como o racismo e o cisheteropatriarcado.

Inicialmente, o texto abordará "A Regulamentação do Trabalho Feminino e as Primeiras Políticas de Saúde (1917-1960)", destacando como as condições de trabalho e as demandas por proteção social impulsionaram a criação de políticas públicas voltadas à saúde

da mulher. Em seguida, será discutido o período de transição nos anos 1970, marcado pela centralidade do controle da fertilidade, refletindo o contexto político e social da época.

Nos anos 1980, os movimentos de mulheres e feministas desempenharam papel fundamental na consolidação do discurso de direitos, influenciando diretamente a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 pelo Ministério da Saúde do Brasil, um marco na saúde pública brasileira que propôs uma abordagem integral e humanizada para a saúde da mulher. O capítulo também explorará a evolução dessa política com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, ressaltando seus legados e os desafios enfrentados na atualidade.

Por fim, será dada atenção especial às "Desigualdades estruturais: Racismo, Transfobia e os Desafios da Saúde da Mulher no Brasil", analisando como os determinantes sociais da saúde impactam de forma desigual diferentes grupos de mulheres, revelando as barreiras ainda presentes para a efetivação de uma política de saúde verdadeiramente inclusiva e equitativa.

Este percurso histórico e analítico busca, portanto, compreender as transformações e permanências nas políticas de saúde da mulher no Brasil, evidenciando o papel das lutas sociais e das mudanças políticas na construção de direitos e no enfrentamento das desigualdades.

A estrutura da sociedade cisheteropatriarcal sempre dificultou a construção de referências que permitissem às mulheres compartilhar ou integrar suas responsabilidades domésticas no núcleo familiar. Nesse contexto, o papel feminino era moldado por demandas subjetivas, frequentemente internalizadas e naturalizadas, e por exigências objetivas, que as condicionaram a dedicar-se integralmente à família como forma de inserção social. Esse modelo predominou especialmente na década de 1950 no Brasil, quando o homem desempenhava o papel de provedor, enquanto as mulheres eram vistas como responsáveis exclusivamente pelo cuidado da casa e dos filhos, sendo educada para essas funções.

No Brasil, até o século XIX, as mulheres viviam em posição de subordinação aos maridos, com normas que restringiam tanto sua liberdade quanto sua expressão, incluindo regras rígidas sobre vestuário. Esse controle social era reforçado pelo Estado e pela igreja, que legitimava a inferiorização feminina. Foi somente no início do século XX, mais precisamente em 1932, que as mulheres começaram a conquistar direitos políticos, como o

direito ao voto, algo que os homens já possuíam há muito tempo, sendo também um avanço tardio em comparação a alguns países europeus. Essa conquista evidenciou as desigualdades de gênero e a exclusão das mulheres de processos decisórios importantes.

Com o avanço da Revolução Industrial na Europa Ocidental, o desenvolvimento tecnológico e as grandes transformações econômicas, as mulheres começaram a acessar o mercado de trabalho, especialmente durante as duas guerras mundiais, quando houve uma necessidade urgente de mão de obra devido à ausência dos homens, convocados para o conflito. Essa inserção permitiu que as mulheres demonstrassem sua capacidade de assumir funções de destaque, mas ainda assim a igualdade de gênero permaneceu como uma barreira a ser superada, marcando um longo percurso na luta por direitos e reconhecimento no contexto global.

A análise aqui apresentada baseia-se em uma abordagem histórica, intercalada por uma reflexão crítica, fundamentada em teóricas como Simone de Beauvoir, cuja obra *O Segundo Sexo* desconstrói as noções naturalizadas de feminilidade e maternidade, aspectos fundamentais para compreender a construção de programas, documentos e normas legislativas voltadas à Saúde das Mulheres no Brasil que, até dado momento no período histórico, priorizava e abordava apenas as mulheres brancas e cisgêneras, ignorando completamente outras identidades de gênero e raça, e suas demandas específicas na saúde. Essas políticas e diretrizes desconsideravam sistematicamente as realidades das mulheres negras, historicamente desumanizadas e submetidas a violências estruturais.

As mulheres cis, trans e travestis negras enfrentam uma complexa e interseccionada marginalização: por um lado, a exclusão dentro das políticas que invisibilizam identidades dissidentes do padrão cisnormativo; por outro, a perpetuação de um racismo estrutural que naturaliza práticas violentas contra seus corpos gerando iniquidades na saúde caracterizando-se como importantes fatores de violações de direitos. A violência obstétrica, por exemplo, se manifesta de forma mais acentuada nas experiências das mulheres negras, sendo sustentada por estereótipos racistas que as desumanizam, como a crença de que possuem maior resistência à dor. Isso resulta em um atendimento negligente, na negação de anestesia e em procedimentos invasivos sem consentimento.

Além disso, a construção das políticas de saúde historicamente não contemplou as desigualdades sociais e econômicas que impactam a população negra, restringindo o acesso a

um atendimento de qualidade. A ausência de um olhar interseccional nas diretrizes públicas reforçou a precarização da saúde dessas mulheres, perpetuando um ciclo de negligência e exclusão.

Para a autora Carla Akotirene (2019) “A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado” (p. 19). Conceito oriundo do campo de estudos do feminismo negro, que demarca a existência de um sistema de opressão interligado que assola mulheres negras e que considera

[...] os diversos “marcadores” que são socialmente definidos para delimitar, classificar, hierarquizar e padronizar. Referimo-nos aos eixos dos sistemas de gênero, da “raça”, da etnia, da sexualidade, da idade/geração, da localidade geográfica, da classe, do estado civil ou conjugal, dentre muitos outros. (COLLINS, 2016, p. 164)

Segundo Akotirene, a intersecção entre gênero, raça e classe configura “modernos aparatos coloniais” que naturalizam e legitimam o “merecimento” de determinados corpos em detrimento de outros. Assim, a Interseccionalidade assume como perspectiva importante a fim de suscitar um maior aprofundamento no que tange às reproduções da desigualdade na sociabilidade capitalista, não centrando-se apenas na categoria de classe, mas fortalecendo o caráter indissociável que esta categoria se apresenta com : sexo, raça/cor, gênero, geração e território. Em suma, para compreender como as relações de opressão e expropriação que se manifestam no modo de produção capitalista, devem-se priorizar concepções teórico-metodológicas que seguem a ótica da interseccionalidade, posto que, estas se configuram como importantes para o enfrentamento das disparidades sociais.

2.1. A regulamentação do trabalho feminino e as primeiras políticas de saúde (1917-1960)

Os primeiros esforços legislativos voltados à saúde da mulher no Brasil datam de 1917, com a promulgação de uma lei estadual em São Paulo que regulamentou o trabalho feminino durante a gravidez e o pós-parto. A Lei n. 1.596, de 29 de dezembro de 1917, organizada no Estado de São Paulo, constituiu um marco inicial na proteção ao trabalho feminino ao proibir que mulheres trabalhassem em estabelecimentos industriais no último mês de gravidez e no primeiro mês após o parto, evidenciando uma preocupação legislativa

com a saúde da mulher trabalhadora (BARROS, 1995, p. 413) ao mesmo tempo em que partia-se da premissa de que os cuidados com filhos e filhas eram de sua responsabilidade.

Na década de 1920, debates intensos na Câmara Federal culminaram no primeiro Decreto Federal - Nº 16.300 de 1923 - que buscava resguardar a maternidade e a amamentação ao estabelecer medidas de proteção para filhos e filhas das mulheres trabalhadoras, com implantação de creches ou espaços para a amamentação nas instituições, financiado pelos empregadores. Buscava-se garantir pausas regulares, refletindo uma preocupação da época em valorizar o cuidado infantil e atender às necessidades específicas das trabalhadoras lactantes.

O Brasil dessa época refere-se ao período da República Velha. (1889-1930), o Brasil vivia um contexto de profundas desigualdades sociais, com forte influência das ideias positivistas, cientificistas e eugenistas, que reforçavam hierarquias sociais e naturalizavam a exclusão de determinados grupos. A saúde da mulher, nesse período, era atravessada por concepções moralistas e por um viés patriarcal que limitava seu papel à maternidade e à domesticidade. A medicina e a ciência foram amplamente utilizadas como instrumentos de controle sobre o corpo feminino, justificando desigualdades com base em discursos supostamente científicos.

É nesse cenário que se destaca a obra de Maria Lacerda de Moura(1982), uma anarquista e feminista radical, que desafiou as concepções médicas da época, sobretudo as teses de Miguel Bombarda, um médico e psiquiatra português que defendia a craniometria como método para determinar a tendência criminoso e degenerativa dos indivíduos. A craniometria, baseada na pseudociência da frenologia, sustentava a ideia de que o tamanho e a forma do crânio podiam indicar a inferioridade intelectual e moral de certos grupos sociais. Essa teoria, claramente racista, associava pessoas negras à criminalidade devido a traços físicos como a testa avantajada, servindo como justificativa para a marginalização e violência institucional contra essa população.

Além do racismo embutido nessa teoria, Bombarda também aplicava essa lógica ao discurso sobre as mulheres, afirmando que elas eram biologicamente degeneradas, ou seja, inferiores aos homens tanto intelectualmente quanto moralmente. Maria Lacerda de Moura, em sua obra "A Mulher é uma Degenerada", rebate essa visão de maneira contundente, denunciando a forma como a ciência era usada para reforçar a opressão feminina. O título da

obra já carrega um tom irônico, pois não apenas refuta a ideia de degeneração feminina, mas expõe a hipocrisia das instituições que reduziam a mulher ao seu corpo biológico e a confinavam a um papel social restrito.

Maria Lacerda de Moura entendia a saúde de forma ampla, indo além do conceito biomédico restrito a doenças e cura, e considerando os aspectos sociais, políticos e culturais que impactavam a vida das mulheres. Para ela, a "degeneração" feminina não era uma condição biológica, mas um reflexo da opressão imposta pela sociedade patriarcal, que negava às mulheres educação, autonomia e direitos básicos. Sua crítica não se limitava à medicina, mas também à moralidade da época, que impunha às mulheres um papel de submissão e desvalorizava qualquer expressão de independência ou pensamento crítico.

Assim, ao escrever essa obra no contexto da República Velha, Maria Lacerda de Moura expôs a forma como os discursos científicos e políticos eram utilizados para reforçar desigualdades de gênero e raça. Sua crítica segue atual, pois evidencia como certas estruturas de poder se perpetuam e como o controle sobre o corpo e a saúde das mulheres continua sendo um campo de disputa moral e política.

A crítica de Maria Lacerda de Moura, ainda que avançada para sua época, se mantém dentro de uma perspectiva binarista de gênero. Ela confronta a ideia de que a mulher é biologicamente inferior ao homem, mas sua análise parte da oposição homem/mulher como categorias fixas e naturais, sem questionar as próprias bases desse sistema de classificação.

Na República Velha, essa visão binária estava profundamente enraizada tanto no discurso científico quanto no moral. A medicina e a biologia da época reforçavam a ideia de que havia apenas dois sexos determinados pela anatomia e que cada um possuía características psicológicas e sociais inerentes. A mulher era vista como essencialmente passiva, emotiva e destinada à maternidade, enquanto o homem era racional e dominante.

Entre as décadas de 1940 e 1960, o enfoque principal das políticas de saúde para mulheres ainda era garantir a saúde materna. O objetivo implícito era assegurar a reprodução de gerações saudáveis para atender às demandas do desenvolvimento econômico agora no Estado autoritário, conhecido como Estado Novo, quando houve uma industrialização acelerada. O patriotismo e o nacionalismo nessa época eram vigentes, os planos e políticas durante os governos deste período tinham mais enfoque na criação de políticas de proteção ao trabalhador, relativos à saúde das mulheres trabalhadoras, com a formalização dos direitos

trabalhistas, houve a criação do decreto de 1943 que garantiu direito à licença à maternidade. Nessa perspectiva, as mulheres ainda eram percebidas primordialmente como mães, e a saúde feminina estava intrínseca e estritamente ligada ao papel reprodutivo.

Conforme argumentou Beauvoir (1949), essa visão reflete a construção social de uma identidade feminina que prioriza a maternidade como essência do ser mulher. Beauvoir, na primeira metade do século XX já apontava que a "feminilidade" não é uma qualidade inata, mas um conjunto de atributos moldados historicamente para atender a interesses sociais específicos. Assim, percebemos que essa lógica analisada pela autora permeou, historicamente, o campo do reconhecimento dos direitos de cidadania das mulheres no Brasil.

Após a fase ditatorial da Era Vargas, no Estado Novo, o Brasil se tornou uma “República Democrática” com a criação da constituição de 1946. A moral conservadora, fundamental para a reprodução das elites econômicas e brancas, que se fazia prevalente nas camadas populares mais vulnerabilizadas na sociedade, passou a ser desafiada com a crescente onda de reivindicações e manifestações sociais, com ascensão dos movimentos feministas que buscavam transformações sociais e políticas.

2.2 A transição: Os anos 1970 e a centralidade no controle da fertilidade

Com o esgotamento do milagre econômico e o início da crise de legitimidade do Regime Militar, os anos 1970 marcaram uma mudança gradual no enfoque das políticas de saúde. O governo brasileiro implementou o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em 1975, resultante de uma conjuntura política do período do regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura, o PSMI incluía ações voltadas ao controle da fertilidade feminina. Essa iniciativa buscava, simultaneamente, reduzir a morbidade e mortalidade maternas e controlar o crescimento populacional.

A crítica feminista a esses programas reside no fato de que eles perpetuavam a visão da mulher como mero instrumento de reprodução. Simone de Beauvoir(1949) já alertava que essa redução do feminino ao biológico era uma forma de opressão histórica que deveria ser superada para alcançar uma verdadeira emancipação. Assim, embora tenham sido conquistas importantes o reconhecimento destes direitos mais restritivos das mulheres, tais conquistas não representavam construções emancipatórias em relação aos papéis de gênero destinados social e historicamente às mulheres.

Esse período também foi marcado pelo surgimento de críticas aos "programas verticais" de saúde, que focavam em problemas específicos, como o controle de câncer cérvico-uterino e de mama, planejamento familiar e saúde obstétrica. Embora esses programas tenham alcançado certo êxito, revelaram limitações por não considerarem as mulheres de forma integral.

Foi somente no final da década de 1970 e início dos anos 1980 que se intensificaram as discussões acerca da necessidade de oferecer às mulheres uma assistência integral à saúde. Essa abordagem buscava considerar o cuidado com o corpo feminino de forma global, superando a visão fragmentada que o limitava a órgãos isolados e às especialidades ginecológica e obstétrica. Dessa reflexão emergiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, uma concepção que rompeu com a estrutura tradicional de atendimento médico direcionado às mulheres, promovendo uma visão mais ampla e inclusiva de suas necessidades de saúde.

O conceito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) passou a ser amplamente debatido, especialmente entre os movimentos de mulheres, no início da década de 1980. Esses movimentos ganharam maior visibilidade no cenário mundial, impulsionados por eventos como a proclamação de 1975 como o Ano Internacional da Mulher pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse marco contribuiu para colocar em evidência as demandas femininas e fortalecer a luta por políticas públicas voltadas para a saúde integral da mulher.

No Brasil, o movimento de mulheres experimentou um significativo crescimento em meados da década de 1970, período marcado pelo aumento de sua relevância e articulação. Esse avanço está historicamente associado às transformações políticas que ocorreram no país, especialmente no contexto da abertura democrática. A luta das mulheres ganhou força ao inserir suas pautas no cenário político, reivindicando direitos e denunciando desigualdades que impactaram suas vidas em diversas esferas, incluindo saúde, trabalho e participação política.

2.3 O movimento feminista e a consolidação do discurso de direitos (anos 1980)

A década de 1980 foi crucial para o fortalecimento do movimento feminista no Brasil. Com a redemocratização e a anistia dos exilados políticos em 1979, feministas retornaram ao

país trazendo experiências e ideias do exterior, o que resultou em uma união transformadora entre essas lideranças e as ativistas locais.

Nesse contexto, o movimento feminista consolidou um discurso político que desafiava as relações de gênero e buscava influenciar políticas públicas incorporando as questões de gênero na agenda pública como uma das desigualdades a serem superadas no novo regime democrático. Grupos feministas começaram a atuar em partidos, sindicatos e associações profissionais, e muitas organizações se transformaram em ONGs, com foco em pautas como violência doméstica, igualdade salarial, acesso a creches e saúde reprodutiva. Mesquita, (2011, p.4) afirma:

Os movimentos de mulheres se destacaram nesse cenário, revelando as mulheres como sujeito coletivo e tornando públicos temas da esfera privada. Ao mesmo tempo em que elas denunciavam as desigualdades de classe passaram a reivindicar direitos relacionados a temas ditos femininos.

2.3.1 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

A saúde das mulheres reconhecida como direito e implementada como política pelo Estado, antes focada exclusivamente nos cuidados durante a gestação, parto e pós-parto, sem considerar a necessidade de assistência em outras fases da vida ou abordar as desigualdades de gênero que contribuem para problemas de saúde, foi ressignificada após a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, foi discutido e implantado no período de transição democrática, permeado por negociação com os movimentos de mulheres e feministas. O programa incluía “ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama”(BRASIL, 2004, p. 17). O PAISM representou uma ruptura paradigmática ao enfatizar a saúde da mulher de forma integral. Exigiram melhorias nas condições de saúde ao longo de todas as fases da vida, além da garantia de equidade para os diversos grupos de mulheres. Adotou como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, e equidade no atendimento. Tudo isso ocorreu em um período em que, simultaneamente, no contexto do Movimento Sanitário, eram desenvolvidos os fundamentos teóricos que, mais tarde, dariam origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A Reforma Sanitária Brasileira surgiu em um momento de intensas transformações, destacando-se não apenas como uma reforma setorial, mas como um movimento que buscava fortalecer a democracia e consolidar a cidadania no Brasil. Entre as principais conquistas do movimento sanitário, destaca-se a ampliação do conceito de saúde, que passou a ser reconhecida como um direito universal e um dever do Estado. Essa mudança foi acompanhada pela luta dos movimentos feministas, que exigiam transformações nas concepções sobre o papel das mulheres na sociedade, que segundo a autora (Mesquita 2011, p.6):

As concepções feministas sobre o corpo e a saúde da mulher em conexão com os pressupostos do movimento da reforma sanitária influenciaram na elaboração do PAISM, uma política pública de saúde da mulher que representou a transição do conceito de saúde materno infantil para o conceito de saúde integral da mulher, trazendo com uma de suas ações inovadoras a oferta de serviços de contracepção e planejamento familiar.

A partir desse contexto, houve uma expansão na compreensão da saúde para além da assistência médico-hospitalar, com a criação do Sistema de Seguridade Social. No campo da saúde da mulher, houve a superação de visões reducionistas que a limitavam ao papel de reprodutora, ampliando as políticas públicas para abarcar outras dimensões de sua saúde. Essa nova perspectiva estabeleceu uma conexão mais ampla entre Estado, governo e sociedade, inaugurando uma abordagem mais integrada e transversal para as políticas voltadas às mulheres.

Tanto o movimento sanitário quanto os movimentos feministas enfrentaram desafios e resistências, mas contribuíram significativamente para a formulação e promoção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Durante as décadas de 1980 e 1990, os movimentos feministas, que passaram a se organizar principalmente em instituições não governamentais, profissionalizaram suas atuações. Elas atuaram como parceiras do Ministério da Saúde na elaboração de materiais educativos e normas técnicas, visando a atenção integral à saúde da mulher. Apesar disso, a implementação prática do PAISM sofreu fragmentações ao longo dos anos, com a criação de programas específicos por condições ou agravos, o que comprometeu sua aplicação plena.

Além das dificuldades de implementação, houveram desafios concretos na rede de serviços do SUS, como desigualdades regionais na oferta de serviços e lacunas em áreas como climatério, menopausa, saúde reprodutiva, saúde mental e prevenção de doenças crônico-degenerativas. A violência contra a mulher, por sua vez, permanece um dos

principais obstáculos no cuidado à saúde feminina. Nesse contexto, a atuação da equipe de saúde é fundamental, devendo englobar práticas educativas que fortaleçam redes de apoio, promovam igualdade de gênero e contribuam para a resolução pacífica de conflitos e para a valorização da diversidade.

A formação de profissionais de saúde, nesse sentido, precisa priorizar não apenas a competência técnica, mas também a humanização e a ética. É essencial que as instituições de ensino superior incorporem currículos que integrem esses valores ao longo de toda a formação dos futuros profissionais.

Importantes avanços podem ser destacados, como a implementação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) sancionada em 7 de agosto de 2006, que representa um marco no enfrentamento da violência contra a mulher, e a conquista de novos direitos trabalhistas para as empregadas domésticas com a Emenda Constitucional Nº72 promulgada em 2013 e regulamentada em 2015. O Brasil também alcançou progressos em políticas direcionadas a mulheres em situações de maior vulnerabilidade, como mulheres negras, trabalhadoras rurais, empregadas domésticas e mulheres vivendo com HIV/AIDS.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM), implementado entre 2013 e 2015, consolidou ações voltadas para a promoção da saúde integral das mulheres e para a redução das desigualdades de gênero, raça e etnia. Juntamente com a Primeira Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2002, essas iniciativas reforçam o compromisso do governo brasileiro em garantir os direitos das mulheres

[...] A mudança da terminologia ‘saúde da mulher’ para a de ‘conceito de direitos reprodutivos’ passou a ser empregada sistematicamente no início dos anos 1980, quando havia participação ativa de um grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã. Porém, esse termo só foi consagrado na década de 1990 quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou reuniões temáticas internacionais, nas quais questões relativas ao gênero, saúde, equidade, autonomia, direitos humanos, dentre outras, foram reafirmadas e reforçadas mutuamente. (LE MOS, 2014, p. 245).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) criada em 2004, que sucedeu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), avança ao trazer o conceito de gênero de forma mais explícita, baseando-se em discussões contemporâneas, como as reflexões de Joan Scott, para entender o gênero como uma construção social que molda as experiências de saúde das mulheres.

A PNAISM reconhece que as desigualdades de poder entre os gêneros impactam diretamente a saúde das mulheres e defende que essas diferenças devem ser consideradas na formulação e implementação de políticas. No entanto, ainda enfrenta desafios no financiamento e na implementação de ações que tratem efetivamente dessas questões.

A discussão sobre raça e etnia no texto do documento avança ao reconhecer as desigualdades que afetam mulheres negras em comparação com mulheres brancas porém é apresentado de forma breve e sucinta. A política destaca a importância de considerar as questões raciais e seus impactos no acesso aos serviços de saúde, bem como os efeitos diferenciados do racismo estrutural na saúde das mulheres negras. Esse avanço ocorre devido à influência das contribuições do “movimento de mulheres negras, de pesquisadores e estudiosos da área, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional” (BRASIL, 2004, p.05). No entanto, apesar dessa abordagem, ainda há desafios na implementação de ações que garantam equidade no atendimento e enfrentam de forma concreta as barreiras raciais dentro do sistema de saúde. Embora a interseccionalidade de gênero e raça seja reconhecida no texto, ela não é aprofundada, o que evidencia a carência de políticas eficazes para reduzir essas desigualdades na saúde.

O texto da PNAISM avança um pouco mais ao tratar situações que envolvem relações de gênero e raça em comparação ao PAISM:

No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (PNAISM, 2004, p.9).

Porém, como é apontado no texto "Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades" entre as mulheres, entende-se que não se desenvolve essas desigualdades e o modo como essas variáveis intensifica no aumento das desigualdades de acesso. Não há, nesse contexto, uma definição de raça, de classe e pobreza

2.3.2 Legados e desafios contemporâneos

Os avanços nas políticas de saúde da mulher, desde o PAISM até programas mais recentes, como a Rede Cegonha² evidenciam uma trajetória de conquistas, mas também destacam desafios persistentes. A Lei Maria da Penha, as Delegacias de Mulheres e os Centros de Referência são exemplos de marcos importantes na proteção e garantia de direitos das mulheres.

No entanto, como postula Beauvoir(1949), o conceito da emancipação feminina na obra *O Segundo Sexo*. A emancipação feminina não está isenta de contradições e resistências, pois a burguesia conservadora vê a mulher como um “perigo”. A autonomia conquistada muitas vezes desperta reações violentas, especialmente em contextos de relações abusivas. Além disso, a visão da mulher como "sujeito de direitos" ainda enfrenta barreiras culturais e estruturais.

A história das políticas de saúde da mulher no Brasil reflete um processo contínuo de luta e resistência. Desde os primeiros esforços legislativos até a criação do PAISM e PNAISM. Observa-se uma evolução que acompanha as demandas das mulheres por autonomia e reconhecimento. Como argumenta Simone de Beauvoir(1949), a construção de uma sociedade verdadeiramente igualitária requer a desconstrução das estruturas opressivas que moldaram a identidade feminina ao longo da história. Assim, o estudo das políticas de saúde da mulher não é apenas uma análise de programas governamentais, mas uma reflexão sobre o papel das mulheres na sociedade e as transformações necessárias para alcançar justiça social e equidade de gênero.

2.3.4 Desigualdades estruturais: racismo, transfobia e os desafios da Saúde da Mulher no Brasil.

O racismo configura-se como uma dinâmica de poder, que estabelece uma relação entre quem acessa privilégios e quem é marginalizada/o, quem oprime e quem é oprimida/o, racistas e quem sofre racismo e que atua de forma cruel sobre grupos etnico-raciais não brancos. Sendo estrutural, o racismo vai possuir várias formas de expressão e será

² **A Rede Cegonha** foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**, com o objetivo de estruturar e garantir uma rede de cuidados para gestantes, parturientes, puérperas e crianças até dois anos de idade. A estratégia busca promover atenção humanizada, segura e de qualidade, assegurando acesso ao planejamento reprodutivo, assistência ao pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento do desenvolvimento infantil. (BRASIL, 2011).

encontrado em todas as esferas da sociedade, inclusive na análise sobre a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres.

Segundo Silvio Almeida (2019), o racismo possui 3 esferas: individualista, institucional e estrutural. Não é possível analisar cada uma de maneiras desconexas e através delas é possível perceber as particularidades e desdobramentos do racismo etnico/racial. O racismo estrutural encontra suas raízes na formação social de cada território, por isso, é indispensável fazer uma análise através dos aspectos políticos culturais de cada sociedade e olhar para suas particularidades para entender como o racismo vai se expressar naquele determinado corpo social.

A formação social brasileira tem como categoria fundamental o escravismo colonial. Isso influenciará as relações sociais como um todo, sendo encontrados reflexos até os dias atuais. Após a abolição, foi inexistente a criação de medidas efetivas de integração dos povos escravizados na sociedade.

A abolição não mudou qualitativamente a estrutura da sociedade brasileira [...] Não podemos negar que o trabalho escravo foi substituído pelo trabalho livre. Mas as estratégias de dominação antecipadamente estabelecidas fizeram com que o antigo escravo não entrasse sequer como força secundária na dinâmica desse processo, ficando como borra, sem função expressiva. O Brasil arcaico preservou os seus instrumentos de dominação, prestígio e exploração e o moderno foi absorvido pelas forças dinâmicas do imperialismo que também antecederam à Abolição na sua estratégia de dominação. MOURA Clóvis. *Dialética radical do Brasil negro*. p.152. 2ª ed. São Paulo: Fundação Maurício Grabois, co-edição com Anita Garibaldi, 2014.

Sendo assim, o povo que foi explorado pelo antigo sistema colonial, encontrou-se após a abolição, sem condições de moradia, emprego e bem estar, sendo explorado agora pelo sistema que emergia na época, o capitalismo.

Historicamente, as mulheres negras são impactadas pela convergência de múltiplos sistemas de opressão, enfrentando discriminações que decorrem de seu gênero, raça/etnia e classe social. Essa condição influencia no acesso aos direitos sociais essenciais como alimentação, habitação, saneamento, lazer e entre outros as posiciona em uma situação de maior vulnerabilidade, relegando-as à base da estrutura hierárquica da sociedade e influenciando no também no acesso em condições igualitárias aos serviços de saúde, afetando o bem estar social. “Para a mulher negra, o lugar que lhe é reservado é o menor. O lugar da

marginalização. O lugar do menor salário. O lugar do desrespeito em relação a sua capacidade profissional”. (Gonzalez, 1989).

No campo da saúde, o racismo institucional pode manifestar-se de diversas formas, como em consultas extremamente breves, ausência de exames físicos adequados ou no uso insuficiente de analgesia, entre outros exemplos. Essas práticas resultam em uma oferta inadequada de cuidados de saúde à população negra em diferentes níveis de atenção, desrespeitando os princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Esse fenômeno abrange tanto as interações interpessoais e organizacionais quanto o planejamento e a execução de políticas públicas de saúde. Como consequência, a população negra é frequentemente marginalizada no acesso aos cuidados de saúde, ampliando desigualdades preexistentes e dificultando a garantia de condições igualitárias de atendimento, com impacto significativo, sobretudo, para mulheres negras. A perpetuação do racismo no sistema de saúde contribui para um cenário de desamparo e insegurança, o que dificulta o estabelecimento de vínculos com as equipes de saúde, a adesão aos tratamentos propostos e a busca por serviços de saúde. Esse cenário agrava as dificuldades de acesso a cuidados preventivos e ao acompanhamento contínuo, indispensáveis para o enfrentamento dos problemas de saúde prevalentes nessa população.

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), define os determinantes sociais da saúde como as condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Em 2005, a Comissão destacou que fatores estruturais, como o racismo e o sexismo, desempenham um papel central na produção de desigualdades em saúde. Dados da última Pesquisa Nacional de Saúde, produzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, revelam a dimensão das consequências da desigualdade étnico-racial em relação à saúde da mulher, que 28,2% das mulheres pardas de 50 a 69 anos nunca haviam feito uma mamografia. Entre as mulheres pretas, o índice era de 26,6%; entre as brancas, de 20,5%

Em 2009, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com a finalidade de promover a saúde da população negra de forma integral considerando as iniquidades em saúde serem resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais e do vigente racismo, que culminam com a morbimortalidade das populações negras brasileiras. Reafirmando, assim, o princípio da universalidade do

Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a Política não é devidamente implementada pois não abrange todo território nacional visto que, como aponta os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC - 2021), realizada pelo IBGE, evidenciam a negligência estrutural em relação à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nos municípios brasileiros. Segundo o levantamento, 66,5% dos municípios afirmam não ter incluído ações da PNSIPN em seus planos municipais de saúde e apenas um em cada três municípios brasileiros informava ter incluído ações da PNSIPN no Plano Municipal de Saúde, segundo dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE (2021) demonstrando a falta de comprometimento com a equidade racial no setor.

A situação se agrava quando analisamos a capacitação dos profissionais de saúde. De acordo com o mesmo estudo, 69% dos municípios não inserem temas como saúde da população negra e combate ao racismo na formação de seus profissionais. Essa lacuna na educação contribui para a perpetuação do racismo institucional e dificulta a oferta de um atendimento adequado e humanizado às pessoas negras, incluindo mulheres cis e trans.

Além disso, a ausência de mecanismos institucionais para garantir a efetivação dessas políticas é alarmante. Apenas 6,7% dos municípios possuem uma instância específica para coordenar e monitorar ações de saúde voltadas à população negra, evidenciando que a maioria das cidades brasileiras não dispõe de uma estrutura que assegure a implementação de medidas eficazes para enfrentar as desigualdades raciais na saúde. Diante desse cenário, é possível perceber que o racismo institucional se manifesta não apenas na precarização do atendimento às mulheres negras, mas também na falta de políticas estruturadas que contemplem a população trans negra, que enfrenta ainda mais barreiras no acesso à saúde. A negligência na implementação da PNSIPN reflete e reforça essas desigualdades, tornando essencial o fortalecimento das políticas públicas voltadas a essas populações.

Conforme discutido até este ponto, a população negra, em especial as mulheres negras, enfrenta barreiras estruturais no acesso à saúde devido ao racismo institucional. Indo além, quando olhamos para a população transgênero negra, essas desigualdades se agravam ainda mais devido à interseccionalidade entre racismo, transfobia e desigualdade de gênero.

No texto de Jaqueline de Jesus (2012), intitulado *Orientações Sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos*. A autora propõe uma reflexão sobre a transgeneridade e suas

derivações. Segundo ela a vivência do gênero pode se manifestar de duas formas principais dentro da dimensão transgênero:

Reconhecendo-se a diversidade de formas de viver o gênero, dois aspectos cabem na dimensão geral que denominamos de “transgênero”, como expressões diferentes da condição trans; a vivência do gênero como:

1. Identidade (o que caracteriza transexuais e travestis); OU como
2. Funcionalidade (representado por crossdressers, drag queens, drag kings e transformistas).

Dessa forma, a autora esclarece que o termo "transgênero" abrange indivíduos que, em sua identidade ou em suas expressões de gênero, não se alinham completamente com os papéis de gênero impostos pela sociedade, com base na designação de gênero imposta ao nascer. Isso contrasta diretamente com o conceito de *cisgênero*, que se refere às pessoas cuja identidade de gênero coincide com o sexo atribuído ao nascimento, sendo este um termo que engloba as pessoas que se reconhecem dentro dessas normas de gênero.

A população trans negra está entre os grupos mais vulnerabilizados no Brasil, enfrentando dificuldades como a negação de atendimento médico adequado além da discriminação nos serviços de saúde. Segundo uma pesquisa global encomendada pela Sanofi, a confiança no sistema de saúde é significativamente menor entre grupos minorizados. No Brasil, 80% das pessoas da comunidade LGBTQIAPN+ e negras relataram já ter passado por experiências que abalaram sua confiança no atendimento de saúde, número que reforça como o racismo e a transfobia ainda são entraves reais para o acesso a direitos básicos (SANOFI, 2023).

A ausência de políticas públicas evidencia como o ciscentrismo opera, sustentado pela lógica binária do sistema "sexo = gênero", que impõe expectativas sociais de alinhamento entre "macho-masculino-homem" e "fêmea-feminino-mulher" (BUTLER, 1990, apud GASPODINI; JESUS, 2020, p. 9). Essa lógica contribui para fundamentar o não reconhecimento das especificidades das pessoas trans na saúde pois “representa o conjunto de crenças de superioridade do gênero cisgênero” (GASPODINI; JESUS, 2020, p.12) e dificulta o acesso a direitos fundamentais, como tratamentos hormonais seguros, procedimentos cirúrgicos e atendimento médico adequado. Além disso, essa exclusão estrutural está diretamente relacionada ao alto índice de violência e marginalização que essa população enfrenta..

Assim como o racismo institucional impacta negativamente a saúde das mulheres negras cis, o impacto sobre pessoas trans negras é ainda mais severo. Muitas vezes, além de serem vítimas do racismo e da transfobia, elas também lidam com a exclusão econômica, que as empurra para a informalidade e para condições de vida precárias. Isso resulta em barreiras ainda maiores no acesso à saúde, agravando as desigualdades e vulnerabilidades. Portanto, é fundamental que o debate sobre racismo e a transfobia institucional na saúde leve em conta as particularidades das mulheres negras cisgêneras e transgêneras. Políticas públicas devem considerar essa diversidade para garantir um atendimento inclusivo e humanizado, combatendo as desigualdades que afetam essa população de forma tão intensa.

Sob à luz da crítica de Oyèrónké Oyěwùmí (2004) em *Conceitualizando o Gênero: Os Fundamentos Eurocêntricos dos Conceitos Feministas e o Desafio das Epistemologias Africanas*. A autora questiona a universalização dos conceitos de gênero a partir de uma perspectiva ocidental, destacando como o colonialismo impôs categorias rígidas que não contemplam as diversas formas de existência e identidade em diferentes culturas. Oyěwùmí (2004), afirma que a categoria gênero, como hegemonicamente pensada a partir das relações de opressão vivenciadas pelas mulheres no seio da família nuclear, não dá conta da pluriversidade de experiências. A autora faz esta afirmação alicerçada no estudo das famílias yorubás no contexto nigeriano, nas quais não é o gênero o elemento central para a construção de hierarquias, mas a antiguidade dos membros nestas famílias, sendo mulheres ou homens.

Ao conversar essa perspectiva para pensar o contexto brasileiro, percebe-se que as políticas de saúde ainda operam sob paradigmas eurocêntricos e familistas³ que ignoram as especificidades culturais e identitárias das mulheres trans e travestis, especialmente aquelas negras, para a necessidade de um cuidado integral à Saúde. A imposição e a contemplação de uma visão cis-eurocêntrica de gênero e saúde não só marginaliza essas populações, mas

³ “O familismo é uma expressão que vem ganhando força no contexto do debate da política social, particularmente, a partir dos anos de 1990, e caracteriza-se pela máxima designação de obrigações à unidade familiar. A constituição e a oferta de recursos e serviços pressupõem a responsabilidade primeira e máxima às famílias na organização do bem-estar de seus membros em correlação com a falta de provisão de bem-estar estatal (ESPING-ANDERSEN, 2000). Cabe refletir o familismo como elemento organizativo da política social, que admite a gestão pública de riscos atrelada ao desempenho doméstico/familiar (FRANZONI, 2008), e pelo estabelecimento de diferentes possibilidades –ou impossibilidade –de correspondência entre as necessidades a serem atendidas pelas famílias e as condições efetivas para atendê-las quando inseridas em diferentes contextos sociais, econômicos, culturais e de classe. Assim, a família é componente fundamental das políticas sociais, na produção e no usufruto de bens e serviços (ALVES & MIOTO, 2025, p. 209). O familismo, vale reiterar, possui como centro a noção eurocêntrica, cisheterocentrada de família nuclear.

também perpetua estruturas de poder que dificultam o acesso a cuidados adequados e mesmo com a falta de dados detalhados sobre a saúde da população trans, é evidente a vulnerabilidade dessa comunidade a diversos problemas de saúde. Segundo a pesquisa da *Revista Pesquisa FAPESP* realizada em cinco capitais brasileiras, as mulheres trans e travestis apresentam taxas de infecção por HIV e sífilis significativamente mais altas do que a média da população geral. Além disso, essas pessoas enfrentam um alto índice de sofrimento psíquico, indicando uma relação direta entre a vulnerabilidade social e a saúde física e mental dessa população.

As primeiras ações de cuidado em saúde voltadas para às mulheres trans e travestis surgiram através de iniciativas de ativistas durante a crise do HIV/aids, como é o caso da Casa Brenda Lee, criada nos anos 1980. Esses esforços foram fundamentais para moldar a resposta governamental à epidemia, incentivando o financiamento de Organizações Não Governamentais (ONGs) e programas específicos para populações vulneráveis. Contudo, apenas na década de 2000 começaram a ser estabelecidas políticas públicas de saúde específicas para mulheres trans e travestis.

A criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em 2011, marcou um passo importante ao buscar promover a equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política visa combater a discriminação institucional baseada na orientação sexual e identidade de gênero, além de abordar seus impactos na saúde e no acesso aos cuidados. Entre seus objetivos, destaca-se a ampliação do acesso aos serviços do SUS e a garantia do processo transexualizador, regulamentado em 2008 e expandido em 2013 pelo Ministério da Saúde.

Apesar desses avanços, pessoas trans ainda enfrentam obstáculos significativos para acessar e permanecer nos serviços de saúde, em grande parte devido à transfobia presente nesses ambientes. Para as mulheres trans e travestis, é comum relatar que o atendimento se concentra exclusivamente em questões relacionadas a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o que perpetua o estigma. Paradoxalmente, o acesso à prevenção e ao tratamento dessas infecções nem sempre é garantido. Por exemplo, embora elas sejam consideradas uma população prioritária nas políticas de prevenção ao HIV, o acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP) continua limitado por diversas barreiras. Além disso, profissionais de saúde frequentemente estigmatizam essas mulheres, assumindo que são promíscuas ou que trabalham exclusivamente com trabalho sexual.

Essa realidade demonstra como o cisheteropatriarcado e o racismo impactam diretamente a formulação e implementação das políticas de saúde no Brasil, criando barreiras à inclusão plena dessas populações. Viviane Vergueiro (2016) em *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes* argumenta que a colonialidade do poder e do saber perpetua modelos normativos de gênero que marginalizam corpos trans e dissidentes. Podemos, então, considerar uma colonialidade do gênero, que é racializada, cisheteronormativa e capitalista, como propõe María Lugones (2014).

Uso o termo colonialidade seguindo a análise de Anibal Quijano do sistema de poder capitalista do mundo em termos da “colonialidade do poder” e da modernidade – dois eixos inseparáveis no funcionamento desse sistema de poder. A análise de Quijano fornece-nos uma compreensão histórica da inseparabilidade da racialização e da exploração capitalista como constitutiva do sistema de poder capitalista que se ancorou na colonização das Américas. Ao pensar a colonialidade do gênero, eu complexifico a compreensão do autor sobre o sistema de poder capitalista global, mas também crítico sua própria compreensão do gênero visto só em termos de acesso sexual às mulheres. Ao usar o termo colonialidade, minha intenção é nomear não somente uma classificação de povos em termos de colonialidade de poder e de gênero, mas também o processo de redução ativa das pessoas, a desumanização que as torna aptas para a classificação, o processo de sujeitificação e a investida de tornar o/a colonizado/a menos que seres humanos (LUGONES, 2026, p. 939).

Pensar em colonialidade significa compreender que em sociedades capitalistas, como no Brasil, há uma permanência da matriz colonial do poder mesmo que, supostamente, não sejamos mais - formalmente - colônia de um país europeu. E, pensar em colonialidade nos permite compreender processos históricos de construção e reiteração sistêmica das opressões racista, cisheteropatriarcal e da exploração capitalista como estruturais e inseparáveis na dinâmica das relações sociais.

A colonialidade pode ser relacionada à maneira como o sistema de saúde brasileiro pode ser estruturado em lógicas cisnormativas e racistas, e falhar em atender às especificidades de mulheres trans e travestis. A transfobia e a travestifobia institucionais refletem essa colonialidade que define quais corpos são dignos de cuidado e quais são negligenciados, criando barreiras à inclusão plena dessas populações. A perspectiva decolonial proposta pelas autoras destaca como a colonialidade do gênero continua a influenciar as práticas institucionais, perpetuando a marginalização de corpos trans e dissidentes.

A falta de reconhecimento das necessidades específicas das mulheres trans e travestis dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher evidencia lacunas importantes que precisam ser abordadas. Para superar esses desafios, é necessário adotar uma abordagem interseccional e decolonial que reconheça as múltiplas formas de opressão que afetam a saúde das mulheres trans e travestis, assegurando um acesso mais justo e de qualidade aos serviços de saúde.

2.3.5 Determinantes sociais da saúde

Em meados do séc. XIX, o debate sobre determinantes sociais começa a surgir por todo o mundo, vários pesquisadores, começaram a relacionar, o estilo de vida, cultura e também situação financeira com a qualidade de vida. Em 2005, esse debate ganha força e é criado dentro da OMS (Organização Mundial da Saúde) a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, essa comissão, então, passou a ser responsável por estudar como esses fatores podem influenciar a vida do indivíduo destacou que fatores estruturais, como o racismo e o sexismo, desempenham um papel central na produção de desigualdades em saúde e propôs também melhorias para que os determinantes possam ser revertidos. Nessa perspectiva, a Comissão sobre Determinantes Sociais na Saúde atua tratando a saúde como direito fundamental do indivíduo garantido, aliás, pela Constituição Federal de 1988, alguns de seus objetivos são a disseminação de informações sobre os determinantes, monitoramento sob a criação de políticas de combate à desigualdade, e também a promoção de atividades voltadas à conscientização.

Muitos pesquisadores criaram modelos para verificar os determinantes sociais da saúde na sociedade, um dos mais famosos é o modelo de Dalghren e Whitehead, ele avalia itens como trabalho, ambiente em que vive, água, e também serviços sociais de saúde, sabe-se o impacto que os fatores sociais exercem sobre a condição de qualidade de vida e, por sua vez, o quanto elas influenciam na saúde física e mental ao criar ciclos de vantagens e desvantagens com a falta de acesso e de oportunidades das populações marginalizadas para quem a falta de recursos financeiros, aumentam e agravam o estresse e a ansiedade. A compreensão dessas abordagens e fundamentações teóricas é crucial para uma discussão e promoção da equidade e melhoria dos serviços de saúde mental.

Em seu livro “Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal” Milton Santos (2000) enfatiza que o contexto social e econômico exerce um impacto profundo nas vidas das pessoas, influenciando suas oportunidades, qualidade de vida

e acesso aos serviços essenciais. Ele destaca que o sistema capitalista, ao promover a desigualdade, perpetua a falta de acesso equitativo aos serviços básicos. Essa disparidade socioeconômica cria um ciclo de privação e negligência, que, por sua vez, interfere no bem-estar das comunidades marginalizadas. O autor descreve:

Nas condições atuais, as técnicas da informação são principalmente utilizadas por um punhado de atores em função de seus objetivos particulares. Essas técnicas da informação (por enquanto) são apropriadas por alguns Estados e por algumas empresas, aprofundando assim os processos de criação de desigualdades. É desse modo que a periferia do sistema capitalista acaba se tornando ainda mais periférica, seja porque não dispõe totalmente dos novos meios de produção, seja porque lhe escapa a possibilidade de controle (SANTOS, 2000, p.19).

Nesse sentido, é fundamental destacar que a desigualdade proveniente de um sistema capitalista e opressor impacta diretamente os serviços de saúde, haja vista que a disparidade socioeconômica evidente região mais vulnerabilizadas contribui para a falta de acesso equitativo a esses serviços, perpetuando um ciclo de negligência e privação, o que prevalece é a ideia do individualismo, impondo problemas sociais como problemas privados, acontecendo assim, uma desresponsabilização do estado e uma naturalização quanto ao adoecimento da população negra cis e trans no país. Dessa forma, como mencionado pelo geógrafo, a informação que deveria ser um elemento de poder se transforma num instrumento de opressão, pois, apenas os detentores economicamente a possuem, enquanto as classes marginalizadas desconhecem seus direitos.

Até aqui, dialoguei com Simone de Beauvoir para compreender a concepção da saúde para as mulheres. Sua contribuição foi fundamental para desvelar a relação entre saúde e gênero atravessada por construções sociais que historicamente moldaram as experiências femininas, permitindo enxergar como a opressão de gênero se organiza. No entanto, a centralidade dessa abordagem, ainda que potente, não é suficiente para abarcar toda a complexidade da questão, sobretudo quando consideramos as experiências e perspectivas de mulheres trans negras, cujas vivências são atravessadas por marcadores como raça, classe, gênero, sexualidade e territorialidade. Para avançar nessa reflexão, é necessário trazer epistemologias negras que ampliam e aprofundam a análise, tensionando limites teóricos e propondo outras formas de compreensão sobre saúde, sobretudo como cisheteropatriarcado e racismo influenciam no acesso ao direito à saúde. É nesse movimento que se insere o próximo capítulo, no qual mobilizo autoras negras referenciais fundamentais no

enfrentamento do sistema cisheteropatriarcal ressaltando sua importância enquanto bases epistêmicas e teorias para formulação de políticas públicas.

3. PENSAMENTO FEMINISTA NEGRO E INTERSECCIONALIDADE NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: BASES EPISTEMOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES ESTRUTURAIS

O pensamento sobre raça e gênero no Brasil passou por transformações significativas ao longo das décadas, ampliando seu escopo e incorporando novas e importantes perspectivas teóricas e políticas. Inicialmente marcado por uma visão universalizante de perspectiva binarista da performance feminina e eurocêntricas perpetuada pelo feminismo branco e hegemônico marginalizando outras possibilidades de ser e existir, a interseccionalidade sendo um conceito que ganhou cada vez mais força nos espaços acadêmicos expandiu-se ao reconhecer as múltiplas opressões que atravessam a vida das mulheres, especialmente aquelas pertencentes a grupos historicamente marginalizados. Nesse sentido, o reconhecimento do Pensamento Feminista Negro e da Interseccionalidade dela desesenvolvida como referenciais fundamentais por suas contribuições epistêmicas para a formulação de políticas públicas de saúde representa um avanço na compreensão das desigualdades estruturais sustentadas e impostas por um sistema cisheteropatriarcal que possui resquícios até os dias atuais.

Este capítulo explora como essas epistemologias foram incorporadas e consideradas às formulações das políticas de saúde no Brasil, destacando os desafios e conquistas desse processo. A interseccionalidade, proposta por Kimberlé Crenshaw, permitiu uma análise mais complexa das desigualdades ao evidenciar como raça, classe, gênero e outros marcadores sociais se entrelaçam na produção das vulnerabilidades. No campo da saúde pública, essa abordagem tem sido essencial para o desenvolvimento de políticas mais eficazes e justas, voltadas para a superação das desigualdades estruturais que afetam, sobretudo, mulheres trans negras.

Ao longo deste capítulo, será analisado o percurso histórico e teórico que levou à incorporação e a necessidade dessas perspectivas nas políticas de saúde, bem como as estratégias adotadas para consolidar essa abordagem fundamental no enfrentamento do sistema cisheteropatriarcal. Inicialmente será explorado o Pensamento Feminista Negro, sua construção e sua importância na luta contra as desigualdades estruturais. Em seguida, será

abordada a interseccionalidade como conceito-chave, destacando sua origem e desenvolvimento com Crenshaw. A partir dessa base teórica, avançamos para o transfeminismo negro e as especificidades dos corpos trans negros na saúde, trazendo à tona os desafios que essas identidades enfrentam em serviços de saúde ainda estruturados e moldados pelo cisheteropatriarcado.

Na sequência, questionamos: saúde para quem? O impacto do enfoque de gênero nas políticas públicas revelando avanços e limitações no acesso e na garantia de direitos. Com isso, buscamos compreender não apenas como essas teorias influenciaram a formulação de políticas públicas, mas também refletir quais desafios permanecem para que a saúde seja, de fato, um direito acessível e equitativo para todas as pessoas.

3.1 Introdução ao pensamento feminista negro e à interseccionalidade

As mulheres negras sempre desempenharam um papel fundamental nas lutas de mulheres e feministas, ainda que por muito tempo tenham sido invisibilizadas pelos discursos hegemônicos do feminismo branco. Enquanto as mulheres brancas concentravam seus esforços na inserção no mercado de trabalho e na conquista de direitos civis, as mulheres negras resistiam às violências do racismo estrutural e reivindicavam pelo fim da escravidão. No entanto, a academia e os espaços institucionais somente passaram a reconhecer sua contribuição muito tempo depois, perpetuando uma dinâmica de silenciamento e exclusão.

Diversas intelectuais negras, como Lélia Gonzalez(1984), Angela Davis(1981) e Sueli Carneiro(2011), trouxeram para o debate acadêmico e político as desigualdades estruturais vividas pelas mulheres negras a partir de suas trajetórias, experiências pessoais as quais potencializaram suas robustas formações acadêmicas. Tais pensadoras elaboraram narrativas e análises que denunciam as múltiplas formas de exploração e subjugamento, destacando a necessidade de um feminismo e teorias analíticas que reconheçam essas especificidades e proponha soluções reais para combater tais desigualdades.

Patricia Hill Collins(1990 [2019]), em sua obra *Pensamento Feminista Negro*, ressalta a importância da prática, da vivência e da experiência concreta como elementos centrais na construção de conhecimento feminista. Para Collins, muitas mulheres negras, historicamente, produziram reflexões feministas sem necessariamente se identificarem com o rótulo de feministas. Suas experiências e suas lutas cotidianas geraram uma crítica contundente ao

feminismo clássico, majoritariamente branco, que por muito tempo ignorou a realidade das mulheres negras e se recusou a incorporar sua experiência social concreta em suas análises.

No Brasil, a escritora Carolina Maria de Jesus (1960 [2014]) se destaca como um exemplo emblemático dessa produção de conhecimento feminista negro. Em sua obra *Quarto de Despejo*, Carolina oferece um retrato profundo da opressão vivida por mulheres negras em condição de pobreza, evidenciando uma crítica social potente que não foi devidamente absorvida pelo feminismo hegemônico brasileiro. Sua escrita, baseada na experiência real e vivida, desconstrói o mito da universalidade da luta feminista hegemônica de caráter eurocêntrico e revela a urgência de um feminismo que dialogue com as demandas das mulheres negras e periféricas.

O pensamento feminista negro, portanto, emerge como uma crítica tanto ao sistema de opressão vigente quanto às limitações do feminismo branco, que falha em construir alianças substanciais e comprometidas com a luta das mulheres negras. O silenciamento histórico dessas mulheres dentro do próprio movimento feminista levou à formulação de uma perspectiva crítica, que denuncia a reprodução de uma lógica eurocêntrica e elitista dentro do feminismo hegemônico. Essa estrutura valoriza apenas o conhecimento produzido pelas elites dominantes, marginalizando as experiências de mulheres negras e periféricas.

O pensamento feminista clássico, ao não incorporar efetivamente uma aliança estrutural com as mulheres mais vulnerabilizadas, desconsidera as dinâmicas específicas da opressão racial, de classe e de gênero. A opressão vivida por mulheres negras no Brasil não pode ser equiparada à das mulheres brancas, pois está inserida em uma estrutura histórica marcada pelo patriarcado, colonialismo e escravidão. Essas estruturas moldaram as relações sociais e a formação cultural de todo o continente americano, e seus efeitos são sentidos até os dias de hoje. Os movimentos de mulheres negras e feministas negras deram importantes contribuições epistêmicas às construções teórico-políticas feminista pois reside, sobretudo, na ampliação das perspectivas sobre a sociedade, na construção de epistemologias que rompem com a hegemonia do conhecimento eurocêntrico e na articulação de análises que vinculam raça, gênero e classe de maneira indissociável. Essas intelectuais não apenas desafiam a produção dominante, mas também oferecem novas lentes para interpretar a realidade brasileira, demonstrando de maneira complexa e profunda, a não existência de um essencialismo da categoria mulher. Por isso, Jaqueline de Jesus, no seu livro *Transfeminismo:*

teorias e práticas (2014), afirma a base epistemológica dos transfeminismos é o feminismo negro.

A contribuição das mulheres negras para a construção de uma nova sociedade baseada na superação da opressão patriarcal é inestimável. Seus discursos, organizações e produções intelectuais fornecem bases para a formulação de novas políticas públicas, que sejam verdadeiramente inclusivas e voltadas para a equidade racial e de gênero. A interseccionalidade, conceito central dentro do feminismo negro, propõe exatamente isso: a necessidade de compreender como diferentes sistemas de opressão se interligam e impactam a vida das mulheres negras de maneira singular.

De acordo com o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), intitulado "Construir caminhos, pactuando novos horizontes", lançado em maio de 2024, as mulheres negras representam 28,5% da população brasileira. Este percentual corresponde a aproximadamente 60 milhões de pessoas, evidenciando que as mulheres negras constituem a maior parcela da população no país. Apesar de comporem a maioria da população, mulheres negras continuam sendo minorizadas por meio de políticas de negação de direitos. Os índices de violência, desemprego e dificuldades de acesso à saúde são muito mais elevados para esse grupo, demonstrando que o racismo estrutural segue operando de maneira intensa na sociedade brasileira.

Com base nos dados do IBGE, as mulheres negras no Brasil enfrentam diversas desigualdades estruturais que impactam suas condições de vida. Além de dedicarem mais tempo às tarefas domésticas e terem menor participação no mercado de trabalho, elas também são mais afetadas pela pobreza, o que se reflete em dificuldades no acesso a direitos básicos como saúde, emprego e segurança.

No que se refere à violência, os dados indicam que as mulheres negras são as principais vítimas de homicídios femininos no Brasil. Segundo o Atlas da Violência (IPEA, 2021), cerca de 66% das mulheres assassinadas no país são negras, evidenciando a vulnerabilidade dessa população diante da violência de gênero e racial.

Em relação ao desemprego, os índices mostram que a taxa de desocupação entre mulheres pretas ou pardas é significativamente maior do que entre mulheres brancas e homens. De acordo com a Pnad Contínua (IBGE, 2023), essa desigualdade também se reflete

nos rendimentos, já que as mulheres negras recebem salários inferiores mesmo quando possuem a mesma escolaridade e ocupam funções semelhantes às de outros grupos.

Quanto ao acesso à saúde, a precariedade no atendimento público impacta diretamente a população negra. As mulheres negras enfrentam maiores taxas de mortalidade materna, além de serem mais vulneráveis à falta de acesso a exames preventivos e tratamentos adequados. O racismo estrutural no sistema de saúde contribui para que tenham menor qualidade no atendimento, conforme apontado por estudos da Fiocruz e do Ministério da Saúde.

Um estudo realizado pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp), publicado em 2021 estimou que aproximadamente 1,9% da população brasileira se identifica como transgênero ou não-binária, o que corresponde a cerca de 4 milhões de pessoas. A falta de dados oficiais até o momento tem sido um obstáculo significativo para a implementação de medidas eficazes de inclusão e proteção para pessoas trans e não-binárias. Neste sentido, é importante compreender que o silêncio oficial sobre a vida da população trans no Brasil não se trata de um descuido, mas de um projeto político antitrans, que desconsidera a vida de toda e qualquer forma de existência que rompe com a cisnormatividade.

Diante dessa lacuna informacional é possível analisar que há um desafio para a necessidade urgente de contemplação dessa população na PNAISM este fator pode estar associado à influência aos reflexos do cisheteropatriarcado na sociedade e a categorização por ideais de binarismos de gênero que impõe uma visão normativa e a forma como o Estado estrutura suas políticas e programas sociais, deixando de reconhecer demandas específicas dessa população. Sem dados oficiais, a formulação de políticas fica limitada, perpetuando desigualdades e dificultando o acesso ao direito à saúde.

Viviane Vergueiro (2015) inova ao oferecer uma análise pioneira da cisgeneridade, explorando como essa norma social opera na sociedade. Seu trabalho contribui significativamente para os estudos de gênero e sexualidade, ao nomear e retirar da posição de neutralidade e naturalidade aquilo que antes permanecia sem definição explícita.

A cisgeneridade (2015) pode ser compreendida de forma análoga à branquitude no campo das relações étnico-raciais. A identidade de gênero cisgênero foi e continua sendo naturalizada, gerando a ideia de que identidades trans, travestis e não binárias são desviantes

ou exóticas. Nesse contexto, Vergueiro propõe três elementos fundamentais para compreender a cisgeneridade: pré-discursividade, binariedade e permanência.

A **pré-discursividade** relaciona-se diretamente com a problematização de Judith Butler em *Problemas de Gênero* (1990), questionando a ideia de que existe um corpo anterior à cultura. Ou seja, até mesmo o conceito de sexo biológico não se refere a uma realidade objetiva, mas sim a uma interpretação social e histórica dos corpos. A ciência ocidental, ao longo da história, consolidou uma forma específica de definir os corpos humanos, posicionando sua leitura como objetiva e neutra, quando, na verdade, trata-se de uma construção localizada historicamente. Assim, as categorias de sexo masculino e feminino não são meras constatações biológicas, mas resultados de um processo interpretativo.

A **binariedade**, por sua vez, estrutura a forma como entendemos os corpos e as identidades. A cisgeneridade naturaliza a percepção de que só existem duas possibilidades de gênero — menino ou menina — desde o nascimento. Essa dualidade não apenas reduz as experiências humanas a uma lógica excludente, mas também limita o reconhecimento de outras vivências de gênero.

Por fim, a **permanência** refere-se à suposição de que as identidades de gênero são fixas e imutáveis ao longo da vida. Essa perspectiva ignora a fluidez com que as pessoas podem vivenciar e construir suas próprias identidades, impondo uma noção rígida e inflexível de gênero.

A cisgeneridade se torna uma ficção quando é naturalizada como a única forma legítima de vivenciar a identidade de gênero. Essa normatização dá origem ao que chamamos de **cisnormatividade**, que não apenas estabelece um padrão excludente, mas também precariza e vulnerabiliza diversas trajetórias, especialmente quando interseccionadas com outros marcadores sociais.

A dinâmica sobre de produção desses saberes sobre o sexo, os corpos acaba produzindo a cisnormatividade que é ligada ao processo colonial classica mas de uma dinamica da colonialidade do saber e do poder tambem que são produzidos na europa e nos estados unidos no final do século 19 e inicio do século XX e que vai moldar completamente a forma de como mundo compreende sexo e genero

A dinâmica de produção dos saberes sobre sexo e corpos está diretamente ligada à construção da cisnormatividade, que, por sua vez, se insere em um contexto mais amplo da colonialidade do saber e do poder. Esses discursos, originados principalmente na Europa e nos Estados Unidos entre o final do século XIX e o início do século XX, moldaram profundamente as concepções modernas de sexo e gênero, legitimando práticas biomédicas que reforçam a patologização das identidades trans.

Segundo Soares e Oliveira (2021) No Brasil, um dos primeiros registros de cirurgias de redesignação sexual ocorreu em 1971, quando o médico Roberto Farina realizou um procedimento desse tipo em uma mulher trans. O caso gerou grande repercussão jurídica, resultando na condenação do médico por lesão corporal, ainda que a paciente tenha manifestado sua satisfação com o resultado. Essa condenação reflete não apenas a ausência de regulamentação, mas também a cisnormatividade estrutural, que exclui e criminaliza corpos dissidentes. A defesa de Farina se sustentou na literatura médica estrangeira da época, que já consolidava um discurso biomédico sobre a transexualidade, reforçando a exclusão de travestis e de outras identidades não conformes.

A colonialidade do saber se manifesta na forma como os protocolos médicos foram estabelecidos, priorizando modelos biomédicos estrangeiros e desconsiderando as particularidades das experiências trans no contexto latino-americano. Durante a Ditadura Militar, essa normatização consolidou um modelo de assistência médica excludente, que se reflete até hoje na dificuldade de acesso a serviços de saúde adequados para pessoas trans e travestis.

A negligência e a marginalização dessas populações persistem, como evidenciado pelo caso de Lorena Muniz, uma jovem travesti pernambucana que faleceu em 2021 durante um procedimento clandestino em São Paulo. Sua morte expôs a precariedade do acesso à saúde para pessoas trans no Brasil, que frequentemente recorrem a procedimentos inseguros devido à falta de oferta no Sistema Único de Saúde (SUS). O país, que lidera o ranking mundial de assassinatos de pessoas trans, também enfrenta um apagamento institucional dessas mortes, evidenciando a violência sistêmica enfrentada por essa população.

Mesmo com a existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pela portaria 2.803/13, que deveria garantir o acesso aos procedimentos transexualizadores no SUS, a implementação prática dessas diretrizes enfrenta inúmeros desafios. A escassez de

profissionais qualificados, a falta de investimentos e a morosidade dos processos fazem com que a espera por procedimentos como hormonização e cirurgias seja excessivamente longa. Dados do DataSUS apontam que, em 2020, houve uma redução de 70% no número de cirurgias e de 6,5% na oferta de terapia hormonal em comparação ao ano anterior, acentuando ainda mais a precarização do acesso à saúde para pessoas trans.

A colonialidade do saber e do poder se reflete diretamente nessa realidade. O modelo biomédico hegemônico, importado e adaptado sem considerar as especificidades locais, continua a ditar quem tem direito à assistência médica e em quais condições. O reconhecimento da identidade trans ainda está atrelado a critérios médicos e jurídicos que reforçam a cisnormatividade, dificultando a autodeterminação e a autonomia corporal dessas pessoas.

Dessa forma, garantir a saúde integral da população trans exige uma revisão crítica dos saberes que sustentam as políticas públicas, bem como um compromisso real com a despatologização das identidades de gênero.

3.2 A interseccionalidade como conceito-chave: origem e desenvolvimento com Kimberlé Crenshaw

No ano de 1989, a jurista estadunidense Kimberlé Crenshaw nomeou o conceito de interseccionalidade, amplamente adotada e inspirada nos estudos acadêmicos e incorporado no feminismo negro. A interseccionalidade, enquanto ferramenta teórica e política, surgiu como um conceito fundamental para compreender as múltiplas formas de opressão que se entrelaçam na vida das mulheres negras. No entanto, apesar da crescente difusão do conceito, é comum que, especialmente no Brasil, os debates anteriores ao seu surgimento sejam negligenciados. Esse apagamento é problemático, pois desconsidera que a interseccionalidade tem raízes nas lutas e produções teóricas das mulheres negras muito antes de ser formalizada no meio acadêmico.

Angela Davis(1944[2018]) nos alerta sobre a necessidade de ampliar o escopo do feminismo negro para além das categorias de gênero e raça, reconhecendo sua interconexão com o capitalismo, o colonialismo, as colonialidades e até mesmo com a diversidade de capacidades físicas e expressões de gênero.

O feminismo envolve muito mais do que a igualdade de gênero. E envolve muito mais do que gênero. O feminismo deve envolver a consciência em relação ao capitalismo – quer dizer, o feminismo a que me associo. E há múltiplos feminismos, certo? Ele deve envolver uma consciência em relação ao capitalismo, ao racismo, ao colonialismo, às pós-colonialidades, às capacidades físicas, a mais gêneros do que jamais imaginamos, a mais sexualidades do que pensamos poder nomear. (2018 p. 99)

Essa ampliação, entretanto, não deve significar a diluição da centralidade racial, mas sim um aprofundamento das análises que evidenciam a estrutura racista da sociedade e sua intersecção com outras formas de opressão.

O cisheteropatriarcado e o racismo são sistemas estruturais que se entrelaçam e produzem a exclusão e marginalização das mulheres negras, especialmente mulheres trans negras, que enfrentam múltiplas formas de discriminação. A formulação de políticas públicas de saúde deve reconhecer essa sobreposição de opressões e incorporar a interseccionalidade como eixo central para garantir a inclusão e o acesso igualitário. Mulheres trans negras, muitas vezes, são invisibilizadas nas políticas de saúde, o que contribui para sua vulnerabilidade social e para a negação de direitos básicos. A reivindicação de direitos por parte das populações que não se enquadram no paradigma hegemônico de humanidade imposto pelo colonialismo e pelo capitalismo – representado pelo homem branco, cisgênero, heterossexual e burguês – é, em essência, uma luta pelo reconhecimento pleno de sua condição humana. Trata-se de um embate contra sistemas de opressão que desumanizam corpos dissidentes, negando-lhes acesso a direitos, dignidade e pertencimento social. Esse movimento não se restringe apenas à busca por inclusão formal nas estruturas existentes, mas desafia as próprias bases que determinam quem é considerado sujeito de direitos, exigindo uma redefinição dos critérios de humanidade que sustentam as hierarquias sociais.

A política identitária é frequentemente reduzida a uma categorização isolada, centrada em classe, raça, gênero, nacionalidade, idade ou outras dimensões. É necessário articular políticas de reconhecimento (ou identitárias) e políticas redistributivas para enfrentar as múltiplas formas de opressão que estruturam a sociedade. A autora B. Sorj (2004) rejeita a dicotomia entre essas duas abordagens, argumentando que uma justiça social completa não

pode se basear apenas na distribuição equitativa de recursos econômicos, pois isso não garante o fim de violências específicas, como a de gênero como aponta a autora

Recortando a sociedade em suas diferentes esferas de sociabilidade, o sexismo, machismo ou androgenismo, como se queira chamar, é um padrão cultural que associa ao masculino um valor superior e desvaloriza tudo aquilo que é ligado ao feminino, em particular às mulheres. Esse valor cultural não seria superado com a mera justiça distributiva. A violência doméstica, o assédio sexual, a baixa participação das mulheres na esfera político-institucional etc. não são apenas conseqüências das desigualdades econômicas. Pelo contrário, mereceriam um reconhecimento específico, como expressões da dominação de gênero, e conseqüentemente teriam de ser tratados de maneira diferenciada. (2004, p. 144).

A ênfase na cultura como uma dimensão fundamental da opressão de gênero evidencia que desigualdades estruturais não podem ser plenamente compreendidas apenas pela ótica das classes sociais ou da economia. O sexismo é um padrão cultural que hierarquiza o masculino sobre o feminino e, por isso, a simples justiça distributiva não seria suficiente para transformar essa realidade. Problemas como a violência doméstica, o assédio e a sub-representação política das mulheres não decorrem apenas da pobreza ou da desigualdade de renda, mas também de construções culturais que legitimam a subordinação feminina. Assim, políticas de reconhecimento são essenciais para visibilizar essas desigualdades e criar estratégias específicas para enfrentá-las.

“Assim, o paradigma das desigualdades econômicas, das classes sociais ou do padrão de desenvolvimento não produziu, por si só, um entendimento pleno das origens da violência de gênero e, conseqüentemente, sua superação não poderia se limitar às políticas redistributivas. Trata-se, portanto, de identificar e reconhecer a existência de uma violência específica, de gênero, cuja fonte principal repousa nos valores sexistas e androcêntricos, isto é, no plano da cultura.” (2004, p, 146)

É reforçado que a análise baseada exclusivamente em desigualdades econômicas não conseguiu explicar integralmente as origens da violência de gênero. Isso porque essa forma de violência não se restringe a uma questão material, mas está ancorada em valores culturais androcêntricos que naturalizam e perpetuam a opressão das mulheres. Dessa forma, a superação da violência de gênero exige políticas que atuem no campo da cultura e da representação social, desconstruindo padrões sexistas e promovendo mudanças na forma como os papéis de gênero são construídos e percebidos.

Portanto, a política identitária não pode ser reduzida a uma categoria isolada ou considerada secundária em relação à redistribuição econômica. Ambas as esferas –

reconhecimento e redistribuição – devem estar interligadas para enfrentar as múltiplas opressões que estruturam a vida social, garantindo que tanto as desigualdades materiais quanto as culturais sejam combatidas de forma articulada e eficaz.

No entanto, o feminismo negro propõe uma abordagem que reconhece a multiplicidade das demandas, unificadas pela experiência comum das opressões estruturais, como racismo, sexismo e transfobia. Essa perspectiva não se limita à afirmação de um grupo específico, mas busca criar coalizões que desafiem as desigualdades de forma ampla.

O feminismo negro, conforme argumentado por diversas pensadoras, como Françoise Vergès (2020[2021]), é um projeto transnacional, que não se restringe às especificidades das mulheres negras em determinado contexto, mas propõe uma reestruturação radical da sociedade.

A formulação de políticas públicas de saúde, especialmente aquelas voltadas para o enfrentamento das desigualdades estruturais, deve reconhecer a interseccionalidade em sua totalidade, sem esvaziar a importância da raça e das identidades de gênero. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) enfrenta desafios significativos nesse sentido, pois muitas vezes não contempla plenamente as demandas das mulheres negras e, ainda menos, das mulheres trans negras. A construção de uma política de coalizão, que alinhe as lutas das mulheres negras cis e trans com outras pautas progressistas, é essencial para garantir avanços concretos.

A interseccionalidade (2019), longe de ser apenas um conceito apenas acadêmico, tem raízes profundas na tradição afro-brasileira das encruzilhadas, que simbolizam os múltiplos caminhos e possibilidades de resistência. Retomar essa perspectiva é fundamental para evitar o esvaziamento do conceito e garantir que ele continue sendo um instrumento eficaz na luta contra as desigualdades estruturais que marcam a sociedade brasileira e global.

Com Beauvoir (2016), ao longo da história, foram os homens que, em sua maioria, escreveram as leis e definiram os rumos da sociedade. Ocupando posições privilegiadas na política e em outras esferas de poder, eles consolidaram sua influência, o que não só reforçou sua autoridade sobre a sociedade, mas também impactou diretamente a vida das mulheres. Com pensadoras negras como Davis, Gonzalez, Akotirene, Collins, aprendemos a ir além: compreendemos que não foram quaisquer homens, mas os homens brancos. Com o

pensamentos transfeminista, em diálogo com as epistemologias das mulheres negras, compreendemos que estes homens eram, além de seguirem a heteronormatividade, cisgênero.

3.3 Transfeminismo negro, complexidade dos corpos trans negros na saúde

O transfeminismo emerge nos Estados Unidos com o propósito de reivindicar e debater as especificidades das mulheres trans. Com a globalização desse movimento, ele se expande para a América Latina, onde se observa, assim como no movimento de mulheres negras, que as pautas discutidas frequentemente não contemplavam as vivências de pessoas trans e travestis.

O sistema cisheteropatriarcal impõe violências às corporalidades trans e travestis e de acordo com Santos (2021), as mulheres trans morrem de forma mais violenta, sendo o Nordeste a região que lidera os casos de transfobia e travestifobia, evidenciando a necessidade de políticas públicas para combater essa realidade. Diante desse cenário, o apoio efetivo do poder público é essencial, visto que as mobilizações sociais, por si só, muitas vezes não alcançam o impacto necessário.

De acordo com o Dossiê da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), publicado em janeiro de 2021, 78% das travestis e mulheres transexuais assassinadas no Brasil em 2020 eram negras. Além disso, um relatório da Rede Nacional de Pessoas Trans - Brasil (Rede Trans) revelou que, até setembro de 2023, 65% das pessoas trans assassinadas no país eram pretas ou pardas. Esses dados evidenciam a intersecção entre transfobia, travestifobia e racismo, destacando que pessoas trans negras enfrentam riscos significativamente maiores de violência letal no Brasil.

A perpetuação dessas violências está diretamente ligada à falta de educação, à ausência de formação e diálogo, à pedagogização da travestifobia e à disseminação da desumanização de corpos dissidentes.

Com a noção de determinantes sociais da saúde, compreendendo que saúde não é apenas ausência de doença, mas sim um conjunto de condições estruturais que impactam a vida das pessoas. O transfeminismo e o feminismo negro contribui para esse campo ao destacar como raça, gênero e classe estruturam as desigualdades em saúde. Mulheres negras e, sobretudo, mulheres trans negras, enfrentam maiores índices de morbimortalidade, barreiras no acesso ao SUS e vulnerabilidades associadas à precariedade socioeconômica e

violência. Essas violências estruturais, impulsionadas pela intersecção entre transfobia, travestifobia e racismo, contribuem para a exclusão social e a negação de direitos básicos, perpetuando um ciclo de marginalização e desumanização dessas vidas.

O feminismo negro tem pressionado o Estado por políticas públicas que reconheçam e combatam a desigualdade racial e de gênero na saúde. Algumas das conquistas e desafios nesse campo incluem:

- **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN):** Criada em 2009, essa política reconhece o impacto do racismo na saúde e propõe ações afirmativas para reduzir desigualdades, incluindo capacitação de profissionais e coleta de dados desagregados por raça.
- **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT):** Visa garantir o acesso da população LGBT ao SUS sem discriminação, mas enfrenta desafios na implementação devido ao preconceito estrutural.
- **Falta de protocolos específicos para a saúde de mulheres trans negras:** Ainda há lacunas na atenção integral a essa população, o que reforça a necessidade de políticas mais direcionadas.

Durante o período escravocrata, a justificativa para a escravização de corpos negros foi construída a partir da oposição entre brancos e negros, sustentada pelo racismo. Essa lógica estabeleceu a figura do "Outro" como aquele que destoava do homem universal, um ideal historicamente branco e masculino. Nesse contexto, surge uma questão central: Qual era o lugar das mulheres trans e travestis negras nesse processo de marginalização, se elas sequer eram reconhecidas como sujeitos nas estruturas de poder?

Ao analisar as relações de gênero, percebe-se que, quando o feminino é definido apenas em contraste ao masculino, sem considerar a raça, cria-se uma noção universal de "mulher" que privilegia a experiência das mulheres cis brancas. Esse modelo excludente coloca as mulheres cis, trans e travestis negras em um espaço de invisibilidade, onde suas existências não são plenamente reconhecidas.

Nesse sentido, as mulheres trans e travestis negras não são apenas identidades fixas, mas o resultado de múltiplas articulações históricas, políticas e culturais. Suas trajetórias são

marcadas pela resistência contra as violências impostas pelo colonialismo, pela escravidão, cisheteropatriarcado e pelo racismo estrutural da modernidade.

Patricia Hill Collins destaca que a construção do "Outro" opera dentro de uma lógica binária, onde a identidade de um grupo só é compreendida em oposição a outro. Esse pensamento dualista reforça a marginalização das mulheres trans negras, pois a sociedade eurocêntrica definiu a feminilidade dentro de padrões que não contemplam suas realidades e vivências. Assim, a luta transfeminista negra questiona essas estruturas e reivindica a visibilidade e o reconhecimento das mulheres cis negras e trans negras como sujeitos políticos e sociais.

Segundo Nascimento (2022, p. 551), o pensamento transfeminista negro constitui um campo de conhecimento que problematiza aspectos fundamentais dos feminismos clássicos, especialmente no que se refere à desconstrução da noção essencialista de "mulher" e "feminilidade". Além disso, esse pensamento desloca a centralidade das discussões sobre sexualidades dissidentes, comumente presentes nos movimentos LGBTQIAPN+, para um foco mais amplo nas identidades de gênero, ultrapassando os limites impostos pelas normas cisgêneras. Dessa forma, em vez de apenas questionar a hegemonia das heteronormatividades, o transfeminismo negro enfatiza processos de autodefinição e autoafirmação das identidades raciais e de gênero, estabelecendo um diálogo próximo com as pautas dos feminismos negros.

O transfeminismo reconhece a intersecção entre as variadas identidades, identificações dos sujeitos e o caráter de opressão sobre corpos que não estejam conforme os ideais racistas e sexistas da sociedade, de modo que busca empoderar os corpos das pessoas como eles são, deficientes ou não, independente de intervenções de qualquer natureza (Jesus et al., 2015 p. 11)

Segundo Jaqueline Gomes de Jesus (2018, p. 16), o transfeminismo não é apenas uma vertente teórica do feminismo, mas um campo dinâmico de pensamento e ação que se estrutura em constante construção. Sua característica de "literatura de fronteira" evidencia um deslocamento das produções acadêmicas tradicionais para espaços digitais e ativistas, ampliando o alcance e a acessibilidade de suas discussões. Essa abordagem desafia os modos convencionais de produção e disseminação do conhecimento, aproximando-se das

epistemologias feministas negras ao rejeitar a hierarquização das opressões e ao priorizar narrativas historicamente silenciadas.

A influência do feminismo negro sobre o transfeminismo se dá especialmente pelo princípio da interseccionalidade, que compreende as opressões de gênero, raça, classe e sexualidade como dimensões interdependentes e inseparáveis. Ao se apropriar desse referencial, o transfeminismo não apenas amplia o debate feminista tradicional, mas também denuncia as limitações impostas por uma concepção universalista e essencialista da categoria "mulher", historicamente centrada em experiências cisgêneras e brancas. Nesse sentido, questiona-se a apropriação desse conceito por feministas brancas que, ao longo da história, frequentemente negligenciaram as experiências e reivindicações de mulheres trans e racializadas.

Esse debate é crucial porque revela a maneira como determinados grupos feministas, ao reivindicarem um conceito fixo e homogêneo de "mulher", acabam reproduzindo exclusões e apagamentos dentro do próprio movimento. O transfeminismo, ao contrário, propõe um feminismo mais inclusivo e plural, onde a identidade de gênero não seja reduzida a uma única vivência e onde todas as mulheres, tenham suas vozes legitimadas. Dessa forma, essa corrente desafia tanto as normatividades de gênero impostas pelo patriarcado quanto as barreiras excludentes presentes dentro do próprio feminismo hegemônico, reafirmando a importância da autodefinição e da autonomia dos sujeitos na construção de suas identidades e lutas políticas.

3.4 Saúde para quem? O impacto do enfoque de gênero nas políticas públicas

Segundo Souza (2003, p. 13) as políticas públicas são atuadas

"[...] pelo governo quanto à sua implementação e manutenção, mas emergem da sociedade, dos problemas ou demandas que podem ser econômicos, políticos ou de bem-estar. As políticas públicas são o resultado de uma interação complexa entre o Estado e a sociedade. Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real".

As políticas públicas em Saúde contém ações que visam promoção da Saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos e reabilitação a população a que se destinam, atendendo os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, sendo eles: a Universalidade, que é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer

cidadão independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; a Igualdade, que estabelece a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema; e a Integralidade, que considera o indivíduo em sua totalidade e garante assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção.

Ao considerar o indivíduo em sua totalidade, em políticas de saúde a integralidade pode reforçar as incidências da cisheteronormatividade e do binarismo de gênero sendo um fator limitador da democratização de acesso dessa política de saúde. Diante disso, é possível analisar que as políticas nacionais de saúde reproduzem essa questão ao definirem dois gêneros fundamentais e o “outro” destes gêneros em seus títulos sendo elas: Política Nacional de Atenção Integral À Saúde da Mulher (2004, BRASIL); Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem (2008, BRASIL); e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011, BRASIL). Nesse sentido, a lógica binária apontada por Patricia Hill Collins, na qual a identidade de um grupo só é compreendida em oposição a outro, reflete-se diretamente na formulação das políticas de saúde. Ao serem estruturadas a partir de categorias fixas de gênero, essas políticas podem reforçar a exclusão de identidades que não se encaixam nesse modelo dualista. Aqueles que não se encaixam nesse modelo binário acabam sendo colocados na categoria de “outros”, frequentemente rotulados dentro de uma identidade LGBT, à margem da divisão tradicional entre homem e mulher.

A cisheteronormatividade e o binarismo de gênero se formalizam em grande parte no discurso médico, que desde o século XIX se ocupou em normatizar as condutas sexuais e as expressões da masculinidade e da feminilidade em parâmetros de saúde/normalidade ou de doença/anormalidade (ARÁN, 2006). Isso reflete-se, então, na política de saúde, tendo em vista que os saberes biomédicos hegemônicos influenciam desde a sua concepção até a sua operacionalização.

4. ENTRE NORMAS E EXCLUSÕES: COMO O CISHETEROPATRIARCADO E O RACISMO MOLDAM A PNAISM

Neste capítulo, será analisado documento base da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), vigente no ano de 2025, com o objetivo de discutir como suas diretrizes, embora baseadas em princípios de universalidade e acesso igualitário,

ainda perpetuam estruturas excludentes mediante alicerces cisnormativos e por abordagens limitadas quanto às desigualdades raciais. A partir de uma leitura crítica, será argumentado que a PNAISM, construída dentro do escopo do Sistema Único de Saúde (SUS) e fundamentada pela Constituição Federal de 1988, que preconiza o direito à saúde como um direito universal e igualitário, ainda não reconhece adequadamente a realidade das mulheres trans negras como sujeitos concretos de direitos. Embora o reconhecimento das mulheres trans esteja presente de maneira formal em alguns dispositivos legais, o campo da saúde pública, especialmente no que se refere às políticas voltadas à saúde da mulher, continua moldado por uma lógica binária do gênero, reafirmando o cisheteropatriarcado ao não contemplar suas necessidades e especificidades de forma plena.

Este fenômeno demonstra que, embora as políticas públicas de saúde, como o SUS, sejam pautadas pela universalidade e pela busca pela igualdade de acesso, não existe política pública neutra. Primeiro, porque estas políticas são fruto da correlação de forças entre as lutas sociais e o Estado, agente regulador que reitera a manutenção das relações coloniais e capitalistas. Segundo, porque as conquistas dos direitos de cidadania, quando operacionalizadas em forma de políticas, reflete também as opressões estruturais racista e cisheteropatriarcal particulares da sociedade onde foram concebidas e implementadas.

Como parte deste processo complexo, o Estado, desenha e implementa políticas públicas sem considerar a interseccionalidade entre as opressões, o que acaba por contribuir para a legitimação e reprodução de desigualdades estruturais e, consequentemente, muitas vezes ignora as realidades de grupos minoritários e marginalizados, como as mulheres trans negras. A análise crítica do presente capítulo, então, visa evidenciar essas falhas e propor uma reflexão sobre a necessidade de um redesenho mais inclusivo e priorizando a inseparabilidade entre interseccionalidade, intersetorialidade e transversalidade das políticas públicas de saúde, para que efetivamente considerem e atendam às especificidades dos corpos dissidentes.

A cisheteronormatividade é um sistema que influencia a maneira de como as relações de gênero e sexualidade são percebidas e estruturadas na sociedade, privilegiando identidades cisgêneras e heterossexuais e marginalizando aquelas que não se enquadram naquele modelo. Segundo Viviane Vergueiro (2015) citando Jaqueline de Jesus (2012), a cisgeneridade pode ser compreendida como experiência individual de gênero que corresponde ao sexo que lhe foi atribuído no nascimento, ou seja, a pessoa cisgênera é aquela cuja identidade de gênero

coincide com o gênero determinado no momento do seu nascimento. Em consonância com Grimm (2017), para Vergueiro, pessoas cisgêneras são "as pessoas não-transgênero" (JESUS apud VERGUEIRO, 2015)

[...] A heteronormatividade, para além das práticas sexuais e afetivas do sujeito, normatiza também seu gênero, sua expressão e sua performatividade de gênero. Dessa forma, tudo o que escapa ao cisgênero e, conjuntamente, ao heterossexual, foge à categoria do "certo". do straight e torna-se o diferente, o abjeto, o censurável. Nesta perspectiva, torna-se intuitiva a percepção de que a heteronorma não existiria se não fosse cisheteronorma.[...] (ROSA, Eli, 2020, p.72)

O cisheteropatriarcado, enquanto estrutura de poder, opera como um sistema normativo que impõe a cisnormatividade buscando regular as expressões de masculinidade e feminilidade, fundamentando-se na ideia de uma sexualidade estruturada pela norma heterossexual. Judith Butler (2003), ao discutir gênero, critica essa visão essencialista, argumentando que gênero não é uma característica inata, mas sim uma construção performativa moldada por normas culturais e sociais.

Desde antes do nascimento, os indivíduos já são inseridos em um sistema de gênero que pressupõe coerência entre sexo, gênero, desejo e prática sexual — uma noção fortemente enraizada no pensamento ocidental colonial e capitalista. No entanto, segundo Rodrigues (2019), Butler dialogando com Simone de Beauvoir, desconstrói essa ideia, apontando que categorias como "homem" e "mulher" não são fixas, mas sim construções relacionais e, indo além, afirma que são construções ficcionais embora produzam efeitos na materialidade da vida.

Além disso, o sujeito não é formado isoladamente, mas atravessado por intersecções de raça, classe e contexto social. A matriz heterossexual, ao estabelecer um modelo binário de gênero, não apenas delimita identidades, mas também sustenta sistemas de poder que perpetuam desigualdades que excluem, patologizam e violentam pessoas dissidentes.

4.1 Análise do texto da política

Inicialmente, ao analisar o título da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que opta por utilizar "mulher" no singular, percebo que não é apenas uma questão de terminologia, mas reflete uma concepção política e social sobre as mulheres e suas necessidades. Ao optar por "mulher" no singular, em vez de no plural, a política reduz a complexidade e a diversidade da experiência feminina a um único modelo, ignorando as

múltiplas realidades e desafios que as mulheres enfrentam no Brasil. Essa simplificação tem implicações profundas, uma vez que a saúde das mulheres não é homogênea, mas profundamente marcada por questões de classe social, raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, entre outros fatores.

Essa escolha, ao silenciar as diferenças, coloca em risco a efetividade da política, uma vez que não reconhece as especificidades das diversas mulheres que a compõem. A mulher negra, por exemplo, enfrenta obstáculos relacionados ao racismo estrutural, que afetam seu acesso a serviços de saúde de qualidade. Já a mulher indígena enfrenta barreiras culturais e geográficas que dificultam o acesso à saúde, além de um histórico de negação de direitos e genocídio. Mulheres transexuais e travestis, por sua vez, possuem necessidades de saúde completamente distintas, questões que raramente são abordadas em políticas focadas em uma "mulher" homogênea.

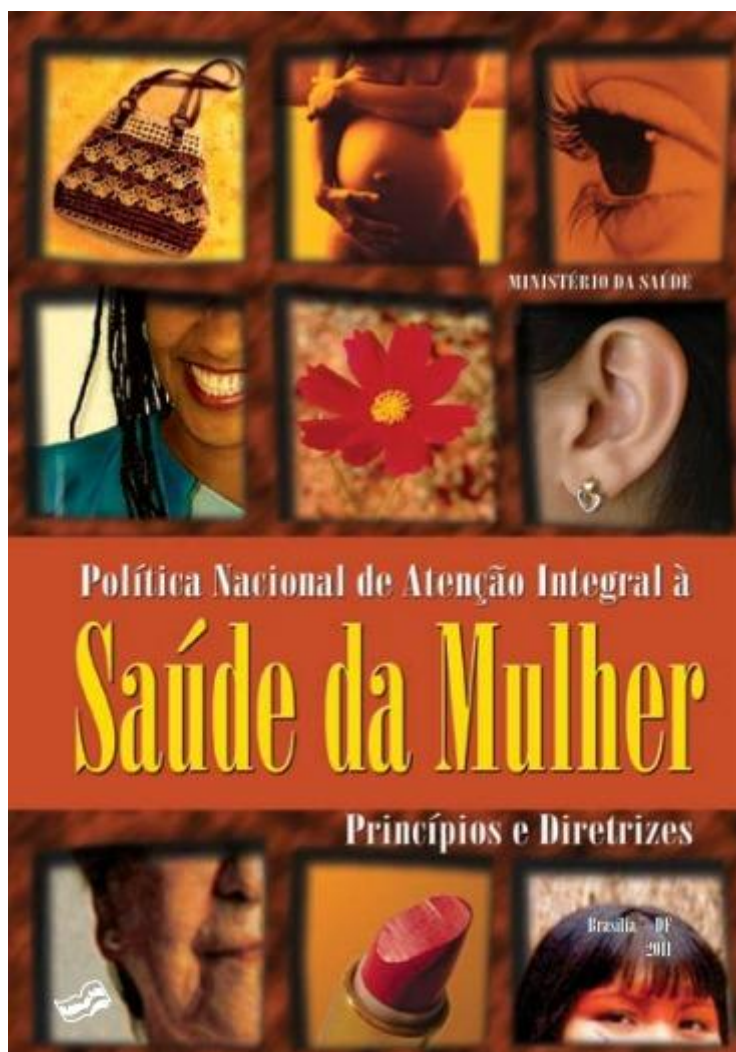
Esse tratamento da mulher de forma singular pode ser visto como uma forma de invisibilização das mulheres. Ao falar de "mulher" como se fosse um único sujeito, a política nega a multiplicidade de experiências, como as de mulheres negras, indígenas, trans e outras mulheres que, por sua vez, enfrentam desafios específicos e têm necessidades diferenciadas. Isso não é uma questão meramente linguística, mas sim uma estratégia política que complexifica ainda mais as mulheres marginalizadas e fragiliza a construção de uma saúde pública que as atenda de forma integral.

Além disso, essa escolha reflete uma visão patologizante e universalizante da mulher, que não leva em conta as desigualdades estruturais e as diversas formas de opressão que atravessam a experiência feminina. Ao tratar a "mulher" como uma entidade única, o título sugere que todas as mulheres compartilham das mesmas condições de saúde e bem-estar, o que é manifestamente falso, especialmente quando se considera as condições de vida e os direitos de acesso a serviços de saúde que são negados a muitas mulheres, em especial as de mulheres trans e travestis.

O plural no título teria sido mais adequado, pois permitiria uma abordagem mais inclusiva e sensível à diversidade de necessidades e condições de vida das mulheres. A saúde da mulher não pode ser tratada de maneira única, porque as mulheres não são uma categoria homogênea. Por isso, a opção pelo singular não só limita a visão de saúde da mulher, como também reforça a invisibilidade de mulheres que já enfrentam o duplo ou triplo estigma de

ser mulher e de pertencer a grupos sociais marginalizados. Uma política que se pretende inclusiva deve necessariamente reconhecer essas especificidades e garantir que os direitos à saúde sejam acessíveis e efetivos para todas as mulheres, sem exceção.

4.2 Análise crítica da imagem na capa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher



BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Capa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

A capa da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (2011) pode ser vista como um reflexo das representações sociais e das diversas identidades que o documento procura abranger. Ao analisar a presença de elementos como uma bolsa artesanal, uma flor e um batom, que podem ser interpretados de maneiras distintas, dependendo do contexto cultural e social. Esses elementos frequentemente associam-se à feminilidade de um certo

padrão, sugerindo um estereótipo de mulher que se preocupa com a estética e com os cuidados pessoais. A bolsa artesanal, por exemplo, pode ser vista como uma referência ao empoderamento feminino dentro de um contexto de consumo ou de identidade cultural, enquanto a flor e o batom podem remeter a uma feminilidade tradicional e muitas vezes padronizada.

Por outro lado, a capa também traz figuras representativas de outras mulheres, como a criança indígena, a mulher negra e a idosa, que demonstram a diversidade e as múltiplas realidades vividas pelas mulheres no Brasil. A presença dessas representações sugere que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher visa atender e reconhecer as necessidades específicas dessas mulheres, respeitando suas diferenças culturais, étnicas e geracionais. No entanto, a questão que surge é se a imagem da capa reflete, de fato, quem se destina realmente a essa política, ignorando a complexidade e as especificidades de outras identidades. Ao representar algumas mulheres, como as negras, indígenas e idosas, a capa sugere uma diversidade que, à primeira vista, parece contemplar a pluralidade das experiências femininas. Contudo, ao não conter a representação de mulheres trans, a imagem deixa de refletir a totalidade das realidades vividas pelas mulheres no Brasil, particularmente aquelas que enfrentam uma série de barreiras específicas no acesso à saúde

Esse contraste entre os elementos da capa e as diferentes representações das mulheres pode ser um ponto de reflexão sobre como políticas públicas e representações visuais podem, por um lado, tentar englobar uma diversidade de identidades e, por outro, também reforçar padrões que nem sempre atendem de maneira integral as necessidades e particularidades de todas as mulheres.

A PNAISM (BRASIL, 2004) estrutura-se em um texto organizado para garantir o cuidado integral à saúde da mulher, com enfoque nos seus direitos e necessidades específicas. O documento é composto por oito capítulos e contém 86 páginas. Elencando a saúde da mulher como prioridade do governo, impulsionado e construído por de forma articulada com diversos setores da sociedade, sendo:

em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. (BRASIL, 2004. p. 5).

Esse documento foi elaborado com o propósito de consolidar essa união, reafirmando o compromisso com a implementação de ações de saúde que promovam os direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas passíveis de prevenção e evitáveis. Segundo o documento:

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004. p.5).

É destacado no documento, a centralidade das mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto como usuárias diretas quanto como cuidadoras de familiares e membros da comunidade. Na qual, consiste garantir o acesso à saúde pelas mulheres considerando suas múltiplas responsabilidades numa sociedade cisheteropatriarcal impostas no âmbito doméstico e familiar. Sendo assim, reforçando e naturalizando a reprodução dos papéis de gênero destinados às mulheres. Além disso, reconhece que a saúde das mulheres é influenciada por fatores sociais e econômicos, como condições de trabalho, sobrecarga doméstica, discriminação e desigualdades de raça e classe. O texto também aponta que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas adoecem com maior frequência, principalmente devido a desigualdades estruturais, e não apenas a fatores biológicos e enfatiza a necessidade de analisar os dados epidemiológicos com um olhar de gênero, compreendendo como essas múltiplas desigualdades impactam o padrão de saúde das mulheres no Brasil.

No documento que guia a PNAISM, o capítulo intitulado “Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero” (BRASIL, 2004), discute as diferentes concepções sobre saúde da mulher e como elas evoluíram ao longo do tempo. Inicialmente, destaca que algumas visões reduzem a saúde feminina à sua capacidade reprodutiva, ignorando outras dimensões da vida e excluindo direitos sexuais e de gênero. A partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), a saúde reprodutiva passou a ser vista de forma mais ampla, incluindo bem-estar físico, mental e social. No entanto, essa abordagem ainda não considera plenamente os determinantes sociais da saúde.

O capítulo também enfatiza que a saúde não é apenas uma questão biológica, mas está diretamente ligada a fatores sociais, econômicos, culturais e históricos, o que gera desigualdades entre homens e mulheres. Contudo, pensar as desigualdades entre homens e mulheres é imprescindível, mas não dá conta de analisar as complexas desigualdades que existem entre as mulheres, considerando a interseccionalidade entre as opressões. As mulheres não são uma coletividade homogênea, e as diferenças relacionadas à raça, classe, sexualidade, deficiência e outras dimensões da identidade se entrelaçam, gerando desigualdades específicas que exigem uma abordagem mais inclusiva e sensível às diversas realidades vividas por elas, sobretudo no acesso à saúde e na experiência de cuidados.

As desigualdades de gênero impactam diretamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, sendo agravadas por questões como classe social, raça, etnia e pobreza. O conceito de gênero é apresentado como uma construção social que define papéis e comportamentos esperados para homens e mulheres, influenciando leis, políticas públicas e relações de poder. Por isso, o documento reforça a importância de incorporar a perspectiva de gênero na formulação e implementação das políticas de saúde, garantindo direitos, igualdade e melhores condições de vida para as mulheres.

No capítulo "Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil" da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) apresenta um panorama geral das condições de saúde das mulheres no país, destacando os principais desafios e desigualdades que impactam esse grupo.

Ele aborda dados epidemiológicos e estatísticas que evidenciam como fatores sociais, econômicos, raciais e de gênero influenciam no adoecimento e na mortalidade feminina. Além disso, também ressalta que o adoecimento provém principalmente devido à sobrecarga de trabalho, desigualdades no acesso à saúde e violência de gênero. Destacando-se assim, outro ponto central que é a dupla jornada de trabalho, já que muitas mulheres acumulam atividades profissionais com o trabalho doméstico e o cuidado com familiares. Essa carga excessiva tem impacto direto na saúde mental e física das mulheres. O capítulo também discute as desigualdades regionais, evidenciando que mulheres em situação de vulnerabilidade, como indígenas, negras, quilombolas e aquelas em áreas rurais, enfrentam ainda mais dificuldades para acessar serviços de saúde de qualidade.

Por fim, o diagnóstico serve como base para a formulação de estratégias dentro da PNAISM, garantindo que as políticas públicas sejam direcionadas para reduzir essas desigualdades e promover a saúde integral das mulheres no Brasil.

Por meio da leitura e análise do documento, percebe-se que este ainda trabalha dentro de uma perspectiva cisnormativa, ou seja, assume que a "saúde da mulher" está diretamente ligada ao sexo biológico feminino. Isso exclui as experiências das mulheres trans, especialmente as negras, que enfrentam níveis ainda maiores de vulnerabilidade devido à interseccionalidade entre transfobia, racismo e desigualdade social.

Além disso, as principais estatísticas utilizadas no diagnóstico não incluem a população trans, pois muitos dados de saúde são baseados em registros que não reconhecem a diversidade das identidades de gênero, classificando as pessoas apenas pelo sexo designado ao nascer. Isso inviabiliza as demandas das mulheres trans no geral, inclusive se forem negras, que sofrem com maior exclusão dos serviços de saúde, maior risco de violência e menor acesso a políticas públicas eficazes. Ou seja, a PNAISM avança na abordagem interseccional em alguns aspectos, mas ainda mantém lacunas significativas ao não contemplar a diversidade de corpos dissidentes, deixando de fora um grupo que sofre duplas e triplas opressões.

Com base na minha experiência de estágio, pude observar a falta de capacitação das equipes de saúde e a ausência de protocolos específicos para o atendimento de mulheres trans, o que reflete uma lacuna na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa limitação impede o acesso dessas mulheres a um atendimento mais humanizado e adequado às suas necessidades. A falta de formação das equipes de saúde sobre as particularidades dessa população e a inexistência de protocolos claros contribuem para a exclusão e a marginalização desse grupo no sistema de saúde. Esse cenário foi evidente em um serviço de saúde situado em Pernambuco, onde pude perceber as dificuldades enfrentadas pelas mulheres trans em busca de cuidados adequados. A falta de capacitação de equipes e protocolos que reconheçam as especificidades de mulheres trans nos serviços de saúde é um reflexo dessa lacuna da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o que impede o acesso a um atendimento humanizado.

A violência contra mulher trans e travesti é um dado alarmante, e o atendimento em saúde deve ser pensado de forma integral, porém, há serviços voltados para o apoio de

mulheres vítimas de violência que priorizam apenas atendimentos ginecológico como é previsto no documento, reforçando assim, a exclusão que o cisheteropatriarcado impõe com a marginalização dessas mulheres, empurrando para a invisibilidade institucional, dificultando ainda mais o acesso.

No campo das políticas públicas de saúde, é fundamental analisar criticamente a capacidade de abordagem interseccional sobre os serviços de saúde de forma abrangente e inclusiva às mulheres que estão na intersecção entre diversas vulnerabilizações, como, por exemplo, jovens negras, pobres e travestis. A falta de uma abordagem interseccional nos programas e ações formulados pelos governos limita a abrangência e a eficácia dessas políticas, especialmente quando se trata de saúde.

Embora o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) contemple propostas de ação que consideram diferentes formas de discriminação, as políticas públicas ainda tratam os sujeitos de maneira universal e homogênea. A prática concreta sob a insuficiente integração entre identidades como raça, identidade de gênero e orientação sexual resulta em políticas que não atendem plenamente a demandas específicas e simultâneas, perpetuando formas diversas de exclusão social e preconceito.

É essencial afirmar uma nova perspectiva em que a transexualidade e travestilidade não seja limitada por uma visão biologicista e patologizante, mas enaltecida como uma construção social, cultural, performática e identitária, que reconhece e valoriza a existência e o conhecimento insurgente dessas mulheres. Embora as normativas existentes apresentem avanços importantes para a visibilidade trans e travesti na saúde como, por exemplo, o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008 e a utilização do nome social em atendimentos de saúde por meio da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, é ilusório acreditar que a luta tenha sido encerrada. A realidade mostra que esses corpos ainda enfrentam barreiras no acesso igualitário e na oferta de cuidados que respeitem sua dignidade e identidade de gênero. Esse cenário é perpetuado pelo fato de que os critérios de acesso aos serviços de saúde continuam presos a uma lógica binária de gênero — sustentada pelos padrões cisheteronormativos e pela colonialidade que moldou essas estruturas ao longo dos séculos.

O capítulo do documento da política intitulado: "Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher da PNAISM" pretende estabelecer as bases para um cuidado mais empático, respeitoso e integral às mulheres dentro do SUS. Embora esses princípios sejam fundamentais para garantir a dignidade e o direito à saúde das mulheres, ao serem aplicados na prática, eles não são isentos de limitações e desafios.

4.3 Humanização e a realidade das mulheres transsexuais, travestis e dissidentes de gênero

O princípio da humanização na PNAISM preconiza que as mulheres devem ser atendidas de forma digna, respeitando suas necessidades, vivências e desejos. No entanto, a política falha ao não considerar integralmente as experiências e as necessidades específicas de mulheres trans, travestis e de pessoas não-binárias. Uma vez que estas pessoas não são mencionadas(es) em todo corpo textual do documento, corpos dissidentes têm um acesso muitas vezes precarizado à saúde. A humanização das práticas de cuidado precisa ser reavaliada, pois a ausência de uma abordagem interseccional e inclusiva impede que o princípio seja efetivamente aplicado de maneira justa a todas as mulheres.

Embora a humanização nas práticas de saúde busque garantir o acolhimento e o respeito, a realidade dos serviços de saúde no Brasil ainda é marcada por práticas cisnormativas, que não reconhecem as especificidades da saúde trans, como a necessidade de assistência médica especializada como ginecologia e andrologia humanizada para o acompanhamento hormonal, cirurgias de redesignação sexual e outros serviços que necessitem. A transfobia institucional dentro das unidades de saúde, somada à falta de formação e especialidades para esse público para lidar com esses corpos dissidentes, compromete a efetividade da humanização proposta pela PNAISM.

2. Qualidade e Acesso a Serviços Adequados

O princípio da qualidade dentro da PNAISM visa garantir que os serviços de saúde ofereçam condições adequadas de cuidado, com uma abordagem baseada em evidências científicas e respeito aos direitos das mulheres. No entanto, a ideia de qualidade precisa ser repensada já que as condições de acesso à saúde são muitas vezes marcadas por violências

simbólicas e estruturais. A qualidade no atendimento, nesse sentido, não pode ser medida apenas pela infraestrutura das unidades de saúde, mas pela capacidade dessas instituições de acolher e respeitar as identidades de gênero e as especificidades de grupos marginalizados.

A qualidade do atendimento se reflete na acessibilidade e eficácia e continuidade do cuidado, mas quando a política não contempla explicitamente as necessidades de pessoas trans, a qualidade do serviço prestado fica comprometida. Ainda mais por pessoas que enfrentam uma sobrecarga de opressões, resultando em um atendimento de saúde ainda mais fragmentado e precarizado.

Um estudo intitulado "Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil" realizado por Bruna Camillo, Marília dos Santos, Maria Filgueiras e Mariana Amaral (2015). O artigo discute as formas de violência, seus modos de atuação, naturalização e invisibilidade, às quais as pessoas travestis e transexuais são submetidas em Santa Catarina, Brasil. A partir da aplicação de questionários a 100 pessoas trans, foi possível elaborar um perfil psicossocial desta população e identificar as violências específicas pelas quais passa, além de seus principais agentes. Os tipos mais frequentes são a discriminação, as violências psicológica, física e institucional. Ao mapear as formas de violência institucional sofridas por pessoas travestis e transexuais no Brasil, o estudo de Camillo, Dos Santos e Filgueiras et al. (2015) identificou diferentes tipos de violações relatadas pelas pessoas entrevistadas. As principais manifestações identificadas foram: homofobia institucional (37%), ausência de acesso a serviços (36%), recusa de atendimento (27%), abuso de autoridade (27%), violência policial (24%), demora excessiva no atendimento (24%), assédio sexual (18%), assédio moral (18%), omissão (12%) e prisão ilegal (6%). Esses dados evidenciam a prevalência de diversas formas de violência institucional enfrentadas por pessoas travestis e transexuais no Brasil.

O capítulo do documento da PNAISM que aborda as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher se estrutura em subtópicos que orientam as ações e decisões a serem tomadas, de modo a garantir a qualidade, eficiência e segurança. Destaca a preocupação com a diversidade das mulheres em diferentes contextos sociais, étnico-raciais e geográficos. No entanto, percebe-se a ausência da menção explícita à identidade de gênero:

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas

urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (BRASIL, 2011. p.63).

A PNAISM, ao estruturar suas diretrizes, ainda permanece se baseando majoritariamente em uma visão cisnormativa, não reconhecendo explicitamente a diversidade de identidades de gênero. Essa ausência do reconhecimento formal das identidades de gênero faz com que as demandas específicas de mulheres trans, travestis e pessoas não binárias sejam frequentemente invisibilizadas no âmbito das políticas públicas de saúde. Sem esse reconhecimento, questões fundamentais como o acesso e o acompanhamento endocrinológico humanizado para mulheres trans e a inclusão da paternidade trans no pré-natal e no parto ficam à margem das ações implementadas no SUS. Isso perpetua um cenário de exclusão e vulnerabilidade para essas populações, que enfrentam barreiras institucionais no acesso a serviços básicos de saúde e discriminação.

Evidenciando a necessidade que a PNAISM incorpore a diversidade de identidades de gênero de forma explícita em suas diretrizes, promovendo a capacitação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de protocolos específicos que contemplem essas demandas

Conforme Oliveira (2018) o conceito de binarismo de gênero, amplamente disseminado na sociedade brasileira, é uma construção social imposta pelo colonialismo. Esse modelo consolidou a cis-heteronormatividade como padrão, vinculando rigidamente os papéis de homem e mulher a uma estrutura de família nuclear (OYĚWÙMÍ, 2004). No entanto, essa concepção não abarca todas as formas de organização social e identitária existentes no mundo.

A pesquisadora nigeriana Oyěwù mí (2004) propõe uma análise que rompe com essa visão ocidentalizada, ressaltando que diferentes culturas possuem formas diversas de compreender o gênero e a estrutura familiar. Em muitas sociedades, as identidades de gênero não estão estritamente atreladas ao sexo biológico, e as funções desempenhadas por homens e mulheres variam de acordo com o contexto cultural.

No Brasil, o historiador Luiz Mott (1998) identificou menções às "Cudinas", um gênero existente entre os MBAYÁ-GUAICURU, que não se enquadrava na lógica colonial e transgredia a cisheteronormatividade. Essas pessoas adotavam vestimentas femininas, realizavam atividades socialmente associadas às mulheres e mantinham relações afetivas com

homens. No entanto, é importante ressaltar que as Cudinas não podem ser compreendidas a partir de categorias ocidentais como a transexualidade, pois essa leitura pressupõe uma cisgeneridade normativa imposta pelo cisheteropatriarcado colonial e capitalista.

Referências históricas, como a de Francisco Rodrigues do Prado em 1795, registram a presença das Cudinas entre os Guaicurú muito antes do período colonial, ainda que de forma preconceituosa e distorcida. Esses relatos demonstram que a diversidade de gênero sempre existiu na sociedade indígena, desafiando a concepção binária imposta pela colonização e revelando formas de existência que escapam às categorias ocidentais de gênero e sexualidade. como aponta Fernandes (2016) no relato de Francisco Rodrigues do Prado, originalmente escrito em 1795 e publicado na *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Brasil*, descreve-se que:

Entre os Guaycurús ha homens que affectam todos os modos das mulheres; vestemse como ellas, occupam-se em fiar, tecer, fazer panellas & etc. A estes chamam Cudinas, nome que dão a todo o animal castrado; e verdadeiramente elles são as meretrizes desta nação, que faz uso do peccado amaldiçoado por São Paulo, e outros que impedem a propagação humana. (FERNANDES, 2016, p. 18)

Apesar da forma discriminatória como foram registradas, essas referências demonstram que a diversidade de gênero sempre existiu nas sociedades indígenas, desafiando a concepção binária imposta pela colonização e revelando formas de existência que escapam às categorias ocidentais de gênero e sexualidade.

A política reconhece a necessidade de garantir atenção integral à saúde das mulheres em diferentes fases da vida e em diversos contextos sociais, porém sua estruturação ainda está pautada no binarismo cisnormativo de gênero.

Os eixos da PNAISM enfatizam a atenção à saúde reprodutiva, materna e ginecológica, reforçando um modelo que associa as mulheres à capacidade gestacional e ao papel reprodutivo. Excluindo demandas específicas de mulheres trans e travestis que possuem necessidades e vivências diferentes e, que também necessitam de cuidados ginecológicos e endocrinológicos, mas enfrentam dificuldades no acesso devido à falta de diretrizes explícitas para esse público.

Além disso, o reconhecimento da paternidade e maternidade dentro da PNAISM não considera a experiência de homens trans que gestam, deixando um vácuo na formulação de

diretrizes que garantam um pré-natal inclusivo e humanizado. Da mesma forma, a ausência de uma abordagem sobre endocrinologia humanizada para mulheres trans reforçando barreiras no acesso à hormonioterapia segura e ao acompanhamento especializado no SUS.

Análise dos objetivos gerais da PNAISM:

Os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher dispõe:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011, p.67)

Mesmo trazendo uma forma de sistematização que evidencia um discurso atento à pluriversidade da existência das mulheres, os dados obtidos pela organização Criola (2024) evidenciam que esses objetivos não estão sendo plenamente alcançados. A persistência de desigualdades vinculadas às opressões estruturais, o crescimento alarmante dos casos de violência contra mulheres negras cis e trans, indicam a que a política falha em não abordar, nem garantir proteção e acesso para essas mulheres. O levantamento analisou a situação de mulheres e meninas negras, cis e trans, nos índices de violência de gênero e feminicídio, demonstrando que o racismo patriarcal cisheteronormativo estrutural impede a efetiva garantia de direitos e compromete os objetivos da política.

A pesquisa utilizou informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ambos do Ministério da Saúde. Além disso, com base na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), foram solicitados dados sobre homicídios e feminicídios às 27 secretarias estaduais de segurança pública, considerando o período de 2018 a 2022.

Os resultados apontam um crescimento alarmante nos casos de feminicídio entre mulheres negras cis e trans. Enquanto a taxa de feminicídio de mulheres brancas cresceu 51%, entre mulheres negras o aumento foi de 118%. Além disso, o número de notificações de violência sexual contra mulheres trans e travestis negras aumentou 41% no período analisado, enquanto o crescimento entre mulheres brancas foi de 14%.

Esses dados evidenciam a necessidade urgente de políticas públicas que não apenas criminalizem a violência, mas que também adotem uma abordagem interseccional voltada para a prevenção, proteção e a garantia de direitos sociais e de saúde para essas mulheres.

4.4 Transversalidade na PNAISM sem interseccionalidade?

A transversalidade é uma estratégia usada para incluir diferentes perspectivas nos programas e ações do governo. Para funcionar bem, é preciso que os órgãos públicos trabalhem juntos, tanto na hora de entender os problemas da sociedade quanto na busca por soluções integradas. Isso significa reconhecer que os desafios são complexos e exigem formas inovadoras de gestão, com a colaboração entre diferentes setores do governo, entre estados e municípios, e também com a participação ativa da sociedade na construção das políticas públicas. Neste processo, é relevante o reconhecimento e a consideração das opressões estruturais, ou seja, deve haver uma inseparabilidade entre transversalidade, intersetorialidade e interseccionalidade. Tal reconhecimento é fundamental para desafiar a ordem cisheteropatriarcal entendendo as complexidades e as especificidades que atravessam a Política de Saúde de Atenção Integral à Saúde da Mulher ao ser permeado por normas sistêmicas opressoras.

A transversalidade (Brasil, 2018) é uma estratégia de gestão pública que busca integrar temas estratégicos e perspectivas de sujeitos políticos nas ações governamentais, garantindo que políticas públicas contemplem diferentes grupos de forma estruturada e articulada. Ela se diferencia da multisetorialidade por não apenas coordenar setores, mas por atravessar as políticas com perspectivas específicas.

A transversalidade significa considerar que as opressões fazem-se presentes nas mais diversas esferas de sociabilidade e que, portanto, mesmo que uma certa política não seja elaborada para atender, especificamente, as questões das mulheres ou pessoas sexo-gênero dissidentes, por exemplo, deve considerar o gênero como questão que permeará a vida das populações que acessam tal política. Assim, compreendemos que gênero, raça e classe como

opressões e explorações estruturais, devem ser transversais no conjunto das políticas públicas elaboradas e implementadas pelo Estado.

Já a interseccionalidade (AKOTIRENE, 2019) é um instrumento político, teórico e metodológico para compreender como as múltiplas desigualdades que atravessam determinados grupos, como raça, gênero, classe e sexualidade. No caso da população trans negra, a transversalidade articulada com interseccionalidade pode garantir que políticas públicas levem em conta as intersecções entre transfobia, racismo e desigualdades de gênero na formulação e execução das ações governamentais. A interseccionalidade fornece uma visão não homogeneizante e não fragmentada das opressões e se torna imprescindível para que haja uma efetiva transversalidade nas políticas públicas, visto que:

Soma-se a essa visão fragmentada da transversalidade certa homogeneização da questão das “minorias” na ideia de “temas transversais”. Como resultado, enfraquece-se, por um lado, cada grupo populacional, na medida em que estes são percebidos como indistintos. Visto que boa parte dos argumentos em prol de gestão transversal dos temas afetos a estes grupos é específica a cada um deles – ou, mais precisamente, a vulnerabilidades, violações de direitos, organizações e políticas específicas de cada grupo –, a indistinção torna o debate por demais superficial. Considera-se necessário, neste caso, reavaliar a adequação do próprio uso do termo aos temas transversais, que contribui para esta homogeneização (IPEA, 2009, p. 784).

É relevante considerar que a transversalidade de gênero nas políticas públicas emerge de uma pauta feminista que, historicamente, conquistou destaque nos discursos governamentais, sendo posta como um reflexo de um movimento que visa desconstruir as desigualdades de gênero e promover a “igualdade entre os sexos”. Assim, emerge a questão: Qual base epistemológica é incorporada para tal transversalidade e por que não contempla corpos dissidentes na Política de Atenção Integrada à Saúde da Mulher?

Por meio da abordagem interseccional, o Estado pode garantir que políticas de saúde não sejam baseadas em um modelo binário de gênero e contemplem a diversidade de corpos e experiências. Isso exigiria que cada setor da saúde (atendimento primário, especializado, serviços hospitalares) incluísse a perspectiva trans e travesti em suas diretrizes, capacitando profissionais e garantindo atendimento adequado e livre de discriminação. Porém, não é a realidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tanto no discurso quanto na prática, evidenciando uma invisibilidade dessa população na base da Política.

No Brasil, a transversalidade tem sido incorporada no planejamento governamental por meio de iniciativas como o Plano Plurianual (PPA) 2024-2027 e a Lei Orçamentária Anual (LOA) 2024, que priorizam agendas como a Agenda Transversal Mulheres. No

entanto, essas políticas ainda apresentam lacunas na inclusão da população trans e trans negra, pois as desigualdades específicas enfrentadas por esse grupo quase sempre são centrais, ou sequer consideradas, na formulação das ações. A transversalidade, quando efetivamente aplicada e articulada com a interseccionalidade, poderia garantir que políticas de saúde, assistência e direitos humanos levassem em conta a realidade de pessoas trans negras, promovendo atendimento integral e reduzindo barreiras de acesso.

Os principais desafios incluem a falta de reconhecimento institucional da população trans e trans negra como um grupo prioritário na política, a resistência em incorporar abordagens interseccionais e a ausência de dados e diagnósticos específicos sobre esse segmento. Além disso, a estrutura cisheteronormativa das políticas de saúde relega as demandas das pessoas trans para uma política fragmentada, em vez de integrá-las de forma transversal nas políticas de atenção à saúde das mulheres. Deve ser reconhecida a relevância de políticas setoriais específicas para a população trans e travesti, entretanto, a existência de tais políticas não deve significar que as demandas desta população não sejam contempladas no conjunto das políticas públicas.

A transversalidade garante que o gênero, por exemplo, seja um eixo estruturante das políticas, mas somente quando articulada à interseccionalidade pode realmente enfrentar as desigualdades em toda a sua complexidade. Uma política pública de gênero que não incorpora raça, classe e sexo-gênero dissidência acaba por reproduzir exclusões, mesmo quando sua intenção é promover equidade quando não considera as opressões estruturais.

O racismo e o cisheteropatriarcado estruturam a sociedade capitalista e, conseqüentemente, a formulação das políticas públicas. Isso significa que muitas políticas de saúde, incluindo a PNAISM, foram desenvolvidas com base em um modelo de mulher cisgênero branca e heterossexual, excluindo as especificidades da população trans no geral e, de modo particular, da população trans negra, resultando em barreiras adicionais para essa população, como discriminação por parte de profissionais da saúde, falta de protocolos específicos e descontinuidade no atendimento.

A ausência de dados específicos sobre sexo-gênero dissidência (como a identidade de gênero, por exemplo) e raça/cor nos registros de saúde pública dificulta o reconhecimento das disparidades e a formulação de ações afirmativas e reparatórias. A hegemonia dos discursos cisheteronormativos na formulação de políticas sociais resulta em um modelo de saúde que, muitas vezes, exclui a diversidade de vivências de gênero. Como aponta Ribeiro (2018), a construção do conhecimento e a análise das políticas sociais frequentemente absorvem

discursos dominantes, negligenciando dimensões essenciais da realidade social. Dessa forma, a política de saúde da mulher se estrutura, majoritariamente, em torno das necessidades das mulheres cisgênero, deixando de lado a saúde de pessoas trans, travestis e não binárias, que enfrentam barreiras institucionais para o acesso a serviços básicos e especializados.

Segundo as autoras, Renísia Cristina Garcia Filice e Cristina Besen Muller (2024), ao abordarem a importância da transversalidade e interseccionalidade na Políticas Públicas, citam Nancy Fraser e Axel Honneth (2003) que definem as políticas de redistribuição e de reconhecimento como os dois eixos principais das lutas por justiça social. Nas políticas de redistribuição que busca uma partilha mais equitativa dos recursos econômicos e sociais para promover justiça social, sendo o objetivo corrigir as desigualdades socioeconômicas. Já a Política de reconhecimento trata do valor e respeito pelas diversas identidades, como raça, gênero, sexualidade e etnia. O foco aqui é garantir que as diferenças culturais e sociais sejam reconhecidas sem a dominação de um grupo sobre outro, favorecendo a inclusão social.

Fraser (2003) argumenta que as políticas de reconhecimento, quando isoladas da redistribuição econômica, podem enfraquecer a luta por justiça social. Ela critica como, durante a segunda onda do feminismo, os movimentos sociais focaram nas questões identitárias, o que acabou distraindo a atenção das questões político-econômicas, como a redistribuição de recursos. Ela sugere que o afastamento da redistribuição enfraqueceu a capacidade dos movimentos sociais de se opor às políticas neoliberais e ao crescimento do chauvinismo de direita. Ou seja, as questões de identidade foram usadas de maneira superficial, sem tratar das desigualdades estruturais do capitalismo. Desta forma, “essa abordagem não pôde opor-se de maneira efetiva nem à selvageria das políticas de livre-mercado nem ao chauvinismo de direita que emergiu com elas” (FRASER, 2007, p. 293).

Fraser introduz o conceito de "neoliberalismo progressista", que descreve uma aliança entre movimentos sociais (como feministas, ambientalistas, e LGBTQIAPN+) e setores financeiros neoliberais. Esse pacto prioriza direitos baseados em representatividade e empoderamento individual, mas sem fazer uma ligação com políticas de redistribuição. O problema, segundo Fraser, é que essa abordagem favorece a individualização e a meritocracia, sem buscar uma redistribuição equitativa de recursos e oportunidades, essencial para combater as desigualdades estruturais. (FRASER, 2018)

Para Fraser, a solução para combater a hegemonia do neoliberalismo progressista é combinar as lutas por redistribuição econômica e reconhecimento não hierárquico. Isso significa unir as demandas das classes trabalhadoras com as lutas de movimentos sociais emancipatórios (antirracistas, feministas, LGBTQIAPN+, ambientalistas, etc.). Ela acredita que isso poderia fortalecer as lutas por justiça social e unir toda a classe trabalhadora em uma frente comum. Segundo, Fraser (2018, p. 58), “combinando redistribuição igualitária com reconhecimento não hierárquico, esta opção tem pelo menos uma chance de lutar pela união de toda a classe trabalhadora”.

No contexto da saúde, isso se traduz na necessidade de garantir o acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade para todos, todas e todes, especialmente para as populações mais vulnerabilizadas. A redistribuição de recursos é essencial para reduzir as desigualdades socioeconômicas que afetam diretamente a saúde da população, promovendo condições de vida mais justas e igualitárias e a garantia serviços e ações para promover a saúde da população, como prevenção de doenças, tratamento médico, acesso a serviços de saúde, e promoção de estilos de vida saudáveis

No entanto, é igualmente importante reconhecer que, para que as políticas de saúde sejam verdadeiramente eficazes, elas devem ir além da simples distribuição de recursos. Neste sentido, a transversalidade e a interseccionalidade são elementos essenciais nesse processo. A transversalidade deve significar uma intersectorialidade, ou seja, integrar diferentes áreas e perspectivas nas políticas públicas, considerando as diversas dimensões da vida das pessoas — como gênero, raça, classe social, orientação sexual e outros fatores sociais — que influenciam diretamente a saúde. Por exemplo, uma política de saúde que apenas se faz voltada ao atendimento de populações vulnerabilizadas economicamente sem considerar as especificidades das diferentes populações, pode acabar não atendendo adequadamente às necessidades de grupos historicamente marginalizados.

Portanto, a interseccionalidade é uma abordagem crucial para entender como as diferentes formas de opressão e desigualdade se cruzam e impactam as experiências de saúde de indivíduos. Mulheres trans negras, por exemplo, enfrentam desafios únicos que não podem ser compreendidos apenas a partir de uma perspectiva de gênero ou de raça isoladamente. As desigualdades de saúde que essas populações enfrentam são o resultado de uma combinação de fatores, e a interseccionalidade ajuda a criar políticas de saúde que atendam essas realidades de forma mais abrangente e inclusiva.

Sendo assim, ao focar nas políticas de redistribuição, é imprescindível que as ações sejam também pensadas de maneira transversal e interseccional, considerando as múltiplas identidades e realidades das pessoas. Dessa forma, as políticas de saúde podem ser mais eficazes, inclusivas e justas, garantindo que todas as populações, especialmente as mais marginalizadas, tenham acesso não apenas aos recursos, mas também ao respeito às suas necessidades específicas e complexas.

Além disso, o modelo neoliberal progressista que orienta a seguridade social no Brasil enfraquece a universalidade do atendimento, promovendo seletividade e privatização dos serviços, como destaca BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, (2017, p, 222) Esse contexto agrava a exclusão de populações marginalizadas, que dependem integralmente do sistema público de saúde para atendimento qualificado. O subfinanciamento da seguridade social, intensificado pelo superávit primário e por ajustes fiscais rigorosos, compromete ainda mais a ampliação e a adequação da política de saúde das mulheres. O orçamento reduzido para políticas sociais limita a implementação de ações voltadas à população LGBTQIAPN+, perpetuando desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

Em meio ao cenário caótico de desmonte de políticas sociais frente ao impacto da nova onda neoliberal progressista, a intersectorialidade no Brasil tem sido configurada fragmentada em meio à setorização das responsabilidades diante as disputas e tensionamento de forças de interesses promovendo uma desarticulação entre as políticas.

Assim, o desafio está posto na construção de bases políticas e de mecanismos intersectoriais que estabeleçam a comunicação, articulação e a formação de uma nova cultura organizacional entre órgãos e agentes públicos. “Essas mudanças só serão efetivas quando houver nova maneira de olhar a realidade social, de lidar com ela, o que significa mudar práticas organizacionais, que só ocorrem quando há transformação de valores e da cultura das organizações” (Junqueira, 2005, p. 6). Dessa forma a criação de sistemas e fluxos de comunicação, o planejamento e as definições de estratégias entre as diversas estruturas e agentes públicos e privados, possibilitam construir uma nova cultura organizacional e o atendimento integral das demandas.” WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; DA PAZ, R. D. O. *Intersectorialidade nas políticas públicas*. (2020).

Uma das alternativas para enfrentar essas lacunas é fortalecer o controle democrático nas políticas públicas, especialmente na política social, a articulação da intersectorialidade com uma abordagem transversal e interseccional como centrais para a complementaridade

dos serviços públicos de saúde para promover a participação ativa de grupos historicamente excluídos na formulação e fiscalização das políticas públicas. A experiência dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos, instituída com a Constituição de 1988, deve ser ampliada e aprimorada para assegurar que as demandas das pessoas sexo-gênero dissidentes sejam reconhecidas e contempladas.

Nesse sentido, a transversalidade interseccional deve ser um princípio orientador das políticas de saúde, considerando a interseção entre a raça e as identidades de gênero nas diferentes áreas além da saúde como educação, assistência social e trabalho para garantir uma abordagem integrada e eficaz. Incorporar essa perspectiva significa reconhecer que a saúde das mulheres e das pessoas sexo-gênero dissidentes em sua pluriversidade étnico-racial não pode ser tratada isoladamente, mas sim articulada com outras políticas públicas que abordem as múltiplas dimensões da desigualdade social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho monográfico buscou refletir sobre a necessária e urgente inclusão de mulheres transexuais e travestis, de modo a considerar raça e etnia na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, considerando as desigualdades impostas a esses corpos pelas opressões estruturais e, portanto, sistêmicas cisheteropatriarcal e racista. A partir de uma perspectiva interseccional (AKOTIRENE, 2019) foi possível compreender como o racismo e a cisheteronormatividade (VERGUEIRO, 2016) de gênero estrutura exclusões e limitações no acesso de direitos à saúde. Além disso, ao traçar um panorama histórico das políticas de saúde voltadas para as mulheres, analisamos como as concepções sobre gênero influenciam a formulação dessas políticas, frequentemente desconsiderando as especificidades de corpos que fogem da normatividade ciscêntrica (GASPODINI & JESUS, 2020).

Apesar dos avanços obtidos ao longo dos anos nas Políticas de Saúde das Mulheres, a realidade demonstra que ainda há desafios significativos a serem superados, ainda mais mediante o impacto da nova onda “neoliberal progressista” (FRASER, 2018). A efetiva implementação das políticas públicas de saúde e o combate à discriminação desde a elaboração da política até os serviços de atendimento, permanecem como questões urgentes. Assim, é fundamental que o debate sobre saúde e direitos das mulheres transsexuais e travestis negras continue sendo ampliado, com o fortalecimento de ações que garantam equidade no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dessas identidades dentro das políticas públicas. Somente a partir da desconstrução de barreiras institucionais, que refletem as opressões estruturais, será possível alcançar um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo e capaz de atender às necessidades de todas as mulheres.

Diante dos desafios expostos, torna-se imperativo adotar uma abordagem que contemple a transversalidade interseccional e intersetorial na promoção da equidade em saúde. Reconhecer a imbricação dos sistemas de opressão-exploração de raça, sexo-gênero dissidência e classe revela-se essencial para compreender e enfrentar as disparidades no acesso aos cuidados de saúde. Especificamente no que diz respeito ao acesso das mulheres trans, travestis e negras aos serviços de saúde, é fundamental que haja um comprometimento efetivo do Estado e dos profissionais da área na superação das barreiras institucionais e estruturais que limitam essa população.

A partir da análise, foi possível identificar que a raça é incorporada na base das políticas ao considerar o racismo estrutural determinante no processo saúde-doença, mas não o gênero em sua pluriversidade de existência, evidenciando uma lacuna e a exclusão de todos os corpos dissidentes e, de modo particular, não brancos. Considerando que as bases epistêmicas do transfeminismo estão enraizadas no próprio feminismo negro (JESUS, 2014), podemos compreender que a falta de incorporação de raça e gênero em sua magnitude reflete uma exclusão da interseccionalidade enquanto categoria política e teórico-metodológica.

Raça e gênero têm sido reconhecidas apenas parcialmente, limitando o acesso pleno ao direito fundamental à saúde. Neste sentido, é relevante afirmar que a marca cisheteronormativa e não interseccional nas políticas públicas reflete o silenciamento das epistemologias negras, trans e travestis. O que significa que ainda permanecem hegemônicas as epistemologias ciscentradas e brancas no processo de elaboração e implementação destas políticas.

Durante a pesquisa, também percebi a grande dificuldade em obter dados sobre identidades de gênero dissidentes, uma vez que essa categoria ainda é desconsiderada e/ou tratada de forma fragmentada nas políticas existentes. A ausência de dados sistemáticos e integrados sobre as diferentes identidades de gênero e como se articulam aos processos de racialização resulta em uma abordagem desarticulada e insuficiente, que não atende adequadamente às necessidades dessa população.

Essa lacuna de dados compromete a formulação de políticas públicas eficazes e direcionadas, que sejam capazes de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde para todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero e raça. A fragmentação das políticas, causada pela falta de informações consistentes e abrangentes, impede o desenvolvimento de ações mais específicas e adaptadas à realidade de pessoas trans, travestis e não-binárias e de outras identidades de gênero.

A coleta de dados sobre gênero em suas dissidências, bem como de dados étnico-raciais é indispensável para a formulação de políticas públicas de saúde mais inclusivas e equitativas. Ao integrar essas informações, é possível identificar e combater as desigualdades que afetam, de maneira interseccional. A análise desses dados permite o desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas, que atendam às necessidades específicas dessas populações, promovendo o acesso igualitário e humanizado aos serviços de saúde. Além disso, a coleta de dados étnico-raciais e de gênero contribui para a eliminação de

práticas discriminatórias no sistema de saúde, proporcionando um atendimento mais sensível e respeitoso às diferentes identidades.

A implementação dessas medidas não só fortalece a equidade no acesso à saúde, mas também cria um ambiente mais democrático. Dessa forma, políticas públicas bem estruturadas podem diminuir as disparidades existentes e garantir um sistema de saúde mais inclusivo, justo e acessível a todos.

Esse mecanismo de ausência de dados e políticas inclusivas opera, sobretudo, dentro da lógica do cisheteropatriarcado e do racismo, que naturaliza e privilegia identidades de gênero binárias, cisgêneras e brancas. Ao manter essas lacunas, o sistema de saúde reforça desigualdades estruturais e a exclusão de indivíduos que não se enquadram nas normas tradicionais de gênero, perpetuando a marginalização e o estigma.

Concluindo este trabalho monográfico, sem esgotar as discussões necessárias e urgentes sobre as questões aqui abordadas, ressalto que o silenciamento tem sido uma ferramenta importante acessada pelo Estado na reiteração do cisheteropatriarcado e racismo estruturais no capitalismo. Por um lado, a marginalização, ou menos a desconsideração, das epistemologias negras, trans e travestis no embasamento da própria PNAISM e, por outro, a escassez ou não produção de dados em saúde sobre as população sexo-gênero dissidentes e negras não devem ser percebidas como silenciamentos despretensiosos, mas como tecnologia de manutenção das desigualdades e discriminação.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIAS. *Brasil tem pelo menos 77 leis antitrans em vigor em 18 estados*. O Tempo, 28 jan. 2024.
- ALMEIDA, Silvio. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p.
- ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamaso. *O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais*. Argumentum, Vitória, v. 7, n. 2, p. 208-220, jul./dez. 2015.
- ALVIM, Daniel Horta. Contribuição Especial #31: 1983 – *saques contra a fome*. Laboratório de Estudos de História dos Mundos do Trabalho, 8 jul. 2024.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MAGISTRADOS DA JUSTIÇA DO TRABALHO – ANAMATRA. *Cartilha Comissão LGBTQIAPN+*. 2023.
- BARROS, Alice Monteiro de. *A Mulher e o Direito do Trabalho*. São Paulo: LTr, 1995.
- BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo: fatos e mitos*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960a.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social [livro eletrônico]: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2017.
- BONASSI, Bruna Camillo; AMARAL, Marília dos Santos; FILGUEIRAS, Maria Juracy; QUEIROZ, Mariana Amaral de. *Vulnerabilidades mapeadas, violências localizadas: experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil*. Quaderns de Psicologia, v. 17, n. 3, 2015.
- BORGES, Dandriel Henrique da Silva. *Narrativas sobre travestilidades indígenas: cudinas do povo mbayá-guaicuru (XIX-XX)*. Encontro da ANPUH, 2020, Pernambuco.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Anexo V – Agendas Transversais: Plano Plurianual 2024-2027. Brasília, 2024.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. *Relatório Agenda Transversal Mulheres: Plano Plurianual 2024-2027*. Brasília, 2024.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. *Transversalidade nas Políticas Públicas, no Plano e no Orçamento*. Brasília, 2024.
- BROILO, Rodrigo. *Cis-tema Único de Saúde: Uma cartografia (de)generada de Políticas Nacionais de Saúde Integral*. 2022. 148 f. Dissertação (Mestrado em [área de estudo]) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022
- CAVALCANTI, Céu. *A perigosa agenda antitrans e sua instrumentalização por organismos de direitos humanos*. Terra, 17 nov. 2023.

COLLINS, Patricia Hill. *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Tradução de David L. Gomes. São Paulo: Boitempo, 2019.

CRIOLA; GÊNERO E NÚMERO. *Números da violência racial e de gênero contra meninas e mulheres negras cis e trans no Brasil*. Rio de Janeiro: Criola, 2024.

DAVIS, Angela. *A liberdade é uma luta constante: feminismo e abolicionismo – teorias e práticas para o século XXI*. Tradução de Jussara Siqueira. São Paulo: Boitempo, 2019.

DAVIS, Angela. *A liberdade é uma luta constante: Ferguson, Palestina e as bases de um movimento*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2018.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Mulheres Negras, Acesso à Saúde e Racismos*. São Paulo, 2020.

ENFRETE. *Transversalidade, interseccionalidade e a insuficiência das políticas universais*. Youtube. 28 de jun. de 2024

FERNANDES, Estevão Rafael. *Homossexualidade indígena no Brasil: um roteiro histórico-bibliográfico*. ACENO - Revista de Antropologia do Centro-Oeste, Cuiabá, v. 3, n. 5, p. 14-38, jan./jul. 2016.

FERREIRA, Maria de Lourdes Silva Marques; MENEGUIN, Silmara; MARIN, Maria José Sanches; MAZZETTO, Marco Antonio. *Avanços e desafios na assistência à saúde da mulher: uma perspectiva histórica e de gênero*. 2016.

FILICE, Renisia Cristina Garcia. MULLER, Cristina Besen *Transversalidade e interseccionalidade em políticas públicas LGBTQIA+ em Florianópolis*. Serviço Social & Sociedade. 2024

FIOCRUZ. *A implementação da Política de Saúde da População Negra ainda é um desafio 15 anos após sua criação*. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro, 15 maio 2024.

FRASER, Nancy. “Do neoliberalismo progressista a Trump - e além”. *Política & Sociedade*, Florianópolis, v. 17, n. 40, p. 43-64, set./dez.

FRASER, Nancy. “Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 291-308, maio/ago. 2007.

GASPODINI, Icaro Bonamigo; JESUS, Jaqueline Gomes de. *Heterocentrismo e ciscentrismo: crenças de superioridade sobre orientação sexual, sexo e gênero*. *Revista Universo Psi*, Taquara, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2020.

GODINHO, Tatau (Org.); SILVEIRA, Maria Lúcia da (Org.). *Políticas públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004. 188 p. (Cadernos da Coordenadoria Especial da Mulher, 8).

GONZALEZ, Lélia. *O lugar de negro*. 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Panorama do Censo 2022: Indicadores do Brasil*. 2022

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). *Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2009. v. 3.

LACERDA DE MOURA, Maria. *A mulher é uma degenerada*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1982.

LUGONES, María. *Rumo a um feminismo descolonial*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, set./dez. 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia; PAZ, Rosangela Dias O. da. *Intersectorialidade nas políticas públicas*. Serviço Social & Sociedade, n. 137, 2020.

MESQUITA, Cecília C. *Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH • São Paulo, julho 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Nota Técnica nº 9/2024-CGMA/DEMAS/SEIDIGI/MS: *Levantamento e análise de informações sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)*. Brasília, 2024.

MONTEIRO, Fernanda Ramos. *Situação da amamentação e licença-maternidade no Brasil*. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MOURA, Clóvis. *Dialética radical do Brasil negro*. 2ª ed. São Paulo: Fundação Maurício Grabois, co-edição com Anita Garibaldi, 2014.

NASCIMENTO, Silvana de Souza. *Epistemologias transfeministas negras: perspectivas e desafios para mulheridades múltiplas*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro. 2022.

OLIVEIRA, BMC; KUBIAK, F. *Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira*. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, jul. 2019.

OLIVEIRA, Megg Rayara Gomes de. *Transexistências negras: o lugar de travestis e mulheres transexuais negras no Brasil e em África até o século XIX*. 1. ed. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2018. p. 70.

OSIS, Maria. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção*. 1994. 192 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, São Paulo, 1994. Disponível em: file:///C:/Users/55819/Downloads/osis_mariajosemartinsduarte_m.pdf

OYĚWÙMÍ, Oyèrónké. *Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêtricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas*. Codesria Gender Series, 2004. (1-8p).
PAPO PRETO. *Vamos falar sobre transfeminismo*. [podcast]. UOL, 9 mar. 2022.

PIMENTEL, Izabella. *Resistência: mulheres destacam lutas do movimento feminista nos anos 80 e 90*. Cidadeverde.com, [S. l.], p. 1/1, 8 mar. 2021.

PINHEIRO, Thiago Félix et al. *Dificuldades e avanços no acesso e no uso de serviços de saúde por mulheres trans e travestis no Brasil*. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 27, supl. 1, e240007.supl.1, 2024.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório PNUD SR 25 anos: IDH Brasil 2024*. Brasília: PNUD, 2024.

RENAULT, Clara. *Movimentos Feministas na década de 70 e 80 no Brasil*. [S. l.], p. 1/1, 2 mar. 2021. Acesso em: 15 jan. 2025. Revista Pesquisa FAPESP, São Paulo, n. 245, jul. 2016.

RIBEIRO, Isabela Ramos. *Estado e planejamento no Brasil*. (2018)

RIBEIRO, Paula Regina Costa (Org.) et al. *Corpo, gênero e sexualidade: resistência e ocupa(ações) nos espaços de educação*. Rio Grande: Ed. da FURG, 2018.

RODRIGUES, Carla. *Ser e devir: Butler leitora de Beauvoir*. DOSSIÊ SIMONE DE BEAUVOIR, 2019.

SANOFI. *Sanofi lança pesquisa inédita que aponta que grupos minorizados confiam menos no sistema de saúde*. Portal Hospitais Brasil, 28 fev. 2023

SANTANA, Olívia. Aula 5. *Pensamento feminista negro: o poder da interseccionalidade*. [vídeo]. UJS Brasil, 10 mar. 2025.

SANTOS, Maria Carolina. *Mulheres trans morrem de forma mais violenta e o Nordeste lidera casos*. Marco Zero Conteúdo, 8 mar. 2021.

SCAVONE, L. *A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais*. Cadernos Pagu, v. 16, p. 137-150, 2001a.

SILVA, Camila Maria da. *A relação dominante do patriarcado sobre a saúde reprodutiva das mulheres no cenário brasileiro*. 2022. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SILVA, Maria Aparecida da; SANTOS, Ana Paula dos; OLIVEIRA, Maria José de. *As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e320221, 2022.

SOARES, Giselle. *Estudo com mulheres trans e travestis registra altas taxas de infecção por HIV e sífilis*. Revista Pesquisa FAPESP, São Paulo, nov. 2024.

SOUZA, Cássia; FERRARI, Rafaela. *Transversalidade e interseccionalidade em políticas públicas LGBTQIA+ em Florianópolis*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 32, n. 3, e87784, 2024.

STURZENEGGER, Karen Freire Duarte. *Emancipação Feminina na República Velha*. Humanidades em Perspectivas, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 1-15, jul. 2018.

SYNERGIA CONSULTORIA SOCIOAMBIENTAL. *Estatísticas oficiais sobre a população trans no Brasil devem ser divulgadas pelo IBGE somente no último trimestre de 2024*.

Synergia Consultoria Socioambiental, 29 jan. 2024.

TEIXEIRA, Ana Carla Vidal. *Racismo institucional e saúde das mulheres negras*. Geledés – Instituto da Mulher Negra, São Paulo, 2 maio 2022.

VERGUEIRO SIMAKAWA, Viviane. A Cisgeneridade. IN: VERGUEIRO SIMAKAWA, Viviane. *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade*. Dissertação de Mestrado. Programa Multidisciplinar de Pós Graduação em Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia, 2015.

VIANA NOGUEIRA, Fernanda de Faria; GOROMAR, Júlia de Miranda. *Do invisível labirinto da colonialidade à possibilidade de um feminismo decolonial: resenha da obra de Françoise Vergès*. Cadernos Pagu, Campinas, n. 62, 2021.

VIEIRA, Helena. *Uma agenda antitrans? O conservadorismo bate à porta*. Revista Cult, 22 ago. 2023.

VIEIRA, Luciana et al. *Acesso de travestis e transexuais às ações de prevenção do HIV: desigualdades nas políticas públicas brasileiras*. Revista Brasileira de Epidemiologia, [S.l.], v. 22, p. e190057, 2019.

ZORZETTO, Ricardo. Anibal Faúndes: *O homem que aprendeu a enxergar as mulheres*. 2016.