



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

SELMA CARNEIRO DE OLIVEIRA SOUSA

**ACESSO À SAÚDE DA MULHER, NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19,
NO BRASIL**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2023

Selma Carneiro de Oliveira Sousa

Acesso à saúde da mulher, no período da pandemia de covid-19, no Brasil

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Ingrid Karla da Nobrega Beserra

Miracema do Tocantins, TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- S725a Sousa, Selma Carneiro de Oliveira.
 Acesso à saúde da mulher, no período da pandemia de covid-19, no Brasil.
 / Selma Carneiro de Oliveira Sousa. – Miracema, TO, 2023.
 52 f.
- Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
 Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2023.
 Orientadora : Ingrid Karla da Nobrega Beserra
1. Mulheres. 2. Gênero. 3. Saúde. 4. Pandemia. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SELMA CARNEIRO DE OLIVEIRA SOUSA

ACESSO À SAÚDE DA MULHER, NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19, NO
BRASIL

Monografia apresentada à UFT - Universidade Federal do Tocantins - Campus Universitário de Miracema, Curso de Pedagogia foi avaliado para obtenção do título de Pedagoga, e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca examinadora.

Data de Aprovação: 30/11/2023

Banca examinadora:

Prof. Dra. Ingrid Karla da Nobrega Beserra, UFT

Prof. Dra. Josenice Ferreira dos Santos Araújo, UFT

Prof. Ma. Gislene Ferreira da Silva Araújo, Liga pela Vida

Dedico este trabalho a todas as pessoas que fizeram e fazem parte da minha caminhada, em especial a Deus, minha família, amigos e professores (as) que sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial, sem isso eu não chegaria onde cheguei. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar saúde e força para continuar seguindo os meus objetivos. Mesmo em meio a todos os desafios que surgiram nesse período de formação, consegui superar e chegar a conclusão desse curso.

À família, em especial a minha filha Sarah que sempre acreditou em mim e me ajudou em todas as etapas desse processo desde a inscrição para o vestibular, matrícula etc... me encorajou até aqui. Ao meu esposo, que compreendeu esse momento e ficou em outra cidade até a conclusão do curso.

Ao projeto Ser&Lutas onde realizei todo meu estágio e conheci um pouco da trajetória de luta dos movimentos sociais no campo e na cidade. À minha professora supervisora, Dra. Maria José Antunes da Silva, supervisora de campo, a professora Dra. Josenice, supervisora acadêmica. Elas que de forma dinâmica e responsável repassaram os conhecimentos teóricos e prático profissional do serviço social.

À minha orientadora, Dra. Ingrid, que nos meus momentos de incertezas e sofrimentos me compreendeu e conseguimos chegar nos objetivos previstos, mesmo que de forma lenta dentro de minhas possibilidades e anseios.

A todos meus professores da graduação, gratidão. Aos colegas de turma, aos colegas de estágio, às servidoras do RU e a todos que de forma direta e indireta contribuem com sua função dentro dessa instituição pública para formação de todos que entram nesse ambiente de formação profissional. Só tenho a agradecer por ter conhecido pessoas incríveis nessa etapa de vida dentro da academia, pois para que esse momento ocorra estão envolvidas diversas classes de pessoas trabalhadoras. Muito obrigada!

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo compreender, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, o acesso à saúde da mulher e suas funcionalidades no período da pandemia de COVID-19. Para tanto, abordou-se sobre as implicações de gênero e a saúde da mulher tratando das condições da mulher na sociedade brasileira desde a colonização. Posteriormente, buscou-se compreender sobre o contexto de surgimento das primeiras políticas de saúde da mulher no Brasil e seus direitos, a saúde da mulher no SUS, as políticas de atenção integral visando entender suas implicações no contexto da pandemia da COVID-19. Por fim, foram lançadas considerações sobre os impactos que a pandemia causou tanto nos serviços de saúde quanto às condições de acesso dos serviços de saúde à mulher. No capítulo 2 abordamos sobre a política de saúde da mulher no Brasil, a maneira como essa política foi se desenvolvendo no decorrer dos anos, os desafios que as mulheres têm enfrentado para conseguir seus direitos civis e políticos. No capítulo 3 discorremos sobre as políticas de saúde da mulher, a partir da criação do SUS, um modelo de saúde pública construído de forma coletiva que foi elaborado conforme a necessidade da população. Já no capítulo 4 foram apresentados os dados da coleta da pesquisa. Além disso, serão apresentadas as estratégias de coleta de dados. Com este trabalho, foi possível perceber que as mulheres por muitos anos possuíam seus direitos violados devido ao sistema patriarcal capitalista implantado pelos colonizadores, onde a mulher não possuía direitos para decidir sobre sua vida e seu corpo, devido às desigualdades de gênero.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher. Políticas de Saúde. Pandemia.

ABSTRACT

This course completion work aimed to understand, through bibliographic and documentary research, access to women's health and its functionalities during the COVID-19 pandemic period. To this end, the implications of gender and women's health were addressed, addressing the conditions of women in Brazilian society since colonization. Subsequently, we sought to understand the context in which the first women's health policies emerged in Brazil and their rights, women's health in the SUS, comprehensive care policies, aiming to understand their implications in the context of the COVID-19 pandemic. Finally, considerations were made about the impacts that the pandemic had on both health services and the conditions of access to health services for women. In chapter 2 we discuss women's health policy in Brazil, the way this policy has developed over the years, and the challenges that women have faced in achieving their civil and political rights. In chapter 3 we discuss women's health policies, based on the creation of the SUS, a public health model built collectively that was designed according to the needs of the population. In chapter 4, the data collected from the research were presented. In addition, data collection strategies will be presented. With this work, it was possible to realize that women for many years had their rights violated due to the capitalist patriarchal system implemented by the colonizers, where women did not have rights to decide about their lives and their bodies, due to gender inequalities.

Keywords: Women's Health. Health Policies. Pandemic.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IFTO	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEPSS	Projeto Ético-Político do Serviço Social
PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNE	Plano Nacional de Educação
PROEST	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
PT	Partido dos Trabalhadores
SERES	Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior
SES	Secretaria de Estado de Saúde.
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFT	Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	12
2.1	As implicações de gênero e a saúde da mulher.....	12
2.2	Contexto de surgimento das primeiras políticas de saúde da mulher no Brasil.....	16
2.3	A saúde da mulher no Estado Brasileiro.....	20
3	A SAÚDE DA MULHER NO SUS.....	24
3.1	Política de saúde da mulher no Brasil e o surgimento do SUS.....	24
3.2	Contexto de implementação das políticas de atenção integral à saúde da mulher..	28
3.3	A política de atenção integral à saúde da mulher.....	31
4	A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.....	34
4.1	METODOLOGIA.....	34
4.2	A atenção à saúde da mulher no contexto da pandemia da COVID-19.....	35
4.3	Os impactos da pandemia e os desafios enfrentados pelas mulheres para acessar a saúde no período de pandemia.....	40
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui como objetivo analisar o acesso à saúde pela mulher no período da pandemia da Covid-19, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica e análise documental, ou seja, os dados foram obtidos a partir de materiais bibliográficos publicados na íntegra, como livros, revistas, artigos e documentos, os quais trazem narrativas sobre a constituição dos direitos à saúde da mulher no Brasil.

A saúde da mulher nas políticas públicas possui como início, conforme os registros, nas primeiras décadas do século XX, com atenção voltada apenas para o processo reprodutivo. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando sobretudo uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984, p.16).

Conforme pactua o Ministério da Saúde (BRASIL, 1984), esse programa alavancou uma série de prioridades na atenção à saúde da mulher, pois incluiu na política de saúde pública, ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incluindo assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades apontadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Segundo Domingues (2013), o PAISM consistiu em um importante divisor, inovando as políticas públicas, no que se refere a integralidade e equidade para com a saúde da mulher, visando um tratamento de maneira holística, abrangendo todas as fases do ciclo vital, e não somente o ciclo gravídico-puerperal, como era o enfoque antes da criação do programa.

A partir desse novo modelo, o planejamento familiar passou a garantir o livre acesso ao atendimento nos serviços de saúde, sendo dada plena liberdade de decisão ao casal quanto aos métodos de contracepção, pertencendo ao Estado o dever de apenas ofertar e garantir as orientações aos métodos contraceptivos e todo o acompanhamento necessário (SILVA, et al., 2013).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), a implantação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 foram incorporadas às políticas de saúde da mulher (PAISM). A conquista dos direitos da saúde da mulher brasileira foi fruto do movimento feminista e demais movimentos sociais em defesa da saúde de todas as mulheres, independentemente de sua raça, cor, etnia e

orientação sexual; em defesa de um atendimento completo levando em consideração todos os condicionantes de saúde que interferem na saúde da mulher, física e mental.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que está relacionada ao âmbito da saúde feminina, institui o regulamento para os municípios acerca da garantia de ações básicas mínimas, como o pré-natal, o puerpério, o planejamento familiar e a prevenção do câncer de colo de útero, possibilitando o acesso às ações com um nível mais alto de complexidade (COELHO, 2003).

Segundo Matamala (1995), a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso quer dizer superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico existentes nos serviços de saúde e a adotar o conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde. Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender compartilhar saberes e reconhecer direitos.

O autor destaca a importância de se estabelecer uma atenção integral, ou seja, fazer o acompanhamento das usuárias do sistema único de saúde com uma escuta qualificada. A importância de se estabelecer um vínculo de profissionais e usuárias com intuito de promover a saúde pública da mulher. Ainda, pontua que deve ser levado em consideração todos os aspectos que envolvem aquela usuária, os condicionantes e determinantes de saúde¹ devem ser observados pelo profissional.

Segundo Leal *et al.* (2021), a rede cegonha é uma política que demonstra efetividade: em dez anos aumentou o acesso das usuárias do SUS às boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos hospitais públicos e mistos nas 606 maternidades que participaram do estudo. Assim, a rede cegonha é mais uma conquista, uma vez que possui como objetivo realizar um atendimento humanizado no parto com a presença de enfermeiras obstétricas e obstetrias além de capacitar os profissionais para um atendimento humanizado, estabelece o acompanhamento da mulher e da criança, proporcionando o sentimento de acolhimento.

A política de saúde da mulher vem sendo implementada através do SUS, sendo uma das políticas públicas em saúde da seguridade com caráter universal. Neste período de pandemia, conforme a cartilha² mulheres na COVID-19 e a cartilha³ do Ministério da mulher,

¹ A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

²WHO. World Health Organization. COVID-19 vaccines.Disponível em :<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>. Acessado em 20/05/2023

³ KENT; A. Mapping and Counter-Mapping COVID-19: From Crisis to Cartocracy. Cartographic Journal The v. 57p187-195. 2020.

da família e dos direitos humanos, trouxe em seus textos várias ações voltadas ao cuidado das mulheres, ações que tiveram foco na violência doméstica, saúde, dentre outros. Todavia, mostrou que as ações se reduziram ao ciclo gravídico-puerperal, contracepção e condições graves de infecções sexualmente transmissíveis e segmento oncológico.

Conforme a Lei 8080 (Brasil, 1990), o Estado deve garantir a saúde de forma geral e a saúde da mulher é um dos itens incluídos nas ações e serviços ofertados. A atenção básica deve ser a porta de entrada para todos os serviços e ações ofertados através de políticas públicas sociais que visem a redução dos riscos de doenças e agravos, à proteção e recuperação.

As ações e serviços oferecidos à mulher consistem na assistência às doenças da infância, pré-natal, prevenção de câncer de mama, útero e planejamento familiar. Os serviços e ações são implementados nos municípios através de normas operacionais e portarias, como é a NOAS-SUS 01/200.1

Os planos e programas de saúde vêm sendo construídos e implementados ao longo dos anos, a política de saúde pública assim como toda política social é um fragmento das políticas públicas, que tem como objetivo atender determinada demanda social, contribuindo na efetivação do direito social de forma universal.

No entanto, mesmo com todas as conquistas ainda existem dificuldades para implantar e manter as ações e serviços prescritos que foram conquistados com muita luta e manifestação popular. São vários fatores que contribuem para a negação do direito, como as crises, a implantação do estado mínimo e o projeto de contrarreforma que estão em disputa, de um lado a reforma sanitária, do outro lado o projeto privatista, são entraves que ameaçam a todo tempo a política de saúde da mulher devido às reduções nos orçamentos, falta de equipamentos e manutenções dos que estão disponíveis, esses fatores contribuem para o diagnóstico tardio, diminuindo assim as chances de cura das pacientes que depende da saúde pública.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Neste tópico vamos apresentar um pouco da política de saúde da mulher no Brasil, a maneira como essa política foi se desenvolvendo no decorrer dos anos, os desafios que as mulheres têm enfrentado para conseguir seus direitos civis e políticos. Na particularidade brasileira traz um pouco da trajetória dos direitos das mulheres, e a definição de gênero.

2.1 As implicações de gênero e a saúde da mulher

A condição da mulher na sociedade brasileira desde a colonização foi de submissão, exploração e violação, devido ao regime implantado pelos colonizadores, um regime patriarcal baseado nos princípios católicos judaicos cristãos, que possuíam uma óptica negativa e reducionista da figura feminina.

Sendo assim por séculos, as mulheres tiveram seus espaços, desejos e subjetividade delimitados pelos homens, eles lhe impuseram limites, defendiam a posição de inferioridade da mulher pelo determinismo biológico e doutrina cristã que reforçava que a mulher era um ser frágil, dependente da figura masculina para lhe proteger e tinham um forte apoio religioso. Dessa forma seus desejos de dominação e posse da mulher como objeto eram naturalizados (RODRIGUES, 2018).

Ao longo do tempo, os paradigmas de gênero de ser mulher constituiu um olhar decifrado sobre as mulheres. Logo, é necessário trazer de forma breve que na cultura ocidental, a essência da mulher estaria intrinsecamente ligada à reprodução. Fabri (1997, p.230) afirma:

Ao reforçar no imaginário a importância do amor familiar e do cuidado com o marido e com os filhos, redefine o papel feminino e ao mesmo tempo reserva para a mulher novas e absorventes atividades no interior do espaço doméstico. Percebe-se o endosso desse papel por parte dos meios médicos, educativos e da imprensa na formulação de uma série de propostas que visam “educar” a mulher para o seu papel de guardiã do lar e da família – a medicina, por exemplo, combateu severamente o ócio e sugeria que as mulheres se ocupassem ao máximo dos afazeres domésticos. (FABRI, 1997 p. 230)

No ano de 1792, Mary Wollstnecraft, pesquisadora e autora conhecida por questionar e argumentar através da escrita o determinismo biológico e a forma que a mulher era entendida pela classe masculina, indaga desde os tempos remotos como se desenham um perfil feminino de incapacidade intelectual, inferioridade e subordinação; tornando-se referência na temática por ir contra as ideias de poder e naturalização da condição feminina baseado na biologia e desígnios divinos (LATTANZIO; RIBEIRO, 2018).

O domínio masculino sob a figura feminina ancorado nas explicações biologizantes e religiosas acerca da inferioridade e periculosidade feminina configurava-se como campo fértil para a execução de práticas violadoras, tais como a materialização da violência física, psicológica e sexual contra as mulheres em meio a sociedade patriarcal (RODRIGUES, 2018, p. 6).

As justificativas advindas da ciência e religião a respeito do corpo e mente das mulheres, que afirma ser a mulher inferior e incapaz, foi, e, continua sendo um campo fértil para as violações dos direitos já conquistados ao longo dos anos, e uma barreira invisível para a conquista de outros direitos a exemplo é a descriminalização do aborto que continua sendo barrado exatamente pelo desejo de dominação masculina sobre os corpos femininos.

Moreira (2020) pontua que os estudos de gênero, ao marcar que os sentidos atribuídos às diferenças são construções históricas, afirmam que tais sentidos não são imutáveis e que, ao contrário, as posições sociais de homens e mulheres podem ser transformadas. A anatomia não é o destino, e a história é feita cotidianamente por sujeitos concretos que se afetam mutuamente. Podemos observar que ao longo do tempo se atribuía um papel muito reduzido à mulher, o que acabava de deixar de lado outras questões para se pensar nos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres:

Azeredo (2010) mostra a conceituação de Scott⁴ em que divide o gênero em duas partes: por um lado, considera-o como uma forma primária de dar significado a relações de poder e, por outro, como um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos.

No que se refere ao feminismo e suas questões mais candentes, os movimentos de direitos humanos compreendiam pouco ou quase nada e não assumiram essa bandeira. Havia grande preconceito contra as mulheres e, principalmente, seus temas específicos referentes ao aborto e à sexualidade, entre outras. [...] A cultura de exclusão dos direitos e da cidadania das mulheres está de tal forma arraigada na mentalidade institucional que não causa nenhuma comoção social ou política o fato de as mulheres terem salários mais baixos que os dos homens, mesmo exercendo funções iguais, ou de estarem no mercado de trabalho desempenhando atividades profissionais consideradas “femininas” (o que justifica os menores salários), como enfermagem, magistério do ensino fundamental, educação infantil e secretária. Não há grandes manifestações de protesto em favor das mulheres que morrem de causas evitáveis, como abortos clandestinos ou devido à falta de assistência no parto e no pré-natal. Considera-se natural que as mulheres sejam alvo preferido das ações masculinas de assédio sexual, estupro, assassinatos e de outros tipos de violência de

⁴ Historiadora social feminista norte-americana, cuja definição de gênero é mais citada quando se trata de conceituá-lo. Um de seus trabalhos muito importante é “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, capítulo de seu livro *Gender and the Politics of History*, publicado em 1988. Sandra Azerêdo, autora do texto “encrenca de gênero nas teorizações em Psicologia” (2010), mostra a definição abrangente e organizada de gênero de Joan Scott, como uma construção que dá significado às relações de poder.

gênero. Tem-se natural a invisibilidade absurda das mulheres indígenas, presidiárias, profissionais do sexo, assim como negras (TELES, 2006, p. 8).

De acordo com Schraiber e D'Oliveira (1999) sexo está relacionado as diferenças genéticas e anatômicas no corpo do indivíduo, gênero, por outro lado, aponta estruturas sociais, materiais e simbólicas de acordo com essa diferença.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado (PEDROSA, 2005, p. 02).

O gênero criado para distinguir o macho da fêmea é uma construção milenar que define e impõe um único modelo de família. O modelo consagrado da condição da mulher tanto no espaço público como no privado foi desenhado e imposto pela figura masculina, o que causou prejuízos à saúde da mulher, a sua ascensão social, e um entrave para a conquista de direitos, e efetivação dos mesmos, uma luta constante pela igualdade de oportunidades devido às limitações impostas pelo gênero.

Conforme afirma Pedrosa (2005), a palavra gênero se configura como uma construção social histórica milenar que foi construído com base no sexo, no qual foram definidos os papéis masculino e feminino, baseados em normas institucionais públicas e privadas como escola, igreja e demais instituições.

Sendo assim, é ditado e imposto padrões de comportamentos para ambos os sexos. Além disso, o gênero também demarca os campos de atuação para o masculino e feminino, ao passo que dá suporte à criação de leis e tem forte influência nas formas de aplicação das mesmas. O gênero universaliza a subjetividade do sujeito como se todos tivessem a forma única de se relacionar aos padrões construídos e impostos pela família e sociedade:

Como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, o gênero implica em quatro elementos relacionados entre si: símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas e frequentemente contraditórias; conceitos normativos que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos que tentam limitar e conter as suas possibilidades metafóricas. Esses conceitos são expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas e tipicamente tomam a forma de uma oposição binária: afirmam, de forma categórica, o sentido do masculino e do feminino; representação binária dos gêneros; identidade subjetiva (SPIZZIRRI; PEREIRA; ABDO, 2014, p. 43).

A imposição em relação ao gênero é enraizada desde a tenra idade, é algo aprendido, valores e comportamentos são disseminados nos segmentos da sociedade, pela igreja, mídia e

até mesmo escola, onde determinado gênero no caso o feminino tem uma relação de subordinação para o masculino (BALESTERO; GOMES, 2015).

O significado do gênero masculino e feminino é passado de geração a geração, onde a subordinação, incapacidade e inferioridade é ensinado a mulher pela própria mãe desde a infância, a menina é ensinada a fugir e temer os meninos com a justificativa que ela não tem capacidade como os meninos e não pode fazer como eles, o que gera na menina o medo, e no menino gera um sentimento de poder, um poder que dá a ele a ousadia de agredir as meninas, e esse sentimento de poder tudo, no menino forma um homem machista e agressor, ao contrário do menino, a menina se torna uma mulher temerosa e indefesa, podendo ter dificuldade de acreditar em seu potencial como humana.

Grossi (2000) afirma que os debates acerca de gênero especificam daquilo que é cultural, social e historicamente definido e está em constante processo de transformação, por conta das interações verdadeiras entre pessoas do sexo masculino e feminino:

O conceito de gênero, como categoria sociológica consiste na maneira em que as diferenças entre homens e mulheres são inseridas nas mais diversas sociedades ao longo do processo histórico evolutivo, não estando relacionado às assimetrias biológicas existentes entre macho e fêmea, qualificadas por sexo, mas sim ao universo onde as inter-relações socioculturais são determinadas por fatores como leis, regras, simbologia e patriarcalismo (BALESTERO; GOMES, 2015 p. 03).

Amorim (2011) chama de desequilíbrio a forma que o gênero interfere nas relações sociais do dia a dia da sociedade. As interferências de gênero podem abarcar todas as esferas da vida do sujeito de forma negativa que vai refletir diretamente na forma de convívio social dos sujeitos. Sendo assim o gênero é uma condição que potencializa e aprofunda a discriminação social de classes.

Ao ser considerado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento (SOUTO, 2008, p.169).

Conforme o enunciado acima a abordagem de gênero fazendo parte do currículo dos profissionais da saúde e de todas as equipes que trabalham na elaboração e execução das políticas de saúde da mulher, é um importante passo para o conhecimento e reconhecimento da desigualdade de gênero que persiste em nossa sociedade. O gênero é uma construção que interfere nas relações sociais cotidianas das mulheres, refletindo diretamente no processo de adoecimento de diversas classes de mulheres.

Os padrões de comportamentos para ambos os sexos demarcam os campos de atuação para o masculino e feminino, ao passo que dá suporte a criação de leis e tem forte influência nas formas de aplicação das mesmas. O gênero universaliza a subjetividade do sujeito, como se todos tivessem a forma única de se relacionar aos padrões construídos e impostos pela família e sociedade (BRASIL, 2004). Em conformidade, Rodrigues (2018, p.4) explica que “no modelo social patriarcal, os papéis de gênero eram claramente definidos, sendo balizados pela moral católica vigente, pelos costumes e pelas legislações normatizadora”.

Fabiane (2021) traz o nome de algumas mulheres que sentiram na pele os efeitos da desigualdade de gênero ao ultrapassar o espaço privado, e, tentar ocupar os espaços públicos e políticos em defesa da liberdade da capacidade intelectual da mulher, essas mulheres deixaram suas marcas na história do Brasil e do mundo, porém enfrentaram grandes desafios por conta de seu gênero são elas: Cleópatra, Boadiceia, Alexandria, Dandara, Chica da Silva, Mary Wollstonecraft, Maria Quitéria, Tarsila de Amaral, Simone De Beauvoir, Margareth Thatcher, Olga Benário, Clarice Lispector, Hilda Hilst, Marina Silva, Carolina Maria de Jesus, Dilma Rousseff.

Mesmo com a conquista dos direitos, essas mulheres citadas sentiram o quanto a desigualdade de gênero interfere na vida da mulher das mais variadas formas, quando a mulher ocupa ou tenta ocupar espaços historicamente reservados à figura masculina. Rodrigues (2018, p.13) aponta que: “as típicas relações desiguais no âmbito privado e público entre os gêneros são características do patriarcado que ainda persistem na atualidade”.

Que nada nos limite, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância” - (Simone de Beauvoir).

2.2 Contexto de surgimento das primeiras políticas de saúde da mulher no Brasil

A Revista Politize fez uma publicação em 2023, na qual relatou um pouco sobre a saúde da população brasileira nos primeiros 389 anos, durante esses anos não se ouvia falar em políticas públicas de saúde, somente quem possuía maior aquisição financeira possuíam acesso à saúde, dessa forma as pessoas que adoeciam tinham uma chance muito pouca de cura (MERELES, 2023).

Conforme afirma Teixeira (2006), as políticas públicas buscam assistir as necessidades e demandas da sociedade, em especial, dos setores mais vulneráveis assegurar que seus direitos

sejam respeitados, além de orientar como devem ser direcionados os recursos públicos, com a finalidade de aumentar o alcance dos direitos sociais.

Essas políticas públicas envolvem diferentes atores, projetos e interesses diversos e, por vezes, contraditórios, demandando negociações e mediações de ordem social e institucional, a fim de alcançar um consenso, ainda que parcial, entre as partes envolvidas para que possam ser legitimadas e serem implementadas.

O desenvolvimento de uma política pública implica na definição que decide o que, quando, como e para que público ela precisa atender, sendo influenciadas pela natureza do regime político e cultura política vigente e pelo seu nível de organização da sociedade civil.

A saúde da mulher vai aparecer como uma política pública nas primeiras décadas do século XX, porém foi uma política que recebeu bastante críticas por ser voltada somente para o período reprodutivo, gravidez e parto, dessa forma, o movimento feminista e de mulheres se movimentou pela busca de política que não reduzisse a saúde somente ao período reprodutivo, mais que a atenção contemplasse todas as fases da vida da mulher; a partir desse momento a saúde da mulher passa ser uma bandeira de luta do movimento feminista e movimento de mulheres (BRASIL, 2004).

A Constituição de 1988 foi revolucionária ao superar a visão assistencialista, no que diz respeito às políticas sociais, diante disto o papel do Estado deve ser de evitar retrocessos, ou seja, deve-se objetivar em seu plano, uma atuação voltada para a superação de qualquer tipo de exploração ou violação de direitos. É necessária maior garantia de direitos já existentes, como também a elaboração e ampliação de políticas públicas que de fato estão transformando, se estas, estão de fato equivalentes no espaço societário de convivência. Assim, a luta por direitos das mulheres tem sido uma tarefa árdua e lenta, a conquista dos direitos femininos foi e continua sendo um campo de lutas para concessão e implementação dos direitos das mulheres

No Brasil, as mulheres nas primeiras décadas do século XX ingressam na luta por direitos, e a saúde se torna pauta de destaque dos movimentos feminista, de mulheres e profissionais da saúde que perceberam a necessidade de uma atenção que contemplasse a mulher em todas as fases da vida, não só no período reprodutivo como no início da política de saúde da mulher:

As feministas buscam tornar público o fato de que o homem teve acesso a direitos e privilégio durante o decorrer dos anos dentro da sociedade a qual estão inseridos. já as mulheres, não receberam os mesmos benefícios ou as mesmas possibilidades foram “negligenciada e desvalorizada” (MITTANCK, GEVEHR, 2021, p. 6).

Percebe-se que a mulher por muitos anos não possuía direitos de escolha e decisão própria, não tinha representatividade, o que levou algumas destas mulheres influentes, brancas e ricas a repensar sua condição e lutarem por mudanças que se constrói no dia a dia. Conforme Mittanck e Gevehr (2021, p.64) as mulheres na luta pela construção de sua história e visibilidade de suas demandas, se unem no esforço para conquistar o que acreditavam ser seus direitos:

Feminismo representa ideologias e características de diversas mulheres, com significativas especificidades, como cor, etnia classes econômica e social que as distingue, mas que as unem no objetivo de buscar direitos que sejam acessíveis a todas as mulheres de maneira igualitária e duradoura (MITTANCK; GEVEHR, 2021, p. 64)

Neste pensamento, as mulheres construíram seus projetos com objetivos de alcançar direitos garantidos por lei, que fosse acessível a todas as mulheres em todas as sociedades, construíram seus projetos pelos quais iriam lutar por direitos que não viriam se não fosse a insistência de mulheres que não concordam com a determinação cultural, biológica e religiosa, que tratava a mulher como um ser que se reduz a procriação, vedando assim as mulheres de exercer direito sobre sua vida, de forma que não lhe era permitido decidir sobre seu próprio corpo, a exemplo na atualidade é a descriminalização do aborto que continua sendo uma bandeira de luta das mulheres em defesa de sua autonomia.

Nesse sentido, a busca pelo direito ao voto ocupou a primeira posição dentro do movimento feminista de primeira onda. Ainda como destaca a autora, “a luta pelo direito ao voto era, portanto, um meio para atingir um fim”. Mittanck, Gevehr (2021, p.68) com este direito, acreditava ser capaz de obter melhorias que possibilitaria às mulheres superar as desigualdades a que estavam sujeitas, além de melhoria em setores como educação e economia. (MITTANCK; GEVEHR, 2021, p. 68.)

Conforme o exposto acima, o direito ao voto foi resultado de uma longa luta das mulheres, que entenderam que deveriam exercer o direito ao voto, dessa forma as mulheres organizadas estariam mais fortes para continuar desmistificando os rótulos que a elas foram impostos ao longo dos anos.

Deste modo, Pinto (2010, p.17) define que a “Constituição de 1988 é uma das que mais garante direitos para a mulher no mundo”, pois garantiu a uniformidade entre homens e mulheres, assim como seu acesso a direitos e obrigações, uma conquista significativa e sólida, que permanece válida na atualidade (MITTANCK, GEVEHR, 2021, p. 74).

A constituição de 1988 foi um marco de conquista importante para a população brasileira no que se refere a saúde pública, dentre as demais foi um projeto que contou com a

contribuição de setores públicos, privados e dos movimentos sociais de mulheres. O movimento feminista brasileiro muito contribuiu com a formulação de políticas sociais que viesse suprir as lacunas existentes nos programas de saúde da mulher de até então.

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (PEDROSA, 2005 p. 06).

Conforme expõe Pedrosa (2005) a implementação dessas ações passou e passa por dificuldades pois não tem como se ter uma visão de como se executa essas ações de saúde da mulher em todos os municípios, o que acontece é que os municípios enfrentam dificuldades para implementar essa política por diversos fatores conforme o exposto acima.

As figuras que vamos apresentar a seguir trazem a trajetória da conquista dos direitos das mulheres no Brasil e no mundo, na figura 1, é apresentado de forma cronológica os marcos importantes que ocorreram em outros países que contribuíram para a efetivação dos direitos das mulheres, na figura 2, foram apresentados os marcos que levaram a conquista dos direitos das mulheres na particularidade brasileira, foram conquistas que ocorreram ao longo dos anos, fruto de muitas manifestações sociais em defesa da igualdade e liberdade das mulheres, os dois quadros mostram aos leitores a trajetória da conquista dos direitos das mulheres no Brasil e no mundo.

Desta forma percebe-se que a conquista por direitos continua sendo uma luta árdua e lenta para a implementação desses direitos que não vieram de forma espontânea.

Figura 1 - Direito das Mulheres: marcos internacionais.



Fonte: <https://cidadaniaativa.uff.br/2021/03/05/historia-dos-direitos-femininos-no-brasil-e-no-mundo>

Figura 2 - Direitos Das Mulheres No Brasil



Fonte: <https://cidadaniaativa.uff.br/2021/03/05/historia-dos-direitos-femininos-no-brasil-e-no-mundo/>

2.3 A saúde da mulher no Estado Brasileiro

Conforme Nascimento (2012), a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil seguiu uma linha temporal de incessante enriquecimento, desde seu início com o sanitarismo campanhista em meados da década de 60, passando pelo modelo médico assistencial privatista, até chegar no final dos anos 1980, o modelo atual, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

De acordo com Aguilar (2015) a atenção à saúde da mulher passou por um salto de qualidade com a formulação de propostas que incluíam serviços públicos de contracepção,

prevenção de principais enfermidades, atenção à gestante e a incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, abrangendo todas as etapas de vida.

As desigualdades entre os gêneros, assim como as situações de racismo, LGBTfobia, capacitismo, xenofobia, pobreza, dentre outras, devem ser consideradas como parte dos determinantes da saúde. Ao integrar todos esses elementos como determinantes da saúde da mulher, ela passa a ser compreendida pela perspectiva de gênero e da integralidade em saúde. (FERREIRA *et al*, 2020, p. 05)

A teoria social do gênero o define como algo dinâmico, relacional e dependente de fatores históricos, culturais e sociais. Um olhar para o *ser mulher* como algo além da anatomia e, portanto, relacionado às estruturas sociais de poder é de suma importância para a evolução dos cuidados em saúde da mulher. Nessa perspectiva, as políticas em saúde, antes restritas à função reprodutiva, caminham no sentido de uma atenção integral, e a medicina passa a reconhecer como a desigualdade de gênero pode determinar diferenças nos processos de saúde, sofrimento e adoecimento. (FERREIRA *et al*, 2020, p. 03)

Conforme Fonseca (2005) no que se refere às mulheres, a despeito das mudanças sociais e econômicas, nos relacionamentos, na vida cotidiana e nas percepções simbólicas do século 20 consequentes à "*revolução feminina*", é amplamente reconhecido que ocupam um lugar de subalternidade social, tendo como consequência serem ainda *cidadãs de segunda categoria*, no dizer de Simone de Beauvoir. Tal condição reflete-se diretamente nas condições de adoecer e morrer, tanto quanto no consumo dos serviços de saúde que, às vezes, são tão deletérios quanto às condições de vida que determinam os agravos. Comprovam isto, os dados acerca de problemas evitáveis no que tange às condições de assistência à mãe e ao conceito no momento do parto. A autora nos mostra que

A partir dos anos 90, a pobreza vista no contexto das relações de gênero passou a conformar uma nova análise das experiências de vida das mulheres, que constituem um grupo crescente entre os pobres das sociedades latino-americanas. As análises qualitativas constataram que as relações de gênero exacerbam as desigualdades associadas às classes sociais e fizeram emergir situações como a distribuição desigual de alimentos no interior das famílias, a desvalorização do corpo feminino e a sobrecarga de trabalho que incide sobre as mulheres. A precariedade da situação social das mulheres passou a ser vista como resultante da divisão sexual do trabalho, de menores oportunidades em termos de educação, de situações de trabalho instáveis e com menor remuneração, de níveis inferiores de saúde e bem-estar, de reduzida participação nas decisões (tanto no âmbito privado como no público, mas especialmente, neste) e de limitada autonomia pessoal. (FONSECA, 2005, p. 09)

Conforme aborda Fonseca (2005) diante do exposto, entendemos que a mulher, exercendo o papel de cidadã- trabalhadora, tem o direito de ser atendidas de acordo com aquilo

que é exigido pelo seu perfil de saúde-doença, pautadas pelas condições de gênero, ou seja, suas características biológicas, de onde se resulta a dotação genética, que regula as vulnerabilidades ou potencialidades e resistências aos agravos à saúde (FONSECA, 2005).

Rohden (2003) aponta que tratar dos assuntos relacionados à saúde da mulher vai implicar em um universo mais amplo do que a questão saúde/doença. Ou seja, significa refletir sobre o papel social da mulher e suas multiplicidades. É importante apontar o contexto vivido nos anos 1960 e 1970, um tempo de —boom econômico e carência de mão-de obra; de emergência do movimento feminista e de liberação sexual; do desejo de reduzir e controlar o próprio tamanho da família. De várias formas, esses fatores colocam ênfase na mulher — e na família, como parceira da emancipação feminina. (CARVALHO, 2007, p.268)

As políticas que giram em torno da saúde do público feminino, em sua maioria, ainda apontam para a questão da mulher, e não em questões baseado no gênero: Evidencia-se a restrição desse conceito frente à pluralidade das experiências de classe, raça, sexualidade e colonialismo e considera-se que gênero produziu uma hierarquização entre mulheres dentro do próprio feminismo (ALMEIDA, 2017, p.3).

Logo, o corpo feminino é compreendido como diferente, marcado por diversas fases: puberdade, gravidez, menopausa (ALMEIDA, 2017, p.5). Para tanto, o corpo da mulher torna-se uma ameaça a ser controlada. Ameaça ao poder/saber médico, as técnicas academicamente, friamente construídas. Nesse processo, retira-se o poder-saber das mulheres e repassam para o saber médico. Nessa direção, Almeida aponta que a área da saúde explicita os processos de naturalização do papel da mulher:

É no campo da saúde que se forjam e sustentam os laços naturais entre identidade feminina/comportamentos e funções corporais, com destaque para os eventos em torno da reprodução. De modo que a saúde é um campo poderoso de formulação da naturalização de processos históricos e sociais em torno do papel das mulheres, gerando-se enormes batalhas em direção à demonstração de evidências de que corpo, sexo e a própria ideia de diferença se constituem e são construídos histórica e culturalmente (ALMEIDA, 2017, p. 5).

Em relação às políticas voltadas para atenção à saúde da mulher, como qualquer outra política, os atores que participaram da formulação e da implantação desta política deram a direção e a forma como a política atingirá o público alvo, e qual ênfase será dada a esse processo. A respeito dos processos que envolvem a formulação e implementação de uma política pública é importante afirmar que são perpassadas por conflitos e contradições, disputas de interesses e correlações de forças, o que faz emergir, embora não de forma tão explícita, as diferentes visões de mundo e percepções sobre a realidade (PAIVA, 2016).

Sendo assim, a política de atenção integral à saúde das mulheres está sempre em processo de construção e implementação, devido às contradições que o sistema capitalista determina, gerando assim um espaço de constante luta em defesa da efetivação e permanência das ações e serviços já garantidos por leis.

3 A SAÚDE DA MULHER NO SUS

O conteúdo deste capítulo discorre um pouco sobre as políticas de saúde da mulher, a partir da criação do SUS, um modelo de saúde pública construído de forma coletiva que foi elaborado conforme a necessidade da população. O SUS, mesmo sendo ameaçado pelas reformas e o sistema neoliberal implantado no Brasil a partir dos anos 1990 é um sistema que contou com diversos grupos sociais e profissionais da área que pensaram a saúde pública brasileira de forma coletiva e universal.

A atenção à saúde da mulher foi se consolidando como política pública de assistência integral à saúde das mulheres brasileiras. Mesmo com todos os contratempos é um sistema que está em construção e implementação de suas ações e serviços previstos.

3.1 Política de saúde da mulher no Brasil e o surgimento do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco no contexto da saúde pública no Brasil, mas seu surgimento e consolidação precisou de um longo processo histórico complexo. Sua criação está relacionada à necessidade pela democratização do acesso à saúde e à garantia dos direitos fundamentais, especialmente no que diz respeito à equidade e universalidade dos serviços de saúde, que antes não eram para todos (SARRETA, 2009).

No entanto, uma série de mudanças políticas e históricas podem ajudar a compreender o processo histórico mencionado. Houve uma troca de experiências no que diz respeito à prática médica entre diferentes grupos, como europeus, índios e africanos, desde o início do modelo de atenção à saúde do país. Com a chegada dos portugueses ao Brasil, novas doenças surgiram, causando preocupação devido à falta de conhecimento sobre transmissão e tratamento dessas doenças.

A diversidade demográfica do Brasil permitiu uma variedade de opções de tratamento, com cada grupo trazendo suas próprias habilidades de tratamento para as doenças. Os índios usavam feitiços, rezas, plantas e ervas nativas, enquanto os negros também usavam curandeiros. Além disso, métodos médicos europeus, como procedimentos sanguíneos e isolamento eram usados e foram gradualmente introduzidos, principalmente para aqueles que podiam pagar por elas (OLIVEIRA, 2012).

Com a transferência da família real para o país em 1808, houve avanços no estudo da medicina, incluindo a criação de faculdades de medicina. No período da República, surgiram ações de saúde pública, como a proteção e saneamento das cidades e o controle das doenças,

visando melhorar o atendimento à saúde em meio às transformações sociais e econômicas. No governo de Rodrigues Alves, destacou-se a implementação de medidas importantes no combate a doenças epidêmicas, como o Código Sanitário e a campanha de vacinação obrigatória. Já no governo de Getúlio Vargas, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram criadas, marcando o início da previdência social no país. (LANGDON, 2000; OLIVEIRA, 2012).

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988, como um sistema de saúde universal, integral e que garante que todos os brasileiros tenham acesso igual e universal aos serviços de saúde. O mesmo se firma depois de lutas e reivindicações pelo direito fundamental à saúde. O sistema de saúde no Brasil era fragmentado e tinha desigualdades antes da criação do SUS. Existem vários modelos de assistência à saúde, principalmente dirigidos às pessoas com dinheiro suficiente para pagar por serviços privados. A desigualdade no tratamento e a falta de acesso aos serviços de saúde são problemas recorrentes (MERCADANTE, 2002).

Neste contexto brasileiro, trabalhadores de saúde, professores, alunos e várias partes da sociedade civil que participaram do movimento de reforma sanitária desempenharam um papel significativo na fundação da SUS. Um sistema de saúde baseado nas ideias de equidade, universalidade e completude. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, foi um evento histórico, pois ao longo desta conferência, foram discutidos métodos para construir um sistema de saúde unificado e integrado que permita que a população participe da criação e controle de políticas de saúde (SCOREL, 1999; MERCADANTE, 2002).

A Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, consolidou o SUS. O artigo 196 da Constituição retrata "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (KUCHARSK, 2022). As leis complementares, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) e a Lei no 8.142/1990, regulamentaram o funcionamento do SUS e estabeleceram mecanismos de participação social por meio de conselhos de saúde e conferências de saúde.

O SUS está baseado em três princípios fundamentais: universalidade, que garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde; integralidade, que busca atender a todas as necessidades de saúde em todas as etapas da vida do paciente; e equidade, que busca diminuir as disparidades regionais e sociais no acesso à saúde (ALEXANDRE, 2018).

Ao longo dos anos, o SUS tem passado por desafios e avanços. Enfrenta questões como a falta de recursos adequados, a necessidade de ampliação da oferta de serviços e a melhoria na

qualidade do atendimento. Por outro lado, tem obtido conquistas significativas, como a redução da mortalidade infantil, a ampliação do acesso a medicamentos e a implementação de políticas específicas para grupos vulneráveis, como a saúde da mulher, a saúde mental e a saúde indígena (MERCADANTE, 2002).

O SUS é um marco na história da saúde do Brasil, mas também se trata de um avanço gigantesco para o estabelecendo do direito à saúde como uma política pública que reconhece a importância da relação entre as políticas de saúde e a saúde da mulher. com a criação do sistema, foram desenvolvidas ações e programas específicos para a saúde das mulheres. Esses programas visam prevenir doenças, promover o parto humanizado e garantir o planejamento familiar e combater a violência de gênero e promover a equidade entre os gêneros no acesso aos serviços de saúde.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementado em 1983, foi um importante marco na articulação entre o SUS e a política de saúde da mulher. Esse programa visava promover a atenção integral à saúde da mulher, contemplando ações de planejamento familiar, atendimento pré-natal, parto humanizado, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (KORNIJEZUK, 2015).

Em 2000, foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de diminuir a mortalidade materna e neonatal por meio da qualificação da assistência ao pré-natal e parto. Essa iniciativa fortaleceu a relação entre o SUS e a política de saúde da mulher, enfatizando a importância do cuidado integral e humano durante a gestação e o parto. (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi criada em 2004 para reafirmar o compromisso do SUS com a saúde das mulheres e fornece diretrizes para ações específicas que garantam a equidade de gênero na assistência à saúde. Essa política visa levar em consideração os requisitos de saúde das mulheres em todas as fases de suas vidas, desde a infância até a terceira idade.

O SUS tem buscado incorporar princípios de gênero ao longo dos anos, promovendo ações para prevenir, diagnosticar e tratar doenças que afetam principalmente as mulheres. Essas ações incluem a oferta de exames preventivos, como o Papanicolau e a mamografia, a distribuição de métodos contraceptivos, o atendimento especializado em saúde sexual e reprodutiva e a realização de exames de rotina (BRASIL, 2004).

O Sistema Nacional de Saúde (SUS) foi criado no Brasil como resultado da luta para democratizar a saúde. As políticas de saúde destinadas às mulheres incluem programas e políticas específicas para garantir a saúde integral das mulheres, avaliando suas necessidades e

especificidades em todas as etapas da vida. Essa articulação é fundamental para garantir que as mulheres brasileiras recebam cuidados médicos humanizados e incondicionais. Uma série de iniciativas foram implementadas para atender às necessidades específicas desse grupo populacional. Essas iniciativas também visam fortalecer ainda mais a conexão entre o SUS e a política de saúde da mulher.

A fundação da Rede Cegonha em 2011 é um exemplo relevante. Essa abordagem visa garantir a saúde materno-infantil em todos os aspectos, desde o planejamento reprodutivo até na assistência pós-parto. A Rede Cegonha enfatiza o pré-natal qualificado, o parto humanizado, a amamentação e a assistência às mulheres no puerpério, pois esses métodos reduzem a mortalidade materna e neonatal e melhoram a saúde das mulheres.

Outra ação relevante é a implementação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecida em 2017. Essa política busca promover a assistência segura e qualificada durante a gestação, o parto e o pós-parto, reconhecendo a importância do protagonismo da mulher e do respeito aos seus direitos reprodutivos. Ela tem como princípios norteadores a humanização do parto, a redução de práticas obstétricas inadequadas e desnecessárias, e a promoção do parto normal (NERI, 2018).

Além disso, o SUS oferece medidas para prevenir e tratar doenças específicas para as mulheres. Em termos de saúde feminina, a prevenção do câncer de mama e do colo do útero deve ser priorizada. O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama visam garantir que as mulheres com câncer de colo do útero e mama recebam tratamento adequado durante exames de detecção precoce, como mamografias e exames de Papanicolau (CARVALHO, 2015).

Além disso, o SUS aborda a saúde sexual e reprodutiva, utilizando de serviços de planejamento familiar, fornecimento de métodos contraceptivos e atendimento especializado em saúde sexual, assim procura garantir a saúde e o bem-estar das mulheres, é necessário prevenir e tratar infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV/AIDS, o sistema também procura e abordar problemas como saúde mental e violência de gênero no contexto da política de saúde da mulher. Por meio dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) e das Casas de Abrigo, o SUS tem trabalhado para alcançar e atender mulheres em situação de violência. Além disso, a atenção psicossocial e o acompanhamento em saúde mental são oferecidos, reconhecendo a importância de um tratamento completo de saúde. (COSTA, 2014; CARLOS, 2017).

Em resumo, o SUS se articulou com a política de saúde da mulher por meio da implementação de programas, políticas e ações específicas que visam garantir a atenção

integral, humanizada e equitativa à saúde das mulheres brasileiras. Essas iniciativas abrangem desde o cuidado durante a gestação e o parto até a prevenção e tratamento de doenças que afetam as mulheres, bem como o acolhimento e o atendimento em casos de violência de gênero e saúde mental. O compromisso em promover a saúde e o bem-estar das mulheres é uma das bases fundamentais do SUS.

3.2 Contexto de implementação das políticas de atenção integral à saúde da mulher

Ao longo da história, a implementação de políticas de saúde da mulher tem sido uma jornada marcada por avanços significativos, mas também por desafios persistentes. Essas políticas surgiram como resultado do reconhecimento das necessidades específicas das mulheres em relação à saúde, bem como das desigualdades de gênero existentes nos sistemas de saúde.

Os primeiros esforços para abordar os problemas de saúde das mulheres no século XIX se concentraram na mortalidade materna e no parto. Profissionais de saúde e reformadores sociais, que defendem o acesso a cuidados obstétricos de qualidade, foram os impulsionadores da melhoria das condições de assistência ao parto e da redução das altas taxas de mortalidade materna. Os movimentos sociais emergentes, como o movimento sanitário e o movimento feminista, desempenharam um papel importante na criação de políticas públicas. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1983 em resposta às demandas cada vez maiores por uma política de saúde mais inclusiva (MESQUITA, 2011; BRASIL, 2004).

Por outro lado, a discussão sobre planejamento familiar e controle de natalidade era um assunto controverso no país antes do PAISM. O governo federal não havia conseguido implementar programas nessa área, o que levou a intensas discussões. A instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Problemas Populacionais, que lançou as bases para o programa, marcou a virada de jogo. Ampliar os serviços de saúde básicos, fornecer atenção primária acessível e abrangente, bem como atender às necessidades materno-infantis e ao planejamento familiar eram os objetivos (VOSNE, 2004; MESQUITA, 2011).

Um marco importante na implementação das políticas de saúde da mulher foi o Movimento Feminista, que emergiu no final do século XIX e ganhou força ao longo do século XX. As feministas destacaram a necessidade de abordar questões relacionadas à saúde reprodutiva, direitos sexuais e reprodutivos, e igualdade de gênero no âmbito da saúde.

O embate em torno da saúde da mulher e do planejamento familiar juntou diferentes sujeitos da sociedade. Feministas, sanitaristas, clero católico, economistas, demógrafos, políticos e entidades privadas às vezes concordavam e outras discordavam em suas perspectivas. Contudo, os movimentos feminista e da reforma sanitária desempenharam papéis bases, influenciando o PAISM e garantindo que princípios defendidos por eles fossem incorporados (ROCHA, 1993; VOSNE, 2004).

O movimento de liberação das mulheres e o lançamento da pílula anticoncepcional impulsionaram mudanças significativas nas políticas de saúde da mulher na década de 1960. Novas perspectivas sobre a saúde sexual e reprodutiva surgiram com a disponibilidade da contraceção hormonal e a luta pelo direito das mulheres à autodeterminação.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, marcou um ponto de inflexão nas políticas de saúde da mulher. Nessa conferência, foi enfatizado que a saúde reprodutiva é um direito humano e que todos devem ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade. (SILVA, 2017; PITANGUY, 1999).

O princípio da integralidade guiou avanços na política de saúde pública no Brasil nas décadas de 1970 e 1980. Por outro lado, uma mudança para uma estrutura fragmentada e influenciada pelo neoliberalismo tornou-se evidente nos últimos vinte anos. Apesar dessa situação difícil, os defensores da saúde ainda acreditam no valor da integralidade, o que levou ao lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, com o objetivo de melhorar a capacidade de todos a planejar suas famílias.

O PAISM foi criado durante um período de redemocratização, quando as relações entre Estado e sociedade mudaram e as lutas dos movimentos sociais, principalmente o movimento feminista, estavam em andamento. As mulheres se uniram para discutir os direitos em prol da saúde feminina (OSIS, 1998).

Assim, ao examinar a história da criação e implementação do PAISM, é essencial entender os vários atores envolvidos, bem como suas discussões, convergências e divergências. As mudanças nas políticas públicas ocorreram durante esse período. A participação da sociedade civil foi valorizada e prioridades como descentralização e participação popular foram destacadas. O movimento feminista foi fundamental para colocar a questão de gênero na agenda pública e na formulação de políticas voltadas para o assunto.

Nos últimos anos, as políticas de saúde da mulher evoluíram para abordar uma gama mais ampla de questões, como a prevenção e o tratamento de doenças crônicas, a saúde mental, a violência de gênero e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Essas políticas têm como

objetivo promover a saúde e o bem-estar das mulheres em todas as fases de suas vidas, desde a infância até a idade adulta e a terceira idade (RABELLO, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel fundamental na implementação das políticas de saúde da mulher. O SUS tem buscado promover a saúde das mulheres por meio da oferta de serviços de planejamento familiar, atendimento pré-natal I, prevenção e tratamento de doenças ginecológicas, prevenção e combate à violência de gênero, entre outros.

Além disso, programas específicos foram implementados, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que busca garantir um atendimento humanizado e de qualidade durante a gestação e o parto, e o Programa Nacional de Imunizações, que oferece vacinas para prevenir doenças que afetam especificamente as mulheres (ZAMPIERI, 2006).

É importante ressaltar que, a implementação efetiva das políticas de saúde da mulher requer não apenas a formulação de diretrizes e programas, mas também a garantia de recursos adequados, treinamento de profissionais de saúde, conscientização da população e o fortalecimento do envolvimento das mulheres nas decisões relacionadas à sua própria saúde.

Embora as políticas de saúde da mulher tenham avançado significativamente, ainda há problemas a serem resolvidos. As desigualdades de gênero persistem no acesso das mulheres aos serviços de saúde e nas condições de saúde. Além disso, o estigma em relação à saúde sexual e reprodutiva, a violência de gênero e a discriminação continuam a prejudicar a saúde das mulheres (SILVA, 2017; OSIS, 1998)

Em conclusão, a implementação das políticas de saúde da mulher é uma história em constante evolução, impulsionada por movimentos sociais, avanços científicos e mudanças nas percepções sociais. Embora tenham sido alcançados progressos significativos, ainda há muito a ser feito para garantir a saúde e o bem-estar de todas as mulheres. Através do reconhecimento das necessidades específicas das mulheres, do fortalecimento do sistema de saúde e do engajamento da sociedade como um todo, podemos continuar avançando em direção a uma saúde mais igualitária e inclusiva para todas as mulheres.

3.3 A política de atenção integral à saúde da mulher

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde das mulheres no Brasil foi incorporada às políticas de saúde do país, embora o foco inicial fosse na gravidez e no parto. No entanto, ao longo do tempo, houve uma expansão dessas políticas para abranger questões mais amplas relacionadas à saúde da mulher em diferentes fases da vida (COELHO, 2003).

A fim de proteger grupos de risco, como crianças e gestantes, foram implementados programas materno-infantis nos anos 1930, 1950 e 1970. No entanto, esses programas eram incompletos, não centralizados e fragmentados. As metas foram estabelecidas pelo governo central sem levar em consideração as necessidades específicas dos cidadãos locais, o que teve um efeito negativo nos indicadores de saúde (Brasil, 2004).

Esses programas começaram a ser criticados a partir do movimento feminista brasileiro, pois eram vistos como limitados e reducionistas, concentrando-se apenas no ciclo gravídico-puerperal e deixando as mulheres desassistidas durante a maior parte de suas vidas. O movimento feminista levantou a questão da sexualidade, da reprodução, da anticoncepção, da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da sobrecarga de trabalho que as mulheres enfrentam no trabalho.

A fim de atender a essas necessidades, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. Este foi um salto conceitual em relação às políticas anteriores. Para garantir a integralidade e a igualdade no atendimento às mulheres, o PAISM implementou princípios de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde. (KORNIJESUK, 2015; BRASIL, 2004).

Além das ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, o programa abrangia uma variedade de serviços, incluindo atendimento ginecológico, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e câncer. Essa abordagem mais abrangente buscou atender às necessidades de saúde das mulheres ao longo de suas vidas, reconhecendo que as desigualdades de gênero também têm impacto na saúde. Segundo Brasil, (2004) os princípios da atenção integral as mulheres devem ser os seguintes aspectos:

- 1) O Sistema Único de Saúde (SUS) deve levar em consideração as necessidades das mulheres em diferentes fases da vida, a promoção da saúde, o controle das doenças mais comuns nessa população e o direito à saúde.

- 2) A política de saúde da mulher deve considerar todas as mulheres, não importa sua faixa etária, raça, etnia ou pertencimento a grupos populacionais diferentes. A análise de

gênero, raça e etnia deve ser usada como base para a criação, execução e avaliação de políticas de saúde da mulher, com ênfase em questões que vão além da saúde sexual e reprodutiva.

3) O Sistema Único de Saúde (SUS) deve levar em consideração a promoção da saúde e a gestão inclusiva da política de saúde para atender às demandas emergentes em todos os níveis de atenção à saúde. As políticas devem ser consideradas em sua amplitude, com o objetivo de colaborar com outros setores do governo para criar e ampliar as condições necessárias para o exercício dos direitos das mulheres.

4) A atenção integral à saúde da mulher envolve promover, proteger, ajudar e recuperar a saúde em todos os níveis de atenção, garantindo que as mulheres possam receber tratamento médico. A atenção deve levar em consideração o contexto da vida, as necessidades individuais e o respeito pelas diferenças.

5) As práticas de saúde devem ser humanizadas, com profissionais que reconheçam o direito à atenção à saúde, ensinem as mulheres sobre seu corpo e saúde, acolham suas demandas e tentam resolver problemas e reduzir o sofrimento associado à adoção.

6) A elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher depende da participação da sociedade civil, particularmente do movimento de mulheres. Para construir redes integradas de atenção à saúde, os setores governamentais e não-governamentais devem se comunicar melhor e se envolver mais.

O PAISM coincidiu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto do Movimento Sanitário, fortalecendo a perspectiva de saúde como um direito universal e promovendo uma maior participação social na formulação e implementação de políticas de saúde.

Desde então, o Brasil tem avançado na promoção da saúde da mulher, implementando políticas e programas que buscam não apenas a prevenção e o tratamento de doenças, mas também a promoção da igualdade de gênero, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, e a melhoria das condições de vida das mulheres em todas as suas dimensões (ROCHA,1993; VOSNE, 2004; BRASIL, 2004).

Quando pensamos na promoção da saúde e atenção integral, entendemos que o desenvolvimento dessa Política, em parceria com diversos setores da sociedade, com o objetivo de promover a saúde da mulher que conseguimos reduzir os índices de morbidade e mortalidade evitáveis.

A PNAISM enfatiza a humanização da atenção à saúde, indo além do tratamento amigável e considerando questões de acessibilidade, provisão de recursos e tecnologias, sistemas de referência e contra referência, informações e participação da clientela na avaliação

dos serviços. A mulher é vista como sujeito autônomo e participativo no processo de formulação de políticas públicas, visando atender às suas necessidades reais e melhorar a qualidade da assistência. No entanto, ainda há exclusão de certos segmentos, como prostitutas, que continuam sendo vulneráveis a diversos problemas de saúde e marginalização social (FREITAS, 2009).

Percebe -se que mesmo com as conquistas dos direitos à saúde, as mulheres ainda sofrem preconceito devido a sua condição civil e social, o conceito de mulheres carece de maior atenção quando o assunto é saúde, pois a saúde da mulher precisa de atenção independente de suas escolhas pessoais, de sua raça, classe e orientação sexual.

4 A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Neste capítulo serão apresentados os dados da coleta da pesquisa. Ou seja, refere-se à reflexão em torno do acesso e atenção à saúde da mulher, no contexto pandêmico. Além disso, serão apresentadas as estratégias de coleta de dados.

4.1 Metodologia

Para esse trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a saúde da mulher no SUS no período de pandemia da Covid-19. coletou-se as informações nas plataformas Scielo, biblioteca virtual da saúde e observatório de evidências científicas Covid-19. Os documentos analisados foram revistas, cartilhas, materiais de jornais e documentos públicos coletados online nos meios de comunicação eletrônicos, além de normas, legislações e dados referentes ao período pandêmico, ou seja, os anos de 2020 a 2022.

As informações foram coletadas no período de março a junho de 2023. Foram coletados os dados após a seleção dos descritores: saúde (covid-19), mulher, acesso informações à saúde; dando origem a 2 (dois) termos de busca em português: “acesso à informação de saúde “AND Mulher AND Covid- 19; ‘Ação integrada de Saúde” AND Mulher AND Covid-19. Os documentos foram de março de 2020 a junho de 2023.

Através desta pesquisa, buscamos compreender como se deu os atendimentos e acompanhamentos de saúde da mulher no período de pandemia da COVID –19, que tiveram início no Brasil em fevereiro de 2020 e término do período emergencial em 5 de maio de 2023.

Neste capítulo, buscou-se compreender um pouco do contexto de saúde da mulher no período da pandemia de COVID-19, os desafios que as mulheres enfrentaram nesse período para manter as consultas e os acompanhamentos de saúde que o SUS garante de forma universal, nesse capítulo o foco foi o acesso a saúde das mulheres, um tema bastante amplo e complexo, que merece atenção devido à complexidade da anatomia feminina.

Dessa forma, a mulher como sujeito de direitos merece atenção em todas as fases da vida, no entanto a pandemia desvelou problemas de décadas, a mulher ao longo dos anos vem sendo negligenciada, devido sua classe, cor, etnia etc. As dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde com o cenário da pandemia foi bastante desafiador devido às restrições e a crise sanitária que a pandemia causou.

4.2 A atenção à saúde da mulher no contexto da Pandemia da COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19 em março de 2020, três meses após o primeiro caso confirmado na cidade de Wuhan, na China. A doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 desde então infectou mais de 655 milhões de pessoas em todo o mundo, com o maior número de casos notificados nos Estados Unidos. Em todo o mundo, 6,67 milhões de pessoas morreram como resultado da doença (CUCINOTTA; VANELLI, 2020).

Em fevereiro de 2020, o primeiro caso de COVID-19 foi registrado no Brasil. Quase três anos depois, mais de 36 milhões de pessoas contraíram a doença e mais de 693 mil morreram. A principal maneira de prevenir a doença e conter o avanço do vírus é a vacinação, especialmente nas áreas mais pobres. (BRASIL, 2023).

A COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, tem sintomas como tosse, febre, cansaço, dores pelo corpo e problemas respiratórios. A transmissão pode ocorrer por meio de gotículas liberadas ao falar, espirrar ou tossir, bem como por contato com superfícies ou pessoas contaminadas. (GUAN *ET AL.*, 2020)

A pandemia teve um impacto significativo na sociedade em várias áreas, incluindo comportamento, economia e social. Hábitos cotidianos foram alterados por medidas de distanciamento social e *lockdowns*, o que resultou no fechamento de muitos negócios. (CEYLAND *et al.*, 2020). A taxa de mortalidade do COVID-19 é de 1% em todo o mundo, mas pode ser maior em países mais pobres. A pandemia matou mais pessoas na Índia, França e Estados Unidos, respectivamente. Em resumo, a pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo em todo o mundo, causando milhões de infecções e mortes, bem como mudanças socioeconômicas significativas (CASACA *ET AL.*, 2020).

A atenção à saúde da mulher no contexto da pandemia da COVID-19 apresentou desafios e impactos significativos. A pandemia exacerbou as desigualdades sociais, econômicas, raciais e de gênero já existentes, potencializando as vulnerabilidades das mulheres. A disseminação do novo coronavírus mostrou como a pandemia tem impacto desigual, afetando diferentes grupos de pessoas. Além dos fatores de risco biológicos, a pandemia também está relacionada à cor, classe e gênero. A crise da pandemia expõe desigualdades sociais existentes na sociedade, e todos esses fatores afetaram a atenção integral à saúde das mulheres (SILVA, 2021; BARROSO, 2020).

O distanciamento social foi algo que dificultou o acesso integral à saúde, no entanto foi uma medida necessária adotada para reduzir a velocidade de contágio. No Brasil, cada estado

se organiza de acordo com sua realidade epidemiológica e estrutural, mas serviços essenciais, como os de saúde, permanecem abertos, embora com uma diminuição importante de frequência. A violência doméstica contra mulheres e crianças aumentou durante o período de isolamento social. O convívio prolongado, dificuldades financeiras e interrupção de atividades de trabalho e lazer são possíveis explicações para esse aumento. As famílias são afetadas de forma heterogênea, de acordo com diferentes condicionantes (REIGADA, 2021).

A pandemia em si, também representou uma barreira de acesso aos serviços de saúde, pois eles estão reorganizados para atender prioritariamente os pacientes possivelmente infectados, e mulheres com outras necessidades não se tornavam prioridade, devido a situação caótica da pandemia, e muitos profissionais estavam afastados do atendimento. Além disso, as pessoas evitavam ir aos serviços devido às recomendações de distanciamento social e ao medo de contaminação. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na prevenção de agravos e na vigilância de famílias e indivíduos mais vulneráveis.

A violência contra a mulher foi um fator que interferiu na integralidade da saúde, o aumentou durante a pandemia devido a diversos fatores, como o medo do novo coronavírus, o afastamento da rede socioafetiva, a ameaça financeira, o aumento do consumo de álcool e drogas e o maior convívio domiciliar. A proximidade do agressor dificulta o contato telefônico com serviços de ajuda, e a diminuição da mobilidade dificulta o afastamento da situação de violência. A APS, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desempenha um papel importante na identificação da violência intrafamiliar, mas muitas vezes esses profissionais não compõem as equipes de APS ou se sentem despreparados para abordar essa questão (FERREIRA, 2020; REIGADA, 2021).

Uma das principais preocupações dos estudiosos dos direitos das mulheres foi o aumento da violência contra as mulheres durante a pandemia. Com o confinamento domiciliar, muitas mulheres encontram-se presas com seus agressores, o que contribui para um aumento significativo nos casos de violência doméstica. Esse cenário dificulta ainda mais o acesso das mulheres aos serviços de saúde, pois elas podem temer buscar atendimento devido à incerteza, estigma ou falta de recursos para sair do ambiente violento.

O espaço da rede de atenção à saúde onde se tornava uma rede de apoio para mulheres que sofriam violência doméstica, na pandemia teve essa abrangência reduzida. Também reduziu a garantia do funcionamento dos serviços judiciais no processamento dos agressores, em meio ao caos sanitário, pensou-se na libertação provisória de prisioneiros condenados por violência contra a mulher, em contraponto também abrigos e serviços para mulheres em situação de violência foram estabelecidos como essenciais durante a pandemia. Em relação à assistência à

saúde da mulher, é necessário garantir o atendimento durante a gestação e o puerpério, além da investigação e tratamento de condições que representem risco para a saúde da mulher.

A contracepção eficaz também é importante nesse momento. O acesso a métodos contraceptivos foi afetado durante a pandemia, exigindo atenção por parte dos gestores de saúde. O pré-natal de baixo risco realizado na APS é capaz de reduzir (MENEZES, 2022; REIGADA, 2021).

Gestantes, puérperas e mulheres negras enfrentam riscos aumentados de morbimortalidade relacionados à COVID-19, evidenciando disparidades raciais e obstáculos adicionais no acesso aos serviços de saúde. Mulheres em situação de violência doméstica, mulheres em situação de rua e mulheres privadas de liberdade também enfrentam desafios específicos para acessar serviços essenciais durante a pandemia. Portanto, a atenção à saúde da mulher durante a pandemia da COVID-19 exigiu a consideração dessas vulnerabilidades e a implementação de políticas públicas adequadas para enfrentar esses desafios (GUIMARÃES, 2022; FERREIRA, 2020; SANTOS, 2022).

No contexto da pandemia da COVID-19, a atenção à saúde da mulher tem enfrentado desafios se levado as considerações das desigualdades de gênero, tornando mais urgente a necessidade de prestar atenção às especificidades das mulheres, que representam a maioria na linha de frente dos cuidados de saúde, é possível observar que nesse contexto de profissionais atuantes no ambiente de cuidados à saúde o modo que homens e mulheres estão inseridos é diferente, mesmo exercendo a mesma função, com isso é possível observar que os mesmos sofrem de maneira diferente e distinta nessa conjuntura, e as mulheres sofrem e adoecem mais (BARRA, 2020).

Além disso, as mulheres também têm enfrentado dificuldades no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. O adiamento de consultas e exames preventivos, como o exame de Papanicolau e mamografias, pode resultar em diagnósticos tardios de doenças como câncer de colo de útero e de mama. O acesso a métodos contraceptivos e serviços de saúde sexual também tem sido afetado, o que pode levar a um aumento nas taxas de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (CARVALHO, 2022).

A saúde mental das mulheres também tem sido impactada durante a pandemia. O estresse, a ansiedade e a depressão têm aumentado devido às preocupações com a saúde, o isolamento social, a sobrecarga de trabalho e as incertezas econômicas. No entanto, muitas vezes, o acesso a serviços de saúde mental tem sido limitado ou interrompido, deixando as mulheres sem suporte adequado.

Diante desses desafios, é fundamental que sejam implementadas medidas para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde da mulher durante a pandemia. Isso inclui a disponibilização de informações claras e acessíveis sobre saúde, incluindo medidas de prevenção da COVID-19 e recursos para mulheres em situação de violência doméstica. Além disso, é necessário manter os serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva em funcionamento, adaptando-os às restrições da pandemia, e garantir o acesso a serviços de saúde mental (SANTOS, 2020; SOUSA, 2020).

Também é importante promover a igualdade de gênero e combater as desigualdades estruturais que afetam a saúde das mulheres. Isso inclui ações para enfrentar a violência de gênero, promover a equidade salarial, melhorar as condições de trabalho e fortalecer os sistemas de apoio às mulheres.

Utilizando alguns dos autores estudados podemos sistematizar uma tabela onde conseguimos compreender os principais fatores que afetaram a atenção à saúde da mulher no contexto da pandemia da (covid-19):

Tabela 1-principais fatores que afetam a atenção à saúde da mulher no contexto da Covid-19

Autor	Principais fatores que afetaram a atenção à saúde da mulher no contexto da pandemia da COVID-19
Silva, 2021	Exacerbação das desigualdades sociais, econômicas, raciais e de gênero; Crise da pandemia expondo desigualdades sociais existentes; Atenção integral à saúde das mulheres afetadas por cor, classe e gênero.
Barroso, 2020	Dificuldade de acesso à saúde devido ao distanciamento social; Aumento da violência doméstica durante o isolamento social; Priorização dos pacientes com COVID-19 reduzindo o acesso a serviços de saúde
Reigada, 2021	Reorganização dos serviços de saúde para atender pacientes com COVID-19 dificultando o acesso; Aumento da violência doméstica durante o isolamento social; Dificuldade na identificação e abordagem da violência intrafamiliar pelos profissionais de saúde

Ferreira, 2020	Aumento da violência contra a mulher durante a pandemia; Dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido ao medo, falta de recursos e proximidade do agressor
Menezes, 2022	Dificuldade de acesso à contracepção eficaz durante a pandemia.
Guimarães, 2022	Riscos aumentados de morbimortalidade para gestantes, puérperas e mulheres negras; Desafios específicos para mulheres em situação de violência doméstica, em situação de rua e privadas de liberdade.
Barra, 2020	Desigualdades de gênero na linha de frente dos cuidados de saúde; Mulheres sofrendo e adoecendo mais no contexto da pandemia.
Carvalho, 2022	Adiamento de consultas e exames preventivos, afetando o diagnóstico de doenças como câncer de colo de útero e de mama; dificuldade de acesso a métodos contraceptivos e serviços de saúde sexual.
Santos, 2020	Impacto na saúde mental das mulheres, com aumento do estresse, ansiedade e depressão; Limitações no acesso a serviços de saúde mental.
Sousa, 2020	Necessidade de implementar medidas para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde da mulher; Promoção da igualdade de gênero e combate às desigualdades estruturais; Manutenção dos serviços essenciais e acesso a serviços de saúde mental.

Fonte: Elaborado pela autora

No entanto, é importante ressaltar que, apesar dos obstáculos enfrentados, a pandemia da COVID-19 também trouxe à tona a necessidade urgente de prestar atenção às especificidades das mulheres e fortalecer a atenção à saúde feminina. Os estudos evidenciam que as mulheres desempenham um papel crucial na linha de frente dos cuidados de saúde, porém, enfrentam diferentes desafios e sofrem de maneira distinta em comparação aos homens.

Nesse sentido, é fundamental promover ações que enfrentem a violência de gênero, melhorem as condições de trabalho das mulheres, garantam o acesso a serviços de saúde sexual

e reprodutiva, e fortaleçam os sistemas de apoio às mulheres. Além disso, é necessário manter os serviços essenciais de saúde em funcionamento, adaptando-os às restrições impostas pela pandemia, e oferecer suporte adequado à saúde mental das mulheres. Ao abordar as desigualdades estruturais e implementar medidas específicas para a saúde da mulher, será possível superar os desafios e proteger o bem-estar das mulheres durante esse período desafiador da pandemia da COVID-19.

4.3 Os impactos da pandemia e os desafios enfrentados pelas mulheres para acessar a saúde no período de pandemia

Os impactos da pandemia da COVID-19 foram desproporcionais para as mulheres e elas enfrentaram vários desafios no acesso à saúde durante esse período. As mulheres foram afetadas de forma desigual pelas crises econômicas e sociais decorrentes da pandemia, devido à estrutura patriarcal e à divisão desigual do trabalho. As desigualdades socioeconômicas, o racismo que impactou diretamente a saúde das mulheres. Gestantes, puérperas e mulheres negras foram especialmente afetadas, enfrentando maiores riscos de morbimortalidade associados à COVID-19 (SILVA, 2021).

A propagação rápida do vírus exigiu a adoção de medidas de controle de saúde, como restrição de movimento e distanciamento social, visando reduzir os impactos no sistema de saúde e na mortalidade da população. Entre as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, estão a higienização frequente das mãos, uso de máscaras, protocolos respiratórios e distanciamento social (SANTOS, 2020).

Mulheres em situação de violência doméstica, em situação de rua e mulheres privadas de liberdade enfrentaram obstáculos adicionais para acessar serviços essenciais de saúde. A falta de informações acessíveis sobre saúde pública e as barreiras para implementar medidas básicas de higiene também afetaram as mulheres com deficiência. A pandemia aumentou a vulnerabilidade das mulheres, destacando a importância de políticas públicas que considerem as necessidades específicas das mulheres e garantam o acesso equitativo aos serviços de saúde (SILVA, 2021; FERREIRA, 2020).

Segundo Menezes (2022), uma parcela significativa das mulheres não compareceu às consultas devido à ausência de queixas (38,9%), acreditando que a ida à consulta não era tão importante naquele momento (20,1%) ou devido ao medo de sair de casa e se contaminar com a COVID-19 (19,4%). Além disso, algumas mulheres relataram dificuldades financeiras, independentemente de dependerem exclusivamente do SUS ou possuírem condições

financeiras mais favoráveis. Também foram mencionados obstáculos relacionados à disponibilidade de profissionais de saúde, horários de funcionamento dos serviços de saúde e distância geográfica ou situações de privação de liberdade.

As preocupações com a segurança, a percepção de prioridades e a falta de queixas específicas de mulheres em situação de privação de liberdade deixou o acesso à saúde comprometido. As violações constantes dos direitos fundamentais das mulheres encarceradas e a falta de políticas públicas efetivas voltadas para a garantia do direito à saúde foram desafios significativos enfrentados pelas mulheres durante esse período (NEVES, 2021).

A falta de acesso a condições sanitárias básicas agrava a vulnerabilidade da população carcerária durante a crise sanitária, especialmente nos presídios femininos. Essa violação dos direitos à saúde e dignidade coloca em risco a saúde das mulheres encarceradas. O ambiente prisional precário, com superlotação, falta de higiene e estruturas degradadas, propicia a propagação de epidemias e o surgimento de doenças. Apesar da existência de instrumentos legais e tratados internacionais que visam proteger os direitos das mulheres presas, há uma ausência de políticas públicas efetivas no Brasil para garantir a saúde dessas mulheres privadas de liberdade.

No sistema prisional brasileiro, que já enfrenta problemas de superlotação e acesso limitado a serviços de saúde, as condições insalubres e de violência se tornam ainda mais preocupantes. A falta de higiene, alimentação inadequada, estilo de vida sedentário e condições precárias das celas favorecem a propagação de epidemias e o desenvolvimento de doenças psicopatológicas. Além disso, a alta prevalência de doenças como tuberculose, pneumonia, diabetes, hipertensão, câncer e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/Aids), juntamente com a presença de idosos, mulheres grávidas e crianças, coloca essas pessoas em maior risco de desenvolver sintomas graves da Covid-19 (SANTOS, 2020).

A falta de aplicação desses instrumentos legais na realidade prisional e a distância entre o que é estabelecido legalmente e a situação vivenciada pelas mulheres encarceradas são evidentes. Os presídios femininos carecem de infraestrutura adequada, com falta de acesso a banheiros, suprimentos básicos de higiene e cuidados médicos específicos para as mulheres. Essas condições desfavoráveis foram ainda mais acentuadas durante a pandemia (LAGE, 2020; NEVES, 2021).

A falta de políticas públicas específicas para o gênero feminino e as condições precárias das prisões criaram ainda mais rompimentos nos direitos básicos das mulheres encarceradas. A pandemia impôs restrições adicionais, como a limitação das visitas de familiares e esposas, o

que teve um impacto negativo na saúde mental e emocional das mulheres presas. Além disso, a escassez de recursos materiais e humanos dificulta ainda mais o acesso aos serviços de saúde adequados. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), criado em 2003, busca atender às necessidades de saúde das pessoas encarceradas, incluindo as mulheres. No entanto, sua implementação efetiva e a garantia de acesso igualitário aos serviços de saúde ainda são desafios a serem enfrentados (LAGE, 2020).

Apesar dessas políticas e planos, a implementação efetiva das medidas propostas ainda é um desafio. A falta de recursos materiais, a escassez de profissionais de saúde especializados e a falta de capacitação adequada dos profissionais que atuam no sistema prisional são alguns dos obstáculos enfrentados. A pandemia da Covid-19 também trouxe restrições adicionais, como a suspensão de visitas e o acesso limitado aos serviços de saúde, agravando ainda mais a situação das mulheres encarceradas.

É fundamental garantir a implementação efetiva das políticas públicas existentes, bem como o fortalecimento dos serviços de saúde no sistema prisional, especialmente no que diz respeito à saúde da mulher. Isso inclui a disponibilização de recursos adequados, a capacitação de profissionais de saúde e a criação de estratégias específicas para atender às necessidades das mulheres encarceradas, promovendo a igualdade de acesso aos serviços de saúde e o respeito aos direitos humanos (LAGE, 2020; MENEZES, 2022; ALVES, 2022).

A falta de uma política de testagem massiva para a população feminina, incluindo as privadas de liberdade, contribui para a subnotificação dos casos de COVID-19 entre as mulheres e dificultou o enfrentamento adequado do problema. A falta de recursos adequados e a escassez de profissionais de saúde nas maternidades têm impactado negativamente o acesso das mulheres aos cuidados intensivos, como internação em UTI e suporte de ventilação (FERREIRA, 2020).

Além das dificuldades decorrentes das restrições de movimento e do isolamento social, as mulheres também enfrentam barreiras adicionais devido à desigualdade de gênero e às disparidades sociais. Mulheres em situação de vulnerabilidade, como as mulheres pobres e negras, tiveram maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. Segundo Carvalho, (2022), a COVID-19 teve impactos significativos na saúde das mulheres, especialmente aquelas que estão em ocupações precárias e subvalorizadas. Essas mulheres foram expostas a riscos maiores devido à natureza de seus trabalhos e enfrentam desafios adicionais, como discrepâncias salariais, más condições de trabalho e sobrecarga de tarefas.

É importante destacar que as mulheres não são um grupo homogêneo, e a interseccionalidade deve ser considerada ao analisar os impactos da pandemia na saúde das

mulheres. Fatores como idade, raça, sexualidade, deficiência, território e classe social influenciam as condições de saúde e as desigualdades enfrentadas pelas mulheres durante a pandemia, agravando as desigualdades de gênero e apresentando desafios significativos para o acesso e a atenção à saúde das mulheres. Por isso é necessário adotar medidas que levem em consideração as especificidades das mulheres, promovendo o acesso equitativo aos serviços de saúde (FERREIRA, 2020).

Um estudo revelou que os principais impactos causados pela pandemia nas mulheres foram a piora na saúde mental. Um estudo realizado com mulheres encarceradas em Salvador, Bahia, revelou que 95,1% delas relataram sintomas de ansiedade relacionados ao distanciamento social. A falta de interação social e a preocupação com a pandemia afetaram negativamente a saúde mental das mulheres. Além disso, aquelas com comorbidades que as tornavam mais vulneráveis à COVID-19 foram beneficiadas pela progressão do regime prisional, permitindo-lhes cumprir a sentença em ambiente domiciliar durante a pandemia (SANTOS, 2020).

Outro grupo de mulheres afetadas na pandemia que teve seu acesso a saúde prejudicado foram as mulheres lésbicas, o afastamento da rede de apoio e a falta de fonte de renda, as colocou em situações de dificuldades adicionais devido à invisibilidade e marginalização na sociedade heteronormativa. A falta de produção científica sobre a saúde das mulheres lésbicas, a ausência de políticas de saúde adequadas e a escassez de tecnologias de cuidado agravaram sua vulnerabilidade durante a pandemia. Acesso limitado a serviços especializados em saúde mental e dificuldades econômicas também foram relatados pelas mulheres lésbicas. A interseccionalidade entre gênero, orientação sexual e outros fatores de opressão amplificou os impactos negativos da pandemia para as mulheres lésbicas, exigindo uma abordagem mais abrangente e inclusiva nas políticas de saúde (MILANEZ, 2020).

Em resumo, a pandemia da COVID-19 apresenta desafios significativos para as mulheres, especialmente aquelas em situação de privação de liberdade. Restrições de visitas, mudanças na rotina e preocupações com a saúde mental foram alguns dos obstáculos enfrentados para acessar a saúde durante esse período. A atenção à saúde da mulher exigiu abordagens diferenciadas e a garantia de cuidados adequados e acessíveis, considerando as necessidades específicas das mulheres e as condições das instituições prisionais (SANTOS, 2020).

Durante a pandemia da COVID-19, as mulheres em ocupações precárias e subvalorizadas, como trabalhadoras da saúde e faxineiras terceirizadas, enfrentaram riscos de contaminação, discrepâncias salariais e más condições de trabalho. As trabalhadoras

domésticas e terceirizadas, muitas delas chefes de família e mães solo também sofreram com baixos salários, condições precárias e sobrecarga de tarefas.

Denúncias de trabalhadoras terceirizadas na Universidade de São Paulo destacaram os problemas enfrentados por essas mulheres, em sua maioria negras. Além disso, a pandemia evidenciou a precarização do trabalho feminino, especialmente para mulheres em comunidades periféricas e em situação socioeconômica vulnerável (TERTULIANO, 2022).

A pandemia também impactou negativamente o acesso das mulheres aos serviços de saúde devido à falta de Equipamentos de Proteção Individual, a estrutura precária e a escassez de profissionais nos Centros de Saúde da Família dificultaram a gestão e organização desses espaços. Mulheres em situação de maior vulnerabilidade foram invisibilizadas quanto à saúde, especialmente aquelas sem recursos tecnológicos para receber informações e atendimento online.

Houve uma redução no acesso a exames preventivos, como o Papanicolau, devido à priorização dos casos relacionados à COVID-19 e à falta de materiais. Mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis enfrentaram ainda mais desafios no acesso aos serviços de saúde. A pandemia expôs as desigualdades existentes na sociedade brasileira, reforçando a invisibilidade das questões de saúde das mulheres e a necessidade de enfrentar tais desigualdades (CARVALHO, 2022).

Nesse sentido, torna-se importante reforçar a importância da integralidade entre o sistema de saúde no atendimento às determinações dos sujeitos sociais, diante de contextos históricos de emergências em saúde pública, como a que se tratou neste trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho, buscou-se atentar para uma análise histórica da política de saúde da mulher no Brasil desde a colonização. Foi possível perceber que as mulheres por muitos anos possuíram seus direitos violados devido ao sistema patriarcal capitalista implantado pelos colonizadores, onde a mulher não possuía direitos para decidir sobre sua vida e seu corpo, devido às desigualdades de gênero.

A partir dos séculos XVIII e XIX, a figura da mulher passou a ser de grande interesse e importância para a medicina, no sentido de que a mãe é uma figura privilegiada e responsável pelo cuidado dos filhos. No modelo burguês, a mulher precisava se dedicar totalmente aos cuidados do lar e à maternidade. Até o século XVII, a figura da mulher era totalmente negativa, ligação está estabelecida entre o feminino, o sexo e o mal, concepção herdada do cristianismo.

O movimento feminista teve uma importância fundamental para a consolidação dos direitos da mulher da forma que vemos hoje. Observa-se que Simone de Beauvoir foi uma grande personalidade, que teve grande influência para o surgimento do movimento feminista e principalmente por levantar questões sociais que até então estavam silenciadas.

Contudo, as mulheres lutaram para sair da condição/posição de inferioridade e de objeto. Assim, passaram a ser mais reconhecidas socialmente como sujeitos e a ter a possibilidade de decidir sobre sua vida e terem mais possibilidades e políticas voltadas para o cuidado.

Portanto, uma das conclusões que este trabalho nos permitiu alcançar, foi refletir sobre a importância das discussões de gênero com toda equipe que trabalha na implementação e execução das políticas de saúde da mulher, para um atendimento consciente e humanizado.

Mesmo com os avanços no campo da saúde ainda existem entraves que dificultam o acesso como estrutura, infraestrutura falta de equipamentos e insumos, que com advento das crises uma das primeiras alternativas para a redução de gastos é limitar o orçamento das políticas públicas, isso foi percebido com a crise sanitária que a Covid-19 causou, as mulheres foram o grupo que mais sofreram os impactos dessa pandemia.

A pandemia desvelou as desigualdades de gênero persistente na sociedade brasileira onde expôs as vulnerabilidade das mulheres desde a mulher rica, a mulher trabalhadora e a mulher privada de liberdade, mulheres de classes sociais diferentes, no entanto com algo em comum a persistência do patriarcado sob a figura feminina que ao longo da história humana reservou um espaço para o feminino de subordinação, colocando sempre a mulher no lugar de inferior, incapaz, desprovida de saber, com uma única função gerar e cuidar; questionar era sinônimo de rebeldia o que poderia levar a punição com as mais diversas formas de violência,

podendo chegar a morte, sendo naturalizada e presenciada de forma natural pelos organismo do próprio estado com o apoio religioso.

Esse cenário vai sofrer alterações com o passar dos anos, o movimento feminista se torna protagonista decisivo na construção e implementação dos direitos das mulheres no Brasil e no mundo. A política de saúde da mulher foi se consolidando com a redemocratização do país e com a nova constituição de 1988, que trouxe bastante direito às mulheres. A política de saúde voltada a mulher que advém do movimento feminista é parte de um complexo avanço sucedido com falhas, os protagonistas das progressões são: o programa de assistência integral à saúde da mulher de 1983, (PAISM) e a política nacional de atenção integral a saúde da mulher de 2004 (PNAISM); esses documentos representaram uma evolução aos direitos sexuais e reprodutivos femininos pois trouxeram questões relevantes como a saúde para além do ciclo gravídico-puerperal.

É de extrema importância que se ampliem os debates relativos ao gênero como questão de saúde pública, pois a violência de gênero se desdobra em problemas de saúde mental e física, na vida das mulheres que lidam quase todo dia com a discriminação de gênero dentro e fora de casa, que reflete de forma negativa na saúde das mulheres e de todos que fogem do modelo hegemônico de masculinidade ou feminilidade.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 359-379, 2015.
- ALEXANDRE, Adriana Alves. **Controle social na saúde: a importância e papel da ouvidoria e a Carta de Direitos dos Usuários como instrumentos de acesso e direito à saúde**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- ALMEIDA, Carla Cristina Lima de. **Feminismos e saúde**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2017
- AZEREDO, Sandra. Encrenca de gênero nas teorizações em psicologia. **Revista Estudos Feministas**, v. 18, p. 175-188, 2010.
- BALESTERO, Gabriela Soares; GOMES, Renata Nascimento. Violência de gênero: uma análise crítica da dominação masculina. **Revista CEJ**, v. 19, n. 66, 2015.
- BARROSO, Hayeska Costa; GAMA, Mariah Sá Barreto. **A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil**. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados atualizados do Ministério da Saúde do Brasil**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19>, consultado dia 12/06/2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Editora MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- CARLOS, Clara Marize. Cuidados às mulheres em situação de violência em dez territórios prioritários brasileiros. 2017.
- CARVALHO, Débora Louzada. **A organização dos serviços de atenção ao controle do câncer de colo do útero a partir da atenção primária à saúde: um estudo no Município do Rio de Janeiro**. 2015.

CARVALHO, Giovanna Lyssa Rodrigues. **Reflexões sobre como a pandemia de covid-19 afetou a procura das mulheres por serviços de saúde.** 2022.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. — **Famílias e políticas públicas, in Família: redes, laços e políticas públicas** (org.: ACOSTA, Ana Rojas, VITALE, Maria Amália Faller). 3. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais/PUC/SP, 2007.

CASACA, M. C. G et al. Comparação de dados de infecções e mortes pelo novo Coronavírus de diferentes países do mundo com os dados brasileiros desde o primeiro infectado até o final da primeira quinzena de abril de 2020. **Brazilian Journal of health review**, v. 3, n. 2, p. 3434-3454, 2020.

CEYLAND, Rahmiye Figen; OZKAN, Burhan; MULAZIMOGULLARI, Ezra. Evidências históricas dos efeitos econômicos do COVID-1. **O Jornal Europeu de Economia da Saúde**, v. 21, p. 817-823, 2020.

COELHO, Marta Roberta Santana. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2003.

COSTA, Jéssica Mendes et al. Saúde da mulher: saúde sexual e reprodutiva. 2014.
Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. **Acta Biomed.** doi: 10.23750/abm.v91i1.9397. 2020.

COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)".

COVID-19 vaccines", **World Health Organization**, atualizado em 2023.

SANTOS, Gabriel da Cruz et al. Covid-19 nas prisões: efeitos da pandemia sobre a saúde mental de mulheres privadas de liberdade. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

SANTOS, Maria Taís da Silva et al. Desafios enfrentados pelas gestantes no acesso às consultas de pré-natal durante a pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 20, p. e11243-e11243, 2022.

AMORIM, Linamar Teixeira de. Gênero: uma construção do movimento feminista?. **org. siir. client. entities. Bold@ ee4029**, 2011.

BARRA, Edmar Aparecido de et al. Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de Covid-19. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 23, n. 2, p. 218-235, 2020.

FREITAS, Giselle Lima de et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 11, n. 2, 2009.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima; SMIDERLE, Clarice de Azevedo Sarmet Loureiro. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na

APS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2535-2535, 2021.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, v. 27, n. 1, 2012.

NEVES, Flávia Soares de Sá; BÔAS, Regina Vera Villas. A efetividade do direito à saúde das mulheres encarceradas e a pandemia da COVID-19. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 23, n. 2, p. 173-184, 2021.

MILANEZ, Letícia de Sousa; FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos. Impactos da pandemia da Covid-19 na saúde das mulheres lésbicas. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 3, n. 11, p. 89-100, 2020.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Editora Fiocruz, 1999.

FABIANE, **História dos direitos femininos no brasil e no mundo, ano 2021**, disponível: <https://cidadaniaativa.uff.br/2021/03/05/historia-dos-direitos-femininos-no-brasil-e-no-mundo/> acessado em: 11 set. 2023

FABRI, M. Desencantando a ontologia: subjetividade e sentido ético em Levinas. Porto Alegre: **EDIPUCRS**, 1997 (Coleção Filosofia).

FERREIRA, V. C. et al.. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, p. e147, 2020.

FERREIRA, Verônica Clemente et al. Saúde da mulher, gênero, políticas públicas e educação médica: agravos no contexto de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, p. 450-459, 2005.

GROSSI, Miriam Pillar. Identidade de gênero e sexualidade. Estudos de Gênero. **Cadernos de Área**, v. 9, p. 29-46, 2000.

GUAN, Wei-jie et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020.

GUIMARÃES, Juliana Cristina Nascimento et al. Experiências de mulheres negras com a assistência obstétrica no contexto da covid-19. 2022.

KEHL, M. R. *Deslocamentos do feminino*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

KUCHARSKI, Karina Wahhab et al. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA TRAJETÓRIA DO IMPÉRIO A CRIAÇÃO DO SUS. **Revista Contexto & Educação**, v. 37, n. 117, p. 38-49, 2022.

LAGE, Victória Christina Campos. O direito fundamental à saúde da mulher privativa de liberdade em tempos de Covid-19. **Revista de Direito da Unigranrio**, v. 10, n. 1, 2020

LANGDON, E. Jean Matteson. **Saúde e povos indígenas**: os desafios na virada do século. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação Antropologia Social, 2000.

LATTANZIO, Felipe Figueiredo; DE CARVALHO RIBEIRO, Paulo. Nascimento e primeiros desenvolvimentos do conceito de gênero. **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 3, p. 409-425, 2018.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**, v. 20, 2002.

MERELES, C. **A história da saúde pública no brasil e a evolução do direito à saúde**. 2023 disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/#:~:text=Em%201953%2C%20foi%20criado%20o,de%20quem%20tinha%20carteira%20assinada,Acessado em 20/09/2023>

MESQUITA, Cecília Chagas de. 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. São Paulo, ANPUH**, 2011.

MITTANCK, V, A; GEVEHR, D, L **Movimento feminista e a historicidade da mulher**: sua busca por visibilidade e direitos, p.61-84,2021.

MOREIRA, Maria Ignez Costa. As relações de gênero: naturalização da desigualdade e medo das diferenças. In: Érika Cecília Soares Oliveira, Marcos Ribeiro Mesquita, Tatiana Machiavelli Carmo Souza (org.). *Feminismos, psicologia e resistências contemporâneas*. – Maceió, AL: EDUFAL; 2020.

NASCIMENTO, Maria Isabel do; SILVA, Gulnar Azevedo e; MONTEIRO, Gina Torres Rego. História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1841-1853, 2012.

PERES, Natália. Do programa ao plano: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa. 2015.

NERI, Mônica Almeida. Qualificação da assistência materno-infantil: os desafios para a implementação da Rede Cegonha. 2018. **Nero, raça/etnia, sexualidades**. Sub-eixo: relações patriarcais de gênero e raça; ano 2018, p. 1-18

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Equidade de gênero em saúde. <<https://www.paho.org/pt/topic/os/equidade-genero-em-saude>>. Acesso em 07/06/2023.
OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PAIVA, Ariane Rego. Análise e avaliação de políticas sociais: algumas perspectivas do debate atual. **O Social em Questão**, v. 19, n. 36, p. 21-38, 2016.

PEDRO J, M. **Traduzindo o debate:** o uso da categoria gênero na pesquisa histórica, SÃO PAULO, v.24, N.1, P.77-98, 2005

PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005.

PITANGUY, Jacqueline. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In (Org) GIFFIN, Karen. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde:** a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Editora Fiocruz, 2010.

RODRIGUES, Thaís Ferreira. Desigualdade de Gênero e Saúde: Avaliação de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher. **Revista Cantareira**, n. 22, 2015.

ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S201-S212, 2003.

SALDANHA, Arthur Luiz Guedes et al. Orientações sobre as modificações fisiológicas e a importância do pré-natal para as gestantes através das mídias sociais. **Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas (2763-5953)**, v. 1, n. 2, 2021.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 3, p. 13-26, 1999.

SILVA, Mônica Maria de Jesus et al. Saúde das mulheres: vulnerabilidade, políticas de saúde e cuidado de enfermagem na pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. 1-8, 2021.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 27 n. 54, p. 281-300, 2007.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUZA, Érica Renata; DUMONT-PENA, Érica; PATROCINO, Laís Barbosa. Pandemia do coronavírus (2019-nCoV) e mulheres: efeitos nas condições de trabalho e na saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 290-302, 2022.

SPIZZIRRI, Giancarlo; PEREIRA, Carla Maria de Abreu; ABDO, Carmita Helena Najjar. O termo gênero e suas contextualizações. **Diagn Tratamento**, v. 19, n. 1, p. 42-44, 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde:** promoção, vigilância e saúde da família. Edufba, 2006.

TOCCI, AMANDA SIMONE SEBASTIÃO; COSTA, ELAINE CRISTINA NUNES FAGUNDES. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde–SUS. **Revista Uningá**, v. 40, n. 1, 2014.

VOSNE, Ana Paula. **Visões do Feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota et al. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências.** 2006.