

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
SERVIÇO SOCIAL

GIULIA RAMOS CATALDO MARIA
LUANA PATRÍCIO ROMANELLI

Política de Saúde e Rede de atendimento à mulher em Juiz de Fora

Juiz de Fora

2025

GIULIA RAMOS CATALDO MARIA

LUANA PATRÍCIO ROMANELLI

Política de Saúde e Rede de atendimento à mulher em Juiz de Fora

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Serviço
Social da Universidade Federal de Juiz de
Fora, como requisito parcial para
obtenção de título de Bacharel em Serviço
Social**

**Orientadora: Prof. Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra
Eiras**

Juiz de Fora

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Formato da Defesa: (X) presencial () virtual () híbrido

Ata da sessão pública referente à defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Política de saúde e rede de atendimento à mulher em Juiz de Fora, para fins de obtenção do grau de Bacharel em SERVIÇO SOCIAL, pelas discentes Giulia Ramos Cataldo Maria e Luana Patrício Romanelli (matrícula_201968005 / 201768006), sob orientação da Prof.(a) Dr(a) Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras na Faculdade de SERVIÇO SOCIAL da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Aos 18 dias do mês de março do ano de 2025, às 17 horas e 30 minutos, na sala 1A da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Titulação	Nome	Na qualidade de:
Dra	Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras	Orientadora
Dra	Joseane Barbosa de Lima	Membro da banca
Dra	Michelle Capuchinho	Membro da banca

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo a senhora Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, as discentes procederam à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação e foram submetidas à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(X) APROVADO

() REPROVADO, conforme parecer circunstaciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

Nota: 85,0 (oitenta e cinco pontos)

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre o Trabalho de Conclusão de Curso e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de (colocar o nome do curso), deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.

Juiz de Fora, 18 de março de 2025.

Assinatura digital dos membros da Banca Examinadora

Documento assinado eletronicamente por **Joseane Barbosa de Lima, Professor(a)**, em 20/03/2025, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Michelle Neves Capuchinho, Professor(a)**, em 20/03/2025, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras, Professor(a)**, em 20/03/2025, às 18:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Giulia Ramos Cataldo Maria, Usuário Externo**, em 21/03/2025, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Luana Patrício Romanelli, Usuário Externo**, em 24/03/2025, às 09:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2291235** e o código CRC **F86DEC7B**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discentes	Giulia Ramos Cataldo Maria e Luana Patrício Romanelli
Matrícula Discente	201968005 / 201768006)
Título do TCC	Política de saúde e rede de atendimento à mulher em Juiz de Fora
Natureza do trabalho	Trabalho de conclusão de curso/monografia
Curso	Serviço Social
Orientadora	Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras
Coorientador (se houver)	Não se aplica
Data da aprovação	18 de março de 2025

Nome, titulação dos(as) componentes da banca	Joseane Barbosa de Lima e Michelle Capuchinho
--	---

Aaprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente acima designado(a).

Juiz de Fora, 19 de março de 2025.

Assinatura digital do Orientador(a)

Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras, Professor(a)**, em 20/03/2025, às 18:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2291237** e o código CRC **ECEFD4C7**.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,

com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Maria; Romanelli, Giulia Ramos Cataldo ; Luana Patrício.

Política de Saúde e Rede de atendimento à
mulher em Juiz de Fora / Giulia Ramos Cataldo ; Luana Patrício
Maria; Romanelli. -- 2025.

72 f.

Orientadora: Alexandra Aparecida Leite Toffanetto
Seabra Eiras Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade

Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2025.

1. Política de Saúde . 2. SUS. 3. Saúde da mulher. 4.
Rede de atendimento. 5. Juiz de Fora. I. Eiras, Alexandra Aparecida Leite
Toffanetto Seabra, orient. II. Título.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

APS - Atenção Primária à Saúde.

CIAM - Centro Integrado de Atendimento à Mulher.

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

CNS - Conferência Nacional de Saúde.

COVID-19 - Corona Virus Disease 2019.

CPN - Centros de Parto Normal.

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social.

CREAS - Centros de Referência Especializado em Assistência Social.

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher.

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública.

DSMGCA - Departamento de Saúde da Mulher, Gestante, Criança e Adolescente.

DSS - Determinantes Sociais da Saúde.

DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis.

EC 95 - Emenda Constitucional.

ESF - Estratégia de Saúde da Família,

FHC - Fernando Henrique Cardoso

HPS - Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira

HPV - Papilomavírus humano.

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social.

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, além de pessoas queer, intersexo, assexuais, pansexuais e não-binárias

ONU - Organização das Nações Unidas.

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PARBOS - Protocolo de Atendimento ao Risco Biológico Ocupacional e Sexual.

PEC - Proposta de Emenda à Constituição.

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PNH - Política Nacional de Humanização.

PNPM - Plano Nacional de Políticas para Mulheres.

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde.

PPVD/ Policia Militar - Patrulha de Prevenção à Violência Doméstica

PSF - Programa de Saúde da Família.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SAS - Secretaria de Assistência Social.

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública.

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública.

SSP - Serviços de Saúde Pública.

SUAS - Sistema Único de Assistência Social.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

AGRADECIMENTOS

Eu, Giulia Ramos Cataldo Maria, agradeço imensamente a Deus por me permitir chegar até aqui e por me conceder forças em todos os momentos dessa jornada.

Aos meus pais, Carmen e Silvio, minha eterna gratidão. Vocês foram os pilares dessa caminhada. Pelo apoio incondicional, pela moradia, alimentação e, acima de tudo, pelo amor que sempre me proporcionaram. Sem vocês, nada disso seria possível. Obrigada por cada sacrifício e por acreditarem em mim.

À minha irmã, Thais, que, mesmo à distância, sempre esteve ao meu lado. Sua força, confiança depositada em mim e o suporte emocional me deram a certeza de que nunca estive sozinha, mesmo nos momentos mais difíceis. Você é um farol de luz na minha vida.

Aos meus amigos de longa data, que são a minha família de escolha, e a todos os meus familiares, pelo amor, pelo apoio incondicional e pela companhia constante. Pelas risadas compartilhadas, pelos momentos de leveza e por estarem ao meu lado nas horas de apreensão e desafio. Cada um de vocês foi essencial para que eu chegasse até aqui, e é graças a esse carinho e à força que recebo de todos que tudo em minha vida se torna mais significativo. Vocês são fundamentais na minha trajetória, e sou eternamente grata por fazerem parte da minha jornada

Ao nosso supervisor de estágio, Edielson, meu muito obrigada pelos ensinamentos que, com calma e paciência, sempre soube nos oferecer. Cada palavra, cada gesto, contribuiu para a nossa formação de forma inesquecível. Carrego comigo os valiosos aprendizados que me guiarão para que um dia me torne uma profissional de excelência, assim como você.

À nossa orientadora de TCC, Alexandra, minha profunda gratidão por sua dedicação, paciência e empenho ao longo dessa trajetória. Sua orientação foi fundamental para que pudéssemos chegar até aqui com a certeza de que realizamos um bom trabalho.

E à UFJF, pela oportunidade de fazer parte dessa instituição que foi essencial na minha formação. Cada aula, cada desafio, cada experiência vivida aqui contribuiu para a pessoa e profissional que sou hoje. A experiência na UFJF foi verdadeiramente transformadora.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para essa jornada, e a Luana, a dupla que me ajudou na construção desse trabalho, meu mais sincero agradecimento.

Eu, Luana Patrício Romanelli, inicio minhas palavras de agradecimento com um profundo reconhecimento a Deus, pela oportunidade de concluir esta importante etapa da minha vida. Agradeço pela vida, pelas infinitas bênçãos e por me permitir chegar até aqui, com força, garra e determinação.

Aos meus pais, Marise e Luiz Otávio, sou eternamente grata pelo amor incondicional, pelo suporte constante e por acreditarem em mim, sem medir esforços para que este sonho se tornasse realidade. A todo trabalho dedicado que me proporcionou condições para ingressar e permanecer nesta universidade, e, sobretudo, pelo colo e acalento nos momentos mais desafiadores.

Ao meu irmão, Bruno e minha cunhada, Mariana, pela amizade, presença constante e incentivo de sempre.

À toda minha família, que, com sua união e descontração, tornou este processo mais leve e cheio de carinho. Em especial à minha madrinha e irmã de coração, Louise, e à minha prima Lais, pelo incentivo nos estudos e pela força imensa que emanam como mulheres incríveis.

Ao meu namorado, amigo e parceiro de vida, Raí, agradeço profundamente por seu apoio, afeto e pela presença acolhedora que tornou esta jornada mais leve e significativa. Seu suporte foi fundamental.

Aos meus professores, que foram símbolos de resistência e fontes de aprendizado ao longo dessa jornada. Agradeço de coração por todos os ensinamentos e dedicação. Um agradecimento especial à Joseane Lima,

pelos debates e orientações preciosas na oficina de supervisão de estágio. Esse momento foi crucial para nosso crescimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de faculdade, amigos do trabalho e amigos da vida, minha eterna gratidão pelas trocas e por sempre estarem ao meu lado, com carinho e amor. Aos meus grandes amigos Luciederson, Denis, Matheus e às mulheres maravilhosas com quem compartilho a vida — Maria, Isabela, Amanda, Mariana, Priscila, Renata e Giulia, minha parceira neste trabalho.

Ao nosso supervisor de estágio, Edielson, um profissional exemplar, cuja condução do processo prático pedagógico foi marcada por paciência, reflexões profundas e pensamentos críticos. Obrigada pelo aprendizado imensurável, que contribuiu tanto para minha formação acadêmica quanto pessoal. Você fez toda a diferença nesse processo.

À nossa orientadora, Alexandra, minha gratidão pela paciência, dedicação e contribuições fundamentais durante as orientações. Seu apoio foi essencial para o nosso desenvolvimento.

E, por fim, agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram com suporte, conselhos e incentivos, me ajudando a seguir em frente e a conquistar esta importante realização.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral identificar os serviços oferecidos no âmbito das políticas públicas de saúde no município de Juiz de Fora – Minas Gerais, voltados para o acesso e promoção da saúde da mulher, à luz da experiência de estágio na atenção terciária à saúde. A pesquisa busca analisar, por meio de uma revisão crítica de literatura, a evolução das políticas de saúde no Brasil, com especial foco nas transformações políticas a partir da Era Vargas e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher. O trabalho visa, assim, compreender as implicações e desafios da implementação dessas políticas em Juiz de Fora, considerando o contexto local e as demandas específicas dessa população.

Palavras-chave: Política de Saúde; SUS; Saúde da mulher; Rede de atendimento; Juiz de Fora

ABSTRACT

This study has the general objective of identifying the services offered within the scope of public health policies in the city of Juiz de Fora in the internship experience in tertiary health care. The research seeks to analyze, through a critical literature review, the evolution of health policies in Brazil, with a special focus on political transformations since the Vargas Era and the development of the Unified Health System (SUS) and public policies related to women's health. The work thus aims to understand the implications and challenges of implementing these policies in Juiz de Fora, considering the local context and the specific demands of this population.

Keywords: **Health Policy; SUS; Women's Health; Service Network; Juiz de Fora**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL, GÊNERO E DIREITOS	14
2.1 Política de Saúde no Brasil	14
2.2 Reforma Sanitária e movimentos sociais: o protagonismo do movimento feminista nas lutas por saúde	19
2.3 Direitos à saúde e gênero no capitalismo contemporâneo	26
2.4 A Política de Saúde no contexto do neoliberalismo	30
3. POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA CIDADE DE JUIZ DE FORA - MG	
38	
3.1 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	40
3.1.2 – A Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)	43
3.2 – A saúde da mulher na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais	48
3.3 - Os serviços socioassistenciais e as demandas das usuárias conforme a experiência de estágio na atenção terciária na cidade de Juiz de Fora- Minas Gerais	53
4.Considerações finais	57
Referências bibliográficas:	59

1. INTRODUÇÃO

A escolha do nosso tema foi baseada na experiência de Estágio em Serviço Social, durante o ano de 2023 à 2025, em um hospital de atenção terciária à saúde em Juiz de Fora. Durante esse processo, percebemos a complexidade existente no atendimento às mulheres no SUS, exigindo uma abordagem multidisciplinar e intersetorial. Uma dessas complexidades refere-se ao acompanhamento posterior à internação, conforme as necessidades sociais implicadas no tratamento e promoção da saúde dessas mulheres. Assim, em muitas situações, o tratamento e a promoção da saúde dependem de acesso a recursos e serviços, que em parte estão previstos na Política de Saúde e de Assistência Social. Neste trabalho, contextualizaremos o que é essa rede de atendimento, abordando o princípio da integralidade do SUS, com foco específico nas Políticas públicas existentes que perfazem a Rede de Atendimento à Saúde da Mulher no SUS, no município de Juiz de Fora.

Esse TCC foi elaborado a partir de pesquisa bibliográfica, com análises documentais e análise de diário de campo de estágio, realizado em um hospital 100% SUS, de atenção terciária à saúde em Juiz de Fora, levando em consideração a literatura existente. Analisando a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e as redes existentes que compõem a rede socioassistencial em conjunto com a rede de atendimento à saúde da mulher em Juiz de Fora. Adotamos uma metodologia qualitativa, baseada na revisão bibliográfica e na análise documental. A revisão bibliográfica incluiu artigos, livros, teses, dissertações e publicações em periódicos especializados na área de Serviço Social, saúde pública e políticas públicas, além de documentos oficiais sobre as políticas de saúde da mulher. Já a rede de atendimento pode ser acessada através do site da Prefeitura de Juiz de Fora na aba do "Portal da Mulher", onde mostra os equipamentos disponíveis no município que compõem a rede de apoio à saúde mulher. Como por exemplo: A Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180; A Patrulha de Prevenção à Violência Doméstica- PPVD/ Policia Militar; A DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à mulher; A Defensoria Pública de Atendimento Especializado da Mulher; A Plataforma mulher segura-ONU; O Departamento de Saúde da Mulher, Gestante, Criança

e Adolescente-DSMGCA; O Protocolo de Atendimento ao Risco Biológico Ocupacional e Sexual (PARBOS) e hospitais da região.

Adotamos a concepção de Ana Maria Costa (2008), segundo a qual, a rede de atendimento à saúde da mulher no Brasil é composta por um conjunto de serviços e ações voltadas para atender as necessidades específicas das mulheres, incluindo o acesso ao cuidado integral, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a garantia dos direitos reprodutivos. Essa rede envolve uma articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), organizações da sociedade civil, movimentos feministas, profissionais de saúde e as próprias mulheres.

Neste sentido, a mobilização de movimentos feministas e outras organizações exerceu uma pressão para a criação de políticas públicas que atendessem de forma mais efetiva as questões de saúde que afetam as mulheres, como saúde sexual e reprodutiva, violência doméstica, doenças específicas, entre outras. Esse processo resultou na inclusão da saúde da mulher como uma prioridade dentro das políticas públicas, refletindo o papel ativo das mulheres na luta por seus direitos.

Por sua vez, segundo Sonia Corrêa e Rosalinda Petchesky (1996), direitos sexuais referem-se ao direito de cada pessoa viver sua sexualidade de maneira livre e sem discriminação, abuso ou violência. Isso envolve o direito à informação sobre sexualidade, à livre escolha de parceiros (as), à proteção contra violência sexual, e à não discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero. Os direitos sexuais também garantem a liberdade para expressar desejos, consentir ou recusar práticas sexuais e buscar ajuda quando necessário. Já os direitos reprodutivos são aqueles que asseguram o direito das mulheres e pessoas com capacidade reprodutiva de tomar decisões informadas e livres sobre a sua reprodução. Isso inclui o direito ao planejamento familiar, ao acesso a métodos contraceptivos, ao aborto seguro (quando legalizado), ao acompanhamento durante a gravidez e o parto, e ao direito de viver uma maternidade ou paternidade de forma livre, segura e sem coerções.

Impulsionadas pela atuação dos movimentos sociais, as políticas de saúde para as mulheres no Brasil também passaram a incorporar o conceito de saúde

integral, que leva em consideração as dimensões físicas, sociais, emocionais e culturais das mulheres. A rede de atendimento, portanto, não é apenas um conjunto de serviços médicos, mas também uma estratégia de fortalecimento da autonomia das mulheres, promovendo sua participação no processo de construção das políticas públicas que as afetam.

Para Artur Olhovetchi Kalichman e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (2016), o princípio da integralidade no SUS refere-se à ideia de que a atenção à saúde deve considerar o ser humano de forma completa, ou seja, deve abranger todas as dimensões do indivíduo — biológica, psicológica, social, cultural e ambiental — e não apenas tratar as doenças ou sintomas de maneira isolada. Esse princípio está relacionado à promoção de uma assistência que atenda às necessidades de saúde da população em sua totalidade, reconhecendo as diversas condições de vida e os determinantes sociais da saúde.

Os autores argumentam que a integralidade não se limita à concepção de atenção médica, mas envolve a integração entre diferentes níveis de atenção à saúde, como a atenção primária, secundária e terciária, além de incorporar os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. A integralidade também está atrelada ao conceito de que o cuidado deve ser contínuo, abrangente e sem fragmentações, atendendo o indivíduo de forma completa ao longo do tempo e em diferentes contextos (Kalicham; Ayres, 2016).

Destacam, ainda a importância das “tecnologias de cuidado”, que são os métodos, práticas e saberes utilizados pelos profissionais de saúde, que devem ser adaptados ao contexto e às necessidades do usuário. Essas tecnologias, que vão desde os equipamentos médicos até as práticas de cuidado mais subjetivas, devem ser aplicadas de forma a garantir que todos os aspectos da saúde do indivíduo sejam tratados de maneira integral (Kalicham; Ayres, 2016).

Além disso, enfatizam a participação da comunidade e a organização social na construção das políticas de saúde, o que reforça o caráter democrático e participativo do SUS. Assim, o princípio da integralidade, além de ser uma questão técnica, também envolve aspectos políticos e sociais, que buscam garantir um acesso mais justo e equânime à saúde para toda a população (Kalicham; Ayres, 2016).

Assim, observamos a problemática existente entre a forma legal de como deveria funcionar a rede de atendimento à saúde da mulher, pelo princípio de integralidade do SUS, e pela ênfase nas tecnologias de cuidado, e como realmente funciona no dia-a-dia. No que diz respeito à própria qualidade dos serviços prestados, dentre eles, a atenção oferecida pelas equipes de saúde em alinhamento com a realidade e necessidade social das mulheres atendidas.

Diversas vezes nos deparamos com casos de violações de direitos das mulheres, que segundo Carmen Simone Grilo Diniz, Denise Yoshie Niy, Halana Faria de Aguiar Andrezzo, Priscila Cavalcante de Albuquerque Carvalho e Heloisa de Oliveira Salgado (2016), referem-se ao conjunto de atitudes e práticas que desrespeitam, negligenciam ou agravam as condições de saúde das mulheres, sendo muitas vezes consequência de uma abordagem médica despersonalizada, discriminatória ou estigmatizante. Vemos exemplos constantes de violação de direitos, como a de usuárias que queiram realizar a entrega do recém-nascido à adoção legal e são frequentemente julgadas pela equipe hospitalar, que não respeitam os direitos dos usuários, na qual deveria prestar um atendimento, sem interferências de opiniões pessoais e na prática cotidiana não é o que acontece.

Portanto, a relevância deste trabalho e da pesquisa que o fundamenta justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão sobre os equipamentos e serviços das Políticas Públicas existentes, que compõem a Rede de Atendimento à Saúde da Mulher no SUS na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais. Como futuras assistentes sociais, julgamos ser de suma importância a discussão acerca desse tema que nos permitirá identificar desafios e oportunidades de melhoria, contribuindo para compreender e qualificar essa rede, tendo em vista a alteração positiva dos indicadores de saúde feminina na região, com impacto no exercício dos direitos reprodutivos, sem desconsiderar os determinantes sociais e a desigualdade social, de gênero e étnico-racial presentes na sociedade.

Primeiramente apresentaremos a Política de Saúde no Brasil de forma evolutiva, com foco maior a partir da Era Vargas e a influência de movimento sociais como o movimento feminista e a Reforma Sanitária, na saúde. Além disso, procuramos abordar também os direitos a saúde e a questão de gênero

no capitalismo contemporâneo e a influência do neoliberalismo na política de saúde.

Já em um segundo momento, abordaremos sobre a política de saúde da mulher na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, fazendo uma análise nacional da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Integralidade no SUS. Abordamos também os serviços socioassistenciais e as demandas conforme experiência de estágio na atenção terciária na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL, GÊNERO E DIREITOS

Este primeiro momento, foi elaborado a partir de uma análise histórica e política sobre o sistema de saúde no Brasil, com enfoque principal a partir da Era Vargas e no processo de democratização nos anos 1970 e 1980, no qual o Movimento de Reforma Sanitária constituído por profissionais e usuários dos serviços de saúde, teve um papel fundamental. Assim, abordamos temas importantes como a integralidade no SUS, Reforma Sanitária e Movimentos Sociais, na luta pelos direitos ao acesso universal aos serviços de saúde no Brasil. Além desses temas citados, também será trabalhado nesse capítulo os direitos à saúde e a particularidade de gênero com ênfase nas demandas postas pelas mulheres.

2.1 Política de Saúde no Brasil

Segundo os autores Sarah Escorel e Luiz Antônio Teixeira (2012), no Período Imperial (1822 – 1889) a rede de saúde no Brasil, caracterizava-se pela construção de um sistema bastante limitado, voltado para manutenção da ordem pública e a saúde das elites. A ausência de políticas públicas marca esse período, com ações e iniciativas apenas voltadas para o controle de epidemias como a febre amarela, varíola e cólera. Desse período, o Brasil vivia em uma política sanitária higienista e elitista no âmbito da saúde, com os serviços médicos mais voltados para a elite e o restante da população vivendo e dependendo de práticas populares e religiosas. Até os dias atuais, podemos perceber os resquícios dessas visões higienistas no âmbito da saúde.

Com a Proclamação da República em 1889, durante a Primeira República (1889 – 1930) o Brasil experimentou um processo de urbanização e industrialização com a implementação de políticas de saúde pública no controle de epidemias e no combate a doenças tropicais como a varíola, peste bubônica e febre amarela. De acordo com os autores Escorel e Luiz Antônio Teixeira (2012), houve certo avanço em relação às políticas sanitárias sob a liderança de Oswaldo Cruz, que desenvolveram a estratégia de campanhas sanitárias junto à população, embora também tenha enfrentado movimentos sociais de resistência popular, como a Revolta da Vacina em 1904. No ano de 1920, tem-se um marco importante na saúde no Brasil. A partir da Reforma conduzida por Carlos Chagas, na fase previdencialista da saúde, os autores destacam que houve uma evolução sanitária, com a reorganização dos Serviços de Saúde Pública e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). (Escorel; Teixeira, 2012).

Com a Revolução de 1930 e a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, o Brasil entra em um período de mudanças significativas, com o fortalecimento do Estado e a implementação de políticas desenvolvimentistas. A partir disso cria-se o Ministério da Saúde e da Educação (posteriormente desmembrado) em 1930, com o objetivo de coordenar as políticas públicas voltadas para a saúde e a educação. (Escorel; Teixeira, 2012).

Por sua vez, a condução de Vargas, sob o Estado Novo (1937-1945), buscou a centralização do poder federal. Neste contexto, a saúde pública se torna um dos campos de atuação do Estado, com a criação de novas instituições e um maior enfoque na saúde como um direito social, em uma conjuntura política autoritária e ditatorial. (Escorel; Teixeira, 2012).

Durante o período sob a presidência de Vargas, há uma tentativa de modernizar e centralizar as políticas de saúde, com uma maior atuação do Estado na organização e implementação de serviços médicos e sanitários. Com o aumento da população urbana se intensifica e faz necessário mais atenção para os problemas de saúde da sociedade como um todo, como por exemplo, a falta de saneamento básico. (Escorel; Teixeira, 2012).

Ainda segundo os autores Sarah Escorel e Luiz Antônio Teixeira (2012), o modelo de saúde pública da era Vargas procurava combinar o desenvolvimento econômico com a melhoria das condições de saúde da população. Apesar disso, as políticas de saúde ainda eram limitadas, voltadas principalmente para o controle de epidemias e o tratamento de doenças tropicais, como a malária e a tuberculose.

Durante a década de 1930 e 1940, uma das inovações mais significativas foi a criação de instituições de saúde voltadas para o trabalhador, a criação da SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) e as IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões). E eventos como a 1^a Conferência Nacional de Saúde e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essas iniciativas procuraram garantir cuidados médicos para a classe trabalhadora, embora com um foco ainda restrito à assistência social e ao controle da saúde do trabalhador.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, o Brasil adota uma política desenvolvimentista e democrática. O Estado passa a ter um papel mais ativo na promoção do crescimento econômico e na organização da sociedade. A saúde, nesse contexto, começa a ser vista como parte do projeto de modernização do país, houve um esforço para expandir o acesso à saúde, mas os serviços ainda seguiam fragmentados, focados nos trabalhadores urbanos e negligenciando algumas questões de saúde que afetavam a população rural e refletiam as desigualdades regionais. (Escorel; Teixeira, 2012).

A década de 1950, especialmente, é marcada pela expansão das políticas públicas de saúde. A criação de novas instituições, como a Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e o Instituto de Saúde do Estado de São Paulo, reflete um movimento de maior centralização e organização do sistema de saúde. Nesse período, o Brasil começa a dar passos importantes para a criação de um sistema de saúde mais abrangente, com a criação de programas de vacinação em massa e campanhas de saúde pública direcionadas à população em geral. O foco deixa de ser apenas a prevenção de epidemias e passa a englobar a saúde de forma mais ampla. (Escorel; Teixeira, 2012).

Durante a Ditadura Civil-Militar (Netto, 2014) instaurada em 1964, a saúde foi tratada como mercadoria a partir de uma visão privatista, com o fortalecimento do setor privado. A criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e a criação em 1977 do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), limitado aos trabalhadores formais, e seu atendimento através de clínicas privadas, mostra esse projeto neoliberal privatista da saúde tomando forma, com uma gestão centralizada e a fragmentação institucional (rodrigues, 2019). O acesso a saúde era mediado pelo vínculo empregatício - via CLT, carteira assinada, e estava circunscrito aos trabalhadores assalariados, contratados via CLT. Os demais indivíduos sem vínculo empregatício estavam sujeitos aos serviços de saúde prestados através de instituições filantrópicas.

Segundo os autores Kátia Souto e Marcelo Rasga Moreira (2021), a evolução das políticas de saúde para as mulheres no Brasil, destaca-se pelo papel fundamental do movimento de mulheres durante diferentes períodos históricos, inclusive na ditadura civil-militar. Durante a segunda metade da década de 1970, o movimento de mulheres no Brasil se tornou mais organizado e combativo, especialmente diante da repressão política imposta pela ditadura. Nesse período, as mulheres enfrentaram duplas opressões: políticas, devido à ditadura, e sociais, por conta do patriarcado. Lutas como pelo direito à saúde e ao corpo também se evidenciaram, as mulheres começaram a reivindicar a melhoria das condições de saúde, especialmente na área de saúde reprodutiva, como o direito ao controle sobre o próprio corpo, à contracepção e ao aborto seguro. Essas demandas foram fundamentais para a luta contra a marginalização das mulheres no sistema de saúde e na sociedade em geral.

Nos anos 1980, com o movimento de Reforma Sanitária, o movimento de mulheres ganhou força, influenciando a construção de uma Política Nacional de Saúde Pública que levava em consideração as questões de gênero, com foco na atuação integral de saúde da mulher. O movimento de mulheres, em parceria com outros movimentos sociais e com o movimento de trabalhadores da saúde, desempenhou um papel crucial para a formulação de políticas públicas mais inclusivas, que propusessem uma abordagem mais democrática

e universal à saúde, com a garantia de que as necessidades específicas das mulheres fossem atendidas. As principais lutas envolviam a criação de serviços de saúde acessíveis, a educação sexual e o acesso a serviços de saúde mental e reprodução. (Souto; Moreira, 2021).

Sendo assim, fica evidenciado o protagonismo das mulheres na luta pela conquista de direitos na saúde durante o regime militar e na década de 1980, quando o movimento de mulheres foi essencial para o avanço das políticas públicas no Brasil, refletindo uma abordagem integral e inclusiva para a saúde da mulher. Essa trajetória de luta e resistência culminou na consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que busca garantir a todas as mulheres o acesso a cuidados de saúde abrangentes e de qualidade.

A partir disso, a grande transformação no sistema de saúde brasileiro ocorreu com a Constituição de 1988, que consolidou a saúde como um direito universal e determinou que o Estado deveria garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde para toda a população, descentralizando e democratizando os acessos, integrando ações de prevenção, tratamento e fortalecendo a atenção primária.

2.2 Reforma Sanitária e movimentos sociais: o protagonismo do movimento feminista nas lutas por saúde

O processo de Reforma Sanitária no Brasil foi consolidado na Constituição de 1988, no meio da redemocratização do país. Surge dentro de um contexto de crescente insatisfação com as políticas públicas da saúde, principalmente durante o período militar (1964-1985), que resultaram em um sistema de saúde com grandes desigualdades, limitado ao tratamento de doenças e com foco no atendimento de emergências, sem uma visão de saúde pública integral. A Reforma surge então como um movimento social e político contra o modelo excludente e privatista de saúde vigente no Regime Militar. Influenciado pelo cenário de fortalecimento dos movimentos sociais e principalmente o movimento feminista, que inspirado em movimentos internacionais, focou na autonomia corporal e nos direitos reprodutivos, se alinhando com a visão ampliada da saúde, incorporando fatores sociais e econômicos. (Silveira, 2019).

A autora Amélia Cohn (2011) descreve o movimento sanitarista, como um movimento social e político que se consolidou a partir da década de 1970, e que foi fundamental para a articulação da reforma sanitária. O movimento nasceu da insatisfação de vários profissionais da saúde, intelectuais, militantes sociais e lideranças políticas que se uniram para questionar o modelo de saúde vigente e propuseram alternativas para um sistema que fosse realmente inclusivo e acessível para todos. O movimento sanitarista defendia que a saúde fosse entendida não apenas como a ausência de doenças, mas como um direito universal e social, vinculado diretamente à melhoria das condições de vida, com a necessidade de uma atenção integral à saúde, que envolvesse a prevenção, a promoção de saúde e a reabilitação. Nesse contexto, a luta por um sistema único de saúde foi uma das bandeiras centrais do movimento, destacando a necessidade de um sistema público, gratuito e universal, como forma de enfrentar as desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, o movimento sanitarista teve uma participação ativa na Constituição de 1988, que consagrou a saúde como um direito social e universal. Ao longo do processo de construção do SUS, houve um grande debate sobre como organizar a saúde no Brasil. O SUS foi fundamentado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Esses princípios buscavam transformar a saúde em um direito de todos, independentemente da condição social, econômica ou geográfica. Apesar da conquista representada pela criação do SUS, a implementação do sistema enfrentou e enfrenta uma série de desafios. (Cohn, 2011).

Nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil vivia em um regime autoritário, e a saúde coletiva se destacou por promover práticas críticas à biomedicina tradicional, fortemente especializada e mercantilizada, e ao incorporar saberes interdisciplinares. Foram anos marcados por lutas democráticas e debates críticos sobre saúde, gênero e sexualidade. E a partir da década de 1980, durante a transição democrática, esses movimentos influenciaram a produção de conhecimento, políticas públicas e a Constituição de 1988, promovendo igualdade de gênero, sexualidade e direitos reprodutivos. Esse protagonismo

continuou moldando o cenário jurídico e político das décadas seguintes, tanto no Brasil quanto em agendas internacionais. (Bonan,2023).

Um dos aspectos centrais discutidos pela autora Amélia Cohn (2011) é o papel da participação social no SUS. O movimento de reforma sanitária sempre defendeu que a gestão da saúde deveria ser feita de forma democrática, com a participação ativa da população e dos trabalhadores da saúde nas decisões. A criação dos conselhos de saúde e das conferências de saúde foi uma das grandes conquistas da reforma sanitária, permitindo que a sociedade civil pudesse influenciar as políticas de saúde de forma mais direta. A participação social, portanto, foi um dos pilares do SUS, buscando garantir que as políticas de saúde fossem pensadas e executadas de acordo com as reais necessidades da população e com um foco maior nas populações mais vulneráveis.

Movimentos sociais feministas, negros, LGBTQIAPN+ e acadêmicos críticos contribuíram para consolidar a práxis do gênero e sexualidade, destacando a interseccionalidade entre raça, classe e gênero. Intelectuais como Lélia Gonzalez abordaram opressões estruturais de mulheres negras, antecipando debates contra coloniais e interseccionais. Esses movimentos feministas e ativistas influenciaram a Constituição de 1988, assegurando a saúde como direito universal.

Dito isso, o processo de Reforma Sanitária no Brasil, foi profundamente influenciado por movimentos sociais, especialmente o movimento feminista. Ademais o fato de o país estar enfrentando um regime militar repressivo e crises econômicas e sociais, resultou no fortalecimento do movimento feminista. Inspirado por movimentos internacionais, o feminismo brasileiro focou na autonomia corporal e nos direitos reprodutivos, alinhando-se com o Movimento Sanitário que promovia uma visão ampliada da saúde, incorporando fatores sociais e econômicos (Silveira, 2019).

De acordo com Silveira (2019) há uma releitura crítica acerca da Reforma Sanitária no Brasil, que traz como elemento principal a incapacidade de enfrentar efetivamente as desigualdades sociais e raciais devido à hegemonia de referenciais eurocêntricos e à negação das estruturas de

colonialidade. Parte-se do pressuposto de que a Reforma Sanitária, na tentativa da superação do capitalismo, incorporou um modelo europeu que não dialoga com a realidade colonial e racista do Brasil. Tal perspectiva se alinha às críticas feministas negras, que questionam a exclusão histórica de raça, gênero e classe nas análises sanitárias e nos movimentos sociais.

O movimento feminista negro, representado por intelectuais como Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro, aponta que essa invisibilização, que a produção intelectual ainda privilegia explicações baseadas exclusivamente em classe e determinantes socioeconômicos, ignorando as dimensões de raça e gênero, é estratégica para perpetuar desigualdades estruturais, além de sustentar o genocídio das populações afro-brasileiras e indígenas. Embora os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) tenham contribuído para avançar a análise crítica do campo sanitário, a predominância de termos como “renda, trabalho e educação” revela a subestimação da raça e do gênero na produção científica brasileira. (Pacheco, 2023).

A partir da redemocratização, instâncias de participação social, como comitês e secretarias, surgiram no Estado para promover a equidade de gênero, fortalecendo o diálogo entre movimentos sociais, academia e políticas públicas. Esse processo consolidou um espaço de produção de conhecimento, acesso a direitos e justiça social, conectando saúde coletiva, direitos humanos e justiça reprodutiva. Houve contradições do modelo liberal clássico dos direitos humanos, evidenciando como ele oculta desigualdades estruturais e limita o reconhecimento de sujeitos diversos. A crítica central recai sobre o universalismo abstrato e o individualismo, que desconsideram diferenças de gênero, raça, classe e sexualidade, perpetuando hierarquias de poder fundadas na colonialidade (Pacheco, 2023).

Autoras como Sonia Corrêa e Rosalinda Petchesky (1996) defendem uma reestruturação ética e política dos direitos humanos, priorizando sua natureza social, comunitária e relacional, com foco no reconhecimento da multiplicidade de sujeitos e na justiça social. Essa proposta exige uma perspectiva que confronte a colonialidade do poder e suas opressões, como o racismo, o sexism e a heteronormatividade, para construir uma justiça

baseada na diversidade, redistribuição equitativa de bens e participação política ampla. (Bonan, 2023).

O movimento feminista teve um papel crucial na formulação de políticas de saúde para as mulheres. Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que introduziu uma abordagem “holística” e participativa, rompendo com a visão tradicional centrada no materno-infantil. O PAISM foi influenciado pela Carta de Itapecerica, que criticava a abordagem privatista e medicalizante do sistema de saúde e demandava um conceito de saúde que incluísse aspectos sociais e culturais (Souto, 2021).

O período de 1983 a 2000 foi marcado pela participação direta do movimento feminista na gestão do PAISM, enquanto a partir de 2004, a ampliação dos espaços institucionalizados e a articulação intersetorial foram fundamentais para a priorização da saúde da mulher. A participação social em conselhos de direitos das mulheres e de saúde mostrou-se crucial para o monitoramento e implementação da política, com um equilíbrio entre a mobilização social autônoma e a participação institucionalizada. A PNAISM, ao se fortalecer com o SUS, exemplifica a integração de conceitos teóricos e a luta por direitos sexuais e reprodutivos. A disputa democrática entre Estado e sociedade civil variou ao longo dos anos, com o movimento feminista ajustando sua atuação entre espaços institucionais e fóruns autônomos. Encontrar esse equilíbrio é crucial para avançar na implementação da política e evitar retrocessos, integrando a defesa da democracia e do SUS à luta pela PNAISM. (Souto, 2021).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi um marco importante, destacando a necessidade de uma reforma profunda no sistema de saúde, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. O SUS estabeleceu o direito universal à saúde e uma nova estrutura de serviços, mas sua implementação enfrentou desafios significativos, como a falta de recursos e as desigualdades regionais. (Brasil, lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996).

A Constituição de 1988, fruto do intenso ativismo das mulheres, incorporou avanços importantes, como a igualdade jurídica e a garantia de direitos reprodutivos, apesar de não abordar a legalização do aborto. A partir

dos anos 1990, o ajuste fiscal e a lógica economicista impactaram negativamente a política social. O movimento feminista e o sanitário lutaram para avançar com o PAISM em um contexto de fragmentação das políticas sociais. Entidades feministas começaram a atuar profissionalmente, colaborando com o Ministério da Saúde na criação de materiais educativos e técnicos. Entretanto, a representação feminina nos conselhos estaduais e municipais de saúde era limitada, o que dificultou a implementação efetiva das políticas do PAISM. (Brasil, lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996).

A partir de 1995, a Conferência do Cairo e a mobilização de mulheres, reimpuseram o tema na agenda governamental. E em 2004, o PAISM foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), formalizando a política com princípios e diretrizes definidos. Contudo, a PNAISM também enfrentou desafios, como a fragmentação dos programas e a limitação das ações aos aspectos reprodutivos. A participação social, especialmente por parte das mulheres, mostrou-se importante para o monitoramento e a implementação eficaz dessas políticas, refletindo a relação entre a mobilização social autônoma e a participação institucionalizada (Souto, 2021).

O Plano Nacional de Saúde de 2005 incluiu metas para reduzir a mortalidade materna, melhorar o acesso a métodos contraceptivos e a atenção à saúde das mulheres em situação de violência. No entanto, a efetividade dessas políticas ainda é questionada devido às desigualdades e à fragmentação dos serviços de saúde. O debate feminista e LGBTQIAPN+ também trouxe à tona a necessidade de distinguir os direitos sexuais dos direitos reprodutivos, garantindo a liberdade e o prazer sexual sem a obrigação de procriação. E a luta pelos direitos reprodutivos avançou na definição da saúde integral da mulher, mas a prática dessas garantias ainda enfrenta desafios significativos, exigindo políticas que considerem a diversidade de gênero e assegurem igualdade e dignidade humana (Souto, 2021).

Em 2007, a representação dos movimentos de mulheres nos conselhos de saúde ainda era baixa, e as discussões sobre saúde da mulher eram raras. A I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres em 2004 e a 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003 destacaram a necessidade de

avançar na implementação do PAISM e abordar as especificidades das mulheres, como as negras e lésbicas. A participação social das mulheres e a luta por seus direitos continuam a se afirmar como um fator crucial para a mudança. A influência dos novos movimentos feministas e a necessidade de uma abordagem mais integrada e inclusiva permanecem fundamentais para garantir avanços reais na saúde das mulheres no Brasil (Costa, 2009).

Já em março de 2016, a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres foi convocada com o slogan ‘Saúde das mulheres: integralidade com equidade’. Realizou-se em Brasília em 2017, destacando a participação de diversas mulheres e reafirmando a importância da participação social e da revisão da PNAISM.

Assim, a trajetória do PAISM à PNAISM também reflete o processo de democratização do Brasil e os diferentes espaços de participação social das mulheres. Os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para a autonomia e o poder político e social das mulheres. No entanto, a prática dessas garantias enfrenta desafios, exigindo políticas que considerem a diversidade de gênero e expressão sexual, e que assegurem igualdade e dignidade humana.

A trajetória do movimento feminista e a evolução das políticas de saúde da mulher refletem a importância da teoria de gênero e da participação social na formulação de políticas públicas (Souto, 2021).

Deste modo, o período de 1983 a 2000 foi marcado pela participação direta do movimento feminista na gestão do PAISM, enquanto a partir de 2004, a ampliação dos espaços institucionalizados e a articulação intersetorial foram fundamentais para a priorização da saúde da mulher. A participação social em conselhos de direitos das mulheres e de saúde mostrou-se crucial para o monitoramento e implementação da política, com um equilíbrio entre a mobilização social autônoma e a participação institucionalizada. A PNAISM, ao se fortalecer com o SUS, exemplifica a integração de conceitos teóricos e a luta por direitos sexuais e reprodutivos. A disputa democrática entre Estado e sociedade civil variou ao longo dos anos, com o movimento feminista ajustando sua atuação entre espaços institucionais e fóruns autônomos. Assim,

mostrou-se que encontrar esse equilíbrio é crucial para avançar na implementação da política e evitar retrocessos, integrando a defesa da democracia e do SUS à luta pela PNAISM (Souto, 2021).

Por sua vez, as Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres, realizadas desde 2004, contribuíram para a definição e monitoramento das políticas para a saúde da mulher, com a criação do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) e o acompanhamento de suas ações. A II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, em 2017, destacou a importância da participação social e a diversidade das expressões femininas, propondo a realização de conferências regulares e a revisão da PNAISM. (Brasil, Gov.br 2023).

Apesar das conquistas, os desafios persistem. A representação feminina nos conselhos de saúde e a efetiva implementação das políticas de saúde ainda enfrentam obstáculos, como a desigualdade estrutural e a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e acessíveis para todas as mulheres, especialmente as negras, indígenas e de baixa renda, desafios já identificados na trajetória da implementação do SUS, desde 2013, conforme a PORTARIA Nº 1.020 (29/05/13).

2.3 Direitos à saúde e gênero no capitalismo contemporâneo

O gênero é tratado como uma construção social que determina as normas, papéis e expectativas em relação ao comportamento e identidade de homens e mulheres. Por sua vez, os direitos sexuais são definidos como os direitos humanos relacionados à liberdade sexual, ao prazer, à saúde sexual e reprodutiva, ao acesso a informações e à autonomia sobre o corpo, sem discriminação ou violência. Vale ressaltar que esses direitos são fundamentais para a garantia da dignidade humana e devem ser reconhecidos e promovidos por políticas públicas de saúde. (Gomes; Murta; Facchini; Meneghel, 2018).

A condição social do ser é moldada pela interação entre elementos biológicos, culturais e econômicos, com destaque para o trabalho como fator determinante na relação e intercâmbio entre o ser humano da natureza. A capacidade humana de projetar e concretizar ideias, por meio do trabalho, é

central para a constituição do ser social, conforme discutido por Lukács(Oliveira, 2011).A relação diferenciada entre homens e mulheres com o trabalho não deve ser vista como desigualdade de capacidades, mas sim como resultado da organização social, da cultura e da divisão de tarefas, o que culmina na formação do patriarcado. (Oliveira, 2011).

As desigualdades de gênero afetam diretamente a saúde das pessoas, em especial das mulheres e das populações LGBTQIAPN+. A construção social das normas de gênero implica em diferentes expectativas e limitações para os indivíduos, o que resulta em práticas de opressão, discriminação e violência, impactando as condições de saúde. As mulheres, por exemplo, estão sujeitas a uma série de práticas que podem afetar sua saúde sexual e reprodutiva, como a violência doméstica, a violência sexual e a negação do direito ao prazer. No caso das populações LGBTQIAPN+, destaca-se que as normas de gênero rígidas e a heteronormatividade impõem dificuldades no acesso à saúde e no reconhecimento de suas necessidades, levando a situações de vulnerabilidade, como o estigma relacionado a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), HIV/AIDS e outras condições de saúde. (Gomes; Murta; Facchini; Meneghel, 2018).

Segundo Romeu Gomes, Daniela Murta, Regina Facchini e Stela Nazareth Meneghel, a promoção dos direitos sexuais implica na oferta de serviços de saúde que respeitem as necessidades e particularidades de cada indivíduo, garantindo acesso a cuidados de saúde de qualidade, informação sobre sexualidade e reprodução, além da eliminação de barreiras discriminatórias. A integração de uma perspectiva de gênero nas políticas de saúde é essencial para lidar com a diversidade de necessidades das mulheres, homens e pessoas não binárias, assegurando que todos os grupos tenham acesso a cuidados de saúde equitativos. E ações educativas que combatam o preconceito e promovam a equidade de gênero nas relações interpessoais e sociais também se fazem necessárias.

Dito isso, entrando no âmbito das políticas sociais, pode-se dizer que estas são moldadas por uma perspectiva de gênero, ou seja, como as construções sociais e as relações de poder entre homens e mulheres influenciam a formulação e a implementação dessas políticas. Em muitas

sociedades capitalistas, as mulheres são vistas predominantemente como responsáveis pelo cuidado e pela reprodução social, e isso afeta diretamente a maneira como elas são tratadas pelas políticas de bem-estar social. (Cislaghi, 2011).

Juliana Fiúza Cislaghi (2011) discute que, embora as políticas de proteção social, como benefícios de maternidade e assistência social, possam parecer benéficas para as mulheres, elas também reforçam certos papéis de gênero tradicionais, como o da mulher exclusivamente como cuidadora e trabalhadora doméstica. Esse enfoque limita a possibilidade de emancipação plena das mulheres, mantendo-as em uma posição de dependência econômica e social.

A luta feminista, articulada com outros movimentos sociais, busca efetivar direitos e questiona a ilusão de igualdade dentro das limitações do sistema. Segundo Oliveira (2011), há um debate entre um pensamento que faz a crítica a distribuição de recursos do capitalismo Mészáros (In Oliveira, 2011), e de outro lado, outro pensamento de WOOD (In Oliveira, 2011), que ressalta o aproveitamento sistemático das desigualdades, como as de gênero, pelo capital. As relações de gênero, embora independentes do capitalismo, são atravessadas por ele, especialmente na divisão sexual do trabalho e na organização binária hierárquica dos espaços público e privado. Sob a perspectiva de dominação-exploração, a condição feminina é marcada pela desigualdade estrutural. O desafio central é ampliar a luta contra as desigualdades de gênero para a transformação da sociedade, garantindo a liberdade e singularidade de homens e mulheres como sujeitos plenos. Sem isso, as produções políticas e debates feministas perderiam seu sentido e eficácia.

Destaca-se que muitas vezes as políticas de bem-estar social, em especial as voltadas para a população mais pobre, acabam funcionando como mecanismos de controle social. As mulheres, especialmente as negras, indígenas e periféricas, são alvo de vigilância constante, sendo frequentemente sujeitas a programas de monitoramento rigoroso e estigmatizante. Essas políticas não só monitoram o comportamento das mulheres, mas também condicionam o acesso a benefícios a comportamentos conformes às normas

sociais e de gênero estabelecidas. A vigilância se torna ainda mais acentuada em contextos de pobreza e exclusão social, onde as mulheres são frequentemente desafiadas a provar que são “merecedoras” dos benefícios oferecidos pelos programas assistenciais, enfrentando controles moralizantes sobre suas decisões e estilos de vida. (Cislaghi, 2011).

Por sua vez, no capitalismo neoliberal, a ênfase no mercado de trabalho, na individualização das responsabilidades e na austeridade social resulta em cortes nas políticas públicas e na intensificação da precarização das condições de vida das mulheres.

A crise do Estado de bem-estar social e a redução das políticas públicas ampliam as disparidades de gênero, deixando as mulheres, especialmente as mais vulneráveis, em uma posição de dependência e exposição. Esse modelo de desenvolvimento neoliberal, que prioriza a redução do Estado e a maximização do lucro, frequentemente ignora as necessidades específicas das mulheres, como o cuidado infantil, a saúde reprodutiva e a igualdade de oportunidades no mercado de trabalho. Nesse cenário, as políticas de saúde e proteção social muitas vezes não oferecem o suporte necessário para que as mulheres possam conquistar autonomia econômica e social. (Cislaghi, 2011).

Dessa forma, vê-se a necessidade de resistência e emancipação dentro desse contexto de vigilância e controle, pois apesar das limitações impostas pelas políticas de bem-estar social, é possível que as mulheres e outros grupos marginalizados utilizem essas políticas para conquistar direitos fundamentais e avançar em sua busca por autonomia. As políticas de proteção social podem ser uma arena de luta onde as mulheres podem, por exemplo, reivindicar melhores condições de trabalho, maior acesso a serviços de saúde e educação, e o fim da violência contra as mulheres. No entanto, para que isso aconteça, é necessário um movimento político que vá além da simples assistência e busque uma transformação estrutural nas relações de poder entre os gêneros. (Cislaghi, 2011).

Embora as políticas sociais e de saúde possam ser uma ferramenta importante de proteção e apoio às mulheres, elas não são isentas de problemáticas que precisam ser enfrentadas, como a reprodução de

estereótipos de gênero e a intensificação das desigualdades. Portanto conclui-se que a transformação das relações de gênero e a conquista plena de direitos sociais exigem uma crítica mais profunda às lógicas capitalistas que estruturam as políticas de bem-estar social e uma maior mobilização para uma mudança sistêmica que considere a emancipação e a autonomia das mulheres como objetivo central.

2.4 A Política de Saúde no contexto do neoliberalismo

A Regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8.080, sancionada em 19 de setembro de 1990, foi um marco importante, com a promessa de universalizar o acesso à saúde pública e de promover uma atenção integral à saúde, que deveria envolver não apenas o tratamento de doenças, mas também ações preventivas, de promoção da saúde e de reabilitação.

Atualmente, o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e é estruturado para oferecer atendimento integral, universal e gratuito a toda a população brasileira (Fucks; Levitte, 2017)

O SUS foi concebido com base em princípios como a **universalidade** com o objetivo de garantir que toda pessoa tenha acesso à saúde como um direito de cidadania, sem discriminação. Visando alcançar todos os brasileiros, independentemente de sua condição econômica ou social. A **equidade**, outro princípio que direciona o SUS, com foco em promover a justiça social ao oferecer tratamentos diferenciados para atender às necessidades específicas de diferentes grupos, com o objetivo de reduzir as desigualdades. E também o princípio da **integralidade**, que visa oferecer um atendimento abrangente que integra promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, em sinergia com outras políticas públicas e serviços sociais. O modelo tende, portanto, garantir que todas as pessoas, independentemente de sua condição social ou localização geográfica, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade. (bravo, 2001).

A estrutura do SUS é baseada na descentralização e participação de três esferas de governo:

- 1) Ministério da Saúde: Responsável pela formulação de políticas, normatização, fiscalização e coordenação do SUS em nível federal.
- 2) Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: Encarregadas do planejamento e implementação das políticas de saúde em suas respectivas esferas, com articulação com conselhos de saúde e comissões intergestores (Bipartite e Tripartite).
- 3) Conselhos de Saúde: Atuam em níveis nacional, estadual e municipal, desempenhando um papel crucial na formulação de estratégias e no controle das políticas de saúde, com ênfase na transparência e na participação da sociedade.

Em termos dos direitos da mulher, observamos que eles envolvem uma série de ações que visam promover o acesso universal e igualitário à saúde, com a consideração das especificidades de cada mulher, garantindo seu direito ao cuidado de saúde de qualidade e humanizado.

Contudo, com a ascensão do neoliberalismo no Brasil a partir dos anos 1990 e a implementação de políticas de corte fiscal, privatização de serviços e ofensiva contra a lógica e concepção do Estado de bem-estar social, afirma-se que esse processo foi acompanhado de uma contrarreforma na política de saúde, que se reflete principalmente no enfraquecimento e/ou sucateamento do SUS, a partir do favorecimento de estratégias que visam a mercantilização da saúde, com o aumento da participação da iniciativa privada no setor. Destaca-se que, no contexto neoliberal, a saúde passa a ser vista como um bem de consumo e não mais como um direito universal. A gestão de políticas públicas de saúde é moldada por uma lógica privatista, em que a responsabilidade do Estado é deslocada para a iniciativa privada do indivíduo, onde os serviços públicos passam a ser desfinanciados e precarizados. (Soares, 2019)

Segundo Bonan (2023), no capitalismo, o Estado não é autônomo, mas orgânico à dinâmica do capital, desempenhando papel central na exploração da força de trabalho e assegurando a troca de mercadorias em sua forma-valor, priorizando de forma intrínseca os interesses financeiros, como o pagamento de dívidas públicas, em detrimento de direitos sociais. O Estado fortalece a

lógica do capital fictício e a financeirização com austeridade e cortes em direitos sociais, incluindo a saúde. Essa abordagem limitada atribui a crise das políticas sociais apenas à má gestão governamental, sem uma análise mais profunda da relação entre Estado e capitalismo. Os conflitos e crises do capitalismo revelam a real natureza do Estado, que é um aparato de coerção e controle mediado pelas relações de produção, predominantemente em favor do mercado e não dos trabalhadores, penalizando-os nos processos de crises econômicas tão constantes na sociedade capitalista.

O enfraquecimento do SUS leva a uma desorganização dos serviços públicos e à restrição no acesso da população aos cuidados de saúde, o que agrava as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos. Além disso, a precarização do trabalho no SUS e a implementação de políticas privatistas comprometem a efetividade do direito à saúde da população, especialmente das camadas mais vulneráveis.

A crescente ênfase em modelos empresariais de administração de serviços de saúde resulta em redução da atenção básica e maior focalização da assistência, ou seja, concentrando os recursos em casos mais graves e negligenciando a prevenção e a promoção da saúde. Sendo assim, a mobilização política, a articulação com movimentos sociais e a defesa da ampliação do SUS são algumas das respostas necessárias frente à precarização e ao desmonte das políticas de saúde em contextos de políticas neoliberais. (Soares, 2019)

Dito isso, devemos destacar o paradoxo que emerge da contrarreforma na política de saúde no Brasil, pois enquanto a Constituição de 1988 consagra a saúde como um direito universal, a implementação de políticas neoliberais a transforma, progressivamente, em um bem de consumo, acessível apenas a quem pode pagar. O enfraquecimento do SUS, em especial, não só compromete o acesso à saúde para as populações mais vulneráveis, mas também agrava as disparidades regionais e sociais, desafiando a própria ideia de universalidade no cuidado. Ao priorizar a lógica empresarial e a eficiência em detrimento do princípio da equidade, o Brasil corre o risco de retroceder nas conquistas sociais da década de 1980, quando a saúde pública foi pensada

como um direito integral, de acesso e qualidade para todos. Vale ressaltar a urgência da resistência a essa contrarreforma, com a necessidade de fortalecer o SUS e de lutar por políticas públicas de saúde que garantam o acesso equitativo e universal à saúde, especialmente para as camadas mais vulneráveis da população.

Na década de 1990, o governo de Fernando Collor (1990-1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) implementaram cortes orçamentários e priorizações dos setores privados, nesse período há regulamentações de planos de saúde e reforço das estratégias de saúde suplementar. Apesar disso, no governo FHC houve a institucionalização de estruturas importantes, como a criação da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em Janeiro de 1999 e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em setembro de 2000. (sanar, 2024).

No Governo Lula (2003-2011), a saúde no Brasil retoma em parte o discurso, de forma flexibilizada, das diretrizes da Reforma Sanitária. As políticas de saúde são definidas pelo Pacto pela Saúde, aprovado em 2006, que coloca a saúde como algo prioritário buscando a equidade social na saúde com movimentos e políticas articulados, como por exemplo: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (2009). Além dessas políticas, o Programa Nacional de Imunização, a criação do SAMU (2003) e a Criação do Bolsa Família (2003), foram grandes articulações no âmbito da saúde em relação a inclusão social, impactando positivamente os indicadores da saúde.

A "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde", aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2009 e publicada na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, estabelece princípios básicos que garantem ao cidadão direitos como acesso ordenado aos serviços de saúde, tratamento adequado, atendimento humanizado e respeito aos valores pessoais. Esta carta também define responsabilidades para gestores e cidadãos, buscando assegurar o sucesso do tratamento e a participação ativa dos usuários [conteúdo retirado da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde]" (Brasil, 2011, p.).

Contudo, esperava-se mais de um governo articulado aos movimentos sociais progressistas. E, nesta seara, os Governos Lula e Dilma não foram capazes de efetivar o SUS enquanto um conjunto de serviços que fosse capaz de realizar o acesso universal à saúde no Brasil. Mantiveram a combinação entre a lógica estatal e privatista, atendendo aos interesses mercadológicos na área da saúde. Instituiu-se o SUS como política para aqueles e aquelas que não podem pagar planos de saúde privados. Portanto, uma política voltada para as populações empobrecidas e tida como “vulneráveis”. Essa concepção viola os princípios que sustentam o SUS, enquanto política universal para todos os cidadãos brasileiros.

Apesar da criação do SUS ser um avanço significativo, o sistema enfrenta uma série de desafios, como dificuldades financeiras, com recursos insuficientes, que acabam por comprometerem à eficácia do SUS. O que gerou e ainda gera um cenário de sobrecarga de serviços e precarização da qualidade do atendimento em muitas regiões. A grande desigualdade entre as diferentes regiões do país é outro desafio significativo. Enquanto algumas regiões, como o Sudeste, possuem uma infraestrutura de saúde mais consolidada, outras, especialmente na região Norte e Nordeste, sofrem com a falta de acesso e infraestrutura para a prestação de serviços básicos de saúde.

A gestão descentralizada do SUS, que envolve a participação dos municípios, estados e União, também gera dificuldades na coordenação dos serviços de saúde. A falta de integração entre as esferas de gestão e a sobrecarga do sistema dificultam a eficiência e a eficácia das políticas públicas de saúde. E embora a Constituição de 1988 tenha privilegiado a atenção primária à saúde, o modelo ainda é excessivamente hospitalocêntrico, medicalizante, com um foco maior em serviços de alta complexidade, em detrimento das ações preventivas e da atenção básica.

Durante os anos de 2011 a 2016, no Governo Dilma Rousseff, há uma continuidade aos projetos ligados a agenda social dos governos de Lula da Silva, como a criação da Rede de Atenção Psicossocial em 2011, Programa Mais Médicos em 2013 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança em 2015. Todas essas políticas e atuações tiveram impacto muito

positivo na atenção básica. Contudo, no âmbito da disputa pelos recursos estatais e pelo fundo público, tentou-se conciliar interesses opostos, que impediram uma ação mais incisiva dos governos do PT em prol dos interesses da população, dentre eles, a efetivação do SUS, conforme a sua concepção norteadora enquanto saúde pública, universal e integral para todos os cidadãos brasileiros.

Em 2014-2015, o Brasil enfrenta um momento de crise econômica e recolocam-se proposições de “equilíbrio fiscal” e de “corte de gastos” na esfera Estatal, afetando, sobretudo, os serviços ofertados nas políticas públicas.

A crise econômica articula-se à crise política nesse período, e a presidente Dilma Rousseff sofre um impeachment, em 2016, com a participação de setores da base de seu governo, incluindo o próprio vice-presidente, Michel Temer. O “golpe” abre espaços para uma reorganização política no campo da direita, fortalecendo o projeto neoliberal em uma perspectiva ainda mais intensa, o que alguns analistas tem denominado de “ultraneoliberalismo”.

A partir do ano de 2016, durante o Governo Temer, há um momento de aproximação com setores nacionais e internacionais da saúde, com uma visão empresarial da mesma. Houve nessa mesma época a PEC do Teto de Gastos Públicos, que previa redução nos recursos orçamentários impactando a estruturação e a oferta de serviços públicos. (Lacerda, 2022). O desfinanciamento da saúde pública a partir da implementação do neoliberalismo no Brasil é agravado pela adoção de políticas econômicas alinhadas aos interesses do capital financeiro, em detrimento da ampliação de direitos sociais. A implementação de medidas como a Emenda Constitucional 95/2016 reforça a lógica privatizante e compromete a sustentabilidade do SUS. A crise impactou direta e severamente o SUS, aprofundando as desigualdades sociais. (Bonan, 2023)

A Emenda Constitucional 95/2016, que congelava os gastos públicos por 20 anos, gerou críticas ao comprometer recursos para áreas sociais. Juntamente disso, houve a epidemia de Zika Virus durante os anos de 2015 a 2016, que teve impacto expondo as fragilidades do sistema.

Durante o período do Governo Bolsonaro (2019-2022) a saúde pública enfrentou grandes desafios, especialmente pela pandemia de COVID-19. O presidente Bolsonaro e a extrema direita tinham uma visão ultraliberal na economia e conservadora no campo político e social. Houve uma negligência e negacionismo em relação a gravidade da doença e a implementação de medidas como uso de máscaras e lockdown, aquisição de insumos, isolamento social e vacinação (Lacerda, 2022), a partir do tensionamento feito, sobretudo pelos movimentos de esquerda.

Com uma tentativa de desmonte da saúde pública, Jair Bolsonaro incluiu a atenção primária do SUS no programa de privatizações do Governo, desmontou o programa Mais Médicos, reduziu recursos para atendimento de emergência e realizou o corte de 50% de recursos para a área da saúde em 2023. Como consequência tivemos enfraquecimento de programas históricos ofertados pelo SUS (Padilha, 2020)

A pandemia de COVID-19, por sua vez, escancarou as desigualdades étnico-raciais e sociais, tornando visíveis as vulnerabilidades nas favelas, nas periferias e nos indicadores sociais. As mulheres negras, especialmente, foram as mais afetadas, tanto pela exposição na linha de frente do cuidado – formal e informal – quanto pela intensificação da violência doméstica e da precarização do trabalho. O racismo estrutural e o sexismo, operando sob uma lógica necrobiopolítica, continua vigente, apesar da falsa narrativa de igualdade e democracia racial (Padilha, 2020) enfatizada no Governo Bolsonaro.

Por sua vez, a integralidade no cuidado em saúde no SUS, foi proposta como resposta ao modelo fragmentado e impessoal historicamente predominante. Tal modelo se centra na produção de atos desconectados das necessidades dos usuários, resultando em desarticulação entre profissionais e serviços. Para superá-lo, é necessário adotar uma abordagem ética, centrada no usuário, promovendo novas relações e práticas de cuidado. Implica assistência contínua e articulada, integrando prevenção e cuidado, e exigindo mudanças culturais e estruturais, incluindo a formação de profissionais alinhados à proposta de atenção integral.

Nesta direção, iniciativas como o Programa de Saúde da Família (PSF) avançaram na promoção da saúde ao integrar ações educativas e interdisciplinares. (Machado, 2007).

Porém, a efetivação da integralidade requer iniciativas constantes como o acolhimento e a efetividade das ações desenvolvidas; articulação entre promoção, prevenção, assistência e reabilitação, organizando as ações de saúde em redes regionais que superem a fragmentação e a ineficiência. Além disso, se faz necessário trabalho em equipe, diálogo entre saberes e uma visão centrada no cuidado integral, envolvendo profissionais, gestores e usuários como corresponsáveis e o acompanhamento da linha do cuidado, evitando a lógica do consumo.

Além das condições objetivas e materiais de financiamento e de condições de trabalho estruturantes, a integralidade demanda profissionais conscientes de seu papel social, comprometidos com as verdadeiras necessidades de vida e saúde da população. Essa abordagem transforma o campo da saúde em espaços de acolhimento e ética, demandando mudanças nos processos de formação e práticas pedagógicas para atender às necessidades de saúde de maneira integral e humanizada, considerando a promoção da saúde, que envolve a participação de toda a população, considerando a saúde como um estado dinâmico e positivo, abrangendo os aspectos físicos, mentais, ambientais e sociais. (Mattos, 2004)

Nesta direção, a educação em saúde, inspirada na crítica de Paulo Freire, também contribui ao buscar a conscientização, estimulando a população a assumir responsabilidades e direitos à saúde, compreendida de modo amplo, envolvendo as condições de vida e de trabalho. Este processo envolve não apenas conhecimento técnico-científico, mas também saberes populares, com a finalidade de provocar mudanças e transformações tanto individuais quanto coletivas.

Portanto, as instituições de saúde - com suas equipes profissionais, desempenham papel estratégico, integrando diferentes perspectivas e fomentando mudanças por meio da educação em saúde, trabalho multi e

interprofissional e ações voltadas à transformação da realidade. Assim, a integralidade busca alinhar práticas assistenciais e coletivas, superando divisões e ampliando a resolutividade dos sistemas de saúde. (Machado, 2007)

Acredita-se que um dos desafios para a efetiva aplicação do princípio da integralidade também está na habilidade dos profissionais em enxergar o indivíduo que busca atendimento em sua totalidade, acolhendo suas demandas e conectando-as com ações preventivas de maneira proativa. Isso significa criar mecanismos e processos coletivos que vão além das ações preventivas solicitadas diretamente pela população. Mas, para isso, o desafio maior envolve as condições objetivas para alcançar a qualidade da assistência prestada e a integração entre as ações de promoção, prevenção e tratamento e a importância da eficiência na organização dos serviços, no modelo de gestão e na capacitação dos profissionais, visando aprimorar a qualidade do atendimento oferecido.

3. POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NA CIDADE DE JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

A partir daqui este trabalho tem como objetivo examinar as políticas de saúde da mulher no contexto do município na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, a partir da evolução histórica do sistema de saúde no Brasil, abordada anteriormente. A análise será estruturada com foco nas transformações que ocorreram desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado pela Constituição de 1988, e nas diversas lutas sociais que impulsionaram mudanças importantes nas políticas públicas, como o movimento feminista e outros movimentos sociais. Este contexto permite compreender como as políticas de saúde para as mulheres, em especial, evoluíram no país e refletiram, ou não, as demandas específicas das mulheres em uma perspectiva integral, social e cultural.

Anteriormente tratou-se de momentos fundamentais da história da saúde no Brasil, como o período da Ditadura Civil-Militar (Netto, 2014), quando as mulheres começaram a lutar por seus direitos reprodutivos e pela atenção à saúde integral, culminando na criação de políticas públicas mais inclusivas. A

Reforma Sanitária e a criação do SUS foram resultados dessas lutas, buscando garantir o acesso universal à saúde. No entanto, como apontado, a implementação de políticas eficazes encontrou desafios como a desigualdade social, racial e econômica, especialmente no que diz respeito às mulheres negras, indígenas e de baixa renda. Esses problemas estruturais e a resistência à transformação do modelo assistencialista em um sistema de saúde verdadeiramente integral e equitativo continuaram a afetar a qualidade e a acessibilidade dos serviços.

Agora, será investigado como essas políticas se concretizam na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, considerando as especificidades locais. A análise irá envolver os programas existentes, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e as políticas municipais voltadas para o atendimento das mulheres nas diversas fases da vida, com atenção à saúde sexual e reprodutiva, às condições de saúde mental e à promoção da equidade de gênero. Também refletirá sobre os impactos das reformas econômicas e das políticas neoliberais, que afetaram a implementação efetiva do SUS e a integralidade do atendimento às mulheres.

Ao compreender as políticas de saúde da mulher na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, aqui buscaremos aprofundar a reflexão sobre a intersecção entre os direitos das mulheres, a saúde pública e as disparidades sociais, destacando o papel das políticas públicas e os desafios contínuos para a efetivação de um modelo de saúde realmente universal e acessível.

Realizaremos uma análise histórica das políticas de saúde voltadas para a saúde da mulher, sua criação e evolução a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Abordaremos a discussão acerca do tema da integralidade na saúde da mulher e análises dos serviços socioassistenciais relacionados às demandas de promoção de saúde na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais.

3.1 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Nesse item, vamos abordar a transição do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), correlacionando os temas abordados

anteriormente sobre a política de saúde no Brasil, SUS, questões de gênero e Integralidade.

A autora Natália Peres Kornijezuk(2015) realiza uma análise da evolução das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil, especialmente no que diz respeito à transição do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) para o PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher).

Conforme indicamos no item 1, a história dessa política começa na década de 1980, quando o movimento feminista e as novas demandas sociais exigem um olhar mais atento para a saúde das mulheres, não só em termos de saúde reprodutiva, mas também considerando as múltiplas dimensões da vida feminina, como saúde mental, violência doméstica e condições de trabalho.

Além das questões políticas, a autora considera também a relação do corpo e sociedade, que o mesmo é moldado cultural e historicamente. E a associação do corpo feminino à reprodução na saúde, reduzindo a saúde da mulher há muitos anos apenas as questões reprodutivas, reforçando a subordinação feminina e enfatizando sua função materna.

O PAISM, criado em 1983, teve um grande impacto ao introduzir um modelo de atenção integral à saúde da mulher, focado na saúde reprodutiva e nas necessidades específicas das mulheres durante o ciclo de vida. Contudo, o PAISM, embora inovador para a época, tinha limitações, especialmente em relação ao alcance das suas políticas, que acabavam sendo concentradas na saúde reprodutiva, com pouca atenção a outras áreas igualmente importantes para a saúde das mulheres.

A transição do PAISM para o PNAISM, lançada em 2004, foi um marco significativo na ampliação das políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres. A autora ressalta que essa mudança foi resultado da crescente demanda por uma abordagem mais abrangente, que não apenas focasse na reprodução, mas também na saúde mental, nas doenças crônicas, na violência, e, inclusive, na saúde da mulher em fases da vida. (Kornijezuk, 2015).

O PNAISM surge com a proposta de integralidade, um conceito que vai além do atendimento médico direto, abrangendo uma atuação intersetorial, que envolvesse diversas políticas públicas (como educação, cultura, segurança, e assistência social). A principal mudança do PNAISM em relação ao PAISM é justamente essa ampliação da compreensão da saúde da mulher, que deixa de ser vista apenas no campo da reprodução e passa a incorporar um olhar mais amplo sobre as diferentes condições de vida das mulheres, reconhecendo o papel delas na sociedade e incorporando esse conceito de assistência integral, gerando debates sobre o corpo feminino, gênero, menopausa, entre outros temas. (Kornijezuk, 2015).

A autora Natália Peres Kornijezuk (2015) destaca que, ao contrário do PAISM, que tinha uma implementação muitas vezes fragmentada e com lacunas no acompanhamento contínuo da saúde das mulheres, o PNAISM tem como um de seus principais objetivos garantir a continuidade do cuidado ao longo das diferentes fases da vida da mulher, levando em conta suas especificidades e condições sociais.

A integralidade no cuidado à saúde da mulher é um dos pontos centrais do PNAISM. Kornijezuk (2015) argumenta que a integralidade é um princípio fundamental para garantir a “abordagem holística”, nos termos da autora, ou seja, a compreensão das necessidades de saúde das mulheres como um todo, que inclui não apenas os aspectos biológicos, mas também os fatores sociais, psicológicos e culturais. O PNAISM, portanto, visa atender as mulheres de maneira mais integrada, considerando todas as suas demandas, desde o cuidado com a saúde reprodutiva até os cuidados com a saúde mental, doenças crônicas, cânceres femininos e questões relacionadas à violência de gênero.

Essa abordagem integral vai além da mera oferta de serviços médicos. Ela propõe, por exemplo, que o sistema de saúde se articule com outras áreas do governo, como educação e assistência social, para garantir que as mulheres tenham acesso a um suporte mais completo. A ideia é garantir que as mulheres não recebam apenas tratamentos médicos isolados, mas que seus direitos sejam respeitados e que suas necessidades sejam atendidas de maneira global, de forma contínua, durante toda a vida (Kornijezuk, 2015).

A autora também dedica um espaço importante para discutir os atores políticos envolvidos nesse processo de transição, ou seja, os diferentes grupos que influenciaram a criação e implementação do PNAISM. Ela destaca fatores como redemocratização, participação de movimentos feminista e sanitário, sociedade civil organizada, do Ministério da Saúde, das gestões municipais e estaduais, e também da universidade, que, muitas vezes, com suas pesquisas, contribuíram para o embasamento técnico das políticas públicas, e como as pressões internacionais também influenciaram a formulação dessas políticas, inicialmente voltadas ao planejamento familiar, mas ampliadas para garantir direitos sexuais e reprodutivos. Apesar dos avanços, o estudo aponta lacunas na abordagem da saúde da mulher na menopausa, destacando a falta de ações específicas e a necessidade de mais pesquisas sobre o tema.(Kornijezuk, 2015).

O PNAISM não surgiu do nada; ele é o resultado de um processo de negociação política e de articulação entre os diversos atores envolvidos. Kornijezuk (2015) aponta que essa articulação é fundamental para garantir que a política de saúde da mulher não seja uma política de governo, mas sim uma política de Estado, que seja construída de forma transversal, com a participação de diferentes instâncias e esferas de poder.

Essa análise sobre a transição do PAISM para o PNAISM fornece uma contribuição valiosa para compreendermos a evolução das políticas de saúde da mulher no Brasil, especialmente no que se refere à integralidade do cuidado. Esclarecendo como a saúde da mulher deixou de ser reduzida às questões reprodutivas, passando a incorporar uma abordagem mais holística que considera as múltiplas dimensões da vida feminina, como saúde mental, violência de gênero, e condições de trabalho. Ao destacar a importância da integralidade no PNAISM, pode-se apontar para uma mudança de paradigma no atendimento à saúde da mulher, que agora exige uma articulação intersetorial entre diversas políticas públicas, como educação, assistência social e segurança.

Além disso, ilumina a complexa relação entre a saúde da mulher e sua inserção na sociedade capitalista. Mostrando como a visão tradicional de saúde da mulher, centrada na reprodução, estava profundamente vinculada ao papel

da mulher como reproduutora da força de trabalho, o que reforçava sua subordinação na sociedade. Ao ampliar essa visão, o PNAISM não apenas reconhece as especificidades da mulher em diferentes fases da vida, mas também aborda as condições sociais que impactam sua saúde de forma integral. Essa mudança reflete uma tentativa de desconstruir os papéis tradicionais atribuídos às mulheres, buscando garantir seus direitos em uma sociedade ainda estruturada pela lógica capitalista e patriarcal.

No entanto, apesar dos avanços trazidos pela implementação do PNAISM, também persistem lacunas importantes, como a falta de políticas específicas para a saúde das mulheres na menopausa. Isso evidencia que, mesmo com as inovações, ainda existem desafios para garantir uma abordagem verdadeiramente completa e contínua para todas as mulheres. No entanto, há de se reconhecer que o PNAISM representa um passo importante na construção de uma política pública de saúde mais inclusiva e equitativa, destacando a necessidade de uma articulação política constante e a participação de múltiplos atores para que as políticas de saúde da mulher não sejam apenas uma agenda de governo, mas sim uma política de Estado.

Em resumo, se tem aqui uma análise crítica e profunda sobre como as políticas públicas de saúde da mulher evoluíram para se tornarem mais integradoras e abrangentes, destacando o papel da integralidade na saúde e as implicações da inserção da mulher na sociedade capitalista. Nos ajudando a compreender que a saúde das mulheres não pode ser dissociada das questões sociais, políticas e econômicas, e que a construção de políticas públicas eficazes exige uma abordagem transversal e participativa.

3.1.2 – A Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)

Em consonância ao tema abordado anteriormente, a integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir a promoção da saúde de forma contínua e integral, abordando não apenas a cura de doenças, mas também os determinantes sociais e econômicos que impactam a vida dos indivíduos. O conceito de integralidade é crucial para que o SUS atenda suas funções de forma justa e equilibrada, no entanto, sua implementação tem sido um desafio constante.

Em primeiro lugar, é importante destacar que a integração dos serviços de saúde exige uma articulação eficaz entre os diferentes níveis de governo, mas o Brasil enfrenta sérias dificuldades nesse aspecto. A descentralização das políticas de saúde, um dos principais pilares da reforma do SUS, acabou por evidenciar e até aprofundar as desigualdades regionais. Estados e municípios com menos recursos enfrentaram dificuldades para implementar as políticas de saúde de maneira eficiente, o que gerou uma fragmentação do sistema, prejudicando a proposta de atendimento integral. (Costa, 2002)

A descentralização do SUS, que visava aproximar a gestão da saúde da realidade local, resultou em uma série de desafios relacionados à distribuição desigual dos recursos e à capacitação técnica das administrações locais. Municípios mais ricos conseguiram arcar com a implementação de serviços de saúde de qualidade, enquanto os mais pobres, com menor capacidade financeira e administrativa, enfrentaram enormes dificuldades. A falta de uma distribuição equitativa dos recursos para a gestão descentralizada comprometeu a universalidade do sistema, principal princípio do SUS, criando um cenário em que a saúde tornou-se desigual e muitas vezes inacessível para a população mais vulnerável. Portanto, a descentralização, sem uma estratégia clara de compensação das desigualdades regionais, acabou enfraquecendo a integralidade do cuidado, tornando o acesso à saúde desigual. (Costa, 2002).

Além disso, a crítica ao financiamento do SUS é fundamental para entender as limitações da integralidade no sistema. O SUS, desde sua criação, sofreu com a escassez de recursos financeiros, e a Constituição de 1988, embora tenha garantido o direito à saúde, não assegurou os meios necessários para sua efetivação plena.

Durante a década de 1990, o financiamento do SUS foi insuficiente e mal distribuído, com os recursos não acompanhando o aumento das demandas. Esse cenário gerou a dependência crescente do setor privado, algo que foi exacerbado por políticas de parceria público-privada. A privatização da saúde, em nome da eficiência, acabou por desvirtuar os princípios de universalidade e integralidade, criando um sistema de saúde fragmentado e desigual, onde a qualidade do atendimento foi profundamente afetada pela busca por lucro, em detrimento do bem-estar coletivo. (Costa, 2002).

Outro fator que impacta diretamente a integralidade no SUS é o processo de mercantilização da saúde, um reflexo da agenda neoliberal implementada a partir dos anos 1990. A privatização da saúde e a redução do financiamento público favorecem o setor privado, aumentando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Esse fenômeno compromete a proposta de um sistema público de saúde universal, ao criar um sistema dual em que a população rica tem acesso a serviços de saúde privados, enquanto a população mais pobre é forçada a depender de um SUS cada vez mais precarizado.

A crescente participação do setor privado no SUS, especialmente nas últimas décadas, tem gerado críticas quanto ao comprometimento dos princípios de integralidade e universalidade do sistema, criando uma rede de saúde onde os interesses privados prevalecem sobre as necessidades da população mais vulnerável. (Freitas, 2021)

A análise crítica de Ivaneide Duarte de Freitas (2021) aponta ainda para o impacto das reformas neoliberais na saúde pública, que favoreceram a privatização e a focalização das políticas sociais. As reformas estruturais da década de 1990, embora tenham sido implementadas com a promessa de eficiência e modernização, acabaram por reduzir os direitos sociais e comprometer a universalidade do SUS. A focalização das políticas de saúde, que se concentraram apenas nos mais pobres, excluiu uma grande parte da população e foi um retrocesso em relação à proposta de um sistema de saúde para todos. Esse movimento de seletividade e fragmentação da saúde afetou diretamente a integralidade do SUS, ao tratar as pessoas de maneira desigual, conforme sua situação de vulnerabilidade.

Por fim, a crítica às reformas de descentralização, financiamento e regulação é uma chamada para a necessidade de uma revisão mais profunda do SUS, para que seus princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade sejam verdadeiramente atendidos.

Para que o SUS cumpra seu papel de forma efetiva, é necessário um fortalecimento da gestão pública, financiamento adequado a uma política de saúde universal e uma regulação mais eficaz, garantindo que os serviços de

saúde sejam de qualidade e que o direito ao acesso à saúde seja realmente universal. A luta pela integralidade no SUS, portanto, é uma luta por um sistema de saúde que seja verdadeiramente inclusivo e justo, atendendo às necessidades de toda a população brasileira, sem discriminação.

A integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) é um princípio fundamental que articula as ações e serviços para garantir o cuidado contínuo e integral aos usuários. Como vimos no início deste item, a integralidade também é o princípio norteador para os serviços de atenção à saúde da mulher. O SUS se baseia na universalidade, equidade e participação comunitária, buscando superar o modelo fragmentado de assistência e garantir atendimento integral e humanizado. (Machado,2007). Contudo, esse sistema exige uma materialidade para sua efetivação, a qual tem sido comprometida, desde sua implementação.

Essa realidade reflete-se na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, onde, assim como em muitas outras localidades do Brasil, o atendimento à saúde da mulher sofre com a falta de infraestrutura e recursos. O modelo descentralizado e a distribuição desigual dos recursos acabam afetando o atendimento integral e contínuo, essenciais para a saúde da mulher. A falta de recursos suficientes compromete a implementação de políticas públicas voltadas para o cuidado completo das mulheres, desde a prevenção até o tratamento de doenças. Além disso, as desigualdades regionais e a precarização do SUS resultam em um acesso desigual aos serviços de saúde, com a população mais vulnerável enfrentando maiores dificuldades para obter atendimento adequado, especialmente em áreas de saúde que demandam uma abordagem mais integral, como a saúde da mulher.

A crítica à mercantilização da saúde também se reflete na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, onde o sistema público de saúde é pressionado pela crescente privatização, o que contribui para a disparidade no acesso à saúde de qualidade. Muitas mulheres que dependem do SUS acabam encontrando dificuldades em obter um atendimento digno, com longas filas de espera, falta de equipamentos adequados e profissionais capacitados, comprometendo o direito à saúde universal e integral.

Portanto, a implementação da integralidade no SUS, especialmente no que se refere à saúde da mulher, ainda enfrenta muitos desafios na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais. A cidade compartilha das dificuldades enfrentadas por outras localidades, como a falta de recursos, a precarização dos serviços públicos e a dependência crescente do setor privado, o que prejudica o atendimento holístico e a garantia de direitos para todas as mulheres. Para reverter esse quadro, seria necessário um fortalecimento da gestão pública, uma distribuição mais justa dos recursos e uma atuação mais eficaz do governo para garantir um atendimento integral e de qualidade para todas as mulheres, sem discriminação.

Os autores Zulmira M. De Araújo Hartz e André-Pierre Contandriopoulos (2004) destacam os desafios na implementação da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), enfocando as complexidades da criação e gestão das redes de atenção à saúde. Primeiramente, a “rede” é abordada em duas perspectivas: como uma estrutura organizacional voltada para a produção de serviços e como uma dinâmica de atores em constante renegociação de papéis, o que exige soluções criativas para problemas recorrentes. A implementação de políticas de integração, como as de saúde mental, saúde do idoso e saúde reprodutiva, ainda enfrenta dificuldades devido à falta de recursos adequados, controle rígido e falhas na alocação de fundos, principalmente nos aspectos que envolvem o envolvimento dos profissionais de saúde e sua formação.

A necessidade de garantir que a “intendência” (gestão prática e implementação) prevaleça sobre as intenções na formulação de políticas é fundamental para evitar que as inovações sejam prejudicadas pela falta de execução eficaz. A tensão entre o “ideal” e o “real”, pode prejudicar o sucesso da regionalização, e a importância de uma abordagem cautelosa, reconhecendo a complexidade da implementação dessas políticas. Apesar das dificuldades, pode-se destacar a adesão promissora dos gestores municipais às diretrizes de integralidade e regionalização, o que demonstra a busca pela construção de redes assistenciais mais integradas, embora ainda de forma parcial e experimental. Para que a integralidade da atenção em saúde seja alcançada, é necessário um alinhamento com o conceito ampliado de

integralidade, que envolve a interação democrática entre os diferentes atores no cotidiano das práticas de cuidado nos diversos níveis do SUS. (Hartz; Contandriopoulos, 2004)

3.2– A saúde da mulher na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais

Contextualizando o atendimento à mulher no SUS, o mesmo se estrutura da seguinte maneira: Atenção Primária à Saúde (APS) que é a porta de entrada para o SUS, oferecendo serviços básicos de saúde, como consultas, exames preventivos (mamografia, Papanicolau), planejamento familiar, e acompanhamento pré-natal. Esse nível de atenção visa prevenir doenças e promover a saúde, além de encaminhar para serviços especializados quando necessário. Atenção Secundária e Terciária, quando necessário, as mulheres são encaminhadas para atendimento especializado em centros de referência e hospitais. Isso inclui cuidados com saúde sexual e reprodutiva, tratamentos para câncer, serviços de saúde mental, e assistência em casos de complicações na gravidez ou parto. E também programas e políticas específicas, que são implementados para a saúde da mulher, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que abrange desde o atendimento pré-natal até o enfrentamento à violência de gênero. Outro exemplo é o Programa Nacional de Imunizações, que inclui vacinas voltadas para a prevenção de doenças que afetam diretamente as mulheres, como o HPV. (ministério da saúde, 2004)

No site do ministério da saúde vemos que a rede de atendimento à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema integrado e abrangente, voltado para garantir o cuidado completo e humanizado das mulheres em todas as fases da vida, com ênfase especial na gestação, parto e puerpério. Essa rede inclui uma série de programas e políticas públicas, que visam assegurar desde o acompanhamento pré-natal até o cuidado no pós-parto. Aqui, estão os principais componentes dessa rede:

As UBS, Unidade Básica de Saúde que são a porta de entrada para o SUS, oferecendo acompanhamento pré-natal, consultas, exames, vacinação, e apoio no puerpério. Elas são fundamentais na promoção da saúde e prevenção de doenças. Muitas UBS e maternidades oferecem cursos de preparação para

o parto, onde as gestantes e seus parceiros recebem orientações sobre o trabalho de parto, técnicas de respiração, cuidados com o recém-nascido, e o que esperar no puerpério.

O Pré-natal, que é fundamental para monitorar a saúde da gestante e do bebê, prevenir complicações, e preparar a mulher para o parto e o puerpério. No SUS, também é oferecido o acompanhamento pré-natal de baixo risco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e inclui consultas regulares, exames laboratoriais, ultrassonografias, e orientações sobre cuidados com a saúde.

A Rede Cegonha, disponível na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, é uma estratégia do SUS visando garantir um cuidado contínuo e humanizado para as mulheres durante a gravidez, o parto, o pós-parto, e para as crianças até dois anos de idade. Ela integra os serviços de saúde para assegurar um atendimento de qualidade em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal.

Os Centros de Parto Normal, disponíveis na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, são unidades que oferecem assistência humanizada ao parto normal, promovendo um ambiente acolhedor e seguro para a mulher. Esses centros fazem parte da Rede Cegonha e são voltados para gestantes de baixo risco. A escolha do tipo de parto (normal, cesariana) é baseada em critérios médicos e no desejo da mulher, sempre buscando garantir segurança e conforto, e o puerpério, que é o período do pós-parto, é acompanhado pela rede de saúde para monitorar a recuperação da mulher e o desenvolvimento inicial do bebê, oferecendo suporte em caso de complicações e orientações sobre amamentação e cuidados com o recém-nascido.

O Método Canguru, implementado em alguns hospitais e maternidades na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, que consiste em uma estratégia de assistência ao recém-nascido de baixo peso, que estimula o contato pele a pele entre o bebê e os pais. Esse método é utilizado em hospitais e maternidades para promover o vínculo afetivo, além de contribuir para o desenvolvimento e a recuperação do bebê.

A Caderneta da Criança, que é um documento essencial que acompanha o desenvolvimento da criança desde o nascimento até os cinco

anos de idade. Ela inclui informações sobre vacinação, crescimento, desenvolvimento motor, e orientação para os pais sobre cuidados básicos.

A Caderneta da Gestante, que é um instrumento de acompanhamento da gravidez, onde são registrados todos os dados do pré-natal, como exames, consultas, vacinas, e orientações para o parto e puerpério. Ela é uma ferramenta fundamental para garantir um pré-natal bem monitorado e seguro.

Os Cadernos de Atenção Básica, que são publicações que orientam os profissionais de saúde na execução das políticas de atenção à saúde, incluindo diretrizes para o cuidado pré-natal, parto, puerpério, e cuidado infantil. Eles são ferramentas de apoio para assegurar a qualidade do atendimento nas UBS.

A PNH, Política Nacional de Humanização, que visa humanizar o atendimento em todos os níveis do SUS, promovendo o respeito aos direitos das mulheres e a personalização do cuidado, especialmente durante a gestação, parto e puerpério.

A ESF, Estratégia de Saúde da Família, que é a principal estratégia de atenção primária à saúde no Brasil, onde equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde) acompanham as famílias, incluindo o cuidado integral à saúde da mulher, desde o pré-natal até o puerpério.

No âmbito nacional, essa rede de apoio à saúde da mulher no SUS é essencial para garantir que todas as gestantes tenham acesso a um cuidado integral, seguro e humanizado. Ela promove a equidade no atendimento e busca reduzir as desigualdades, garantindo que mulheres, não somente na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, mas em todo o país possam receber o cuidado que precisam durante a gestação, parto e além.

O Departamento de Saúde da Mulher, Gestante, Criança e Adolescente-DSMGCA que consiste em um espaço exclusivo para a atenção à saúde especializada, incluindo consultas, exames, grupos e ambulatórios temáticos.

O Parbos (Protocolo de Atendimento ao Risco Biológico Ocupacional e Sexual) é um serviço da Secretaria de Saúde na cidade de Juiz de Fora –

Minas Gerais, criado para atender vítimas de exposição a riscos biológicos, como acidentes com material biológico ou violência sexual. Localizado no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS), o serviço foi recentemente ampliado, com a criação de ambientes específicos para atendimento administrativo e realização de perícias. Desde sua criação, o Parbos já atendeu mais de 6.000 usuários e é referência para 94 municípios da Macrorregião Sudeste. Além de oferecer atendimento direto, o serviço também realiza palestras educativas sobre os fluxos de atendimento em casos de acidentes ou exposições. A orientação principal é que as vítimas busquem o atendimento o quanto antes, idealmente dentro de 72 horas após o ocorrido, para garantir um acompanhamento eficaz, que pode durar de seis meses a um ano. O Parbos também encaminha os pacientes para serviços especializados e realiza notificações dos casos ao Departamento de Vigilância Epidemiológica.

O acesso a esses serviços deveria ser universal, conforme os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, enfrentamos dificuldades diárias, como a comunicação ineficaz com a rede de atendimento e a demora nos processos de transferências, mesmo em casos judicializados. Além disso, há uma escassez de recursos suficientes para atender adequadamente todas as demandas que surgem no cotidiano. Outro ponto relevante é a ausência de um balanço crítico sobre a qualidade desses serviços, uma vez que não realizamos o acompanhamento dos usuários após a alta.

Além da rede atendimento à saúde da mulher, na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, podemos encontrar alguns serviços disponíveis: Como a Central de Atendimento à Mulher (ligue 180) que é um serviço criado para o combate à violência contra a mulher e oferece três tipos de atendimento: registros de denúncias, orientações para vítimas de violência e informações sobre leis e campanhas. A Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos é responsável pelo canal de denúncia, que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana. O contato pode ser por telefone (180), chat online (site da Ouvidoria) ou aplicativo de celular (Direitos Humanos Brasil), desenvolvido pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

A Patrulha de Prevenção à Violência Doméstica- PPVD/ Policia Militar que vem com a missão de promover atendimento mais humanizado à mulher vítima de violência doméstica e familiar e desestimular ações criminosas no ambiente domiciliar, a Polícia Militar de Minas Gerais conta, desde 2010, com o serviço Patrulha de Prevenção à Violência Doméstica (PPVD). A PPVD consiste em viatura, qualificada e treinada, composta por uma policial do sexo feminino e um policial do sexo masculino, que prestam serviço de proteção à vítima, garantindo o seu encaminhamento aos demais órgãos da Rede Estadual de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. A abordagem prevê que a vítima receba do poder público, no menor tempo possível, a atenção devida a cada caso, e atua também em contato com o agressor para promover a quebra do ciclo de violência.

A DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à mulher que é uma Unidade especializada da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. Conta com a expedição de medidas protetivas de urgência no prazo máximo de 48 horas.

A Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais que possui assistência especializada à mulher em situação de violência familiar e/ou doméstica, realizando de forma gratuita instruções jurídicas e extrajudiciais, desde acolhimento e atendimentos iniciais ao acompanhamento de medidas protetivas, audiências e ações como reconhecimento e dissolução de união estável, divórcio, guarda, alimentos entre outros.

A Plataforma Mulher Segura-ONU que conecta mulheres em situação de violência aos canais de apoio disponíveis por todo o País. Para que as sobreviventes possam dar os primeiros passos para romper com o ciclo da violência doméstica, reunimos os principais serviços de enfrentamento à violência contra as mulheres desenvolvidos pelos estados brasileiros e organizações locais. A Plataforma Mulher Segura é uma iniciativa do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em resposta ao aumento das violências contra as mulheres na pandemia da COVID-19. O ano de 2020 transformou as formas com que protegemos as mulheres e escancarou desigualdades de acesso à internet. Aqui, simplificamos a busca por direitos,

para que todas possam acessar os serviços de atendimento e proteção às vítimas mais atualizados.

3.3 - Os serviços socioassistenciais e as demandas das usuárias conforme a experiência de estágio na atenção terciária na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais

Para além dos serviços citados anteriormente também se tem acesso, na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, aos serviços socioassistenciais que cooperam com as demandas de promoção da saúde da mulher.

Através do site da prefeitura na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, na aba do SAS (Secretaria de Assistência Social), e também da Câmara Municipal de Juiz de Fora, podemos ter acesso a rede socioassistencial disponível na cidade.

A rede conta com Centros de Referência e Assistência Social/Proteção Integral à Família, Serviços de Acolhimento, Casa Mulher Segura, Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), entre outros.

Dito isso, conclui-se que a rede de atendimento à saúde da mulher no SUS articula-se diretamente com a rede socioassistencial, que é composta por serviços e programas voltados para o bem-estar social, proteção e cidadania das mulheres. A possibilidade de integração dessas redes alcançaria um atendimento mais amplo e eficaz, visando promover a proteção integral da mulher.

A rede de saúde do SUS em conjunto com a rede socioassistencial visa atender às necessidades das mulheres em diferentes situações de “vulnerabilidade social”, como aquelas que enfrentam violência doméstica, problemas de saúde mental, situações de pobreza ou discriminação.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e os serviços de saúde, por exemplo, podem trabalharem conjunto para garantir que a mulher tenha acesso a cuidados médicos, psicossociais e jurídicos, criando um ambiente de acolhimento e proteção.

Em muitos casos, a atuação integrada dessas redes envolve ações conjuntas entre unidades de saúde, centros de referência de assistência social (CRAS), centros de referência especializados no atendimento à mulher (CREAS), além de serviços de acolhimento e orientação psicossocial, com foco no fortalecimento da autonomia da mulher e no enfrentamento das desigualdades de gênero.

A política reconhece que, ao garantir o acesso à saúde e à assistência social de forma integrada, as mulheres estão mais protegidas e podem acessar serviços de forma mais eficiente e humanizada.

Portanto, a articulação entre a rede de saúde e a rede socioassistencial é fundamental para a promoção da saúde integral das mulheres, assegurando-lhes um atendimento mais completo e com foco nas suas necessidades multifacetadas, de forma a contribuir para a melhoria das condições de vida e promoção de direitos. (Ministério da Saúde, 2004)

Com intuito de refletir sobre a relação entre os objetivos da política e o acesso aos serviços existentes na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, resumimos alguns aspectos que permearam a nossa experiência como estagiárias no setor terciário e ressaltamos situações que marcaram nossa trajetória e seus encaminhamentos para a rede de atendimento à mulher.

O hospital no qual realizamos o estágio é uma instituição 100% SUS, que atende somente demandas do sistema de saúde pública. Com base nessa informação, fizemos uma pesquisa bibliográfica, a partir de artigos disponíveis para todos de forma online, no site da Prefeitura da Cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, acerca do perfil de usuários atendidos pelo SUS

Tendo como base o Artigo publicado na Revista do SUS em 2022, sobre a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, o estudo teve como objetivo descrever o acesso e a utilização dos serviços de saúde no Brasil. Foi realizado um estudo transversal descritivo com 293.725 indivíduos, analisando prevalências, estratificados por sexo, idade, escolaridade e macrorregiões. Os principais resultados indicam que os usuários do sexo masculino apresentaram menores proporções de consulta médica (66,6%) enquanto as mulheres

apresentaram mais proporções (80,6%); E de procura por atendimentos de saúde, os homens (17,6%), enquanto as mulheres (26,5%). Entre aqueles usuários residentes na região Norte, 69,1% realizaram consulta médica; e apenas 16,5% dos indivíduos menos escolarizados obtiveram medicamentos pelo Programa Farmácia Popular. A análise final, baseada nesses dados, desse estudo destaca as iniquidades dos acessos aos serviços de saúde no Brasil.

Além desses dados, devemos destacar também o Estudo Sociodemográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), citado nas documentações de Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, retratando que hoje as mulheres representam 50,77% da população total. E as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representam 65% do total da população feminina, um grupo social importante e relevante para desenvolvimento de políticas de saúde. A Síntese de Indicadores Sociais 2002, do IBGE, apresenta que as mulheres se encontram nas classes de rendimento mais baixas, e a desigualdade salarial aumenta conforme a remuneração.

Durante nossos períodos de estágio, podemos perceber que o hospital recebe uma alta demanda de mulheres entre os 20 aos 40 anos, que estão em situação de maior vulnerabilidade social, algumas em situação de rua, usuárias de substâncias psicoativas, entre outros.

Como parte dos procedimentos metodológicos, destacaremos aqui alguns conteúdos dos atendimentos realizados por nós, na experiência de estágio, no período de 2023 a 2025 que nos marcaram e por fim mostraremos qual serviço disponibilizado pela rede na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais foi acionado com maior frequência pelo nosso setor.

Uma das situações foi a de uma mulher na faixa dos 30 anos que compareceu ao hospital relatando ter sofrido um abuso sexual, gerando assim uma gravidez indesejada e querendo, portanto, realizar o aborto legal. Realizamos a abordagem em conjunto com a equipe médica, e durante a abordagem a usuária explicou que já teria buscado suporte no hospital de

referência para casos como esse e que lá teria tido uma negativa da equipe médica que alegou haver incompatibilidade no depoimento da usuária. A usuária foi orientada pela equipe médica do hospital a retornar ao hospital de referência para buscar documentações que faltavam. Ela fez o que lhe foi solicitado e ao retornar com a documentação recebeu a negativa da equipe, que alegou que por não ser hospital de referência para tal caso, não poderia realizar o procedimento ali. Nesse momento a usuária se desestabilizou ainda mais, por ter ido sem necessidade buscar os documentos e por querer apenas o que lhe é garantido por lei. A partir disso, o assistente social realizou nova abordagem, orientando-a procurar a casa da mulher para que lá pudesse ser amparada e orientada e assim conseguisse realizar o procedimento de forma segura.

Através dessa situação foi possível ver que mesmo sendo um direito assegurado da mulher, em casos de abuso sexual, as vítimas ainda encontram inúmeros impedimentos pelo caminho que dificultam ainda mais um processo que já é doloroso.

Durante os períodos de estágio na área da saúde, também nos deparamos com decisões de entrega para adoção voluntária. E frequentemente, notamos a pressão que as usuárias sofreram para “voltarem” atrás da sua decisão e ficarem com o recém-nascido. Sendo que esse também é um direito garantido às mulheres. As falhas no setor da saúde para com as mulheres são inúmeras, o que nos alarma quanto ao conservadorismo que permeia todas as ações e o necessário profissionalismo para lidar com essas demandas dentro das instituições.

Apesar de existir um documento de regimento do corpo clínico, que tem por objetivo orientar a instituição e seus colaboradores acerca das normas éticas e administrativas que regem seu funcionamento, pode-se observar através dessas situações relatadas e outras vivenciadas na instituição, que não há qualidade e comprometimento com o atendimento humanizado conforme previsto nessas documentações de regimento.

A partir de uma coleta de um mês de trabalho, podemos perceber que de 13 encaminhamentos, relacionados à saúde da mulher, efetuados e serviços

acionados para auxiliar na atuação profissional do Serviço Social, 3 casos foram direcionados para a defensoria pública, 2 casos para casas de acolhimento, 1 caso para o conselho tutelar, 1 caso para o CREAS, 1 para a abordagem social, 1 para promotoria do idoso, 1 para delegacia da mulher, 1 para a vara da infância, 1 para abordagem social e 1 para o INSS. As UBS dos bairros também têm um alto número de procura, para sabermos se as usuárias já possuem acompanhamentos e assim podermos ter um maior entendimento da realidade social daquela usuária prestando um melhor atendimento.

Durante esse pequeno espaço de tempo que tivemos para coletar tais dados, identificamos os serviços que são acionados com uma certa frequência dentro do nosso setor. Pelo fato de a instituição não promover o acompanhamento pós alta dos usuários, não foi possível a realização de uma pesquisa completa em relação ao acesso aos equipamentos/serviços das redes na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais. Contudo, durante o cotidiano de trabalho, percebemos uma maior dificuldade em lidar ou conseguir comunicação e dados do Conselho Tutelar, pois constantemente nos deparamos com barreiras significativas com essa instituição, especificamente.

4. Considerações finais

Ao longo deste trabalho, buscamos analisar as transformações no sistema de saúde brasileiro, com ênfase nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. No primeiro capítulo, foi possível compreender a Política de Saúde no Brasil e a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a Reforma Sanitária e a luta histórica por um modelo de saúde mais inclusivo e universal, com uma compreensão da saúde como algo interligado a fatores sociais, econômicos e políticos.

As lutas por autonomia corporal, direitos reprodutivos e equidade de gênero impulsionaram mudanças institucionais e políticas públicas que garantiram avanços significativos na atenção à saúde da mulher. A criação do SUS representou um avanço significativo na saúde pública brasileira, mas ao longo do tempo foi enfraquecido por políticas neoliberais que impactaram diretamente sua estrutura e financiamento. Mesmo com esses desafios, o SUS se mantém

como um pilar fundamental na garantia da saúde da população, especialmente das camadas mais vulneráveis da sociedade.

A mercantilização da saúde no contexto neoliberal intensifica desigualdades no acesso ao SUS, mercantilizando os serviços de saúde, afetando especialmente mulheres e populações vulneráveis. Reforça-se a necessidade de questionar as estruturas capitalistas e ampliar investimentos, capacitação profissional e participação social. Garantir a saúde da mulher como um direito fundamental exige ações coletivas para um sistema mais justo e inclusivo.

Com base nas análises realizadas, conclui-se que, embora o Brasil tenha feito avanços significativos na construção de uma rede de atenção integral à saúde da mulher, ainda há um longo caminho a ser percorrido. O fortalecimento do SUS e a articulação mais eficiente entre os serviços de saúde e assistência social são fundamentais para garantir um atendimento de qualidade que respeite a dignidade e autonomia das mulheres. É imprescindível que se amplie a conscientização sobre as necessidades específicas das mulheres em todas as fases da vida, desde a saúde reprodutiva até o envelhecimento, e que se busque superar as desigualdades estruturais presentes no sistema de saúde.

O terceiro item abordou as transformações específicas nas políticas de saúde da mulher, destacando a transição do PAISM para o PNAISM, que ampliou o olhar sobre as necessidades de saúde das mulheres, incorporando questões além da saúde reprodutiva, como saúde mental, violência de gênero e envelhecimento. Essas mudanças refletem a força das mobilizações sociais, principalmente o movimento feminista, que lutou por um atendimento mais integral e respeitoso às mulheres. Contudo, apesar dos avanços, ainda existem desafios a serem superados, como a falta de ações direcionadas à saúde das mulheres na menopausa e a necessidade de maior articulação entre os serviços de saúde e assistência social.

A experiência vivenciada no estágio, com as situações atendidas e a observação da realidade na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, reforçou a importância da integração entre saúde e assistência social, mas também evidenciou as dificuldades de coordenação entre esses serviços e a falta de

preparo de alguns profissionais para lidar com a complexidade das situações sociais enfrentadas pelas mulheres. Casos como o da mulher que buscou o aborto legal e a pressão para desistir de opções como a adoção, ilustram as falhas ainda presentes no atendimento e na efetivação de direitos garantidos por lei.

Esperamos ter contribuído ao compartilhar algumas de nossas reflexões neste Trabalho de Conclusão de Curso, identificando os serviços voltados para a promoção da saúde da mulher na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais e a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, entendendo os desafios e demandas específicas da população na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, trazendo uma reflexão crítica acerca do atendimento de saúde.

Referências bibliográficas:

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde.** [Cad. Saúde Pública 19 (suppl 2) • 2003]: [Editora], 28 ago. 2006.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

BRASIL. Atenção às mulheres; Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. 2017.

Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/direitos-sexuais-direitos-reprodutivos-e-metodos-anticoncepcionais/>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Câmara Municipal de Juiz de Fora. Centro Integrado Atendimento à Mulher (CIAM). Juiz de Fora, MG: 2022.

Disponível em: <https://www.camarajf.mg.gov.br/www/atendimento-mulher>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Ebserh. Saúde da mulher contempla cuidados específicos. 2021.

Disponível em:

<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/05/saude-da-mulher-contempla-cuidados-especificos>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

BRASIL. Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. 2006.

Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 maio 2013. Seção 1.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde prioriza investimentos em saúde da mulher. 2022.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/ministerio-da-saude-prioriza-investimentos-em-saude-da-mulher>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Reprodutiva.**

Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva>.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

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. Brasília, DF: 2004.

Disponível em:
https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Prefeitura de Juiz de Fora. Portal da Mulher. 2021.

Disponível em:
<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sedh/portal-da-mulher/casa/atendimento.php#:~:text=Endere%C3%A7o%3A%20Rua%20S%C3%A3o%20Sebast%C3%A3o%2C%20n,atendimento%3A%20Das%207h%20%C3%A0s%2018h>

BRASIL. Prefeitura de Juiz de Fora. Programas e serviços de atendimento. Juiz de Fora, MG.

Disponível em:
https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sas/rede_parceira/programas_servicos.php

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Pré-Natal no SUS. 2024.

Disponível [em:](https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/pre-natal-no-sus)
<https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/pre-natal-no-sus>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.**

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Saúde da mulher na APS. Governo do Estado do Espírito Santo: 2016.

Disponível em:
<https://atencaoprimaria.es.gov.br/saude-da-mulher-na-aps#:~:text=A%20%C3%81rea%20T%C3%A9cnica%20da%20Sa%C3%BAde,e%20universalidade%20das%C3%A7%C3%A3o%20es%20e>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Rede cegonha. 2024.

Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/rede-cegonha#:~:text=A%20Rede%20Cegonha%20%C3%A9%20um,at%C3%A9%20dois%20anos%20de%20idade>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** 2000.

Disponível em:
https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf

Acessado em: 13 de dezembro de 2024

Carta de Itapecerica. [Itapecerica da Serra/SP]; 1984.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

CISLAGHI, Juliana Fiúza. **Entre a vigilância e a proteção: Gêneros e direitos sociais no capitalismo contemporâneo.** 2011.

Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18128>

Acessado em 13 de dezembro de 2024

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária.** 1989.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/q3sRL6qtG7NPGzmdMvtVVPz/>

Acessado em 13 de dezembro de 2024

CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. Comissão Nacional de Desenvolvimento e População. 1996

[Acesso em: [11 de agosto de 2024].

Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2009

[Acesso em: [11 de agosto de 2024].

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, out. 2005.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

COSTA, Ricardo Cesar Rocha. **Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990.** 2002.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/fMC8hfSnhMYvBtF7LLZYxf/>

Acessado em 05 de fevereiro de 2025

CRESS-sc. Saúde da mulher e redução da mortalidade materna: o que isso tem a ver com o Serviço Social?. Florianópolis, SC: 2023.

Disponível em:
<https://cress-sc.org.br/2023/05/29/saude-da-mulher-e-reducao-da-mortalidade-materna-o-que-isso-tem-a-ver-com-o-servico-social/#:~:text=%E2%80%9CO%20trabalho%20de%20assistentes%20sociais,sa%C3%BAde%20da%20mulher%E2%80%9D%2C%20explica>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

DE CASTRO, Lucia Maria Xavier; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes; ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM). Brasília, DF: 2015.

Disponível em:
https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnmp-versaoweb.pdf

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** 2012.

FREIRE, Ana; Ministério da saúde. Atividades ofertadas no SUS trazem benefícios à saúde da grávida durante o pré-natal. 2024

Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/atividades-ofertadas-no-sus-trazem-beneficios-a-saude-da-gravida-durante-o-pre-natal>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. **Análise da Política de Saúde Brasileira.** 2014.

Disponível em:
<https://repositorio.ufes.br/server/api/core/bitstreams/36bb664e-c7bf-4df2-9ebf-e07af5c87fbb/content#page=15>

Acessado em 13 de dezembro de 2024

GOMES, Romeu; MURTA, Daniela; FACCHINI, Regina; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde.** 2018.

Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1997-2006/pt/>

Acessado em 13 de dezembro de 2024

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPoulos, André-Pierre. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação “de um sistema sem muros.”** 2004.

Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrbLQhvJHk7dwpwqHjhPkG/?format=html&language=pt->

Acessado em 10 de março de 2025.

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

Disponível em:<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/132850/000984731.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Acessado em 05 de fevereiro de 2025.

MEDEIROS, Patrícia Flores; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. 2009.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mPftn3WYBFk6jyNs5tBYXqv/>

Acessado em: 13 de dezembro de 2024

NETTO, J. P. Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985). São Paulo, Cortez: 2014.

OLIVEIRA, Jossiane Teixeira. Saúde coletiva, comunicação e cultura. 2013.

Disponível

em:

<https://comunicasaude.ufes.br/conteudo/pesquisa-revela-desigualdade-no-aceso-aos-servicos-publicos-de-saude#:~:text=Das%201.107%20entrevistadas%2064%,que%20quando%20comparadas%20%C3%A0s%20outras>

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Região das Américas.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-sexual-e-reprodutiva>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

ORTIZ, AnelizeFucks; LEVITTE, Analeia Terezinha. Serviço social no sistema único de saúde (SUS). **Revista Maiêutica**, Indaial, v. 4, n. 01, 2017.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

Pitanguy J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 19-38.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson Silva; ADRIÃO, Karla Galvão. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política da saúde e o serviço social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo**. 2019.

Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/download/25152/17306>

Acessado em 13 de dezembro de 2024

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. SciELO, 18 out. 2021.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; FRIAS, Paulo Germano. **Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 15, n. 2, abr.-jun. 2015.

Acesso em: [11 de agosto de 2024].

VICK, Mariana. Direitos reprodutivos: uma história de avanços e obstáculos. 2021.

Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/explicado/2021/09/05/direitos-reprodutivos-uma-historia-de-avancos-e-obstaculos>

Acesso em: [11 de agosto de 2024]

VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Isolamento Social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Revista Brasileira de epidemiologia. Scielo. 2020.

Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyjtQM3hXRywsTn/#>