



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

BIANCA MARIA DUARTE BEZERRA

UM OLHAR HISTÓRICO-CRÍTICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
PARA AS MULHERES: UMA ANÁLISE DAS DEMANDAS DA CARTA DAS
MULHERES AOS CONSTITUINTES DE 1987

FORTALEZA

2025

BIANCA MARIA DUARTE BEZERRA

UM OLHAR HISTÓRICO-CRÍTICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
PARA AS MULHERES: UMA ANÁLISE DAS DEMANDAS DA CARTA DAS
MULHERES AOS CONSTITUINTES DE 1987

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B469o Bezerra, Bianca Maria Duarte.

Um olhar histórico sobre as políticas públicas de saúde para as mulheres : uma análise das demandas da carta das mulheres aos constituintes de 1987 / Bianca Maria Duarte Bezerra. – 2025.
89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Curso de Gestão de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares.

1. Carta das Mulheres. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde. 4. Mulher. 5. Desigualdade. I. Título.

CDD 320.6

BIANCA MARIA DUARTE BEZERRA

UM OLHAR HISTÓRICO-CRÍTICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
PARA AS MULHERES: UMA ANÁLISE DAS DEMANDAS DA CARTA DAS
MULHERES AOS CONSTITUINTES DE 1987

Monografia apresentada ao Curso de Graduação
em Gestão de Políticas Públicas da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Gestão de Políticas Públicas.

Aprovada em: ___ / ___ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Helena Stela Sampaio
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Kelly Maria Gomes Menezes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Marcia Maciel e Cleuton
Bezerra e a minha irmã, Maria Beatriz.

AGRADECIMENTOS

Durante todo o processo de aprendizagem e conclusão do curso de graduação em Gestão de Políticas Públicas, sinto-me imensamente grata por ter sido cercada por profissionais, amigos e familiares que corroboraram de maneira inestimável para o meu crescimento acadêmico, pessoal e profissional. Primeiramente, agradeço a Deus, cuja graça e proteção me sustentaram em cada etapa desta jornada.

No âmbito profissional, expresso minha profunda gratidão à Profa. Dra. Nazaré Soares, cuja orientação foi essencial para a realização deste trabalho. Sua competência, dedicação e inspiração não apenas enriqueceram meu estudo, mas também despertaram em mim um profundo interesse pela análise das políticas públicas para as mulheres através da disciplina de Políticas de Gênero ministrada pela professora. Sou especialmente grata por ter sido apresentada à Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987, documento que serviu como base e norte para esta pesquisa. Agradeço também às professoras da banca examinadora, Profa. Dra. Helena Sampaio e a Profa. Dra. Kelly Menezes, pela generosidade em disponibilizar seu tempo, bem como pelas valiosas contribuições e sugestões que enriqueceram ainda mais este trabalho.

Aos meus colegas de curso, especialmente Victor Soares, cuja amizade é um presente vindo diretamente de São Paulo, e Alisson Silva, companheiro de jornada acadêmica desde o colégio, agradeço por todos os momentos únicos compartilhados ao longo destes quatro anos. Vocês foram fonte de aprendizado, apoio e inspiração. Estendo meus agradecimentos a demais colegas de turma, pelas reflexões, debates e experiências que desenvolvi para o meu amadurecimento acadêmico e pessoal.

À minha família, que nunca desistiu de mim, nem nos momentos mais difíceis. Agradeço imensamente a minha mãe, Marcia Maciel que me incentivou, ajudou e me apoiou incondicionalmente quando estava nos momentos mais ansiosos nessa etapa final, e que sempre foi minha inspiração para persistir e ser resiliente nos estudos. Agradeço ao meu pai, Cleuton Bezerra, por sempre prover tudo que foi necessário para que eu pudesse me dedicar aos estudos, mas também para conseguir aproveitar cada etapa que me levou até aqui, e por sempre compreender minhas dificuldades e celebrar comigo cada vitória. À minha irmã e amiga, Maria Beatriz, por ser um porto seguro e uma fonte de carinho e conforto nos momentos mais difíceis.

Por fim, agradeço profundamente a cada uma das mulheres que, de forma direta ou indireta, me trouxeram até este estudo. Em especial, expresso minha admiração e reconhecimento às mulheres que batalharam para produzir a Carta das Mulheres Brasileiras às

Constituintes de 1987. Graças à coragem e à visão delas, enormes avanços foram alcançados na vida das mulheres brasileiras, permitindo que hoje continuemos lutando por uma sociedade mais justa e igualitária.

“A política não se situa no polo oposto ao de nossa vida. Desejemos ou não, ela permeia nossa existência, insinuando-se nos espaços mais íntimos. ” - Ângela Davis

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo avaliar em profundidade as demandas das mulheres relacionadas às políticas públicas de saúde que foram demandadas na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 comparativamente à agenda de saúde que foi implementada. A lente teórica abrange a discussão sobre o patriarcado e a desigualdade de gênero nas políticas públicas, analisando como as relações de poder estruturam a formulação e implementação de políticas. Além disso, consideramos a evolução histórica das políticas públicas para mulheres, evidenciando os avanços e desafios enfrentados ao longo do tempo. A pesquisa também fundamenta a mobilização do movimento das mulheres na Constituição de 1988, demonstrando o impacto de sua atuação na construção dos direitos femininos, especialmente no que tange à saúde. A pesquisa utiliza uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, combinando um levantamento histórico das políticas, projetos de lei e iniciativas ministeriais voltadas para a saúde integral das mulheres, com a interpretação de dados quantitativos sobre a implementação desses serviços. Os resultados obtidos evidenciam tanto as políticas públicas propostas em resposta às demandas da Carta quanto às lacunas no acesso a esses serviços, destacando desigualdades persistentes de ordem social e racial que dificultam a universalização e a equidade no acesso à saúde pela população feminina.

Palavras-chave: Carta das Mulheres. Políticas Públicas. Saúde. Mulher. Desigualdade.

ABSTRACT

The present study aims to thoroughly evaluate the demands of women related to public health policies that were requested in the Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes in 1987, in comparison to the health agenda that was actually implemented. The theoretical lens covers the discussion of patriarchy and gender inequality in public policies, analyzing how power relations structure the formulation and implementation of policies. Furthermore, we consider the historical evolution of public policies for women, highlighting the progress and challenges faced over time. The research also grounds the mobilization of the women's movement in the 1988 Constitution, demonstrating the impact of their actions on the construction of women's rights, especially regarding health. The study uses a mixed approach, both qualitative and quantitative, combining a historical review of policies, bills, and ministerial initiatives focused on women's comprehensive health, with the interpretation of quantitative data on the implementation of these services. The results obtained highlight both the public policies proposed in response to the demands of the Letter and the gaps in access to these services, emphasizing persistent social and racial inequalities that hinder the universalization and equity of access to healthcare for the female population.

Keywords: Women's Letter. Public Policies. Health. Woman. Inequality.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01: Matriz de categorias de análise teórica	44
Quadro 02: Matriz resumo de articulação metodológica	48
Quadro 03: Demandas feministas específicas de saúde	51
Tabela 01: Dados Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de quantidade de pré-natais inadequados	55
Tabela 02: Dados Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de nascidos vivos de mães adolescentes	57
Tabela 03: Dados Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de quantidade de óbitos por causas evitáveis em mulheres de 5 a 74 anos.....	58
Tabela 04: Dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) de quantidade de óbitos por DCNT em mulheres de 30 a 69 anos	59
Tabela 05: Dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) da taxa de mortalidade da mulher por câncer de mama e de colo de útero	61

SUMÁRIO

1.	12
1.1.	12
1.2.	17
1.3.	17
2.	20
2.1.	20
2.2.	24
2.3.	30
2.4.	37
3.	43
3.1.	43
3.2.	46
3.3.	47
4.	50
4.1.	50
4.2.	55
4.3.	62
5.	73
5.1.	73
5.2.	76
5.3.	79
6.	82

1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil são resultado de um longo processo de mobilização social, baseado na luta por direitos e na necessidade de reduzir desigualdades estruturais de gênero e raça. Desde a Constituição Federal de 1988, diversos avanços foram conquistados graças à articulação dos movimentos feministas. No entanto, apesar das conquistas legislativas e programáticas, os desafios persistem, sobretudo no que diz respeito à equidade no acesso, à implementação das políticas públicas e às barreiras culturais e sociais que ainda restringem os direitos reprodutivos e o atendimento adequado às mulheres em situação de vulnerabilidade.

Diante desse cenário, este estudo parte-se de um olhar que leva em conta como fatores como gênero, raça, classe social e território influenciam o acesso e a qualidade da assistência à saúde da mulher. Além disso, a pesquisa também discute o papel dos movimentos sociais feministas na formulação dessas políticas e como a participação popular contribuiu para a garantia de direitos. Nos tópicos a seguir, serão apresentadas a contextualização, o problema e a justificativa da pesquisa (1.1), os objetivos do estudo (1.2), os aspectos metodológicos utilizados para a investigação (1.3), bem como a estrutura geral do trabalho.

1.1.Contextualização, problema e justificativa da pesquisa

A Constituição Federal trata-se de um conjunto de leis fundamentais. Estas regem o funcionamento do país, bem como são bases para a formulação de legislações estaduais e municipais. A Constituição é considerada a lei máxima e obrigatória para os cidadãos da nação, funcionando tanto para determinar o direito como os deveres destes (Silva, 2021). Para além dessa definição, a Constituição também carrega consigo um sentido político, seguindo o pensamento de Carl Schmitt (1932), ela representa decisões políticas fundamentais, de forma a ditar a ordem social, econômica, política e jurídica. Sendo a representação do Estado para o regimento de determinado território, a Constituição representa as formas e funcionamento do gênero naquele Estado, afetando as relações (Vianna e Lowenkron, 2017).

O Brasil possui uma história constitucional marcada por diversas mudanças que refletem as transformações políticas, sociais e econômicas do país ao longo dos séculos. Desde a sua independência, o Brasil já adotou sete Constituições, cada uma delas trazendo consigo diferentes princípios e estruturas de governança que influenciaram profundamente a vida política e social da nação. Para compreender a relevância da Constituição de 1988 na elaboração de políticas públicas voltadas à igualdade de gênero, é necessário realizar uma breve

contextualização dos aspectos das constituições anteriores. Assim, serão apresentados os principais pontos de cada constituição, seguindo as premissas de Celso Bastos (2002).

A primeira Constituição, a Constituição do Império de 1824, limitava severamente os direitos políticos, reservando o direito ao voto apenas aos homens, excluindo a maioria da população, composta por mulheres, escravizados e analfabetos, do processo político. Além disso, essa Constituição não abordava diretamente as questões sociais e econômicas que afetavam a maioria da população, mantendo um sistema político elitista e excludente.

Com a Proclamação da República em 1889, o Brasil adotou a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891, que representou um avanço em termos de liberdade e separação dos poderes, contudo, continuava a restringir os direitos políticos de grande parte da população, mantendo a exclusão das mulheres e de grande parte da população analfabeta do direito ao voto, perpetuando, assim, a desigualdade política e social.

A Constituição Brasileira de 1934 foi promulgada após a Revolução de 1930 e introduziu importantes inovações, como a inclusão de direitos trabalhistas e o sufrágio feminino, embora este ainda fosse restrito a mulheres que exercessem funções públicas ou fossem chefes de família. A instabilidade política e a ameaça de forças autoritárias fizeram com que esta Constituição tivesse vida curta. A Constituição Brasileira de 1937, por sua vez, conhecida como "Polaca", representou um retrocesso em relação às conquistas anteriores, marcando uma fase de governo autocrático, com forte repressão a opositores e controle dos meios de comunicação.

Com o fim do Estado Novo, a Constituição Brasileira de 1946 marcou o retorno à democracia, restabelecendo o federalismo e as liberdades civis. Promulgada em um contexto de redemocratização após a Segunda Guerra Mundial, essa Constituição buscou conciliar a proteção dos direitos sociais com a preservação das liberdades políticas, configurando um Estado mais democrático e pluralista.

Por fim, a Constituição Brasileira de 1967 foi promulgada durante a ditadura militar, instaurado pelo Golpe de 1964. Ao ser emendada pelo Ato Institucional nº 5 (AI-5) em 1968, intensificou-se a repressão política, resultando em um período de persistência da ditadura, caracterizado por censura, perseguições, prisões arbitrárias, torturas e execuções de opositores políticos. Essa escalada autoritária consolidou um Estado de exceção que, por meio da violação sistemática dos direitos humanos, silenciou qualquer forma de resistência até a redemocratização nos anos 1980.

Em 1969, os militares impuseram a chamada Emenda Constitucional nº 1, promovendo alterações tão profundas na Constituição de 1967 que, na prática, instituíram uma nova carta

constitucional, sem qualquer participação popular ou respeito aos princípios básicos do direito constitucional democrático. Esse texto, redigido por um grupo fechado de generais, foi imposto à nação sem qualquer processo legítimo de consulta ou deliberação. Seu caráter autoritário foi evidenciado pelo aprofundamento dos poderes do Executivo, pela supressão de liberdades individuais e pela institucionalização da perseguição política e da tortura como instrumentos de repressão estatal.

A chamada Constituição de 1969 não pode ser reconhecida como uma nova Constituição no sentido jurídico e democrático do termo, pois não derivou de um processo legítimo de Assembleia Constituinte, mas sim de uma manobra autoritária que reforçou o aparato repressivo da ditadura militar. Dessa forma, para fins de contagem histórica, a Constituição de 1988 é considerada a sétima Constituição brasileira, pois foi elaborada e promulgada por um processo verdadeiramente democrático.

Essas constituições refletem os momentos de crise, transição e transformação pelos quais o Brasil passou, com cada uma delas moldando o Estado brasileiro e o relacionamento entre o governo e os cidadãos de maneiras distintas. A compreensão dessas constituições é fundamental para entender o desenvolvimento das instituições brasileiras e as lutas pela conquista de direitos, como a igualdade de gênero, que finalmente ganhou força na Constituição de 1988.

A Constituição Federal de 1988, sétima constituição do Brasil e atualmente vigente, representou um marco na história legislativa do Brasil, consagrando, pela primeira vez, a igualdade formal entre homens e mulheres em direitos e obrigações. Além de estabelecer essa igualdade jurídica, a Constituição trouxe avanços em diversas áreas, incluindo direitos humanos, individuais e coletivos, sociais, trabalhistas, políticos, familiares, de propriedade e de seguridade social. Essas conquistas não foram uma concessão espontânea, mas o resultado de uma luta contínua e vigorosa dos movimentos feministas, que se mobilizaram para garantir que os direitos das mulheres fossem reconhecidos e protegidos (Modelli, 2018). Os estudos de gênero surgem, de acordo com Farah et al (2018) a fim de ampliar o entendimento de como sexo e gênero moldam e reprimem a percepção humana. Isto porque, de acordo Biroli (2018), as relações de gênero transformam a produção de conhecimento, impactando nas relações íntimas, de trabalho, e na esfera pública.

Durante o processo de redemocratização, iniciado após a ditadura militar, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi criado em 1985, tornando-se um espaço crucial para a articulação política das mulheres. De acordo com Pitanguy (2018), em um momento de grande instabilidade política, esse órgão desempenhou um papel fundamental na eleição da

Assembleia Nacional Constituinte, assegurando que as demandas das mulheres fossem ouvidas. Assim, em um momento tão instável politicamente no país, uma das principais ações pelos direitos das mulheres na história do Brasil se inicia, buscando garantir a presença da mulher no Congresso, e, evidentemente, garantir os direitos das mulheres na nova constituição.

Foi nesse contexto que surgiu a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987, documento que representou as aspirações de mais de metade da população brasileira, composta por mulheres que lutavam por direitos igualitários em diversas esferas, incluindo família, trabalho, educação, cultura, segurança e, especialmente, saúde (Brasil, 1987).

No entanto, embora a Constituição de 1988 tenha formalizado direitos importantes, ainda resta a questão de quais dessas demandas foram efetivamente transformadas em políticas públicas concretas, particularmente no campo da saúde. A história das Constituições anteriores revela uma trajetória de conquistas graduais e, por vezes, de retrocessos. Desde a Constituição de 1824, que negava à mulher o status de cidadã, passando pela de 1934, que trouxe alguns avanços na igualdade de gênero, até a de 1946, que representou um retrocesso, a luta pela equidade de direitos entre homens e mulheres foi longa e árdua. A Constituição de 1988, ao consolidar esses direitos, foi o ponto culminante de uma trajetória de mobilização intensa, na qual a Carta das Mulheres desempenhou um papel central.

Sabe-se que, de fato, nem todas as diretrizes presentes na Constituição são colocadas em prática por meio de leis e políticas públicas no país. Então, a principal questão que será buscada por meio desta monografia é a realização de uma avaliação em profundidade das demandas feministas relacionadas às políticas públicas de saúde que foram advindas da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e, por conseguinte, foram implementadas na agenda de saúde, após a Constituição de 1988.

A pesquisa proposta visa investigar o que, de fato, foi implementado das exigências da Carta das Mulheres Brasileiras às Constituintes no eixo da saúde a partir da promulgação da Constituição de 1988. O objetivo é avaliar em profundidade as demandas das mulheres relacionadas às políticas públicas de saúde que foram demandadas na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 comparativamente à agenda de saúde que foi implementada. Essa análise é fundamental, uma vez que, apesar dos avanços constitucionais, a implementação prática das diretrizes previstas na Constituição nem sempre ocorre de maneira plena, o que pode deixar lacunas concretas na garantia dos direitos das mulheres.

Para embasar essa análise, serão incorporadas teorias sobre políticas públicas de saúde e gênero, como as contribuições de Lima (1999) e a necessidade de uma análise integrada das múltiplas formas de opressão no contexto de políticas públicas apontada por Gonzalez (2020).

Além disso, artigos recentes evidenciam avanços e desafios nesse campo, como a implementação de programas específicos de saúde da mulher, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004), bem como o Boletim Epidemiológico da Mulher (2023) e destacam as desigualdades persistentes no acesso e na qualidade dos serviços de saúde em contextos urbanos e rurais. Essas referências ajudarão a situar o estudo no contexto teórico e prático contemporâneo, ampliando a compreensão dos fatores que dificultam ou facilitam a execução de políticas públicas para as mulheres.

A relevância da disciplina Políticas de Gênero para a elaboração deste trabalho de conclusão de curso é inegável, uma vez que fornece as ferramentas teóricas e críticas para compreender as dinâmicas de poder, desigualdade e resistência que permeiam a formulação e a implementação de políticas públicas. Essa base teórica permite uma análise mais aprofundada das conquistas e das lacunas das políticas voltadas às mulheres, articulando a importância do movimento feminista para a conquista de direitos.

A relevância deste estudo é evidenciada pela persistência das desigualdades de gênero no Brasil e pela contínua luta dos movimentos feministas por direitos iguais. Analisar as reivindicações atendidas pela Carta das Mulheres e identificar aquelas que ainda necessitam de atenção contribui para o fortalecimento das políticas públicas de saúde para as mulheres, além de fomentar futuros estudos sobre o tema e promover uma sociedade mais justa e equitativa.

Estudos recentes têm aprofundado a discussão sobre mulheres e políticas públicas no Brasil. Por exemplo, Fernandes e Lourenço (2023) investigam a participação da mulher na política e as tentativas de invalidação de suas identidades, destacando as micro e macroagressões que afastam as mulheres de posições de protagonismo. Farah (2004) analisa a incorporação da perspectiva de gênero em políticas públicas desenvolvidas por governos subnacionais no Brasil, reconstituindo a agenda de gênero e sua relação com a reforma do Estado e das políticas públicas desde a década de 1980.

Além disso, Carlos (2021) investiga como os movimentos sociais influenciam a produção de políticas públicas, enfatizando o papel do Movimento de Direitos Humanos na formulação e implementação da Política Nacional de Direitos Humanos. Esses estudos ressaltam a importância de analisar criticamente as políticas públicas sob a ótica de gênero, considerando as complexas interações entre movimentos sociais, Estado e sociedade na promoção da igualdade de gênero.

1.2.Objetivos do estudo

Considerando o que foi exposto, o objetivo geral desta pesquisa é: Avaliar em profundidade as demandas das mulheres relacionadas às políticas públicas de saúde que foram demandadas na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 comparativamente à agenda de saúde que foi implementada. A partir da definição do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- i. Analisar o conteúdo e o contexto da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada;
- ii. Verificar a trajetória da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada;
- iii. Compreender a temporalidade e territorialidade da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada.

1.3.Aspectos metodológicos gerais e estruturado trabalho

A pesquisa será desenvolvida, em sua essência, por meio de uma abordagem qualitativa e quantitativa. No âmbito qualitativo, serão utilizadas técnicas como a análise documental, permitindo identificar narrativas e contextos que moldaram as políticas existentes. Por outro lado, a abordagem quantitativa será fundamentada na análise de dados secundários, especialmente os disponibilizados pelo Boletim Epidemiológico da Mulher, publicado pelo Ministério da Saúde. Esses dados permitem avaliar tendências e desigualdades, como as taxas de pré-natal inadequadas, mortalidade materna, e incidências de câncer de mama e colo de útero em diferentes grupos raciais e socioeconômicos.

Minayo (2000), entende que a pesquisa qualitativa responde a questões em um nível de realidade que não podem ser quantificadas, visto que se trabalha com um universo múltiplo em significados. Essa diferenciação, segundo o autor, se dá quanto à natureza, e não quanto à hierarquia, isso porque as produções humanas não podem adentrar em pesquisas quantitativas, visto que não podem ser traduzidas em números. Assim, ele entende que o objetivo das Ciências Sociais é a pesquisa qualitativa. Duarte (1998), por sua vez, destaca que a seleção de dados pertinentes é essencial em uma pesquisa qualitativa para obter resultados significativos, utilizando o documento como objeto de estudo.

No entanto, são Hayati, Karami e Slee (2006) quem argumentam que as diferenças entre a pesquisa qualitativa e quantitativa não são substancialmente significativas, mas sim mais de natureza "estilística". Isso significa que, embora as técnicas e os estilos de pesquisa possam variar, ambos os métodos compartilham o mesmo objetivo central: a busca pela compreensão e explicação de fenômenos com base em evidências. Em outras palavras, tanto a pesquisa qualitativa quanto a quantitativa seguem os mesmos princípios fundamentais de inferência lógica e rigor científico, visando revelar percepções e gerar conhecimento a partir dos dados coletados. Portanto, essas abordagens não são mutuamente exclusivas, mas podem se complementar de maneira eficaz. A integração de ambos os métodos permite uma análise mais completa e profunda, onde os dados quantitativos podem quantificar padrões e tendências, enquanto os dados qualitativos fornecem contexto e explicações detalhadas.

A triangulação entre essas abordagens qualitativas e quantitativas visa produzir uma análise mais rica e detalhada. A abordagem qualitativa contribuirá para captar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde para mulher e sua interface com as desigualdades de gênero. Já a abordagem quantitativa possibilita mensurar as desigualdades, fornecer bases comparativas e identificar áreas prioritárias para intervenção. Dessa forma, espera-se que a pesquisa não apenas contribua para a compreensão acadêmica do tema, mas também ofereça subsídios concretos para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a promoção da equidade de gênero.

A análise documental pode ser desenvolvida a partir de várias fontes, não incluso somente o texto escrito, visto que esta utiliza-se de técnicas para apreensão, compreensão e análise de múltiplos arquivos (Silva, Almeida e Guindani, 2009). Dessa forma, o caminho metodológico a ser seguido será a pesquisa qualitativa como instrumento de compreensão detalhada, em profundidade das políticas públicas que estão sendo investigadas. O principal procedimento utilizado será a análise documental de fontes como livros, artigos acadêmicos, fotos, documentos oficiais e relatórios arquivados. Essa análise permitirá identificar quais políticas públicas de saúde foram desenvolvidas ao longo do tempo após a promulgação da Carta. A análise documental oferece uma visão histórica e contextual sobre a evolução das políticas públicas, permitindo o tratamento extensivo dos dados disponíveis (Mello, 2021).

Além da abordagem qualitativa, a pesquisa também utilizará métodos quantitativos, com foco na análise de dados comparativos sobre as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres. Essa análise quantitativa é fundamental para oferecer uma visão detalhada sobre a evolução (e retrocesso) das ações governamentais que visam promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e às tecnologias essenciais para o bem-estar da população feminina. Por

meio dessa abordagem, será possível não apenas analisar a evolução dessas políticas ao longo do tempo, mas também identificar se elas estão realmente sendo implementadas de forma abrangente, contemplando todas as mulheres, ou se, de fato, estão limitadas a um segmento específico da população feminina. Essa compreensão permitirá uma avaliação crítica das políticas existentes, destacando tanto os avanços quanto as lacunas que ainda precisam ser abordadas para garantir uma verdadeira equidade na saúde das mulheres no Brasil.

A avaliação em profundidade da pesquisa foi conduzida por meio do desenvolvimento de um desenho de pesquisa integrado de forma exploratória sequencial, iniciando com as informações qualitativas explorando o tema, seguido pelos dados quantitativos, a fim de testar e aprofundar os achados iniciais. Dessa maneira, os dados qualitativos e quantitativos foram analisados usando técnicas apropriadas a cada método para que, em seguida, seja realizada a integração dos resultados, de forma que sejam elaboradas conclusões robustas e orientações práticas para políticas futuras. A análise dos dados será contextualizada à luz da revisão da literatura existente sobre políticas públicas de saúde e movimentos sociais, permitindo uma comparação crítica e uma compreensão mais ampla dos achados da pesquisa.

A presente pesquisa está organizada em cinco capítulos principais. No Capítulo 1 – Introdução, são apresentadas a contextualização, o problema de pesquisa e sua justificativa, seguidos dos objetivos do estudo e dos aspectos metodológicos gerais que nortearam a investigação. O Capítulo 2 – Bases Conceituais: Patriarcado, Gênero e Saúde Pública discute os principais conceitos que embasam a análise, incluindo a influência do patriarcado e das desigualdades de gênero nas políticas públicas, a evolução histórica das políticas voltadas às mulheres, a atuação dos movimentos feministas na Constituinte de 1988 e a formulação das políticas públicas de saúde para as mulheres. O Capítulo 3 – Percurso Metodológico: Estratégias de Pesquisa e Análise detalha a abordagem da pesquisa, abordando a tipologia da investigação, as categorias de análise, as características da amostra e os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados. No Capítulo 4 – A Saúde das Mulheres em Dados: Conquistas, Desafios e Perspectivas, são examinados o conteúdo da Carta, os dados epidemiológicos sobre a saúde da mulher e os avanços e desafios enfrentados sob uma perspectiva intersetorial. Por fim, o Capítulo 5 – Considerações Finais sintetiza as principais explicações, respondendo aos objetivos propostos, apresentando as contribuições teóricas e empíricas do estudo, além de discutir suas limitações e sugerir caminhos para pesquisas futuras.

2. BASES CONCEITUAIS: PATRIARCADO, GÊNERO E SAÚDE PÚBLICA

A formulação e implementação de políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil são profundamente influenciadas por questões estruturais. Ao longo da história, os direitos das mulheres foram conquistados por meio de reivindicações e movimentos sociais, que pressionaram o Estado para a construção de políticas mais equitativas. No entanto, o avanço dessas políticas ocorreu de forma lenta e, muitas vezes, fragmentada, resultando em desafios persistentes na universalização do acesso e na garantia de direitos fundamentais.

Dessa forma, este capítulo apresenta os fundamentos teóricos que embasam a pesquisa, discutindo as principais questões que permeiam a relação entre o patriarcado, gênero, políticas públicas e saúde. Inicialmente, é abordado as relações de poder e a influência do patriarcado na formulação das políticas públicas, destacando os impactos da desigualdade de gênero na estruturação do Estado e das políticas sociais. Em seguida, analisa-se a evolução histórica das políticas públicas para mulheres, evidenciando os marcos que promoveram mudanças na agenda governamental. Além disso, examina-se o movimento das mulheres na Constituinte de 1988, momento decisivo para a ampliação dos direitos para as mulheres e para a construção de uma nova abordagem sobre a saúde da mulher no Brasil. Por fim, discute-se a formulação das políticas públicas de saúde para mulheres, considerando tanto os avanços quanto os desafios ainda existentes em sua implementação.

2.1.O patriarcado e a desigualdade de gênero nas políticas públicas

A construção e implementação de políticas públicas representam a concretização das estratégias estatais direcionadas a objetivos específicos, refletindo uma variedade de interesses em jogo (Farah, 2004). Lejano (2012), por sua vez, compreende a política pública como um texto construído por autoridades dotadas de poder e tomadores de decisão, onde uma decisão é moldada e importada para situações diversificadas e implementada, de forma que o texto e o contexto são distanciados de sua execução, sendo necessário um modelo de análise que considere o contexto social. Silva (2008) não se distancia do entendimento de Lejano, ao compreender que toda política pública é uma maneira de regular ou intervir na sociedade, com um conjunto de ações ou omissões do Estado. No entanto, ela complementa que a política pública "se estrutura, se organiza e se concretiza a partir de interesses sociais organizados em torno de recursos que também são produzidos socialmente".

Toda política é um meio para a mudança social, promovendo o bem-estar de segmentos sociais (Silva, 2005). Os programas governamentais, por sua vez, emergem como desdobramentos mais tangíveis e específicos dessas políticas. No Brasil, a década de 1970 testemunhou o surgimento do campo de estudos sobre gênero, impulsionado pelo movimento feminista, que encontrava seu fortalecimento no país no mesmo período. No entanto, apesar desse marco histórico, a incorporação efetiva da perspectiva de gênero nas políticas públicas permanece como uma área pouco explorada e carente de análise mais aprofundada (Farah, 2004).

O conceito de gênero, por sua vez, transcende a mera distinção biológica entre os sexos, adotando um papel fundamental ao desvendar as construções sociais que moldam e perpetuam as diferenças sexuais. Ao analisarmos as relações de gênero, uma interdependência assimétrica é percebida, em que o status social de esposa se constitui a diferença da mulher, tendo como fraqueza e dependência, transformando a tarefa árdua e difícil de gerar filhos e criá-los em incapacidade e fragilidade, e ocultando a dependência do marido em relação a mulher (Manfrini, 2005). Vianna e Lowenkron (2017), por sua vez, afirmam que o conceito de gênero se tende a ser compreendido e vivenciado como algo de “segunda ordem”, uma natureza analítica, ao contrário de sexo, mesmo sendo um termo de relevância política notória em diversos contextos.

A discussão sobre o patriarcado se insere aqui como um elemento estruturante das desigualdades de gênero. O patriarcado, entendido como um sistema social onde os homens detêm o poder em todos os aspectos principais da sociedade — político, econômico e familiar —, é um fator determinante que influencia a formulação e a implementação de políticas públicas (Biroli, 2018). Nesse contexto, as políticas frequentemente reproduzem estruturas de poder que perpetuam a subordinação feminina, muitas vezes mascaradas sob um discurso de neutralidade. Butler (2009) argumenta que as dinâmicas de gênero são produzidas e reproduzidas pelo Estado, moldando corpos e sujeitos como inteligíveis ou não, desejáveis ou indesejáveis, de acordo com normas patriarcais.

Dessa forma, observa-se que Biroli (2018) está correta ao afirmar que as relações de gênero, bem como os debates teóricos do que são as relações do binário feminino-masculino, levam a intensas transformações na produção de conhecimento. Assim, essas reconfigurações afetam as relações de trabalho, o íntimo e pessoal, bem como a esfera pública, em que a articulação no campo feminista é uma questão política aguda.

Ao invés de aceitar passivamente essas diferenças como inerentes ou naturais, o enfoque de gênero destaca sua origem e funcionamento dentro de contextos sociais e históricos,

revelando assim as dinâmicas de poder subjacentes. Essa perspectiva desafia a premissa tradicional da neutralidade e objetividade do conhecimento científico, reconhecendo que as suposições sobre sexo e gênero frequentemente moldam e limitam nossas percepções e interpretações. Os estudos de gênero emergem como uma resposta a essa problemática, buscando transcender as fronteiras disciplinares e promover uma abordagem interdisciplinar que integre percepções da sociologia, antropologia, psicologia, história e outras áreas. Ao fazer isso, esses estudos não apenas ampliam nosso entendimento das complexidades do gênero, mas também desafiam as estruturas de poder e desigualdade que permeiam nossa sociedade. (Farah, et al., 2018).

Vianna e Lowenkron (2017, p. 03) vão além, trazendo a designação do Estado como uma entidade que produz, afeta e confecciona relações, representações e funcionamento do gênero, sendo parte importante dos processos sociais que compõem o próprio:

"As dinâmicas, práticas e imaginações generificadas que nos atravessam e a vida social como um todo não circulam ou existem 'fora do Estado', mas nele e por ele se tornam viáveis e compreensíveis. Isso ocorre a partir de um trabalho contínuo de produção não só de categorias oficiais, mas também de modos de regulação e "enquadramentos" (Butler, 2009) que constituem corpos, relações, afetos e sujeitos como (in)desejáveis e in(in)teligíveis."

Dessa forma, seguindo essas premissas e trazendo o pensamento de Farah (2004), ao compreender e analisar o conceito de gênero a face das relações sociais entre sexos, é possível assimilar as desigualdades entre homens e mulheres, que envolve, entre seus componentes principais, desigualdades de poder. Em nossa sociedade, é possível constatar, inclusive, que há uma dominação nas identidades de gênero, envolvendo uma situação de subordinação e dominação das mulheres, tanto na esfera pública, como privada, se estendendo, dessa forma, às políticas públicas de assistência à mulher. Por conta disso, urge a necessidade de uma análise de políticas públicas e programas governamentais a partir de uma perspectiva de gênero observando em que medida iniciativas do Estado têm contribuído para esta mudança, ou perpetuado o patriarcado arraigado na sociedade brasileira. Esse pensamento da autora, vai ao encontro dos ideais de Lisboa e Manfrini (2005, p. 68), que afirmam:

"Um grande número de mulheres defronta-se, ainda, com consideráveis limitações em relação à participação na tomada de decisões quanto à definição de seus direitos e interesses por uma série de fatores: a responsabilidade no cuidado com as crianças, idosos e doentes da família; a desvantagem no mundo do trabalho remunerado, assim como sua vulnerabilidade física em relação à violência masculina. [...] Ainda assim, as decisões públicas que afetam as mulheres, de modo geral, estão guiadas, na grande maioria, por preferências masculinas e não por necessidades femininas, questões estas frequentemente antagônicas."

A continuidade da discussão sobre gênero, patriarcado e desigualdade de gênero nas políticas públicas exige uma abordagem que aprofunde as dinâmicas estruturais que perpetuam a opressão de mulheres em diferentes espaços sociais. Além disso, é fundamental considerar as interseções entre gênero, raça, classe social e outros marcadores de desigualdade, como sugerido por Crenshaw (1989) em sua teoria da interseccionalidade.

No contexto das políticas públicas, a perpetuação do patriarcado pode ser observada na formulação de iniciativas que, muitas vezes, ignoram as necessidades específicas das mulheres ou não as incluem no processo de tomada de decisão. Por exemplo, as políticas relacionadas ao trabalho e à economia frequentemente falham em abordar as desigualdades salariais e as responsabilidades desproporcionais atribuídas às mulheres no trabalho reprodutivo e de cuidado. Isso reflete um sistema estrutural que naturaliza as desigualdades de gênero como inerentes, em vez de tratá-las como construções sociais que podem ser desafiadas e transformadas (Biroli, 2018).

A análise crítica de Butler (1990) também é essencial para compreender como as categorias de gênero são performadas e mantidas por normas sociais e institucionais. Butler argumenta que o gênero não é uma realidade fixa, mas sim uma performance repetitiva sustentada por práticas discursivas. No âmbito das políticas públicas, isso significa que as normas de gênero podem ser reforçadas ou contestadas dependendo de como as iniciativas são formuladas e implementadas. Políticas que perpetuam estereótipos de gênero ou que negligenciam a diversidade de experiências das mulheres contribuem para a reprodução de relações de poder desiguais.

Vianna e Lowenkron (2017) destacam que o Estado desempenha um papel ativo na produção e regulação das dinâmicas de gênero. O Estado não é apenas um mediador neutro; ele é um ator que molda corpos, relações e subjetividades por meio de suas políticas e práticas. Essa regulação é frequentemente feita a partir de uma perspectiva patriarcal que posiciona as mulheres como sujeitos subordinados, tanto na esfera pública quanto na privada. Essa dinâmica é evidente em políticas de saúde reprodutiva, onde as decisões muitas vezes são guiadas por interesses que desconsideram a autonomia da mulher e reforçam o controle social sobre seus corpos.

No campo do trabalho, as desigualdades de gênero são acentuadas por questões relacionadas à divisão sexual do trabalho e à desvalorização do trabalho desempenhado por

mulheres. Estudos de Fraser (2016) destacam como o trabalho reprodutivo e de cuidado é historicamente desvalorizado em sociedades capitalistas, sendo atribuído quase exclusivamente às mulheres. Essa desvalorização é reforçada por políticas que não reconhecem ou compensam adequadamente esse trabalho, perpetuando a dependência econômica e a vulnerabilidade social das mulheres.

A incorporação efetiva da perspectiva de gênero nas políticas públicas requer uma abordagem transformadora que não apenas reconheça as desigualdades existentes, mas que também busque ativamente desconstruir as estruturas que as sustentam. Isso implica na adoção de princípios integrados na formulação de políticas, garantindo que as experiências e necessidades das mulheres sejam levadas em consideração de forma abrangente.

Nesse sentido, é crucial que o Estado e outras instituições sociais sejam responsabilizados por sua participação na perpetuação do patriarcado. A participação ativa de mulheres em processos decisórios e a promoção de ações que desafiem normas de gênero são passos fundamentais para construir uma sociedade mais equitativa. Como Lisboa e Manfrini (2005) destacam, é essencial que as políticas públicas não apenas atendam às necessidades das mulheres, mas que também promovam sua autonomia e empoderamento em todos os aspectos da vida.

Assim, a continuidade dessa discussão reforça a necessidade de uma abordagem crítica e interdisciplinar que situe o gênero no centro das análises e intervenções. Somente assim será possível romper com as estruturas patriarcais e construir políticas públicas verdadeiramente inclusivas e equitativas.

2.2.Gênero e a evolução histórica das políticas públicas

No contexto das políticas públicas e sua evolução histórica, os estudos de política pública têm suas raízes nos Estados Unidos, emergindo durante a década de 1950 com o objetivo de analisar e melhorar a efetividade das políticas governamentais. No Brasil, essa disciplina surgiu de forma inicial nos anos 1960, fortemente influenciada pelos desenvolvimentos nos Estados Unidos. Heleieth Saffioti defendeu sua tese chamada "A mulher na sociedade de classes: mito e realidade" nesse período, em 1967. Esta tese marcou os estudos sobre mulheres e de gênero no Brasil no início da segunda onda do movimento feminista (Scavone, 2011).

Contudo, esse progresso foi interrompido durante o período da ditadura militar brasileira, como observamos com o fechamento da Revista Civilização Brasileiro, onde foi publicada a tese de Heleieth Saffioti, apenas retomando sua trajetória após o processo de redemocratização do país. A consolidação e institucionalização desses estudos ocorreram principalmente ao longo dos anos 1980, em consonância com as transformações políticas e sociais que caracterizaram esse período no Brasil (Farah et al., 2018).

No final da década de 1970, o Brasil testemunhou mudanças significativas na dinâmica entre o Estado e a sociedade, impulsionadas por duas forças principais: democratização e crise fiscal. A questão do trabalho feminino, durante essa primeira fase, foi uma das temáticas em que os estudos feministas e de gênero focaram, tendo como porta de entrada os artigos publicados na década de 70 pelos Cadernos do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) sobre a estrutura do emprego e trabalho da mulher. Esses primeiros trabalhos impulsionaram debates no movimento que buscavam libertar as relações de dominação masculina na esfera pública e privada. (Scavone, 2011).

Após mais de duas décadas de ditadura e a conseqüente demanda por reformas, uma agenda de mudanças foi elaborada, com a participação de diversos atores, que objetivava descentralizar e democratizar o aparato estatal, permitindo maior participação da sociedade civil na definição e implementação de políticas públicas. Essa agenda visava expandir o conjunto de agentes envolvidos nas decisões políticas e incluir novos beneficiários nas políticas públicas. Inicialmente, buscava-se implementar reformas para superar as características intervencionistas do período anterior, incluindo a gestão das políticas sociais através da segmentação do atendimento e a exclusão de grandes segmentos da população do acesso aos serviços públicos (Farah, 2004).

No contexto de transição democrática, os movimentos sociais, especialmente os feministas, tiveram um papel decisivo na formulação de políticas públicas voltadas para a igualdade de gênero. Durante a década de 1980, a anistia aos presos e exilados políticos, bem como o fim do bipartidarismo impulsionou o movimento feminista a emergir como uma força essencial, trazendo para a esfera pública questões antes negligenciadas sobre os direitos e a saúde das mulheres (Pinto, 2003, p 68):

"Surgem ao longo da década, fortes grupos feministas temáticos, associados ou não a essa dicotomia [de um lado ficaram as que lutavam pela institucionalização do movimento e por uma aproximação da esfera estatal, e, de outro, as autonomistas], entre as quais se destacaram os que passaram a tratar da violência contra a mulher e da sua saúde."

Esse ativismo político resultou na conquista de espaços no plano institucional, havendo a criação de conselhos, delegacias especializadas e programas de atendimento, que constituíram as primeiras políticas estruturadas voltadas para as necessidades específicas das mulheres, bem como a presença de mulheres nos cargos eletivos (Pinto, 2003). A promulgação da Constituição de 1988, que incorporou demandas de igualdade de gênero, representa o reflexo dessas pressões sociais, sendo a própria Constituição considerada um marco no reconhecimento dos direitos das mulheres.

As pressões exercidas pelos movimentos feministas se adaptaram ao avanço do processo de descentralização das políticas públicas, buscando influenciar diferentes esferas de governo. Essa abordagem articulada permitiu que os movimentos feministas exercessem influência tanto em nível local quanto nacional, promovendo mudanças nas áreas de saúde, direitos trabalhistas e proteção contra a violência. Esses avanços foram fundamentais para consolidar a igualdade de gênero como uma prioridade na agenda pública brasileira e fortalecer o compromisso do Estado com a promoção dos direitos humanos e da cidadania plena para as mulheres (Farah, 2004).

O fim dos anos 1980 também testemunhou uma reconfiguração na agenda de reformas do Estado, em resposta à crise institucional e aos impactos da globalização. Surgiu uma nova abordagem que visava não apenas aprimorar a eficácia e a eficiência das ações estatais, mas também promover a democratização do aparato público. Essa nova agenda foi estruturada em torno de princípios como descentralização, priorização de iniciativas, estabelecimento de uma relação renovada entre o Estado e a sociedade civil, e a adoção de práticas inovadoras na gestão das políticas públicas. Essa priorização entre eficiência e democratização, por sua vez, gerou uma tensão latente, refletindo uma diversidade de interesses políticos e sociais (Farah, 2004).

Nesse cenário, o movimento feminista enfrentou uma série de desafios únicos e complexos. Um dos principais estava relacionado à descentralização, ou seja, à distribuição de poder e recursos para instâncias locais e regionais. Isso trouxe questões sobre como o movimento feminista em diferentes partes do país poderia se articular e se unir em torno de objetivos comuns, ao mesmo tempo em que respeitava as particularidades de cada região. Além disso, havia a questão da interação com o Estado. O movimento precisava encontrar maneiras de pressionar o governo para a implementação de políticas que beneficiassem as mulheres, ao mesmo tempo em que mantinha uma certa autonomia em relação às estruturas estatais, evitando assim a cooptação de suas demandas (Farah, 2004).

Essa época também foi marcada por debates acalorados sobre o foco das políticas de gênero. Algumas correntes defendiam a inclusão de todas as mulheres, levando em conta suas

diferentes realidades sociais, econômicas e culturais, de forma a reconhecer as diferenças que essa desigualdade toma quando se trata de mulheres pobres, negras, sem-terra ou, de outro lado, de mulheres ricas ou intelectualizadas (Pinto,2003). Outras propunham abordagens mais abrangentes, que não apenas considerassem as necessidades imediatas das mulheres, mas também buscassem transformações estruturais para combater as desigualdades de gênero de forma mais ampla.

Um fator importante que influenciou essas discussões foi a feminização da pobreza, um fenômeno que se intensificou na época. Isso se refere ao aumento da proporção de mulheres em situação de pobreza em relação aos homens. Diante disso, surgiram propostas de programas e políticas específicas para amparar e empoderar as mulheres mais vulneráveis, reconhecendo que a pobreza tem gênero e que as soluções devem considerar essa realidade.

No entanto, essas diferentes perspectivas e propostas levaram a tensões e divergências dentro do movimento feminista. Enquanto alguns grupos defendiam abordagens mais pragmáticas e eficientes para garantir mudanças imediatas, outros enfatizavam a importância de lutar pela transformação estrutural e pela defesa dos direitos das mulheres em um sentido mais amplo. Essa tensão entre eficiência imediata e defesa dos direitos fundamentais marcou a agenda de gênero na época, refletindo os desafios complexos que o movimento enfrentava (Farah, 2004).

Dentre os desafios enfrentados na implementação de políticas públicas voltadas para mulheres, destaca-se a batalha contra a ideologia enraizada que estabelece a identidade masculina como provedora e a feminina como doméstica e reprodutiva. É observado, dentro desse contexto, a divisão tradicional do trabalho relegando as mulheres aos cuidados domésticos, enquanto o homem, considerado “provedor”, ocupa posições de poder na esfera pública e de detentor do capital. Ao cumprirem esses arranjos sociais, o poder no âmbito público e privado se confunde, fazendo com que a relação de autoridade sob a mulher perpetue. Assim, procede-se uma limitação ao acesso das mulheres à educação, ao mercado de trabalho e à atuação política, dificultando sua conquista à direitos básicos. Quando tentativas de desconstruir as normas tradicionais são feitas, muitas vezes são recebidas com resistência por parte daqueles que se beneficiam dessas estruturas de poder estabelecidas (Nascimento, 2023).

Durante os anos 60, o feminismo emergiu com o objetivo de alcançar igualdade dentro das diferenças sexuais, procurando uma equidade social que reconhecesse essas diferenças, conceito hoje encapsulado na noção de "equidade de gênero". A demanda por "direitos reprodutivos" evoluiu a partir desse entendimento, destacando o controle da fecundidade como uma condição essencial para a igualdade de gênero. A bandeira "nosso corpo, nós pertencemos"

simbolizou uma nova conscientização sobre o corpo feminino colonizado por influências externas, incluindo a ciência médica. O movimento feminista enfatizou a importância do direito à contracepção e ao aborto legal como meios de controle corporal e de evitar que a identidade da mulher fosse reduzida à maternidade (Giffin, 2012).

Muitos programas ainda se concentram exclusivamente na mulher como gestante e mãe, o que reflete uma visão limitada do seu papel na família e na sociedade. A inclusão de ações voltadas para as mulheres nos programas de saúde frequentemente é influenciada por diretrizes da política nacional de saúde e programas federais, em vez de surgir de movimentos sociais locais. No entanto, as demandas formuladas por movimentos e entidades de mulheres em nível nacional também exercem influência na agenda local de saúde, especialmente em relação a questões como contracepção e sexualidade (Farah, 2004).

Nesse contexto, em 1983, como resposta às crescentes pressões para implementar um programa de controle da fecundidade e promover a saúde da mulher de forma integral, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi desenvolvido. No entanto, apesar dos esforços locais, como o exemplo de São Paulo em 1988, onde apenas 7% das unidades de saúde ofereciam métodos contraceptivos, o PAISM não conseguiu ser efetivamente implementado em nível nacional (Giffin, 2012).

A falta de implementação abrangente do PAISM resultou em uma divisão clara entre métodos contraceptivos e cuidados de saúde para as mulheres mais vulneráveis, que dependiam principalmente dos serviços públicos. Isso contribuiu para práticas contraceptivas inadequadas, como o uso irregular da pílula anticoncepcional, levando a um aumento significativo de gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, de abortos. Estima-se que cerca de 30% dessas gravidezes indesejadas terminavam em aborto ilegal, aumentando os riscos à saúde das mulheres (Giffin, 2012).

Além disso, a esterilização cirúrgica, que se tornou o método contraceptivo mais utilizado, muitas vezes era realizada de forma clandestina devido à falta de acesso adequado aos serviços de saúde. Essa prática clandestina não apenas representava um risco significativo à saúde das mulheres devido à falta de condições sanitárias adequadas, mas também reforçava estigmas e tabus em torno da saúde reprodutiva.

.A situação da saúde reprodutiva das mulheres no Brasil também é fortemente afetada pela falta de atenção pré-natal adequada. Muitas mulheres não recebiam o acompanhamento necessário durante a gravidez, o que contribuía para complicações tanto para elas quanto para os bebês. Dados do Ministério da Saúde (2015) indicam que apenas 70,2% das gestantes realizaram seis ou mais consultas pré-natais, conforme recomendado pelas diretrizes de saúde.

Esse cenário pode ser analisado sob a perspectiva da teoria da equidade em saúde, como proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), que destaca como os determinantes sociais da saúde, incluindo condições socioeconômicas, acesso a serviços de qualidade e discriminação estrutural, influenciam significativamente os desfechos de saúde. A falta de atenção pré-natal adequada é ainda mais preocupante quando observada através da lente da interseccionalidade (Crenshaw, 1989), que revela como mulheres de baixa renda, negras e residentes em regiões periféricas enfrentam barreiras adicionais no acesso a cuidados pré-natais de qualidade.

A discussão sobre as altas taxas de cesarianas também encontra suporte na teoria da medicalização (Conrad, 1992), que argumenta que processos naturais da vida, como o parto, são frequentemente transformados em eventos médicos sujeitos a intervenções desnecessárias. No Brasil, a prevalência de cesáreas muitas vezes realizadas sem uma justificativa médica clara é um exemplo dessa dinâmica, que pode estar relacionada tanto à busca por conveniência no sistema de saúde quanto à falta de informação sobre os riscos associados. Dados de 2019 mostram que 84,76% dos partos realizados por planos de saúde privados foram cesáreas, um índice muito superior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que estabelece uma taxa ideal de até 15% (Agência Brasil, 2021; Organização Mundial da Saúde, 2015).

Esses problemas também podem ser analisados sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade social (Ayres, 2003), que aborda como as condições sociais e culturais influenciam a capacidade dos indivíduos de acessar e se beneficiar dos serviços de saúde. No caso do pré-natal, mulheres em situação de vulnerabilidade têm menos chances de receber informações sobre os riscos e benefícios de um parto normal, aumentando a probabilidade de cesáreas desnecessárias e complicadas.

Por fim, há uma preocupante tendência de aumento da gravidez na adolescência, o que traz desafios adicionais para a saúde e o bem-estar das jovens mães. Dados do Ministério da Saúde reforçam a gravidade do problema: em 2020, 18% dos nascimentos no Brasil foram de mães adolescentes, com maior prevalência entre jovens negras e residentes de regiões periféricas. Essa questão não é apenas um problema de saúde, mas também um reflexo de desigualdades sociais e estruturais que afetam desproporcionalmente as mulheres em situação de vulnerabilidade. Esse cenário pode ser compreendido à luz da teoria da vulnerabilidade social (Ayres, 2003), que destaca como fatores socioeconômicos e culturais limitam o acesso a serviços de saúde e informações sobre contracepção, perpetuando ciclos de desigualdade.

Além disso, a gravidez na adolescência está intimamente ligada à falta de acesso à educação sexual abrangente. Conforme sugerido por Freire (1970), a educação tem um papel

libertador, capacitando indivíduos a compreenderem suas realidades e tomarem decisões informadas. No entanto, muitas escolas brasileiras ainda enfrentam resistências à inclusão da educação sexual em seus currículos, reforçando tabus culturais que contribuem para a desinformação e para os altos índices de gravidez precoce.

A soma dessas abordagens teóricas evidencia a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade no acesso aos serviços pré-natais e estimulem o parto humanizado. Isso inclui iniciativas para capacitar profissionais de saúde, melhorar o acesso a serviços de qualidade em regiões periféricas e aumentar a conscientização sobre os riscos e benefícios das cesáreas. Tais medidas são essenciais para garantir que a saúde reprodutiva das mulheres seja tratada como prioridade no Brasil, promovendo assim melhores desfechos para mães e bebês.

2.3.O movimento das mulheres na Constituinte de 1988

De acordo com o artigo 5º da Constituição Federal de 1988, homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações. Um direito que teoricamente hoje é considerado incontestável, nem sempre foi garantido juridicamente. Segundo Modelli apud Pitanguy (2018), a Constituição de 1988 se tornou a primeira a estabelecer essa plena igualdade jurídica entre homens e mulheres e, por mais que, na prática, não seja garantida em sua totalidade, o texto constitucional trouxe, inegavelmente, importantes avanços no que tange os direitos das mulheres, modificando o status jurídicos das brasileiras, antes subjugadas aos homens.

Para compreender o motivo dessa mudança jurídica na construção da Constituição atual, é importante entender a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) nela, para garantir os direitos das mulheres e "resgatar o seu déficit histórico de cidadania" (Pitanguy, 2016). Lembrando que o processo de redemocratização que acontecia no país se desenvolvia em um momento em que os partidos políticos e as forças sociais ainda atuavam em um cenário marcado pelo profundo autoritarismo, em que a sociedade civil não podia atuar no Estado, levando aos pleitos pela democracia por entidades da sociedade civil organizada, dentre eles a Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Brasileira de Imprensa, movimentos estudantis, dentre outros (Sá et al, 2023).

Anteriormente à operação do CNDM, é necessário compor o contexto histórico brasileiro, no caminho para a participação política dos grupos excluídos do processo de decisão. Retomando a década de 1970, em meio ao processo de redemocratização do país após um longo período ditatorial, houve uma pressão crescente da sociedade civil, movimentos sociais e

setores da classe política a fim de uma abertura política e anistia, permitindo, dessa forma, que a Lei da Anistia (1979) fosse criada e os presos políticos fossem libertos. É importante salientar que o processo de redemocratização não ocorre pela “consciência dos militares” quanto a idoneidade da democracia, ou pela mudança de concepção da burguesia que apoiava a ditadura, como explica Sá, et al:

“A crise econômica que abatia o país colocava em xeque as próprias condições de legitimidade do regime, agitando os diferentes movimentos sociais e políticos que exigiam a construção de um pacto social com bases democráticas.” (Sá et al, 2023, p. 323).

A primeira conquista das reivindicações, por meio da Lei da Anistia, intensificou o processo de ampliação dos movimentos sociais e a demanda por eleições diretas, o chamado movimento de “Diretas Já”. Nessa conjuntura, os grupos sociais reivindicam seu espaço na tomada de decisão e na criação de espaços públicos em que as demandas populares pudessem ser expressas. O cenário desse momento era de consolidação dos movimentos, levando a criação de organizações e instituições como União Nacional dos Estudantes (UNE), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e o Movimento Sem Terra (MST), que prestam um papel atuante dos direitos de cada grupo específico (Nascimento, 2023). Dessa forma, os movimentos feministas, já participantes e influentes nesse período de transformações políticas e sociais, utilizam-se da oportunidade e unem-se ao cenário de mobilização, ocasionando a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em 1985, vinculado ao Ministério da Justiça.

A década de 1980 é marcada pela expectativa de um retorno à democracia no Brasil, havendo, inclusive, uma série de providências para uma reestruturação em seu sistema. No entanto, a transição da ditadura militar para uma democracia levou, em seu total, 11 (onze) anos, fazendo com que o primeiro presidente após esse período tomasse posse somente em 1985, José Sarney. Esse processo lento evidencia uma reforma ainda controlada pelas forças políticas, econômicas e militares que lideraram o golpe de 1964, moderando a consolidação de exigências populares, como pautas feministas (Sá et al, 2023).

O CNDM, por sua vez, criado durante o governo de José Sarney, foi um órgão de alto nível de poder e importante ferramenta para o empoderamento feminino, objetivando atuar como órgão colegiado de caráter consultivo e deliberativo para formular políticas públicas voltadas à promoção dos direitos da mulher e igualdade de gênero, passando por diversos debates dentre os grupos feministas:

"A criação do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, CNDM, foi antecedida por inúmeros debates entre as feministas. Para algumas esse órgão não deveria ser criado, pois poderia significar uma cooptação do movimento. Outras concordavam com a sua criação, continuando, no entanto, a atuar apenas no espaço da sociedade civil, e outras apoiavam a sua criação e se comprometiam a desenvolver a agenda de direitos das mulheres desde esse órgão governamental. Entendiam que não podiam perder o “bonde da história” e que era necessário criar um espaço de atuação política naquele momento crucial de eleição da Assembleia Nacional Constituinte” (Pitanguy,2016, p 46).

O Conselho se organiza para atuar na Constituinte desde sua formação, a fim de incorporar os direitos femininos na nova Constituição por meio de uma campanha nacional, que perdurou de 1985 até a promulgação da Constituição, em 1988. A campanha fomentada pelo CNDM surge anteriormente à eleição do Congresso Nacional, acompanhando todo o processo de formulação da constituinte e, após, atuando na comunicação à sociedade civil dos direitos adquiridos. Dessa forma, o CNDM desdobra a campanha fomentada em dois principais objetivos: na inserção da presença da mulher no Congresso, e em assegurar que os direitos das mulheres sejam incluídos na Constituição, proporcionando a criação de uma Carta para incorporar todas as reivindicações feministas (Pitanguy,2016).

Assim, a campanha pelos direitos das mulheres na Constituição se amplificou, se tornando uma das principais ações de *advocacy* pelo direito das mulheres no Brasil. Anteriormente à eleição dos representantes na Constituinte, o CNDM atuou tentando ampliar o número de deputadas eleitas no Congresso, buscando a maior participação das mulheres na Assembleia por meio de uma campanha chamada “Mulher e Constituinte” para apoiar e expandir candidaturas femininas para a Assembleia Nacional. Com essa mobilização, uma pequena “porta” foi oportunizada para participação feminista. No entanto, a presença de mulheres na Assembleia estava distante do almejado: "apenas 26 mulheres entre 559 constituintes, configurando uma participação de apenas 4,6% do total, malgrado as mulheres já fossem naquela época mais da metade da população brasileira" (Sá et al apud. Brasil, 2023). Outro agravante, além da sub-representatividade da mulher, é que não houve presença de mulheres na mesa diretora.

Apesar desse contexto desfavorável, a Assembleia Nacional também foi marcada por intensa participação popular, com significativa interferência das lutas populares no processo constituinte, para fazer parte da democratização nacional. Somado a isso, os movimentos feministas impulsionaram a elaboração da Carta constitucional, destacando o movimento chamado “Loby do Batom” (Nascimento, 2023).

Imagem 01: Foto história da “bancada do batom”



Fonte: Arquivo da Câmara dos Deputados¹

Imagem 02: Manifestação das mulheres que apresentaram a Carta



Fonte: 30 anos da Constituinte²

¹ Disponível em: <https://arquivohistorico.camara.leg.br/>

² Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-htm15/constituente/index.html>

Através de slogans como "Constituinte sem Mulher fica pela Metade" e "Constituinte pra Valer tem que ter Direitos da Mulher", assim como a realização de encontros nacionais, a convocação da participação das mais variadas instâncias para a campanha criou um apoio social à agenda de direitos das mulheres (Pitanguy, 2016), levando a mulheres de várias localidades a enviar suas propostas constitucionais a serem apresentadas no Congresso enquanto o CNDM as selecionava e organizava. A atuação do movimento se intensificou de tal forma que a mídia começou a manifestar-se, desempenhando um papel significativo propagando as reivindicações feministas e sustentando a ideia de ser criado um espaço para as discussões dessas pautas. Como exemplo dessa disseminação das questões que afetam a realidade das mulheres brasileiras, havia a revista chamada "Mulherio", e a criação de slogans, mencionados anteriormente, pela Rede Globo, evidenciando um esforço visível do grupo que cuidou da campanha.

Imagem 03: Encontro Nacional da Mulher e Constituinte



Fonte: Arquivo Nacional

Outra conquista advinda da organização feminista foi a criação do canal "Linha Direta da Constituinte", com o intuito de receber ligações de todo o Brasil com sugestões de propostas relacionadas aos direitos das mulheres. Esse canal descentralizou a Campanha, abrindo um canal direto de comunicação com os movimentos femininos. Além disso, as mulheres

encontraram outros espaços para constitucionalizar seus direitos, como nas audiências públicas, ambientes primordiais para o diálogo e a expressão das demandas da sociedade. Por fim, uma das principais ações resultantes desse movimento foi o Encontro Nacional Mulher e Constituinte, em que houve troca de ideias, experiências, fundamentando as demandas feministas diante da sociedade.

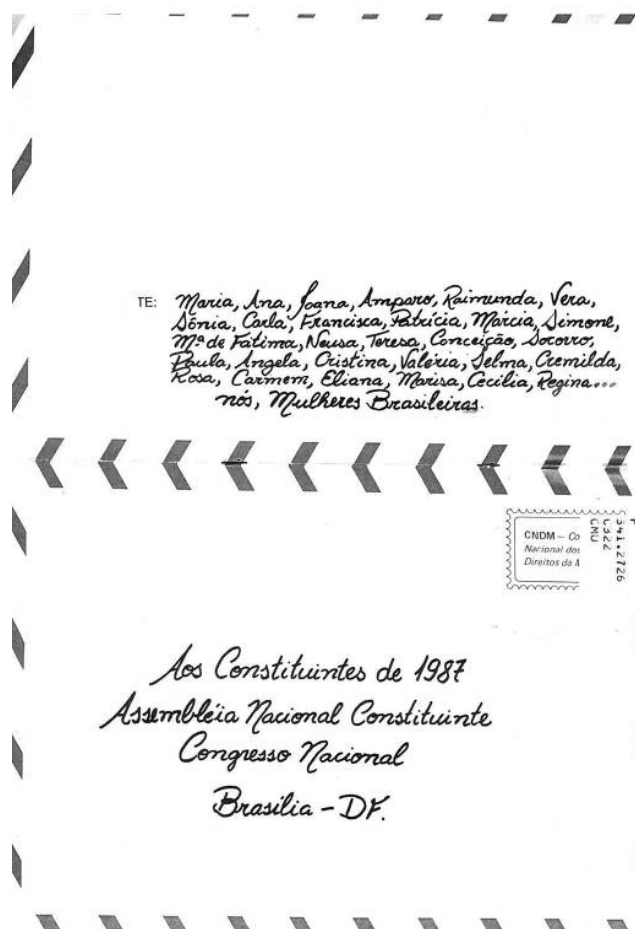
O "Lobby do Batom" compreendia o funcionamento da democracia participativa, sabendo se organizar e ser ouvido de forma a garantir sua influência na construção da Constituição Federal. Aliado a esse trabalho, a maior presença da mulher no Congresso, ainda que distante do ideal, permitiu esse desenvolvimento do trabalho do CNDM com o movimento das mulheres, sendo possível, então, construir a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, aprovada no Congresso Nacional

“Tenho várias lembranças marcantes desse período, como o sentimento de solidariedade dos mais diversos movimentos de mulheres de todo o país. Mas também lembro de sentir o peso das forças contrárias ao nosso avanço”, recorda Pitanguy”. (MODELLI, 2018, n.p).

A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes foi organizada a partir das demandas e sugestões de mulheres de todo o Brasil, sendo necessário uma divisão de 12 mil mulheres em 12 grupos de trabalho (comissões), com suporte de advogadas especializadas em cada área abordada (Nascimento, 2023). O documento buscava sensibilizar os constituintes para com a necessidade de igualdade de direitos entre homens e mulheres, utilizando a Constituição para proteger os direitos femininos.

A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987 apresentava reivindicações específicas em áreas como família, trabalho, saúde, educação, cultura, violência e questões nacionais e internacionais. Graças à mobilização de diversos grupos feministas em todo o país, aproximadamente 80% dessas demandas foram incorporadas na Constituição Federal de 1988 (Silva, 2023). Essa inclusão representou um marco histórico, estabelecendo fundamentos para legislações futuras que abordaram sobre crimes contra a mulher, direitos reprodutivos — como a autonomia para decidir sobre os filhos —, direitos familiares, trabalhistas, entre outros (Brasil, 1987).

Imagem 04: Envelope Carta das Mulheres



Fonte: Arquivo Câmara dos Deputados

A promulgação da Constituição de 1988 não apenas restaurou a democracia no Brasil, mas também foi um marco na defesa dos direitos igualitários para homens e mulheres, se tornando um marco significativo para as mulheres e possibilitando uma proteção jurídica ainda não vista para esse grupo (Fachin e Lu, 2023). A participação ativa dos movimentos feministas durante o processo constituinte foi fundamental para a positivação desses direitos, refletindo a luta histórica das mulheres por igualdade e justiça social:

"Essas conquistas mencionadas no tópico anterior foram possíveis porque implementadas por articulações democráticas representativas e participativas, materializadas pela presença das mulheres deputadas e senadoras e pelos movimentos sociais feministas que pressionaram os poderes constituídos (Silvia; Wright, 2015, p. 174), atuando por meio do lobby do batom e logrando com isso uma inédita proteção jurídica nunca antes conferida às meninas, às mulheres e às idosas no país, que passaram a ser contempladas expressamente no documento que é o coração de todo sistema jurídico brasileiro." (Fachin e Lu, 2023, p 65).

No presente trabalho, será discutida, em especial, a área de políticas de saúde e os avanços proporcionados às mulheres a partir da Constituição de 1988, em resposta às

reivindicações da Carta. É evidente a dedicação das mulheres para a inclusão de uma agenda feminista na constituição atual. No entanto, essa parte do estudo histórico-constitucional é frequentemente ocultada, fazendo com que a articulação dos movimentos feministas seja desconhecida ou ignorada. É importante ressaltar que as mulheres presentes nesse momento importante da história brasileira possuíam diversos perfis sociais, histórias diversificadas e múltiplas culturas e, ainda assim, uniram-se para representar uma grande parcela da sociedade brasileira (Tavares e Mendes, 2019).

2.4.As políticas públicas de saúde para as mulheres

É importante trazer a discussão da problemática de efetividade na construção de políticas públicas para as mulheres, voltando para a equidade entre homens e mulheres. Dessa forma, é necessário entender o que foi feito, após a construção da Constituição Federal de 1988 em meio à luta dos grupos feministas, para fortalecer a atuação dos organismos governamentais e sua capacidade institucional, consolidando uma governabilidade democrática e participativa. Para isso, a seguir será identificado o progresso de políticas públicas de saúde para a mulher.

Ao verificar as medidas tomadas para a efetivação das diretrizes exigidas na Constituição Federal de 1988 para as mulheres, é perceptível uma evolução progressiva, mas também retrocessos, como será explicitado a seguir. O principal criador e norteador de políticas públicas voltadas para a área da saúde que beneficiam as mulheres é o Sistema Único de Saúde (SUS). Foi por meio da criação e elaboração desse complexo sistema de saúde na Constituição Federal que possibilitou, conseqüentemente, a criação de futuras legislações garantindo o atendimento de direitos das mulheres no SUS, visto que o atendimento integral/integralidade é o termo central para toda discussão do sistema.

O SUS é sustentado por 3 pilares principais: universalidade, em que seu acesso deve ser garantido a todos; equidade, pela qual as desigualdades devem ser reduzidas investindo em pontos estratégicos em que a carência de políticas é maior e; integralidade, atendendo a todas as necessidades de cada beneficiário, incluindo promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação destas (Medeiros e Guareschi, 2009). Assim, foi a partir do SUS em que políticas públicas de saúde, nas mais variadas instâncias, foram criadas para o público feminino.

Dentre os avanços promovidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se o direito à realização de mamografia, ao parto humanizado e ao pré-natal, incluindo o

acompanhamento especializado durante toda a gravidez (Brasil, 1990). Também se encontra garantida a ligadura de trompas, disponível sob condições estabelecidas pela legislação, sendo que, apenas recentemente, foi retirada a exigência de permissão do marido para sua realização, promovendo maior autonomia da mulher (Brasil, 2022). Adicionalmente, a vacina contra o HPV, que previne o câncer de colo do útero, também é um direito garantido pelo SUS, representando um importante passo na promoção da saúde da mulher (World Health Organization, 2019).

Uma das primeiras iniciativas importantes na conquista dos direitos femininos foi a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR). Esse órgão foi concebido com o objetivo de construir um Brasil mais igualitário e democrático por meio da valorização da mulher e de sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural (Farah, 2004). A SPM promoveu a cooperação transversal com Ministérios, sociedade civil e comunidade internacional para implementar políticas públicas destinadas à garantia e abrangência dos direitos das mulheres e ao respeito à sua diversidade (Sorj, 2016).

A evolução da estrutura governamental para tratar das questões feministas demonstra um compromisso crescente com a igualdade de gênero e os direitos humanos. A criação da SPM, vinculada à Presidência da República, foi um marco significativo, reconhecendo institucionalmente a necessidade de abordar questões específicas enfrentadas pelas mulheres (Pinheiro, 2013). Em 2011, essa secretaria foi elevada ao status de Ministério, consolidando a promoção da igualdade de gênero no âmbito governamental (Silva, 2015). Posteriormente, em 2015, o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos foi criado, refletindo o reconhecimento da interseccionalidade das questões de gênero, raça e direitos humanos (Crenshaw, 1989) e ampliando a abordagem do governo a aquelas que enfrentam discriminação racial e violações de seus direitos humanos. Nesse contexto, a SPM foi integrada como Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) é uma das ferramentas fundamentais para orientar as ações governamentais atualmente. Elaborado a partir das Conferências Nacionais de 2004, 2007 e 2011, o PNPM estabelece diretrizes e metas para a promoção da igualdade de gênero, o combate à violência contra as mulheres e a ampliação da participação da mulher na vida política, econômica e social (Brasil, 2013). Esse plano representa um compromisso estratégico com a construção de uma sociedade mais justa e cidadã,

garantindo que as políticas governamentais sejam sensíveis às necessidades e realidades das mulheres brasileiras.

Dentro da atuação do PNPM, os Organismos de Políticas para as Mulheres (OPMs) desempenham papel central no monitoramento das políticas, articulando-se de forma horizontal com diversos atores governamentais. Os OPMs têm a função de fomentar, coordenar, executar e acompanhar a implementação de políticas públicas nos estados e municípios, promovendo a corresponsabilidade entre as instâncias governamentais (Carneiro, 2014). Os OPMs podem ser secretarias ou coordenadorias, variando de acordo com cada estado ou município, articulando a execução de políticas com todos os atores governamentais não hierarquicamente, buscando influenciar todo o ciclo da política e compartilhando a responsabilidade entre todos os órgãos governamentais.

A integração da saúde da mulher nas políticas nacionais de saúde teve início nas primeiras décadas do século XX, com foco nas questões de gestação e parto (Fundação Oswaldo Cruz, [s.d.]). Na década de 1950, em um contexto em que o papel social da mulher era predominantemente associado à criação dos filhos, medidas de combate à desnutrição e planejamento familiar foram introduzidas, consolidando o direito à saúde reprodutiva como uma questão de política pública (Scott, 1990).

Essa perspectiva muda somente após a Conferência do Ano Internacional da Mulher (em 1975) e do Plano da Década da Mulher (em 1976), que trouxeram questões relacionadas à equidade, fazendo com que, assim, fosse criado, em 1975, o programa materno-infantil, que englobava cuidados desde o período pré-concepcional até o puerpério. Os programas materno-infantis transpareciam uma visão restrita da mulher, em que seu papel social e biológico se reduzia a ser mãe e trabalhadora doméstica, criando, educando e cuidando da saúde dos filhos e demais integrantes da família. Esses programas tinham como objetivo a proteção de grupos de risco ou em situação de vulnerabilidade, como as crianças e as gestantes. Por outro lado, havia falta de integração com outras ações propostas pelo governo, além de não haver avaliação da demanda da população local. Por conta disso, o impacto nos indicadores de saúde da mulher foi fraco (Brasil, 2004).

A década de 1980 marcou um ponto de inflexão significativo no panorama das políticas de saúde voltadas para as mulheres no Brasil, impulsionado pela vigorosa atuação do movimento feminista. Os programas de saúde existentes até então foram submetidos a uma análise crítica incisiva, uma vez que se constatou que as mulheres eram amplamente desassistidas ao longo de suas vidas, com o acesso à saúde limitado quase exclusivamente ao

período gravídico-puerperal. Nesse contexto, o movimento das mulheres emergiu como uma força catalisadora, elevando questões que haviam sido historicamente negligenciadas por serem consideradas pertencentes aos domínios privados da vida.

Esta fase testemunhou uma mudança fundamental nos paradigmas que orientavam as políticas de saúde, culminando na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde em 1984. O PAISM representou não apenas uma intervenção prática, mas também uma ruptura conceitual, reconhecendo a necessidade de uma abordagem holística da saúde da mulher, que transcende o ciclo reprodutivo para abranger toda a gama de necessidades de saúde das mulheres ao longo de suas vidas. Esta iniciativa refletiu um compromisso renovado em fornecer serviços de saúde sensíveis ao gênero e empoderar as mulheres brasileiras para alcançar um estado de bem-estar físico, emocional e social mais abrangente.

Um marco fundamental no processo de formulação das políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que consolidou a necessidade de uma reforma sanitária e recursos diretamente para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Conferência destacou que a saúde da mulher deveria ser especializada de maneira integral, indo além do enfoque restrito à maternidade para abranger direitos reprodutivos, assistência universal e combate às desigualdades sociais e de gênero. Como parte desse movimento, a Conferência Nacional "Saúde e Direitos da Mulher", também realizada em 1986, foi essencial para inserir as demandas das mulheres na construção das políticas públicas, ressaltando a relação entre saúde, trabalho, direitos reprodutivos e cidadania (BRASIL, 1987).

O PAISM é responsável por ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando também os aspectos já tratados anteriormente como do pré-natal ao puerpério e o planejamento familiar, mas também incluindo prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades. Apesar dessas mudanças, em 2003, a área técnica de Saúde da Mulher percebe a necessidade de propor novas ações que englobem outras áreas, atendendo as mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, além da participação dessas nas discussões.

Após um longo percurso em direção à expansão dos direitos das mulheres para além do ciclo reprodutivo e a inclusão de grupos marginalizados nas políticas de saúde, o Ministério da Saúde deu um passo significativo em 2004 ao propor uma abordagem centrada na humanização e na qualidade do atendimento em saúde. Esta proposta, fundamentada em dados

epidemiológicos e influenciada pelas demandas de diversos segmentos sociais, refletiu um compromisso renovado em garantir que os serviços de saúde atendam às necessidades específicas das mulheres em todas as fases de suas vidas.

Nesse contexto, foram delineados os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, representando um marco na busca por uma abordagem mais abrangente e holística da saúde da mulher. Essa política não apenas reconheceu a importância de abordar as necessidades de saúde das mulheres de maneira integrada, mas também estabelece objetivos claros para promover a equidade de gênero e garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade.

O compromisso com a melhoria contínua dos cuidados de saúde para as mulheres foi reafirmado em 2011, quando foi elaborado um documento que representou a segunda reimpressão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Esta revisão incorporou novas diretrizes e objetivos específicos, refletindo os avanços na compreensão das necessidades de saúde das mulheres e o compromisso do governo em promover a saúde e o bem-estar de todas as brasileiras.

É importante destacar que um marco significativo ocorreu em 2023 com a entrada em vigor da Lei 14.443/2022, que dispensa o consentimento do cônjuge para que uma mulher possa realizar a laqueadura. Esta legislação representa um avanço crucial na autonomia das mulheres sobre seus corpos e na busca pela equidade de gênero. Além de eliminar a exigência do consentimento marital, a lei introduziu outras mudanças substanciais, como a redução da idade mínima para realização do procedimento (anteriormente estabelecida em 25 anos, agora reduzida para 21 anos) para mulheres que não tiveram dois filhos. Ademais, a legislação também possibilita que a mulher solicite a laqueadura durante o parto, ampliando as opções e o acesso aos cuidados de saúde reprodutiva. Este marco legislativo não apenas reconhece o direito fundamental das mulheres de tomar decisões sobre seus corpos, mas também representa um passo importante em direção à garantia de igualdade de direitos e oportunidades para as mulheres no Brasil.

Durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), incentivou-se uma ênfase em valores conservadores que influenciaram as políticas públicas voltadas às mulheres. A administração adotou uma postura baseada na prática do aborto como método contraceptivo ou de controle de natalidade, defendendo o direito à vida desde a concepção. Essa perspectiva resultou na manutenção de legislações restritivas sobre o aborto e limitou debates sobre sua descriminalização. Assim, é fundamental reconhecer que, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas em termos de saúde e direitos das mulheres, propostas como a PEC 164/2012

(Câmara dos Deputados, 2024) representam uma ameaça significativa a essas conquistas. Ao propor a interrupção do aborto em todas as situações, incluindo casos de estupro, risco de vida para a gestante e anencefalia fetal, essa medida configura um retrocesso nos direitos reprodutivos e na saúde pública no Brasil.

A aprovação dessa PEC colocaria as mulheres em situação de vulnerabilidade extrema e potencialmente reverteria os progressos na redução da mortalidade materna e na promoção da saúde integral. Além disso, ao restringir direitos conquistados com base em princípios constitucionais e decisões do Supremo Tribunal Federal, essa proposta contraria à laicidade do Estado e reforça desigualdades de gênero já tão evidentes. A possibilidade de aprovação de medidas como esta ressalta a urgência de fortalecer o debate sobre equidade de gênero e direitos humanos nas políticas públicas de saúde, para garantir que o acesso a serviços seguros continue a ser um direito inalienável de todas as mulheres no Brasil.

3. PERCURSO METODOLÓGICO: ESTRATÉGIAS DE PESQUISA E ANÁLISE

A definição do percurso metodológico é essencial para garantir a coerência e a validade dos resultados da pesquisa. Considerando a complexidade das políticas públicas de saúde para mulheres e a necessidade de compreender tanto seus avanços quanto suas limitações, este estudo adota uma abordagem mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos.

Neste capítulo, apresentamos os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. Inicialmente, discute-se a tipologia da investigação e as categorias de análise, justificando o enquadramento teórico e empírico do estudo. Em seguida, são apresentadas as características da amostra, considerando os critérios de seleção das informações comprovadas. Por fim, expõem-se os procedimentos de coleta e análise dos dados, destacando as fontes utilizadas e os métodos empregados para interpretar os achados, visando garantir um exame aprofundado das políticas de saúde para mulheres no Brasil.

3.1. Tipologia da pesquisa e categorias de análise

A abordagem metodológica adotada neste estudo combina elementos de pesquisa qualitativa e quantitativa (chamada de abordagem mista), permitindo uma análise ampla e aprofundada das necessidades das mulheres em relação às políticas públicas de saúde reivindicadas pela Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987. Essa metodologia possibilita tanto a exploração detalhada do contexto histórico e das demandas expressas na Carta quanto à avaliação dos impactos práticos dessas reivindicações na agenda de saúde renovada após a promulgação da Constituição de 1988.

Por meio da abordagem qualitativa, o estudo busca compreender como as demandas feministas influenciaram a formulação de políticas públicas e quais transformações foram promovidas em resposta às desigualdades estruturais enfrentadas pelas mulheres. Simultaneamente, uma análise quantitativa fornece uma visão objetiva e mensurável, identificando quem, de fato, foi beneficiado pelas políticas criadas a partir da Carta e quais subgrupos da população feminina ainda enfrentam barreiras de acesso ou permanecem desassistidas.

Essa combinação torna possível não apenas mapear os avanços obtidos, mas também identificar as lacunas existentes, destacando áreas que demandem maior atenção para a promoção da equidade de gênero e o fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas às

mulheres. A seguir, serão apresentados os conceitos-chave que orientaram a análise, bem como seus significados e como cada um será examinado na prática.

Quadro 01: Matriz de categorias de análise teórica

CATEGORIAS DE ANÁLISE	BASE CONCEITUAL	QUESTÕES A OBSERVAR EMPIRICAMENTE
Políticas públicas de saúde para mulheres	Principal foco da pesquisa, políticas públicas para as mulheres devem ser incentivadas, especialmente quando estas promovem igualdade de gênero, justiça social e desenvolvimento sustentável. Políticas para saúde, além de fomentar os tópicos supracitados, também melhoram a qualidade de vida e reduzem a mortalidade. Nesta sessão, autores como Marta Ferreira Santos Farah, Eliana Tavares, Jacqueline Pitanguy, Suylan e Silva, Anna Silva, Kimberlé Crenshaw dentre outras contribuíram para melhor compreensão.	Esta categoria será examinada através da análise histórica das políticas e programas implementados após a Constituição Federal de 1988. Quais foram as principais mudanças nas políticas públicas de saúde para mulheres desde a Constituição de 1988? Como as políticas públicas de saúde têm promovido o desenvolvimento e a igualdade de gênero?
Acesso à saúde	O acesso à saúde é um tema essencial para o estudo das políticas públicas para mulheres, oferecendo uma base sólida para analisar questões de igualdade de gênero, inclusão social e promoção de direitos fundamentais. No contexto brasileiro, ele dialoga diretamente com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade. Nesta sessão, autores como Marta Ferreira Santos Farah, Eliana Tavares, Jacqueline Pitanguy, Suylan e Silva, Anna Silva, Kimberlé Crenshaw dentre outras contribuíram para melhor compreensão	Além das políticas e programas implementados, o acesso a estes por todas as mulheres também é fundamental. Assim, para essa categoria, dados epidemiológicos são necessários para identificar este acesso. Que barreiras limitam o acesso de diferentes grupos de mulheres aos serviços de saúde no Brasil? Como os dados epidemiológicos podem ser usados para avaliar desigualdades no acesso à saúde? Quais políticas têm sido eficazes para garantir o acesso universal, integral e equitativo à saúde?
Equidade de gênero	A equidade de gênero vai além da igualdade formal, trata-se de reconhecer as diferenças entre os gêneros e garantir que as políticas públicas sejam capazes de atender às necessidades específicas das mulheres, eliminando desigualdades estruturais. Dessa forma, esta análise buscará compreender como as políticas específicas para mulheres contribuem para	A equidade de gênero será demonstrada por meio de uma abordagem qualitativa, com ênfase na evolução histórica do Brasil no que tange à criação e implementação de políticas públicas. Além disso, serão explorados os impactos dessas políticas de transformação social, considerando marcos históricos, como a promulgação da Constituição Federal de 1988, e programas pioneiros, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

	<p>reduzir desigualdades estruturais, promovendo direitos e oportunidades de forma mais equitativa. Nesta sessão, autores como Marta Ferreira Santos Farah, Karen Griffin, Heleieth Saffioti, Jacqueline Pitanguy, Flávia Biroli, Kimberlé Crenshaw dentre outras contribuíram para melhor compreensão</p>	<p>De que forma a criação e implementação de políticas públicas são impactadas pelas desigualdades estruturais de gênero no Brasil?</p> <p>Como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) transformou o cenário da equidade de gênero na saúde?</p> <p>Quais marcos históricos podem ser destacados na evolução das políticas públicas para mulheres?</p>
Equidade étnicos e raciais	<p>Ao abordar a redução das desigualdades estruturais, devem ser considerados os diferentes subgrupos que compõem a população feminina e avaliar se as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher alcançam todas as mulheres ou se beneficiam apenas de uma parcela limitada. Essa análise demanda uma abordagem interseccional, que leve em conta fatores como raça, classe, orientação sexual, território e condições sociais, os quais frequentemente determinam o acesso desigual aos serviços de saúde. Com isso, será possível identificar lacunas na implementação dessas políticas e compreender se elas realmente atendem às necessidades diversas e específicas das mulheres em sua totalidade, ou se perpetuam exclusões. Nesta sessão, autores como Marta Ferreira Santos Farah, Karen Griffin, Heleieth Saffioti, Jacqueline Pitanguy, Flávia Biroli, Kimberlé Crenshaw dentre outras contribuíram para melhor compreensão.</p>	<p>Apesar da implementação de serviços de saúde específicos à saúde da mulher, o acesso igualitário quando se trata de mulheres negras e indígenas deve ser garantido. Este acesso equitativo pode ser averiguado também por meio de dados epidemiológicos que contemplem todos os fatores mencionados.</p> <p>Como as políticas públicas de saúde têm incorporado a interseccionalidade para atender mulheres negras e indígenas?</p> <p>Quais dados epidemiológicos evidenciam lacunas na implementação de políticas voltadas para a saúde de mulheres de diferentes grupos étnicos?</p> <p>De que maneira as condições sociais e econômicas influenciam o acesso de mulheres negras e indígenas aos serviços de saúde?</p>
Participação social	<p>A democracia participativa permite que a sociedade civil, especialmente grupos historicamente marginalizados, como mulheres, pessoas negras, indígenas e moradores de áreas periféricas, tenham voz na definição das políticas que impactam suas vidas. Assim, a participação popular é fundamental para a construção de políticas públicas democráticas, em especial no âmbito da saúde, lugar em que se busca atender as necessidades reais da população</p>	<p>Para averiguar a participação social na construção de serviços de saúde focados nas demandas populacionais, a comparação das reivindicações da Carta das Mulheres e o que foi incorporado na Constituição atual, bem como posteriores políticas criadas a partir disso é necessário.</p> <p>Como as reivindicações da Carta das Mulheres foram incorporadas na Constituição Federal de 1988?</p> <p>Qual é o papel da participação social na formulação de políticas públicas para a saúde das mulheres?</p>

	integralmente. Nesta sessão, autores como Jacqueline Pitanguy, Laís Modelli dentre outras contribuíram para melhor compreensão.	Em que medida a participação popular tem contribuído para a criação de serviços de saúde que atendem às demandas da população?
Direitos reprodutivos	Os direitos reprodutivos promovem a autonomia das mulheres sobre seus corpos e decisões reprodutivas. Dentro desse contexto, as políticas externas para a prevenção da gravidez não planejada e a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ganham destaque, embora enfrentam barreiras complexas e interligadas, que envolvem aspectos estruturais, culturais e religiosos. Com políticas bem estruturadas e inclusivas, os direitos reprodutivos podem se consolidar como uma ferramenta para promover a igualdade de gênero, reduzir desigualdades e garantir que todas as mulheres tenham a liberdade de decidir sobre seus corpos e suas vidas. Nesta sessão, autores como Marta Ferreira Santos Farah, Eliana Tavares, Jacqueline Pitanguy, Suylan e Silva, Anna Silva, Kimberlé Crenshaw dentre outras contribuíram para melhor compreensão, bem como a própria Carta.	Da mesma forma da categoria anterior, nesta será realizada a comparação das reivindicações da Carta das Mulheres e o que foi incorporado na Constituição atual, bem como posteriores políticas criadas a partir disso, de forma a garantir a liberdade e segurança da mulher. Quais avanços foram em relação aos direitos reprodutivos desde a Constituição de 1988? Como as políticas públicas têm abordado a prevenção da gravidez não planejada e as ISTs de forma inclusiva e estruturada? De que forma as barreiras culturais, religiosas e estruturais ainda limitam o acesso das mulheres aos direitos reprodutivos?

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa avaliativa, 2024

3.2. Características da amostra

A amostra selecionada para este estudo é composta por fontes documentais, incluindo documentos históricos, como a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987, documentos oficiais, como a Constituição Federal de 1988, Leis que entraram em vigor a partir da nova constituição, como a Lei Federal nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, Lei Federal nº 14.443 de 2022, relacionada à ligadura de trompas, e relatórios de políticas públicas de saúde. Além disso, documentos e artigos teóricos escritos por especialistas com abordagens interdisciplinares e práticas aprovadas a princípios éticos, equitativos e científicos, como Marta Ferreira Santos Farah,

Karen Griffin, Heleieth Saffioti, e diversos estudiosos que contribuíram para esse estudo, especialmente a socióloga e feminista Jacqueline Pitanguy, que foi uma das responsáveis pelas conquistas a partir da Carta.

Além disso, são analisados princípios éticos, declaração universal dos direitos humanos e dados epidemiológicos que refletem os impactos dessas políticas na saúde das mulheres ao longo do tempo, bem como textos produzidos por jornalistas, cientistas políticos brasileiros e sociólogos. A combinação de documentos oficiais e dados quantitativos com perspectivas teóricas e análises históricas do estudo garantem uma abordagem que alia rigor científico a uma compreensão social mais ampla, construindo, assim, um panorama detalhado sobre o avanço dos direitos das mulheres no Brasil.

3.3.Procedimentos para a coleta dos dados e para a análise dos dados

Para garantir a sistematicidade e a organização no desenvolvimento deste estudo, os procedimentos de coleta e análise de dados foram planejados de forma a atender aos objetivos da pesquisa, que envolvem uma abordagem qualitativa e quantitativa. As etapas descritas a seguir detalham as estratégias para implementar e interpretar os dados relacionados às políticas públicas de saúde para mulheres, com ênfase na influência da Carta das Mulheres Brasileiras às Constituintes de 1987 e suas conexões com a agenda de saúde renovada a partir da Constituição de 1988.

- a) **Análise Documental:** leitura e interpretação de textos históricos e oficiais, como a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes (1987), a Constituição Federal de 1988 e relatórios de políticas públicas de saúde, incluindo documentos do SUS e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Revisão de documentos relacionados às demandas feministas e aos marcos legislativos que resultaram em políticas externas para a saúde das mulheres.
- b) **Coleta de Dados Epidemiológicos:** bases de dados governamentais, como o Boletim Epidemiológico de 2023, e outras fontes oficiais que disponibilizam estatísticas de saúde pública. Serão extraídos dados quantitativos que indicam avanços e lacunas na implementação de políticas de saúde para mulheres, como taxas de mortalidade materna, acesso ao pré-natal e cobertura de exames preventivos.
- c) **Revisão da Literatura Acadêmica:** identificação de textos acadêmicos, como artigos científicos, livros e teses, escritos por jornalistas, sociólogos e cientistas políticos

brasileiros. Esses textos serão utilizados para enriquecer a análise, fornecendo um embasamento teórico/crítico.

Os dados coletados serão analisados utilizando uma abordagem de métodos mistos (quali-quanti), a fim de explorar os específicos em profundidade e com precisão. As técnicas de análise aplicadas são:

- a) **Análise de Conteúdo:** empregado para examinar documentos textuais e identificar os principais temas e categorias, como as demandas presentes na Carta de 1987 e as mudanças na agenda de saúde pública desde a Constituição de 1988. Será possível compreender, dessa forma, as interações entre as reivindicações feministas e as políticas implementadas posteriormente.
- b) **Análise Estatística Descritiva:** aplicada aos dados quantitativos extraídos dos relatórios epidemiológicos e bancos de dados governamentais. Essa análise possibilitará mapear indicadores de saúde, como a evolução do acesso aos serviços de saúde pelas mulheres, oferecendo uma visão objetiva sobre os das políticas públicas e as desigualdades ainda existentes, de forma em que seja possível analisar não somente a criação de instituições e programa voltados para a saúde da mulher, mas também averiguar se, na prática, esses serviços estão chegando na população feminina de forma adequada e equitativa.

Os métodos qualitativos foram utilizados para análise conforme as exigências da Carta de 1987 influenciaram a formulação das políticas públicas. Os métodos quantitativos, por sua vez, serão usados para medir o alcance e os resultados dessas políticas, identificando beneficiárias diretas e lacunas persistentes no atendimento às necessidades das mulheres. A combinação de técnicas qualitativas e quantitativas garante a exploração dos aspectos históricos e sociais das políticas públicas para mulheres, ao mesmo tempo em que analisa os impactos mensuráveis dessas ações.

No quadro a seguir, será organizado os objetivos geral e específicos em relação aos procedimentos de coleta e análise, dispondo cada objetivo com sua respectiva técnica metodológica aplicada.

Quadro 02: Matriz resumo de articulação metodológica

OBJETIVO GERAL: Avaliar em profundidade as demandas das mulheres relacionadas às políticas públicas de saúde que foram demandas na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 comparativamente à agenda de saúde que foi implementada.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS
Analisar o conteúdo e o contexto da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres	Análise qualitativa e quantitativa	Por meio da análise documental de textos oficiais (Como a Carta das Mulheres Brasileiras, a Constituição de 1988 e

Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada;		relatórios do SUS), bem como a coleta de dados epidemiológicos de bancos de dados governamentais (como o Boletim Epidemiológico de 2023).
Verificar a trajetória da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada;	Análise qualitativa	Por meio da análise documental de textos oficiais (Como a Carta das Mulheres Brasileira e a Constituição de 1988) e pesquisa de literatura acadêmica, atravessando o tempo histórico desde a promulgação da Constituição, até os dias atuais.
Compreender a temporalidade e territorialidade da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada.	Análise quantitativa	Por meio da análise estatística descritiva, para explorar os dados epidemiológicos quantitativos encontrados em bancos de dados governamentais (como o Boletim Epidemiológico de 2023)

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa avaliativa, 2024

4. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados e a discussão dos resultados representam um momento central desta pesquisa, permitindo confrontar as políticas públicas de saúde para mulheres no Brasil com os desafios e avanços identificados ao longo do estudo. A partir da interpretação dos dados coletados, buscamos compreender em que medida as demandas das mulheres foram implementadas no sistema de saúde brasileiro.

Neste capítulo, são apresentados e detalhados os principais achados da pesquisa, organizados em três eixos centrais. Primeiramente, examina-se o conteúdo da Carta das Mulheres, destacando suas principais afirmações e seu impacto na formulação das políticas públicas. Em seguida, analisam-se os dados epidemiológicos sobre a saúde das mulheres, trazendo uma leitura crítica dos indicadores relacionados à mortalidade materna, acesso aos serviços de saúde e desigualdades no atendimento. Por fim, discute-se a relação entre avanços e desafios sob múltiplas perspectivas, considerando os impactos das políticas na redução das desigualdades de gênero, raça e classe social, permitindo identificar lacunas e barreiras que ainda dificultam a universalização e a equidade no acesso à saúde pelas mulheres no Brasil.

4.1. Do conteúdo da carta

A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987 representou um marco na luta pelos direitos das mulheres no Brasil, especialmente no que diz respeito à saúde, direitos reprodutivos e igualdade de gênero. Esse documento, elaborado em um período de redemocratização, foi construído por diversas lideranças feministas, representantes de movimentos sociais, sindicais, acadêmicos e populares. Dentre essas mulheres, destacaram-se ativistas como Lúcia Xavier, Maria Amélia de Almeida Teles (Amelinha), Nair Pimentel, entre outras, que atuaram em movimentos como a União Brasileira de Mulheres (UBM), o Movimento Feminino pela Anistia e organizações ligadas às mulheres trabalhadoras rurais e urbanas.

Esses grupos articularam suas demandas durante os debates que culminaram na Assembleia Nacional Constituinte, iniciada em 1987, em um contexto político marcado pela transição da ditadura militar para um sistema democrático. As reivindicações feministas incluíram temáticas centrais como igualdade de gênero, proteção à maternidade, direito à saúde

reprodutiva e combate à violência contra a mulher. A carta consolidou essas pautas como elementos fundamentais para a construção de um Estado mais justo e igualitário.

Este texto analisa o conteúdo da carta à luz de teorias e princípios que embasam os direitos humanos e a saúde das mulheres, destacando seus principais avanços e desafios.

A tabela a seguir sintetiza as principais demandas específicas de saúde apresentadas na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987. As reivindicações refletem um conjunto abrangente de direitos relacionados à saúde, desde a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) até garantias de assistência integral à saúde da mulher em todas as fases da vida. Entre os tópicos destacados estão questões como a participação popular na gestão do SUS, o controle sobre fármacos e meios anticoncepcionais, além de direitos corporais e reprodutivos, incluindo a livre escolha pela maternidade e o direito ao conhecimento e controle sobre o próprio corpo.

Quadro 03: Demandas feministas específicas de saúde

Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes		
Saúde	Tópico	Reinvidicação
	Ações de Saúde	Criação de um Sistema Único de Saúde constituído a partir de uma nova política nacional de saúde e implementado por serviços públicos de saúde coletiva e assistência médica integrados; submetendo-se os serviços privados às diretrizes e controle do Estado
		O Sistema Único de Saúde deve ser gerido e fiscalizado pela população organizada, que, através de Conselhos Comunitários, deverá participar das decisões sobre Programas e Financiamentos
		Garantia de Assistência Integral à Saúde da Mulher em todas as fases da sua vida, independentemente de sua condição biológica de procriadora, através de programas governamentais discutidos, implementados e controlados com a participação das mulheres
	Fármacos	Proibição de toda e qualquer experimentação com mulheres e homens de substâncias, drogas, meios anticoncepcionais que atentem contra a saúde e não sejam de pleno conhecimento dos usuários nem fiscalizados pelo poder público e a população.
		Fiscalização da produção, venda, distribuição e comercialização de meios químicos e hormonais de contracepção, proibindo a comercialização de drogas em fase de experimentação por empresas nacionais ou multinacionais.
	Previdência Social	Garantia a todos os cidadãos, homens e mulheres, contribuintes ou sujeitos de direito, da igualdade de tratamento em todas as ações da Previdência Social.

	Direitos corporais	Será vedada ao Estado e às entidades nacionais e estrangeiras toda e qualquer ação impositiva que interfira no exercício da sexualidade. Da mesma forma, será vedada ao Estado e às entidades nacionais e estrangeiras, públicas ou privadas, promover o controle da natalidade.
		Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo.
	Maternidade	Será garantido à mulher o direito de amamentar seus filhos ao seio.
		O Estado reconhecerá à maternidade e à paternidade relevante função social, garantindo aos pais os meios necessários à educação, creche, saúde, alimentação e segurança de seus filhos.
		Garantia de livre opção pela maternidade, compreendendo-se tanto a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, como o direito de evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo para a saúde da mulher
		É dever do Estado oferecer condições de acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais, usando metodologia educativa para esclarecer os resultados, indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens, alargando a possibilidade de escolha adequada à individualidade de cada mulher e, ao momento específico, de sua história de vida.

Fonte: Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, 1987.

a) Criação de um Sistema Único de Saúde

A criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público e gratuito, foi uma das principais demandas da carta. Esse sistema deveria garantir a participação popular na gestão, por meio de Conselhos Comunitários. Em 1990, o SUS foi implementado como um dos maiores avanços na saúde pública brasileira, assegurando o acesso universal (Brasil, 1990). Contudo, persistem desafios, como o financiamento insuficiente e as desigualdades regionais, que limitam o acesso integral aos serviços de saúde (Paim et al., 2011).

Embora o SUS tenha expandido o acesso à saúde de forma significativa, desigualdades regionais e sociais ainda são marcantes. Regiões Norte e Nordeste apresentam maior dificuldade em acessar serviços especializados, evidenciando a necessidade de uma distribuição mais equitativa dos recursos, visto que mulheres de comunidades indígenas e quilombolas continuam enfrentando barreiras de acesso devido à falta de infraestrutura adequada (Brasil, 2021).

A proposta de gestão participativa, por meio de Conselhos Comunitários, dialoga diretamente com a teoria da democracia deliberativa de Habermas (1992), que enfatiza a participação cidadã como essencial para a legitimação das políticas públicas. Essa proposta, no entanto, foi parcialmente efetivada. Apesar da existência de conselhos de saúde municipais,

estaduais e nacionais, a representatividade e a participação ativa da população ainda são limitadas (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Tratando-se da urgência na assistência integral à saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em resposta a essa demanda e se tornou um marco importante ao propor uma abordagem ampla e inclusiva (Costa, 2018), buscando ir além da perspectiva exclusivamente reprodutiva, contemplando todas as fases da vida da mulher. Contudo, a implementação desigual entre regiões e o acesso limitado para mulheres negras, indígenas e de áreas rurais continuam sendo desafios relevantes (Gomes et al., 2020).

b) Fiscalização de Fármacos e Experimentações

A proibição de experimentações não consentidas e o controle de fármacos em fase experimental foram reivindicações essenciais. Após a criação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), houve progressos significativos na ética de pesquisas clínicas (Brasil, 1996). Contudo, práticas exploratórias ainda ocorrem em populações vulneráveis, especialmente em áreas rurais e periféricas (Silva et al., 2022). Assim, embora regulamentada, a proibição de testes clínicos não consentidos ainda apresenta falhas na fiscalização, principalmente em populações de baixa renda, que frequentemente se tornam alvos dessas práticas (OMS, 1994).

O controle e a fiscalização de anticoncepcionais, por sua vez, foram ampliados, mas a distribuição irregular e a falta de informações claras para as usuárias ainda representam desafios, especialmente para mulheres em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2021).

c) Previdência Social

As demandas relacionadas à previdência social na "Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes" buscavam corrigir desigualdades de gênero no acesso e nos benefícios previdenciários. Foi reivindicada a equiparação de direitos entre homens e mulheres, considerando as especificidades do trabalho feminino, especialmente em atividades não formalizadas, como o trabalho doméstico e rural.

A Constituição de 1988 reconheceu o direito à aposentadoria para trabalhadoras rurais, uma vitória significativa que garantiu um mínimo de seguridade social para mulheres que desempenham atividades fundamentais para a economia do país (Brasil, 1988). Contudo, desafios permanecem em relação ao acesso a esses benefícios devido à informalidade e à dificuldade de comprovação documental.

Quanto ao trabalho doméstico, embora este tenha sido parcialmente regulamentado e incluído no regime de previdência social, persistem lacunas, especialmente na formalização dos contratos e na garantia de contribuições previdenciárias regulares (Brasil, 2013). Essas questões afetam desproporcionalmente mulheres negras e de baixa renda.

d) Direitos Reprodutivos e Corporais

A garantia de decidir sobre o próprio corpo e o acesso a métodos anticoncepcionais gratuitos foram incorporados às políticas públicas, principalmente pelo SUS (Brasil, 1990). Apesar de discussões contínuas, os avanços na implementação de políticas que garantam o aborto seguro são mínimos. Mulheres em situação de vulnerabilidade ainda enfrentam altos riscos em decorrência de abortos clandestinos (Diniz, 2016).

A inclusão de programas de educação em saúde, especialmente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, enfrenta resistências culturais e políticas. Apesar de esforços em algumas regiões, ainda há carência de iniciativas amplas e bem estruturadas que promovam a conscientização desde a infância (OMS, 1994).

e) Reconhecimento da Maternidade e Paternidade

O reconhecimento da maternidade e da paternidade como papéis sociais importantes foi parcialmente efetivado. Políticas como a licença maternidade e paternidade estão instituídas, mas a licença paternidade é significativamente menor, perpetuando a desigualdade na divisão de responsabilidades familiares (Brasil, 1988).

A garantia de direitos como amamentação, educação e suporte para as famílias contribui para a promoção de uma sociedade mais equitativa. Dessa forma, a criação de creches públicas teve avanços significativos, mas ainda não atende à demanda, principalmente em áreas de baixa renda. Isso dificulta a inserção das mulheres no mercado de trabalho e perpetua desigualdades de gênero (IPEA, 2021).

No próximo item, serão analisados os dados epidemiológicos mais recentes sobre a saúde da mulher, com o objetivo de verificar como essas políticas têm se refletido na prática. Essa análise quantitativa permitirá examinar a qualidade dos serviços oferecidos às mulheres, avaliando indicadores como mortalidade materna, cobertura vacinal e acesso a cuidados de saúde reprodutiva. A comparação entre as demandas históricas da Carta e os dados atuais possibilita uma reflexão crítica sobre os avanços e as lacunas ainda presentes na promoção da saúde da mulher no Brasil.

4.2.Dados epidemiológicos sobre a saúde das mulheres

Para aprofundar a análise da assistência prestada à mulher no âmbito da saúde, torna-se essencial examinar dados quantitativos que reflitam a qualidade dos serviços oferecidos. Essas informações permitem avaliar a qualidade dos serviços oferecidos, identificar desigualdades e propor melhorias que promovam a equidade e a eficiência no atendimento à saúde da mulher. Isso permite que políticos, gestores e profissionais da saúde compreendam melhor os determinantes e condicionantes que impactam a saúde da mulher, cujos princípios fundamentais já foram defendidos na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987. Nesse contexto, são apresentados a seguir dados coletados do Boletim Epidemiológico de 2023, elaborado pelo Ministério da Saúde, que oferecem uma análise comparativa ao longo de diferentes períodos. Este texto examina os principais aspectos apresentados no Boletim, destacando aspectos teóricos e suas implicações práticas.

Considerando o conjunto de cuidados da saúde reprodutiva, é importante ser levado em consideração os cuidados pré-natais, visto que a interação gestante-profissional da saúde potencializa o pré-natal, que influencia no parto e saúde da mãe e do nascido. Abaixo, são discriminadas a quantidade de mulheres cujo pré-natal é considerado inadequado, seja por não fazerem o pré-natal, por iniciarem este após o terceiro mês de gravidez, ou por fazerem até três consultas durante este período.

Tabela 01: Dados Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de quantidade de pré-natais inadequados

PRÉ NATAL INADEQUADO		
Raça/cor	2014	2021
Quantidade Geral	632.832	444.825
Porcentagem de pardas	62,9	64,3
Porcentagem de brancas	25,2	22,6
Porcentagem de pretas	6,5	8,1
Porcentagem de indígenas	1,6	2,3
Porcentagem de amarelas	0,4	0,4

Fonte: Boletim Epidemiológico (2023)

A redução de 30% na quantidade de mulheres com pré-natal inadequado entre 2014 e 2021 poderia, à primeira vista, ser interpretada como um avanço significativo nas políticas públicas de saúde materna. No entanto, ao se aprofundar na análise dos dados, percebe-se que

essa melhora ocorreu exclusivamente entre mulheres brancas, enquanto mulheres negras e pardas não apenas continuam apresentando índices alarmantes de atendimento inadequado, como também enfrentam um aumento proporcional nesse indicador. Em 2021, mulheres pardas e pretas representam 72,4% das gestantes com pré-natal inadequado, um percentual superior ao de 2014, evidenciando que os avanços na saúde materna não têm sido distribuídos de forma equitativa.

Essa discrepância reflete barreiras estruturais profundas no acesso aos serviços de saúde, que não podem ser analisadas apenas sob a ótica de gênero. Mulheres negras e pardas tendem a ocupar posições mais precarizadas no mercado de trabalho, possuir menor acesso a serviços de saúde privados e residir em áreas com infraestrutura insuficiente, onde a oferta de atendimento médico é limitada. Além disso, enfrentam discriminação racial dentro do próprio sistema de saúde, um fator amplamente documentado e reconhecido a partir da criação da Política Nacional de Saúde Integral a População Negra (PNSIPN). Essas mulheres frequentemente relatam menor acolhimento por parte dos profissionais de saúde, maior subestimação de suas dores e sintomas e atendimento precário durante o pré-natal e o parto.

O caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira representa essas questões supracitadas. Ela, uma mulher afro-brasileira de 28 anos e baixa renda, em novembro de 2002, durante o sexto mês de gestação, buscou atendimento em um centro de saúde local devido a náuseas intensas e fortes dores abdominais, tendo recebido apenas medicação para os sintomas e sendo liberada. Dois dias depois, com a piora de seu estado, retornou ao centro de saúde, onde foi constatada a morte fetal intrauterina. Após a indução do parto e procedimentos subsequentes, seu quadro agravou-se, vindo a óbito em 16 de novembro de 2002, após atrasos no atendimento e na transferência para uma unidade hospitalar adequada.

Após a ineficácia das medidas judiciais internas, organizações como Center for Reproductive Rights e a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos levaram o caso ao Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) das Nações Unidas em 2007. Em 2011, o CEDAW responsabilizou o Estado brasileiro pela morte de Alyne, destacando a falha em fornecer serviços de saúde materna adequados e oportunos, especialmente para mulheres de minorias raciais e socioeconômicas vulneráveis.

A teoria da interseccionalidade, desenvolvida por Kimberlé Crenshaw (1989), é essencial para compreender essa realidade, pois destaca como múltiplos sistemas de opressão se sobrepõem e afetam determinados grupos de maneira diferenciada. Nesse caso, não basta analisar as desigualdades no pré-natal apenas sob o viés de gênero; é necessário considerar que

mulheres negras e pardas enfrentam uma intersecção de opressões relacionadas à raça, à classe social e à estrutura do sistema de saúde.

Dessa forma, a persistência dessas desigualdades no pré-natal revela um limite das políticas públicas universais, que, ao não incorporar de maneira efetiva uma abordagem múltipla, acabam reproduzindo desigualdades históricas. Para reverter esse quadro, é fundamental que as políticas de saúde materna incluam recortes raciais e socioeconômicos em sua formulação e implementação, garantindo que os avanços na qualidade do atendimento pré-natal beneficiem todas as mulheres, independentemente de sua raça ou classe social. Além disso, mecanismos legais que assegurem a responsabilização do Estado em casos de negligência e discriminação nos serviços de saúde são essenciais.

A seguir, são expostos a quantidade de crianças nascidas de gestantes adolescentes comparativamente entre 2010 e 2020. A gravidez na adolescência gera diversos riscos à saúde da mulher, como maior possibilidade de eclâmpsia, endometriose puerperal e infecções sistêmicas. Esses fatores podem levar ao óbito da adolescente, bem como ao nascido.

Tabela 02: Dados Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de nascidos vivos de mães adolescentes

NASCIDOS DE MÃE ADOLESCENTES		
	2010	2021
Quantidade Geral	552.630	363.795
Meninas de 10 a 14 anos	27.049	17.407
Meninas de 15 a 19 anos	525.581	346.388

Fonte: Boletim Epidemiológico (2023)

A queda significativa no número de nascimentos entre mães adolescentes, representando uma redução de 34,2%, reflete um fenômeno multifatorial que pode ser compreendido à luz de algumas abordagens. Esse resultado evidencia mudanças culturais, avanços em políticas públicas e o impacto de programas educativos e de saúde reprodutiva. Segundo a teoria da transição demográfica, conforme as sociedades se desenvolvem econômica e socialmente, há uma transição de altos para baixos índices de fertilidade (Caldwell, 1976). No Brasil, fatores como urbanização, acesso ampliado à educação e maior participação da mulher no mercado de trabalho contribuíram para essa mudança. A escolaridade, em particular, desempenha um papel crucial, pois adolescentes com maior nível educacional tendem a adiar a maternidade para priorizar outras oportunidades de vida.

Além disso, políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva, como o Programa Saúde na Escola (PSE), desempenharam um papel essencial na redução da gravidez na adolescência. Essas iniciativas promoveram a educação sexual, o acesso a métodos contraceptivos e a conscientização sobre a importância do planejamento familiar (Brasil, 2021). A expansão dos serviços de saúde e a distribuição de anticoncepcionais gratuitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram determinantes para ampliar o acesso de adolescentes a informações e recursos necessários para evitar gestações precoces.

Além disso, o empoderamento feminino e a discussão sobre direitos reprodutivos têm fortalecido a autonomia das jovens, permitindo que priorizem o desenvolvimento pessoal e profissional antes de assumirem a maternidade. Apesar dos avanços, ainda existem desafios para garantir que todas as adolescentes tenham acesso igualitário à educação sexual e à saúde reprodutiva. Portanto, a redução significativa no número de nascimentos entre mães adolescentes representa um avanço relevante no contexto da saúde pública brasileira. Esse fenômeno reflete não apenas os impactos positivos das políticas públicas, mas também as mudanças culturais e sociais que estão moldando o comportamento reprodutivo das adolescentes. Contudo, é essencial continuar investindo em programas que promovam a equidade e que considerem as diversas dimensões das desigualdades sociais, garantindo que todas as jovens tenham oportunidades iguais para exercer sua autonomia reprodutiva.

Quanto ao óbito de mulheres, por sua vez, muitas vezes podem ser prevenidas por meio de ações nos serviços de saúde, seja por novas tecnologias, seja por estratégias inovadoras. Assim, no Boletim Epidemiológico, foram classificadas mortes de mulheres por causas chamadas evitáveis, como será descrito a seguir.

Tabela 03: Dados Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de quantidade de óbitos por causas evitáveis em mulheres de 5 a 74 anos

ÓBITOS DE MULHERES DE 5 A 74 ANOS (%)		
	2012	2021
Óbitos evitáveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências)	10,8	5,6
Óbitos evitáveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna	0,9	1,0
Óbitos evitáveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis	74,1	45,5

Óbitos evitáveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas	14,1	9,1
Óbitos evitáveis por ações de imunoprevenção	0,1	38,8

Fonte: Boletim Epidemiológico (2023)

Os dados apresentados no quadro evidenciam dois aspectos importantes: a estabilidade preocupante no percentual de óbitos maternos (1% em 2021) e o aumento considerável de mortes evitáveis por meio de ações de imunoprevenção. Garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como oferecer atendimento integral e de qualidade às gestantes e recém-nascidos, é crucial para a redução da mortalidade materna. Quanto ao aumento alarmante nos óbitos evitáveis por imunoprevenção, isso se deve, em grande parte, à pandemia de COVID-19³, que poderia ter sido mitigada com a vacinação adequada. A pandemia destacou a fragilidade dos sistemas de saúde pública, ressaltando a importância de programas de vacinação eficazes. Nesse contexto, é fundamental fortalecer as estratégias de promoção à saúde e prevenção, alinhando-se aos princípios bioéticos da Declaração de Helsinque (WMA, 1964).

Tratando-se de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que correspondem as cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes, apresentam cerca de 74% das mortes do mundo, além da perda de qualidade de vida. Devido a isto, a discussão acerca das taxas de mortalidade de mulheres por DCNT, em especial fazendo um recorte racial, devem ser analisadas.

Tabela 04: Dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) de quantidade de óbitos por DCNT em mulheres de 30 a 69 anos

ÓBITOS POR DCNT (/100 mil mulheres)		
Raça/cor	2000	2020
Taxa de pardas	205,3	284,1
Taxa de brancas	492,5	315,7
Taxa de pretas	455,3	419,2
Taxa de indígenas	147,7	184,3
Taxa de amarelas	225,3	135,3

³ De acordo com o Ministério da Saúde, a covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Em 11 de março de 2020, a OMS caracteriza a COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), declarando seu fim apenas em 2023.

Fonte: Boletim Epidemiológico (2023)

Os dados apresentados no Quadro 8 elucidam as desigualdades sociais no âmbito da saúde dentro da própria população feminina brasileira. As DCNT representam 74% das mortes no mundo, sendo um desafio significativo para a saúde pública. Entre 2000 e 2020, a taxa de mortalidade por DCNT entre mulheres pardas aumentou de 205,3 para 284,1 por 100 mil habitantes, enquanto entre mulheres brancas houve redução de 492,5 para 315,7 por 100 mil habitantes. No entanto, para uma compreensão mais precisa dessas variações, é fundamental considerar a evolução da população feminina nesse período.

Em 2000, a população feminina brasileira era composta predominantemente por mulheres brancas (52,5%) e pardas (39,2%), segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já em 2010, essa distribuição mudou, com uma redução da população branca para 47,7% e um aumento na população parda para 43,1%, iniciando uma transição na autodeclaração racial e um crescimento relativo da população negra e parda. Embora não haja dados censitários definitivos para 2020, as estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) sugerem que uma tendência de crescimento da população parda e preta se manteve, com a população feminina seguindo padrões semelhantes à população geral.

Esses dados refletem desigualdades sociais estruturais, reforçando a necessidade de uma abordagem intersetorial e equitativa para o controle dos fatores de risco, como tabagismo, alimentação deficiente e acesso desigual aos serviços de saúde, conforme sugerido por Dahlgren e Whitehead (1991). O desenvolvimento de políticas públicas que interfiram nos fatores de risco dessas doenças, incluindo o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e a precarização do atendimento em saúde, deve integrar uma abordagem transversal que leve em consideração as desigualdades raciais e socioeconômicas.

A disparidade entre a redução da taxa de mortalidade por DCNT entre mulheres brancas e o aumento desse indicador entre mulheres pardas também pode ser explicada pelo acesso diferenciado a serviços de saúde. O racismo estrutural dentro do sistema de saúde afeta diretamente a qualidade do atendimento oferecido às mulheres negras e pardas, levando à subnotificação de sintomas e à menor adesão a programas de prevenção e tratamento. A desigualdade na distribuição da infraestrutura de saúde também é um fator agravante, pois muitas dessas mulheres residem em regiões periféricas ou áreas com menor disponibilidade de serviços especializados.

Portanto, para garantir que as políticas públicas sejam realmente exclusivas e efetivas, é necessária uma formulação de estratégias que levem em conta as relações entre raça, classe e gênero, promovendo medidas específicas para reduzir as desigualdades na atenção à saúde da mulher no Brasil.

Por fim, os cânceres de mama e colo de útero são doenças que mais afligem as mulheres no mundo, apresentando um problema de saúde pública universal. Diante da evidente necessidade de ações para evitar essa neoplasia, abaixo são dispostas as taxas de mortalidade dos cânceres, comparando os anos de 2010 e 2021.

Tabela 05: Dados Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) da taxa de mortalidade da mulher por câncer de mama e de colo de útero

TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER (/100 mil habitantes)		
Ano	2010	2021
Câncer de mama	20,5	21,7
Câncer de colo do útero	8,5	8,9

Fonte: Boletim Epidemiológico (2023)

Dados preocupantes são evidenciados no quadro acima. Os cânceres de mama e de colo do útero continuam sendo um problema de saúde pública, com taxas de mortalidade diminuídas maiores em 2021 (21,7 e 8,9 por 100 mil habitantes, respectivamente) em comparação a 2010. Essas taxas indicam a persistência da doença crônica na população feminina brasileira e refletem barreiras no acesso aos serviços preventivos de saúde. O acesso limitado a exames como mamografia e Papanicolau contribui diretamente para esses índices, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno.

Além disso, a evolução da população feminina no Brasil entre 2000 e 2020 deve ser considerada na análise desses indicadores. Esse crescimento da população feminina parda e preta reflete mudanças demográficas e sociais e ressalta a necessidade de políticas públicas que levem em conta desigualdades estruturais no acesso à saúde. Essas barreiras são frequentemente mais evidentes em populações vulneráveis, como mulheres negras, indígenas e de baixa renda, que enfrentam desafios estruturais adicionais para obter atendimento preventivo. A desigualdade no acesso a exames preventivos e tratamento precoce entre diferentes grupos raciais e socioeconômicos impacta diretamente as taxas de mortalidade, exigências de saúde pública mais inclusivas e externas para a equidade.

Políticas públicas focadas na ampliação do acesso à saúde e na educação em saúde são primordiais para reduzir a mortalidade por essas doenças, bem como a necessidade de reforçar a prevenção e o diagnóstico precoce. Essas medidas devem estar alinhadas ao conceito de pobreza política traga por Frizzo (2005), que evidencia como mulheres pobres enfrentam maiores dificuldades no acesso a serviços de saúde devido a fatores estruturais e sociais que perpetuam desigualdades. Nesse contexto, é crucial identificar e tratar condições de risco antes que se agravem, por meio de ações preventivas e inclusivas.

4.3. Avanços e Desafios: uma Perspectiva Multidisciplinar

A saúde pública no Brasil, em especial no que se refere às mulheres, é um campo marcado por avanços e desafios contínuos. A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe inovações significativas ao estabelecer o direito universal à saúde, impulsionando a criação de políticas específicas para reduzir desigualdades e promover a equidade de gênero. Apesar disso, a implementação dessas políticas enfrenta barreiras estruturais que dificultam o acesso equitativo aos serviços de saúde. Neste item será apresentada uma análise dos dados disponíveis e de artigos relevantes, explorando a evolução das políticas públicas de saúde para as mulheres, bem como desafios e lacunas em seu acesso. A partir dessa análise, são discutidos os avanços em áreas como direitos reprodutivos, equidade étnica e de gênero, acesso aos serviços de saúde e a participação social na formulação dessas políticas.

a) Políticas públicas de saúde para mulheres

Uma das iniciativas para o desenvolvimento de políticas de saúde para a mulher foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que trouxe uma abordagem ampliada, inovadora e interdisciplinar para a saúde da mulher. O PAISM não se limitou à saúde reprodutiva, mas incluiu ações preventivas relacionadas à violência contra a mulher, ao planejamento familiar e à saúde mental (Brasil, 1990). Essa política pública refletiu um avanço em direção à igualdade de gênero, ao considerar as mulheres como protagonistas no cuidado com a própria saúde e ao ampliar os serviços de saúde especializados e integrados, compreendendo o bem-estar feminino como um aspecto multidisciplinar.

Entre os programas que desenvolvem de forma expressiva para a redução da mortalidade materna, destaca-se a Rede Cegonha, lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde. Esse programa melhorou o acesso ao pré-natal e ao parto humanizado, ao mesmo tempo em que promoveu o planejamento sexual e reprodutivo. As ações da Rede Cegonha incluem a

ampliação dos exames pré-natais, o aumento do número de leitos em maternidades e UTIs neonatais e a reestruturação dos serviços de saúde para garantir uma ambiência adequada às necessidades das gestantes e dos recém-nascidos (Brasil, 2011). O impacto desse programa foi reconhecido pela diminuição das complicações durante a gravidez e o parto, além de ter fortalecido o direito à saúde integral para mulheres e crianças.

Outro aspecto relevante das políticas públicas foi a realização de campanhas nacionais de prevenção e rastreamento de doenças, como o câncer de colo do útero e o câncer de mama. Essas campanhas, em parceria com serviços do SUS, viabilizaram o acesso gratuito a exames preventivos como o Papanicolau e a mamografia, resultando em diagnósticos precoces e maior controle das doenças (Souza e Silva, 2019). Essas ações são importantes para a autonomia da mulher para com o seu corpo, bem como ampliar o serviço integral à saúde da mulher.

Essas políticas estão em conformidade com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), especialmente o ODS 5, que busca promover a igualdade de gênero e a valorização de mulheres e meninas. O fortalecimento das políticas de saúde para mulheres, ao garantir o acesso a serviços preventivos e reprodutivos, contribui para o desenvolvimento sustentável, na medida em que reduz as desigualdades sociais e permite às mulheres maior inserção no mercado de trabalho e na vida pública (ONU, 2024).

Além disso, a nova abordagem nas políticas de saúde proporcionou uma melhoria nos indicadores de saúde da mulher, bem como reduziu desigualdades históricas relacionadas ao gênero. No entanto, os desafios permanecem, como a necessidade de maior integração entre as diferentes esferas de governo para garantir que as ações cheguem às populações mais vulneráveis, incluindo mulheres negras, indígenas e de áreas rurais, que enfrentam barreiras adicionais no acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2019). Assim, a continuidade e o aperfeiçoamento dessas políticas são fundamentais para consolidar os direitos das mulheres e promover uma sociedade mais justa e equitativa.

b) Acesso à saúde

Apesar dos avanços nas políticas públicas, diversas barreiras ainda limitam o acesso de mulheres de grupos específicos aos serviços de saúde no Brasil. Mulheres negras, indígenas e de baixa renda enfrentam desafios associados a fatores estruturais, como localização geográfica, desigualdades econômicas, ausência de infraestrutura e discriminação racial e de gênero. Estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) revelam que essas mulheres, em especial aquelas residentes nas regiões Norte e Nordeste, estão em desvantagem significativa no acesso a serviços especializados e preventivos. Griffin (2002) reforça que a pobreza e as desigualdades de gênero e raça se entrelaçam, criando barreiras adicionais para

essas mulheres no acesso a serviços de saúde e outros direitos básicos, exigindo políticas públicas que considerem essas múltiplas dimensões da vulnerabilidade.

A localização geográfica é um fator crítico que impacta o acesso aos serviços. Em regiões rurais e em áreas urbanas periféricas, a carência de unidades de saúde próximas faz com que muitas mulheres precisem percorrer grandes distâncias para obter atendimento. Esse cenário é agravado pela escassez de profissionais capacitados nessas localidades, bem como pela precariedade das condições de transporte e comunicação. Dados levantados pelo Painel de Monitoramento da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde indicam que as taxas de mortalidade materna e infantil são mais elevadas em áreas com menor acesso a serviços de saúde de qualidade, destacando a importância de políticas públicas direcionadas para essas regiões (Brasil, 2021).

A discriminação estrutural é outro elemento que afeta o acesso as mulheres de forma equitativa. De acordo com o IBGE (2019), as mulheres negras e indígenas frequentemente enfrentam barreiras implícitas no atendimento, como preconceitos e estereótipos que dificultam a busca por cuidados adequados. Mulheres pertencentes a esses grupos relatam experiências de discriminação ao tentar acessar serviços de saúde, o que reforça a necessidade de políticas inclusivas que considerem as especificidades culturais e sociais de cada grupo.

Os dados epidemiológicos desempenham um papel fundamental na identificação dessas desigualdades e na formulação de políticas públicas. Ao monitorar indicadores como taxas de mortalidade materna, acesso ao pré-natal, cobertura vacinal e prevalência de doenças crônicas, é possível avaliar a eficácia das intervenções em saúde e direcionar recursos para áreas que refletem de maior atenção (Souza e Silva, 2019). Esses dados também fornecem evidências sobre a disparidade no acesso, permitindo que governos e gestores desenvolvam estratégias mais equitativas e baseadas em evidências.

Programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Rede Cegonha apresentam benefícios na ampliação do acesso à saúde. A ESF atua por meio de equipes multidisciplinares que realizam visitas domiciliares e atendimentos em áreas de difícil acesso, promovendo a atenção primária e a prevenção de doenças. Já a Rede Cegonha, lançada em 2011, visa garantir o acesso integral ao pré-natal, ao parto humanizado e ao acompanhamento de recém-nascidos, reduzindo as taxas de mortalidade materna e infantil em diversas regiões (Brasil, 2011).

Entretanto, essas políticas ainda enfrentam desafios relacionados à capilaridade e à sustentabilidade. Há necessidade de maior investimento em infraestrutura e na formação de profissionais para atuar em locais remotos, bem como de uma gestão mais integrada entre os níveis municipal, estadual e federal. Silva, Domingos, Leite e Sousa (2015) ressaltam que o

direito à saúde, consagrado na Constituição Federal, é um fundamento essencial para o exercício pleno da cidadania e uma estratégia crucial para a superação do racismo e a promoção da igualdade racial. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foram desenvolvidas com o propósito de assegurar a essas populações o acesso equitativo a serviços e ações de saúde, considerando suas especificidades étnicas e culturais. No entanto, para alcançar plenamente esses objetivos, é necessário que tais políticas sejam continuamente reforçadas, enfrentando as barreiras estruturais e o racismo institucional que ainda limitam a eficácia dessas iniciativas (Brasil, 2021).

Portanto, a combinação de políticas públicas efetivas, dados epidemiológicos precisos e estratégias de intervenção direcionadas são essenciais para garantir o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde. A superação dessas barreiras é um passo fundamental para promover a justiça social e a melhoria dos indicadores de saúde das mulheres no Brasil.

c) Equidade de gênero

A criação e implementação de políticas públicas no Brasil são fortemente influenciadas pelas desigualdades estruturais de gênero. Tais desigualdades, que permeiam as esferas econômica, social e política, criam barreiras que limitam o acesso das mulheres aos direitos básicos, incluindo o direito à saúde, ao trabalho e à proteção contra a violência. As políticas públicas desenvolvidas nas últimas décadas buscaram reduzir essas desigualdades, com iniciativas que promovam a saúde integral das mulheres e a equidade de gênero. No entanto, os resultados variam conforme o contexto social e as disparidades regionais, com mulheres de baixa renda, negras e indígenas enfrentando desafios mais acentuados (IBGE, 2019).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984 e consolidado após a Constituição de 1988, foi uma resposta pioneira para enfrentar essas desigualdades. O PAISM inovou ao considerar que as mulheres têm necessidades específicas de saúde que vão além da função reprodutiva, integrando questões como o planejamento familiar, os direitos reprodutivos, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a atenção às vítimas de violência doméstica (Brasil, 1990). Essa abordagem contribuiu para transformar o cenário da saúde da mulher no Brasil, para garantir que as mulheres passassem a ser vistas como sujeitas de direitos no sistema de saúde. O programa também reforça a necessidade de atenção integral e contínua em todas as etapas da vida da mulher, desde a adolescência até a terceira idade.

Entre os marcos históricos que influenciaram essas mudanças, destaca-se a Constituição de 1988, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Esse dispositivo legal está localizado na base da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que incorpora os princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento. A criação do SUS permitiu que programas como o PAISM fossem implementados no âmbito nacional, promovendo maior acesso aos serviços de saúde para mulheres em regiões urbanas e rurais.

Outro marco relevante foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, que teve um impacto significativo na política de saúde brasileira. A conferência reforçou a ideia de que a saúde sexual e reprodutiva é um componente essencial dos direitos humanos e do desenvolvimento sustentável (ONU, 2024). Conforme Louro, Felipe e Goellner (2013), a educação sexual desempenha um papel crucial no combate às desigualdades de gênero e na promoção da autonomia sobre o corpo e a sexualidade, visto que uma educação sexual "sistemática, corajosa, honesta e politicamente interessada com a crítica desses modelos de desigualdade sexual, de gênero, de etnia, de raça, de geração, de classe, de religião, etc" desestabiliza a hierarquização das diferenças, temas que foram incorporados nas políticas de saúde após esse evento internacional. Assim, a conferência influenciou diretamente a inclusão de pautas como educação sexual, igualdade de gênero e prevenção de doenças reprodutivas nos programas de saúde no Brasil.

Apesar desses avanços, os desafios estruturais ainda limitam o alcance das políticas públicas. Um exemplo claro é a divisão desigual do trabalho doméstico, que sobrecarrega as mulheres e reduz suas oportunidades de participação no mercado de trabalho formal e na política. Dados do IBGE (2019) mostram que as mulheres dedicam, em média, o dobro do tempo dos homens às tarefas domésticas e ao cuidado de familiares, o que perpetua desigualdades econômicas e sociais. Essa sobrecarga impacta também a saúde mental e física das mulheres, evidenciando a necessidade de políticas integradas que promovam a corresponsabilidade no cuidado familiar.

Além disso, o acesso desigual ao mercado de trabalho reflete e intensifica as desigualdades de gênero. Mulheres enfrentam maiores dificuldades para obter empregos formais e frequentemente ocupam posições precárias, com baixos salários e pouca ou nenhuma proteção social. Griffin (2002) ressalta que a pobreza e a desigualdade afetam de forma desproporcional as mulheres, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, o que compromete seu acesso a direitos fundamentais, como saúde, educação e segurança econômica. Esses fatores dificultam o acesso a serviços de saúde de qualidade, principalmente em áreas

periféricas e rurais, reforçando a importância de políticas públicas que integrem ações de saúde, educação e inclusão econômica.

Portanto, o PAISM e outros programas derivados de marcos históricos, como a Constituição de 1988 e a Conferência do Cairo, desempenharam um papel crucial na redução das desigualdades de gênero no Brasil. No entanto, é necessário avançar na implementação de políticas públicas mais equitativas, que considerem as múltiplas dimensões dessas desigualdades, para que as mulheres possam exercer plenamente seus direitos e alcançar melhores condições de vida.

d) Equidade étnica e racial

A interseccionalidade, conceito desenvolvido por Crenshaw (1989), reconhece que as desigualdades sociais são estruturadas por múltiplos eixos de opressão, como raça, gênero e classe. Pereira (2021) discute que a interseccionalidade, além de um conceito teórico, tem sido um importante recurso metodológico para compreender como essas opressões se manifestam e são reproduzidas em políticas públicas. No contexto das políticas públicas de saúde no Brasil, essa abordagem tem sido incorporada de forma limitada, embora avanços importantes tenham ocorrido com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Essa política visa atender às necessidades específicas de mulheres negras, que apresentam indicadores alarmantes, como taxas mais elevadas de mortalidade materna e menor acesso ao pré-natal adequado (Brasil, 2021).

Gonzalez (2020) argumenta que o racismo e o sexismo estruturais são fatores que reforçam a exclusão social de mulheres negras na América Latina, impactando diretamente seu acesso a serviços essenciais como saúde e educação. Nesse contexto, a política nacional busca enfrentar essas desigualdades históricas, promovendo o acesso a serviços de saúde mais inclusivos e que considerem as especificidades culturais e sociais dessas mulheres.

Dados epidemiológicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Painel de Monitoramento da Saúde da Mulher evidenciam lacunas na implementação dessas políticas. Temos como evidência as taxas de mortalidade materna entre mulheres negras, que são cerca de 60% mais altas do que entre mulheres brancas, em grande parte devido a atrasos no acesso a cuidados de saúde de emergência, diagnóstico tardio e discriminação nos serviços de saúde (IBGE, 2019). Além disso, mulheres indígenas enfrentam problemas semelhantes, agravados pela localização geográfica de suas comunidades, muitas vezes afastadas de centros urbanos e de unidades básicas de saúde (Brasil, 2021).

Essas desigualdades são intensificadas por fatores socioeconômicos que restringem o acesso a serviços de saúde de qualidade. Mulheres negras e indígenas frequentemente se encontram em condições de pobreza ou em ocupações informais, o que limita o acesso a benefícios como planos de saúde privados e transporte para serviços médicos (IBGE, 2019). Essa situação é exacerbada pela discriminação racial, que se manifesta em práticas como a omissão de diagnósticos, o tratamento negligente e a demora no atendimento. Essas barreiras estruturais afetam tanto a saúde física quanto mental dessas mulheres, perpetuando um ciclo de exclusão e vulnerabilidade.

A ausência de uma abordagem plenamente integrada nas políticas de saúde contribui para a manutenção dessas lacunas. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha como princípio a universalidade, as desigualdades raciais e de gênero são pouco consideradas na formulação de muitas políticas públicas. Silva, Silva e Rodriguez (2020) destacam que o racismo institucional, aliado a outras formas de opressão, limita o acesso de mulheres negras e indígenas a serviços essenciais, reforçando as desigualdades históricas. Biroli (2018) complementa essa análise ao afirmar que as desigualdades de gênero e raça no Brasil não apenas restringem o acesso a direitos sociais, mas também enfraquecem os limites da democracia ao excluir mulheres de grupos marginalizados das decisões políticas que afetam suas vidas.

Programas como a Estratégia Saúde da Família e a Rede Cegonha demonstraram algum sucesso em ampliar o acesso a cuidados de saúde em áreas vulneráveis, mas ainda carecem de estratégias que abordem diretamente essas questões estruturais e as especificidades culturais de diferentes grupos étnicos.

Portanto, é fundamental que as políticas públicas adotem medidas mais efetivas para enfrentar essas desigualdades, fortalecendo a integração no planejamento e na execução das ações em saúde. Isso inclui a capacitação de profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural, a alocação de recursos para regiões com maior concentração de mulheres negras e indígenas e o monitoramento constante dos indicadores de saúde, a fim de avaliar e ajustar as políticas implementadas.

e) Participação social

A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, elaborada em 1987, representou uma mobilização histórica dos movimentos feministas e sociais, que reivindicaram a inclusão de direitos fundamentais na nova Constituição. Esse documento foi essencial para a garantia de avanços significativos na legislação brasileira, especialmente no que se refere ao direito universal à saúde, à proteção contra a violência e à igualdade de gênero (Brasil, 1988). A Carta

demandava políticas que assegurassem assistência integral à saúde da mulher, com foco na saúde reprodutiva, na proteção contra a violência e no acesso a serviços especializados.

Essas reivindicações foram incorporadas na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantindo acesso universal e integral aos serviços de saúde (Brasil, 1988). Também foram criados dispositivos que reconhecem a necessidade de proteção especial às mulheres, incluindo a prevenção e o combate à violência doméstica. Esses avanços legislativos constituíram a base para a criação de políticas públicas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, posteriormente, a Rede Cegonha, que visa garantir o atendimento humanizado durante o pré-natal e o parto (Brasil, 2011).

A participação social foi um elemento-chave para que essas reivindicações fossem efetivamente incorporadas ao texto constitucional. Os movimentos sociais feministas, por meio de conferências, manifestações e audiências públicas, exerceram pressão política e contribuíram para a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres. A criação de conselhos de saúde em níveis municipal, estadual e nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), consolidou a participação popular no controle e na gestão das políticas de saúde (Souza e Silva, 2019). Esses conselhos garantem que a população, incluindo representantes de grupos femininos, participe ativamente das decisões que afetam o planejamento e a execução das políticas públicas.

Exemplos concretos do impacto da participação popular incluem a Rede de Atenção à Violência Doméstica, que foi criada em resposta às demandas por políticas de proteção às mulheres. Esse serviço oferece apoio psicológico, jurídico e de saúde às vítimas de violência, atuando em articulação com unidades de saúde e delegacias especializadas (Brasil, 2011). Além disso, a ampliação de programas de saúde materna e reprodutiva, como o acesso a métodos contraceptivos e a exames preventivos, também foi impulsionada pela pressão de movimentos sociais que defendem os direitos reprodutivos das mulheres.

No entanto, os desafios persistem para garantir que a participação popular seja efetiva, especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade. Mulheres negras, indígenas e de baixa renda frequentemente enfrentam barreiras para participar de instâncias de decisão, como os conselhos de saúde. Isso se deve, em parte, a fatores socioeconômicos que dificultam o engajamento político, além de práticas discriminatórias que limitam a representatividade nesses espaços (IBGE, 2019). Dessa forma, a criação de políticas que promovam a inclusão e o fortalecimento da voz de grupos marginalizados é essencial para que as demandas da população sejam plenamente atendidas.

Portanto, a participação social foi decisiva para a criação e o aprimoramento de serviços de saúde que atendessem às necessidades das mulheres brasileiras. A mobilização coletiva foi responsável por avanços significativos na saúde pública, mas a continuidade dessa participação e a eliminação das barreiras de acesso à representação política são fundamentais para a consolidação de uma saúde pública equitativa e democrática.

f) Direitos reprodutivos

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, importantes avanços foram alcançados em relação aos direitos reprodutivos das mulheres. O Sistema Único de Saúde (SUS) tornou o acesso gratuito a métodos contraceptivos uma realidade, garantindo que as mulheres possam acessar preservativos, pílulas anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos (DIUs) em unidades básicas de saúde (Brasil, 1990). Um marco significativo foi a regulamentação da laqueadura tubária, estabelecida pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que dispõe sobre o planejamento familiar e os direitos reprodutivos. Essa legislação passou por alterações com a Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, que eliminou a necessidade de autorização conjugal para a realização da laqueadura e conseguiu o tempo mínimo exigido de idade e filhos para a realização do procedimento. Essas mudanças ampliaram a autonomia das mulheres sobre suas decisões reprodutivas, garantindo que possam exercer seu direito ao planejamento familiar de forma mais acessível e segura.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) desempenhou um papel crucial na prevenção de gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Lançado em 1984 e consolidado após a Constituição de 1988, o PAISM adota uma abordagem inclusiva, promovendo o acesso a informações e serviços de saúde reprodutiva para mulheres em todas as fases da vida (Brasil, 2011). Entre as ações implementadas, destacam-se campanhas de educação sexual, distribuição gratuita de preservativos e a ampliação do acesso a exames preventivos, como o Papanicolau. A integração dessas ações no SUS fortaleceu a atenção primária à saúde, com foco na prevenção e no planejamento familiar.

No entanto, apesar desses avanços, barreiras culturais, religiosas e estruturais continuam a limitar o pleno acesso das mulheres aos seus direitos reprodutivos. Questões relacionadas à moralidade religiosa ainda influenciam o debate político e dificultam a implementação de políticas mais abrangentes. A descriminalização do aborto, por exemplo, permanece um dos temas mais controversos e enfrenta forte resistência de setores conservadores da sociedade (Souza e Silva, 2019). Essa resistência se reflete em legislações restritivas, que obrigam muitas mulheres a recorrerem a práticas inseguras, colocando em risco suas vidas e sua saúde.

A influência da bancada religiosa no Congresso Nacional tem desempenhado um papel significativo na formulação e restrição de políticas públicas para a saúde das mulheres no Brasil. Grupos parlamentares ligados a segmentos religiosos, especialmente a orientação de conservadora, frequentemente interferem na definição de diretrizes relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais, impactando legislações sobre planejamento familiar, acesso a contraceptivos e descriminalização do aborto (Machado, 2016). Esse grupo, conhecido como bancada evangélica, tem utilizado sua força política para restringir o avanço de políticas que garantem maior autonomia das mulheres sobre seus corpos, como observado nas tentativas de revogação de diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e nas barreiras à distribuição de contraceptivos e à educação sexual nas escolas (Diniz e Corrêa, 2020).

Somado a isso, em temas como o atendimento a vítimas de violência sexual, a influência da bancada religiosa tem resultado na imposição de entraves burocráticos para a realização de abortos legais, como no caso da resistência à aplicação da Lei nº 12.845/2013, que estabelece a obrigatoriedade do atendimento imediato às vítimas de estupro (Brasil, 2013). Esse contexto reflete o impacto da moral religiosa na formulação de políticas públicas, evidenciando que a interseção entre religião e política continua a ser um desafio para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil.

Além disso, mulheres de baixa renda e pertencentes a grupos socialmente marginalizados, como negras, indígenas e moradoras de áreas rurais, enfrentam maiores obstáculos para acessar serviços de saúde reprodutiva de qualidade. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que essas mulheres estão mais expostas a riscos relacionados à gravidez não planejada e às ISTs devido à falta de acesso a informações, serviços especializados e métodos contraceptivos adequados (IBGE, 2019). A discriminação e o preconceito, muitas vezes presentes nos serviços de saúde, também contribuem para o afastamento dessas mulheres do sistema de saúde, reforçando desigualdades históricas.

Para enfrentar esses desafios, é necessário fortalecer políticas públicas que garantam a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde reprodutiva. Isso inclui a capacitação de profissionais de saúde para lidar com questões de gênero e diversidade, a expansão das ações de educação sexual em escolas e comunidades e o investimento em infraestrutura de saúde em regiões vulneráveis. A promoção de campanhas públicas que combatam estigmas e preconceitos relacionados à sexualidade e aos direitos reprodutivos também é essencial para avançar na garantia desses direitos.

Assim, embora o Brasil tenha registrado progressos importantes nas últimas décadas, a efetivação plena dos direitos reprodutivos requer uma abordagem integrada que considere as dimensões sociais, culturais e econômicas que influenciam o acesso das mulheres a esses direitos. A continuidade das políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva, aliada à redução das barreiras estruturais, é fundamental para promover uma sociedade mais justa e equitativa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou as políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil, considerando seu desenvolvimento histórico, desafios e impactos na promoção da equidade de gênero. A partir da avaliação da implementação dessas políticas, percebe-se que, apesar dos avanços legislativos e institucionais, ainda persistem barreiras estruturais que dificultam o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde para diferentes grupos de mulheres, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, econômica e racial.

Nos tópicos a seguir, será feita uma síntese das respostas aos objetivos do estudo, uma discussão sobre as contribuições teóricas e empíricas da pesquisa e, por fim, a apresentação das limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.

5.1. Síntese das respostas aos objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi avaliar em profundidade as demandas das mulheres relacionadas às políticas públicas de saúde que foram demandadas na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 comparativamente à agenda de saúde que foi implementada.

Assim, a análise revelou que as reivindicações da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987 e a VIII conferência Nacional de Saúde de 1986 tiveram um papel fundamental na formulação de políticas de saúde voltadas para as mulheres, resultando na criação de marcos como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Essas políticas representaram avanços importantes na garantia da saúde integral para as mulheres. No entanto, observou-se que, apesar das conquistas institucionais, ainda há desafios significativos, especialmente na efetivação das políticas e na promoção de um acesso igualitário e universal para todas as mulheres, considerando fatores como raça, território e condição socioeconômica.

Dentre os objetivos específicos, temos:

- a) Analisar o conteúdo e o contexto da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada:

A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987 foi um marco fundamental na construção de políticas de saúde voltadas para mulheres, impulsionando avanços que ainda moldam o cenário atual. Entre as principais demandas, estavam a criação de um Sistema Único

de Saúde (SUS) público e integral, o gerido com participação popular, a garantia de direitos corporais e reprodutivos, como o direito à escolha pela maternidade e o controle sobre o próprio corpo. Essas afirmações refletem um forte desejo de igualdade e autonomia, ancorado em uma participação popular que buscava tornar o SUS uma instituição democrática e acessível a todos, como defendido pela Carta.

Essas demandas deram origem a iniciativas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que trouxe uma abordagem abrangente para a saúde da mulher, ultrapassando uma perspectiva restrita do ciclo reprodutivo e incorporando necessidades de saúde em todas as fases da vida. A participação comunitária na gestão do SUS foi conquistada significativamente, mas enfrentou dificuldades na prática, especialmente na fiscalização de medicamentos e no controle do uso de medicamentos contraceptivos. Os desafios nesse campo incluem a necessidade de estruturas mais sólidas de controle social para garantir a qualidade e a segurança no atendimento, conforme preconizado pelas afirmações da Carta.

Uma análise histórica confirma a importância da Carta de 1987 para garantir que os direitos das mulheres fossem amplamente transferidos e protegidos, promovendo um atendimento mais inclusivo e acessível. Contudo, a aplicação prática dessas políticas ainda apresenta limitações, revelando uma necessidade contínua de fortalecimento das estruturas de controle social e de participação comunitária, bem como mecanismos de fiscalização para que as exigências da Carta sejam cumpridas.

- b) Verificar a trajetória da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada;

A trajetória das políticas de saúde para as mulheres no Brasil, que teve início com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, representa uma série de avanços importantes na busca de um atendimento mais abrangente e acessível. O PAISM foi um marco ao propor uma abordagem integral que contempla não apenas o ciclo reprodutivo, mas a saúde da mulher em todas as suas fases, incluindo prevenção e tratamento de doenças como o câncer de colo de útero e mama, além de cuidados pré-natais e acesso a métodos contraceptivos. Esse programa nasceu de uma análise crítica do movimento feminista sobre as políticas da época, que se limitavam ao ciclo gravídico-puerperal, e propôs uma perspectiva que reconhecia a necessidade de atender as mulheres de forma completa, ampliando seu direito à saúde de forma ampla.

Desde então, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem desempenhado papel essencial na implementação de políticas para mulheres, pautadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A criação do SUS permitiu a elaboração de diversas legislações, garantindo,

por exemplo, o direito ao parto humanizado, ao pré-natal adequado e à mamografia gratuita. Recentemente, o SUS eliminou a exigência de consentimento do patrocínio para a realização da laqueadura e reduziu a idade mínima para o procedimento, ampliando a autonomia das mulheres quanto se trata de seu corpo.

Ainda assim, a equidade dessas políticas enfrenta barreiras significativas. Embora as políticas de saúde tenham evoluído, os dados epidemiológicos revelam que as mulheres negras e indígenas continuam a sofrer com um acesso desigual aos serviços de saúde e enfrentam taxas elevadas de mortalidade por causas evitáveis, o que ressalta a importância de políticas sensíveis às especificidades étnicas raciais e regionais. Em 2015, a criação do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos reforçou uma abordagem integrada das políticas públicas, refletindo a compreensão de que as mulheres enfrentam desafios distintos que desabilita a criação de políticas "genéricas", que não levem em consideração a realidade de cada grupo feminino. A desigualdade permanece uma realidade, particularmente entre mulheres negras e indígenas, que, segundo dados epidemiológicos, enfrentam taxas mais elevadas de mortalidade e acesso limitado a serviços de qualidade.

Outro avanço significativo foi a introdução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, a qual reforçou o compromisso com a humanização e a qualidade dos serviços prestados. Essa política, que passou por atualizações para incorporar novas necessidades, como o atendimento às mulheres rurais, negras, indígenas e com deficiência, reflete um esforço contínuo para promover a equidade de gênero e garantir que as políticas de saúde respondam às demandas de todas as mulheres brasileiras. No entanto, é importante examinar os dados quantitativos na esfera da saúde quando se trata de analisar os avanços e pontos de melhoria. Portanto, a trajetória das políticas de saúde para mulheres no Brasil é marcada por conquistas importantes, mas que ainda exige esforços contínuos para garantir um atendimento verdadeiramente inclusivo e igualitário. A evolução dessas políticas reflete o compromisso de reduzir as desigualdades e promover o acesso universal à saúde, reforçando a importância de uma abordagem que leve em consideração as realidades específicas e a diversificação do público feminino.

- c) Compreender a temporalidade e territorialidade da política de saúde para mulheres a partir da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes em 1987 e a agenda que foi implementada.

Os dados quantitativos analisados demonstram uma evolução importante nas políticas públicas de saúde para mulheres ao longo das últimas décadas, mas com desigualdades significativas em relação a raça e território, revelando desafios persistentes no acesso e na

qualidade dos serviços de saúde. Em 2021, por exemplo, 72,4% das mulheres que tiveram acompanhamento pré-natal inadequado eram pardas ou negras, uma porcentagem que cresceu em relação a 2014, reforçando a vulnerabilidade dessas leis frente à atenção básica de saúde. A territorialidade é outro fator importante, pois regiões menos desenvolvidas continuam a enfrentar dificuldades na implementação de políticas nacionais, destacando a necessidade de políticas que considerem as especificidades locais.

A análise também aponta que, embora o número de nascimentos entre mães adolescentes tenha caído consideravelmente entre 2010 e 2021, riscos graves à saúde, como eclampsia e infecções, continuam ameaçando essa faixa etária, destacando a importância de políticas intersetoriais que sejam educativas e preventivas que possam atender a essas jovens. Outro fator crítico é a mortalidade por causas evitáveis. Dados de 2021 mostram uma alta em mortes que poderiam ser prevenidas por imunoprevenção, em grande parte influenciada pela pandemia de COVID-19, enquanto a mortalidade materna permanece praticamente inalterada, sublinhando a necessidade de ampliação do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Quanto às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a disparidade racial se destaca: enquanto a taxa de mortalidade por DCNT diminuiu para mulheres brancas entre 2000 e 2020, ela aumentou para mulheres pardas e negras, mostrando como fatores sociais e econômicos, assim como a falta de acesso equitativo a serviços de saúde, impactam a saúde dessas questões. Além disso, o câncer de mama e o colo do útero permanecem entre as principais causas de morte entre mulheres, refletindo a necessidade de políticas preventivas mais eficazes e abrangentes, que cheguem na população feminina em sua totalidade.

Em resumo, a análise realizada mostra que, apesar dos avanços significativos desde 1987, ainda há um longo caminho para a efetivação plena das políticas de saúde para mulheres, principalmente em relação à equidade e à universalidade do acesso. As desigualdades persistentes exigem um reforço nas ações de descentralização e fortalecimento da gestão participativa, que são fundamentais para garantir o direito à saúde de maneira integral e justa para todas as mulheres no Brasil.

5.2. Contribuições teóricas e empíricas da pesquisa

O ponto de partida principal e fundamental para a construção de serviços e programas voltados para as ações de saúde reivindicadas pela Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituído pela Constituição de

1988, o SUS representou um marco na democratização do acesso à saúde no Brasil, garantindo o atendimento universal e integral como princípios básicos. Ele possibilitou a formulação de programas e projetos voltados para a saúde das mulheres, além de inspirar legislações posteriores que buscaram preencher lacunas específicas nos serviços inicialmente oferecidos.

Outro avanço significativo foi a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, que, ao ser elevada ao status de Ministério, consolidou uma estrutura governamental dedicada à promoção da equidade de gênero. Esse desempenho da secretaria tem papel central na formulação de políticas intersetoriais, integrando demandas históricas e promovendo ações voltadas à redução das desigualdades enfrentadas pelas mulheres brasileiras.

Historicamente, a construção das políticas de saúde para mulheres reflete as transformações sociais e culturais do país. Inicialmente, o papel feminino era reduzido, perante a sociedade, à criação dos filhos e aos cuidados do lar. Consequentemente, as primeiras políticas externas para as mulheres eram limitadas à gestão e ao parto, ao combate à desnutrição e ao planejamento familiar, priorizando as necessidades reprodutivas em detrimento de uma visão integral de saúde. Apenas com o fortalecimento dos movimentos feministas e após Conferências Internacionais, essa perspectiva começou a mudar, culminando na ampliação do programa materno-infantil. No entanto, essas mesmas mudanças produziram uma visão restrita da mulher, vinculada apenas à maternidade e ao cuidado familiar.

Foi com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que ocorreu uma mudança significativa no paradigma das políticas públicas para a saúde da mulher. O PAISM reconheceu a mulher como sujeito pleno de direitos, ampliando o olhar para suas necessidades em todas as fases da vida. Ele incorporou ações de prevenção, promoção e assistência em saúde, contemplando aspectos que vão além do ciclo reprodutivo, como prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama e colo do útero, e acesso a métodos contraceptivos e assistência integral.

No entanto, embora seja inegável que a Carta tenha impulsionado avanços significativos, como a criação do SUS e a inclusão de programas voltados à saúde da mulher, os desafios persistem. Dados epidemiológicos recentes apontam disparidades regionais, desigualdades de acesso e falta de financiamento adequado como entraves para a efetivação dessas políticas. Em relação à saúde reprodutiva, é evidente que, embora tenha ocorrido uma redução na quantidade de pré-natais inadequadas, mulheres pardas e pretas ainda enfrentam maior risco de receberem um atendimento inadequado durante a gestação. Essa realidade contraria os princípios de universalidade e equidade do SUS, além de expor a necessidade

urgente de políticas que combatam as desigualdades sociais e garantam o acesso igualitário à saúde para todos os grupos femininos.

Quando se observa a mortalidade por doenças crônicas, a desigualdade social dentro do próprio grupo feminino também é alarmante. Mulheres de contextos mais vulneráveis continuam desproporcionalmente expostas a esses agravos, reforçando a necessidade de estratégias intersetoriais que envolvam as três esferas de governo. Essas políticas devem ser distintas não apenas para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também para a promoção de condições de vida mais dignas, que abordem determinantes sociais de saúde como habitação, renda e educação.

Por outro lado, os dados sobre nascidos vivos de mães adolescentes trazem um panorama mais promissor, refletindo os efeitos positivos de estratégias voltadas para a prevenção da gravidez não planejada. A divulgação de informações sobre métodos contraceptivos, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e acesso ampliado aos serviços de saúde demonstrou eficácia na redução dos índices de gravidez na adolescência.

No entanto, a possibilidade de aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 164/2012, que no final de 2024 avançou na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), representa uma ameaça significativa aos direitos reprodutivos conquistados. Essa proposta busca modificar o artigo 5º da Constituição para estabelecer que a vida deve ser protegida desde a concepção, o que, na prática, poderia levar à suspensão do aborto em situações anteriormente permitidas, como em casos de estupro, risco de morte para uma gestante ou anencefalia fetal (PEC 164/2012).

Essa proposta não representa apenas um retrocesso jurídico, mas também coloca em risco a saúde e os direitos fundamentais das mulheres, com o potencial de reverter os avanços conquistados até agora. Ao restringir ainda mais o acesso ao aborto legal, a PEC 164/2012 pode agravar a insegurança das mulheres em situação de vulnerabilidade, forçando-as a recorrer a métodos clandestinos e inseguros, o que aumenta os riscos de mortalidade materna e complicações graves para a saúde da mulher.

Os dados relacionados às taxas de mortalidade por câncer de mama e de colo do útero apresentam um nível crescente em comparação a 2010, reforçando a importância de políticas que promovam a saúde de forma preventiva e contínua. Estratégias como a ampliação de exames de detecção precoce, campanhas educativas e estímulo a práticas de vida saudável são fundamentais para reverter essa tendência e reduzir a mortalidade associada a essas condições.

Por fim, os dados sobre óbitos evitáveis evidenciaram dois pontos cruciais. O primeiro é a relevância da imunização adequada, uma vez que os óbitos evitáveis por imunoprevenção

criaram consideravelmente durante a pandemia de COVID-19, ressaltando a necessidade de campanhas e acesso ampliado às vacinas. O segundo é a persistência de índices elevados de mortalidade materna, que aumentam os avanços observados em outros indicadores. Isso aponta para falhas graves no atendimento à saúde sexual e reprodutiva, no planejamento familiar e no acesso a serviços obstétricos de qualidade, o que demanda intervenções urgentes para garantir o padrão recomendado internacionalmente de atendimento a gestantes e recém-nascidos.

Desta forma, conclui-se que, embora os dados evidenciem avanços significativos em algumas áreas desde a promulgação da Constituição de 1988, persistem desigualdades estruturais e desafios críticos que requerem atenção imediata. O fortalecimento das políticas públicas de saúde para as mulheres deve ser priorizado, com foco na universalidade do acesso, na redução das disparidades raciais e socioeconômicas, e na proteção dos direitos reprodutivos. É necessário um monitoramento contínuo e a ampliação de iniciativas que promovam a equidade e garantam a implementação plena das diretrizes estabelecidas.

Investir em políticas intersetoriais sustentadas pelos princípios do SUS é essencial para promover a equidade e ampliar o alcance dos serviços de saúde, garantindo que todas as mulheres, independentemente de raça, classe ou território, possam usufruir de uma saúde digna e integral. Uma análise dos dados epidemiológicos demonstra que a efetivação desse objetivo é urgente, sendo fundamental para consolidar os avanços conquistados e superar os desafios que ainda limitam o pleno exercício do direito à saúde pelas mulheres brasileiras.

Por fim, Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes de 1987 continua sendo um referencial histórico e político para a defesa dos direitos das mulheres no Brasil. Sua análise permite compreender os avanços obtidos e as lacunas ainda existentes, destacando a importância de um compromisso renovado com a igualdade de gênero e a justiça social.

5.3.Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros

A presente pesquisa inclui algumas características que merecem destaque e reflexão. Primeiramente, uma abordagem mista, que combina dados qualitativos e quantitativos, apresentou desafios metodológicos. A integração de ambas as perspectivas, embora enriquecedora, pode dificultar a coesão e a interpretação dos dados, especialmente ao reunir diferentes tipos de evidências em uma análise unificada. Além disso, a análise qualitativa está sujeita à interpretação do pesquisador, o que pode introduzir visões não intencionais, mesmo com o rigor analítico aplicado.

Outra dificuldade encontrada foi a dificuldade de acesso a dados atualizados e específicos. Muitos indicadores epidemiológicos disponíveis são generalizados, dificultando uma análise mais detalhada das desigualdades enfrentadas por diferentes grupos de mulheres, como características por raça, etnia, classe social e localização geográfica. Essa ausência de dados desagregados compromete uma compreensão mais profunda das disparidades dentro do grupo feminino. Durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), ocorreram episódios que podem ser caracterizados como apagamento de dados relacionados à saúde pública. Um exemplo notável ocorreu em junho de 2020, quando o Ministério da Saúde removeu de sua plataforma oficial os números consolidados de casos e óbitos acumulados de COVID-19 desde o início da pandemia. Após ficar fora do ar, o site retornou exibindo apenas os dados das últimas 24 horas, omitindo o total de infectados e mortos até aquele momento (Novaes, 2020).

Além disso, ao adotar uma abordagem geral para analisar a evolução das políticas públicas de saúde para mulheres com base nas reivindicações expressas na Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, a pesquisa pode ter deixado de explorar iniciativas e programas complementares que contribuem para um entendimento mais completo. Políticas públicas específicas, ou mesmo períodos históricos delimitados, poderiam enriquecer a análise, revelando lacunas mais pontuais que ainda precisam ser superadas.

Outro aspecto importante é que, apesar do esforço para abordar questões intersetoriais, a pesquisa não se aprofundou suficientemente nos impactos de outros determinantes sociais de saúde, como educação, trabalho e habitação. Além disso, mudanças recentes ou políticas em fase de implementação também não foram comprovadas em profundidade, limitando a atualização da análise.

Diante dessas limitações, a pesquisa oferece oportunidades excelentes para estudos futuros que possam abordar questões mais específicas e aprofundadas sobre as políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil.

Diante das especificações identificadas, há diversas oportunidades para a realização de estudos futuros que possam aprofundar o entendimento sobre as políticas públicas de saúde para mulheres no Brasil e abordar questões ainda pouco exploradas. Um ponto de partida relevante seria a realização de análises regionais e locais, investigando o impacto das políticas de saúde em contextos específicos, como áreas urbanas, rurais e indígenas. Essa abordagem permitiria compreender melhor as diferenças no acesso e na efetividade das políticas, destacando a universalidade e as disparidades na aplicação dos serviços.

Outro caminho importante é direcionar estudos para subgrupos frequentemente marginalizados, como mulheres negras, pardas e indígenas. Focar nas necessidades específicas

dessas leis pode revelar desigualdades estruturais ainda mais profundas e oferecer possíveis direcionamentos para a formulação de políticas mais inclusivas e adaptadas às suas realidades.

Além disso, é necessário investigar como as políticas públicas de diferentes setores, como educação, segurança e assistência social, interagem para facilitar ou dificultar o acesso à saúde. A compreensão dessas interações intersetoriais pode ajudar a identificar barreiras adicionais ao acesso e propor soluções mais integradas. Explorar os fatores culturais, religiosos e educacionais que influenciam a adesão às políticas de saúde, especialmente as voltadas para a saúde reprodutiva, também se mostra essencial, uma vez que esses aspectos socioculturais impactam diretamente a efetividade das ações.

Estudos longitudinais também seriam extremamente úteis para acompanhar a evolução dos indicadores de saúde da mulher ao longo do tempo. Essa abordagem permitiria avaliar o impacto contínuo das políticas públicas, bem como medir os efeitos das mudanças legislativas e administrativas sobre a saúde das mulheres. Além disso, pesquisas que investiguem o uso de tecnologias digitais, como telemedicina e aplicativos de saúde, podem trazer contribuições significativas, especialmente no contexto de ampliação do acesso em áreas remotas ou de difícil cobertura pelos serviços tradicionais.

Outra linha de investigação importante seria a avaliação de novas propostas legislativas, como a PEC 164/2012, para analisar seus possíveis impactos nos direitos reprodutivos e na saúde das mulheres. Essa análise é crucial para compreender os desafios e retrocessos que tais medidas podem representar, permitindo estratégias antecipadas para mitigar seus efeitos negativos.

Por fim, estudos comparativos internacionais poderiam identificar boas práticas em políticas de saúde para mulheres em outros países. A adaptação de soluções bem-sucedidas ao contexto brasileiro pode contribuir para o fortalecimento das iniciativas nacionais e para a promoção de uma saúde mais equitativa e universalizada.

6. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Cesáreas respondem por 84% dos partos realizados por planos em 2019**. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-responderem-por-84-dos-partos-realizados-por-planos-em-2019>. Acesso em: 24 jan. 2025.

AGÊNCIA BRASIL. **Entra em vigor lei que permite laqueadura sem autorização do marido**. Revista EXAME. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://exame.com/brasil/entra-em-vigor-lei-que-permite-laqueadura-sem-autorizacao-do-marido/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e cuidado**: Desafios para a prática e a organização dos serviços. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (orgs.). Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Celso Bastos Editor, 2002.

BIROLI, Flávia. **Gênero e Desigualdades**: limites da democracia no Brasil. Boitempo Editorial, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Carta das Mulheres**. Brasília, 1987. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/a-constituente-e-as-mulheres/arquivos/Constituente%201987-1988-Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, 1988.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Relatório anual de gestão participativa. Brasília, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 14.443**, de 2022. Alterações relacionadas à ligadura de trompas. Diário Oficial da União, Brasília, 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. **Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) e do plano nacional de políticas para as mulheres (PNPM)**. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Saúde da mulher brasileira: uma**

perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados sobre saúde da mulher**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Saúde da Mulher**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: diretrizes para atenção integral à saúde da mulher. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, 1990.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Políticas Públicas para as Mulheres**. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/publicacoes/publicacoes/2012/politicas_publicas_mulheres. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e a subversão da identidade. Nova York: Routledge, 1990.

CALDWELL, JC. **Teoria do declínio da fertilidade**. Londres: Academic Press, 1976

CÂMARA DOS DEPUTADOS DO BRASIL. **PEC 164/2012**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=543252>. Acesso em: 01 de dezembro de 2024.

CARLOS, Euzeneia. **As consequências de movimentos sociais na política pública de Direitos Humanos** | SciELO em Perspectiva: Humanas. SciELO em Perspectiva: Humanas |. Disponível em: https://humanas.blog.scielo.org/blog/2022/07/19/as-consequencias-de-movimentos-sociais-na-politica-publica-de-direitos-humanos/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 24 jan. 2025.

CARNEIRO, S. **Políticas para as mulheres**: Avanços e desafios. Revista Gênero & Política, v. 12, n. 3, p. 45-67, 2014.

CEBESWPADMIN. **PEC que impede aborto em caso de estupro avança no Congresso** - Notícias - Cebes. Cebes. Disponível em: <https://cebes.org.br/pec-que-impede-aborto-em-caso-de-estupro-avanca-no-congresso/36377/>. Acesso em: 2 dez. 2024.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society**: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

COSTA, A. M. **Saúde da mulher no Brasil**: avanços e desafios. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, n. 1, p. 25-34, 2018.

COSTA, R. da C. GONÇALVES, J. R.. **O Direito à Saúde, à Efetividade do Serviço e à Qualidade do Acesso às Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher**. Revista JRG de Estudos Acadêmicos - Ano II, volume II, n.4 (jan./jun.) - ISSN: 2595-1661, 2019.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics**. University of Chicago Legal Forum, 1989.

CURITIBA. Secretaria da Educação do Paraná. **As Mulheres e as Leis Brasileiras através da História**. Curitiba, [s.d]. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=841>. Acesso em: 27 jun. 2023.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DINIZ, D.; CORRÊA, S. **O conservadorismo e a política do corpo: gênero e saúde no Brasil contemporâneo**. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. 1-15, 2020.

DINIZ, D. **Zika e mulheres: os desafios da saúde reprodutiva**. Revista Saúde Pública, v. 50, n. 36, p. 1-5, 2016.

Duarte, R. (1998). **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Cadernos de Pesquisa, n. 115, p. 139-154, março/ 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000100005>. Acesso em 20 jul. 2024

DWORKIN, A. **Right-Wing Women**. New York: Perigee Books, 1988.

FACHIN, Melina Girardi; LU, Ketline. **As Mulheres na Constituição Brasileira e a Relevância do Constitucionalismo Feminista para a Reivindicação e a Concretização dos Direitos delas**. Escola Judicial do Tribunal de Justiça do Paraná, 2023. Disponível em: <https://ejud.tjpr.jus.br/documents/d/ejud/5-melina-girardi-fachin>. Acesso em: 18 jan. 2025.

FARAH, M. F. S. **Gênero e políticas públicas**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Estudos Feministas, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004.

FARAH, M. F. S. et al. **Gênero e política pública: panorama da produção acadêmica no Brasil (1983-2015)**. Cadernos EBAPE.BR, v. 16, n. 3, p. 428-443, jul. 2018.

FERNANDES, C. E LOURENÇO, ML **Lugar de Mulher é... na Política: Reflexões sobre Micro e Macroagressões de Identidades**. Revista de Administração Contemporânea [on-line]. 2023, v. 27, não. 5, e220252. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/qT6XH3mZJM7kv5s9kS8M4QD/>. Acesso em 24 jan. 25.

Ferreira da Silva, Cosmo & Domingos, Luis & Rocha, Ana & Leite, Melo & Sousa, Daniel. (2019). **Relato Sobre as Políticas de Saúde da População Negra e Indígena no Brasil**. Revista da ABPN, v. 7, n 16, p.16-27, mar – jun. 2015.

FIOCRUZ. História das políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <https://www.fiocruz.br>.

Acesso em: 18 de jan. 2025.

Fraser, N. **Fortunes of Feminism: From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis** (Fortunas do feminismo: do capitalismo administrado pelo Estado à crise neoliberal) . Londres: Verso, 2016.

FREITAS, R. H. de. et al. **Saúde das Mulheres Cis no Âmbito do SUS: Uma Reflexão Sobre as Práticas das Políticas de Cuidado da Mulher na Contemporaneidade**. Revista Sociedade em Debate, Conselho de Ensino e Extensão. Faculdade Três Marias, V. 5 - nº 01, 2023.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FRIZZO, Kátia Regina. **Dureza: pobreza política de mulheres pobres**. Campinas: Autores Associados, Roteiro, Unoesc, v. 30, n. 1, p. 115-120, jan./jun. 2005.

Fundação Oswaldo Cruz. **A Saúde da Mulher no Sistema Único de Saúde**. UNA-SUS. Brasília, [s.d]. Disponível em: https://repcursos.unasus.ufma.br/atencaobasica_20152/modulo_11/und1/2.html. Acesso em: 26 jun. 2023.

GRIFFIN, Karen. **Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):103-112, 2002.

GOMES, R. et al. **Saúde da mulher no Brasil contemporâneo: políticas públicas, equidade e vulnerabilidades**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 11, p. 4081-4090, 2020.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. São Paulo: Zahar, 2020.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: Entre facticidade e validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HAYATI, Dariush; KARAMI, Ezatollah ; SLEE, Richard W. **Combining Qualitative and Quantitative Methods in the Measurement of Rural Poverty: The Case of Iran**. ResearchGate. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/225881439_Combining_Qualitative_and_Quantitative_Methods_in_the_Measurement_of_Rural_Poverty_The_Case_of_Iran. Acesso em: 3 set. 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> . Acesso em: 12 mar. 2025.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: Identificação étnico-racial da população**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/> . Acesso em: 12 mar. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas públicas para a primeira infância**. Brasília, 2021.

JORGE, H. M. F. et al. **Assistência Pré-Natal e Políticas Públicas de Saúde da Mulher: Revisão Integrativa**. Revista Brasileira de Promoção a Saúde, Fortaleza, 28(1): 140-148, jan./mar., 2015.

KNIESS, A. **O que é Pesquisa Qualitativa?**. IBPAD. Brasília, 2022. Disponível em: <https://ibpad.com.br/politica/o-que-e-pesquisa-qualitativa/>. Acesso em: 28 jun. 2023.

Lage, V. C. C. (2020). **O Direito Fundamental à Saúde da Mulher Privativa de Liberdade em Tempos de Covid-19**. Revistade Direitoda Unigranrio, 10(1), 2020.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach**. New York: McGraw-Hill, 1965.

LEJANO, Raul. **Parâmetros para análise de políticas: fusão de texto e contexto**. Campinas: Arte Escrita, 2012.

LIMA, Nísia Trindade. **História, ciência e saúde pública: um debate em perspectiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Lisboa K. T., Manfrini D. B.. **Cidadania e equidade de gênero: políticas públicas para mulheres excluídas dos direitos mínimos**. KATÁLYSIS v. 8 n. 1 jan/jun. Florianópolis SC 67-77, 2005.

MACHADO, M. **Religião, política e saúde das mulheres: as estratégias da bancada evangélica no Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 91, pág. 1-18, 2016.

MEDEIROS, P. F. GUARESCHI, N. M. de F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. Estudos Feministas, Florianópolis, 17 (1): 296, janeiro-abril, 2009.

MELLO, L. **Quais são os instrumentos de coleta de dados de pesquisa?**. Biblioteca Faculdade de Direito (MG). Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://biblio.direito.ufmg.br/?p=5116>. Acesso em: 28 jun. 2023.

MELO, V. S.; FIGUEIREDO, M. C. **Educação sexual e saúde reprodutiva no Brasil: resistências e avanços**. Educação & Sociedade, v. 40, n. 2, p. 1-14, 2019.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>. Acesso em 10 jul. 2024

MINAYO, M.; DESLANDES, S.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade**. Internet Archive, 2016. Disponível em: <<https://archive.org/details/pesquisa-social-teoria-metodo-e-criatividade-maria-cecilia-de-souza-minayo-suely/mode/2up>>. Acesso em: 6 set. 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Conheça os principais direitos das mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Belo Horizonte, 2015. Disponível

em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/6828-conheca-os-principais-direitos-das-mulheres-no-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados e indicadores sobre saúde da mulher e pré-natal**. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acao-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/copy_of_Ficha_Tecnica_IDSS_ab2023_atualizada_em_abr2024__retificacao_1.3.pdf. Acesso em: 24 jan. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatísticas de nascimentos no Brasil**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 24 jan. 2025.

MODELLI, L. **Constituição de 1988 foi avanço nos direitos das mulheres**. Carta Capital. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/constituicao-de-1988-foi-avanco-nos-direitos-das-mulheres/>. Acesso em: 26 jun. 2023.

MOREIRA, M. R. SOUTO, K. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 45, N. 130, P. 832-846, 2021.

NASCIMENTO, Maria Clara Gomes do. **A revolução tem rosto de mulher: uma análise da atuação do lobby do batom na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88** / Maria Clara Gomes do Nascimento. - Santa Rita, 2023.

NOGUEIRA, Carolina. **CCJ da Câmara aprova proibir aborto em todos os casos, incluindo estupro**. UOL. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2024/11/27/ccj-da-camara-aprova-pec-de-eduardo-cunha-que-proibe-aborto-legal.htm>. Acesso em: 2 dez. 2024.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948.

ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://www.undp.org>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração sobre taxas ideais de cesarianas**. Genebra, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/caesarean-sections>. Acesso em: 24 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia de saúde reprodutiva**. Genebra, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Reproductive health strategy to accelerate progress toward the attainment of international development goals and targets**. Geneva: WHO, 1994.

PAIM, J. S. et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. **The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction**. Medical Care, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. **Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 36, n. 105, p. 1-15, 2021.

PINHEIRO, M. **Igualdade de gênero e políticas públicas no Brasil**. Revista de Estudos Feministas, v. 21, n. 1, p. 101-123, 2013.

PITANGUY, J. **Celebrando os 30 Anos da Carta da das Mulheres Brasileiras aos Constituintes**. Série Anais de Seminários. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/publicacoes/serie_anais_de_seminarios/2018/serie_anais_de_seminarios_da_emerj_2018_43.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

PINTO, Celi Regina J. **Uma História do Feminismo no Brasil**. Fundação Perseu Abramo, 2003.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RODRIGUES, Lea Carvalho. **Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas**. Universidade Federal do Ceará (UFC). Desenvolvimento em Debate, v.4, n.1, p.103-115, 2016.

SÁ, J. S. A. de, Vasconcelos, M. C. T. de, Ribeiro, M. L. V. A. L., & Leitão, M. C. (2023). **Constituição E Feminismo: a luta pelos direitos das mulheres na Constituinte De 1987/1988**. Argumenta Journal Law, (39), 319–340.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. São Paulo: Moderna, 1987.

SCAVONE, Lucila. **Ciência e Militância: os Estudos de Gênero no Brasil**. 35º Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, 2011.

SCHMITT, Carl. **Teoría de la Constitución**. Tradução de Alfredo Gallego Anabitarte. Madrid: Revista de Drecho Privado, 1932.

SCOTT, J. **Genealogy of gender and the public sphere**. Signs: Journal of Women in Culture and Society, v. 15, n. 2, p. 181-207, 1990.

SILVA, Azenath Paula da. **A Influência do Movimento Feminista Brasileiro na Constituição Federal de 1988**. Unibrasil.com.br. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/7318/5301>. Acesso em: 18 jan. 2025.

SILVA, A. C.; ANDRADE, L. **Políticas públicas de saúde reprodutiva: um panorama do Brasil**. Saúde em Debate, v. 44, n. 2, p. 1-12, 2020.

SILVA, A, et al. **Políticas públicas para mulheres no Brasil: Uma análise crítica**. Editora Democracia, 2015.

SILVA, Ana Lúcia Gomes da; SILVA, Jerônimo Jorge Cavalcante; RODRIGUEZ, Victor Manuel Amar. **Interseccionalidade: gênero, raça, sexualidades e classe social**. Rio de Janeiro:

Editora Autores Associados, 2020.

SILVA e SILVA, Maria Ozanira. **Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos metodológicos**. São Paulo. Veras Editora, 2008.

SILVA, M. et al. **Ética em pesquisas clínicas no Brasil: avanços e desafios**. Revista Bioética, v. 30, n. 1, p. 85-98, 2022.

SILVA, S. DE A. M. Em et al . et al..**Residência em políticas públicas: uma experiência inovadora de formação**. Cadernos de Pesquisa, v. 45, n. 157, p. 588–611, jul. 2015.

SILVA, Thassio. Você sabe o que é a Constituição Federal? | Jusbrasil. Jusbrasil. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/voce-sabe-o-que-e-a-constituicao-federal/1241346308>. Acesso em: 29 ago. 2024.

SORJ, B. **Direitos humanos e políticas de gênero no Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 31, n. 92, p. 89-108, 2016.

SOUZA, M. F.; SILVA, L. O. **O impacto das políticas públicas na redução da mortalidade materna no Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 47, p. 1-10, 2019.

SUASSUNA, L. **Pesquisa qualitativa em Educação e Linguagem: histórico e validação do paradigma indiciário**. Florianópolis, v. 26, n. 1, 341-377, jan./Jun. 2008. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/10310-Texto%20do%20Artigo-30864-1-10-20090422%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/User/Downloads/10310-Texto%20do%20Artigo-30864-1-10-20090422%20(1).PDF). Acesso em: 28 jun. 2023.

TAVARES, Eliana; LOPES, Paes; MENDES, Patrícia. **30 Anos de Constituição Federal: avanços e lacunas no reconhecimento dos direitos das mulheres**. Revista Jurídica da Defensoria Pública do Estado do Paraná, Volume 1, nº 1, maio de 2019. Disponível em: https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/migrados/File/revista_juridica/edicao1/artigo3.pdf. Acesso em: 18 jan. 2025.

TERRA, B. **A Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes: o movimento feminista e a participação das mulheres no processo constituinte de 1987-1988**. São Paulo: Editora Dialética, 2022. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=vmBtEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=carta+das+mulheres+aos+constituintes&ots=rjyHFu_6sw&sig=uY6h6XXFMhM0CxSOiaNXVW6TifA#v=onepage&q=carta%20das%20mulheres%20aos%20constituintes&f=false. Acesso em: 26 jun. 2023.

VIANNA, A.; LOWENKRON, L.. **O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens**. CadernosPagu, n. 51, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive cervical cancer control: A guidetoessentialpractice**. 2nd ed. Geneva: WHO, 2019.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaração de Helsinque: princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos**. Helsinki, 1964.

ZANIEVICZ DA SILVA, Marcia; VENTURINI, Jonas ; DE NEZ, Evandro. **Quali x Quanti - Quanti x Quali: Desvendando Mitos e verdades sobre as Abordagens na Pesquisa em**

Ciências Contábeis. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em:
<https://congressosp.fipecafi.org/anais/18UspInternational/ArtigosDownload/1220.pdf>.