



**12º SIMPÓSIO
DE SUSTENTABILIDADE**

**21 - 22 - 23
OUTUBRO - 2025**



A INCLUSÃO DA MULHER NAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A SAÚDE NO BRASIL

THIESEN, Ana Beatriz Tavares¹
HEIDEMANN, Sâmara Hendges²
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata³

RESUMO

Este artigo pretende levantar questionamentos sobre o histórico das políticas públicas direcionadas à saúde da mulher com o objetivo de ressaltar a relevância destas para as conquistas encontradas na atualidade. Discute-se aqui, cronologicamente, os documentos que mudaram as diretrizes da acessibilidade, inclusão social e atendimento às mulheres na saúde pública brasileira, além de críticas sobre o que ainda precisa ser corrigido e aperfeiçoado para que essa assistência seja plena. O enfoque principal deste trabalho reside no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher de 1983 e nas duas principais políticas desenvolvidas após a criação do Sistema Único de Saúde, ambas válidas hodiernamente: Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004 e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de 2011.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Mulher; Direitos; Acessibilidade; Políticas públicas de saúde.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo apresentar uma reflexão sobre a evolução das conquistas referentes à saúde da mulher. Aqui é encontrado o resultado de uma pesquisa sobre as legislações, conferências e políticas públicas que propuseram mudanças efetivas na promoção da saúde feminina. Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se, então, pela metodologia de revisão teórica com a análise de artigos e documentos; com a contribuição de pesquisas e publicações de autores como: Patricia Flores de Medeiros⁴, Neuza Maria de Fátima Guareschi⁵ e Ana Maria Costa⁶.

A questão norteadora deste trabalho foi justamente a importância dessas pequenas revoluções ao longo dos anos para que hoje chegássemos a um conceito de saúde da mulher que abrangesse sua pluralidade como indivíduo inserido em um meio social e o alcance que indivíduos do sexo feminino tem à saúde pública. Essa problemática foi esmiuçada pelo histórico da luta feminina e pelo somatório de pequenas conquistas nacionais e internacionais ao longo dos anos que levaram a

¹ Acadêmica do curso de Medicina do sétimo período do Centro Universitário FAG. E-mail: abtthiesen@minha.fag.edu.br

² Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: shheidemann@minha.fag.edu.br

³ Mestre em desenvolvimento regional e agronegócio. Professor do Centro Universitário FAG. E-mail: eduardo@fag.edu.br

⁴ Doutora em Psicologia. Trabalha com ênfase na Psicologia Social e Institucional, atuando principalmente nos temas de subjetividade, gênero, identidade e políticas públicas.

⁵ Psicóloga social, professora e pesquisadora.

⁶ Médica especialista em Saúde Pública e Doutora em Ciências da Saúde.



**12º SIMPÓSIO
DE SUSTENTABILIDADE**

**21 - 22 - 23
OUTUBRO - 2025**



políticas públicas direcionadas às necessidades femininas. Dessa forma, ressaltou-se aqui a necessidade dessa contínua busca pelo direito inalienável da saúde da mulher para que, de fato, esta seja abordada e garantida em toda a sua diversidade.

2. A RELEVÂNCIA DAS PRIMEIRAS CONQUISTAS

O homem é definido como ser humano e a mulher, como fêmea.
Simone de Beauvoir

É inegável que a história da mulher é, e sempre foi, uma história de luta. Não poderia, então, ser diferente no quesito saúde. Essa luta tão antiga e ainda tão contínua começou nas primeiras décadas do século XX com o Movimento Sufragista⁷, que exigia, prioritariamente, o direito feminino ao voto e, assim, a possibilidade de decidir aqueles que as representariam nas câmaras de vereadores, nas prefeituras, no congresso, no senado, no palácio do planalto. Representantes esses os quais poderiam efetivamente tomar decisões sobre o direito inalienável – embora por vezes negado e defasado – da mulher à saúde. Nessa ótica, a primeira luz ocorreu no ano de 1932 quando Getúlio Vargas toma o poder e institui pelo decreto nº 21.076 um código eleitoral provisório, que trazia o direito de mulheres casadas com a autorização do marido e algumas solteiras e viúvas com renda própria de votarem a nível federal. Essas restrições duraram até a elaboração da Constituição de 1946, no governo Dutra, que, mesmo assumindo uma postura conservadora no plano social, elevou a obrigatoriedade do voto a todas mulheres e homens alfabetizados.

Em 1980 o nosso país ainda vivia em uma ditadura militar, que à época estava entrando no seu período de decadência. Essa queda gradual do autoritarismo permitiu que, no ano citado, ocorresse a criação de instituições públicas que visavam atender a demanda pelos direitos sociais, ato que foi possível apenas graças à pressão social feita pelo movimento democrático e pelo movimento feminista. No mesmo sentido, a segunda onda do movimento feminista, que ganhou força na Europa e nos Estados Unidos na década de 1960, refletiu no Brasil de forma avassaladora em meados dos anos de 1980, permitindo, com os debates sobre família e direitos reprodutivos, a criação de programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Com esse avanço, a mulher deixa de ser, pela primeira vez, vista como “aquela que gesta” para a saúde, marcando uma conquista da visão integral da mulher – ao menos na teoria.

⁷ Também chamado de Primeira Onda Feminista, que é datada de 1850 a 1940 e teve seu início no Reino Unido e nos Estados Unidos.



Até a década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 23)

O PAISM também foi influenciado pelo movimento sanitário e visava, de acordo com seu texto, reduzir a morbimortalidade materna e infantil atuando nesse segmento a fim de diminuir desigualdades sociais. Entretanto, na prática, embora avanços sejam visíveis, o enfoque na assistência ginecológica foi insuficiente para atender toda a pluralidade feminina e estagnou por anos a adoção do conceito de integralidade pela saúde da mulher. Esse prisma ocorreu em grande parte devido a presença de uma discussão sobre o planejamento familiar no Ministério da Saúde, que na década de 1970 tentou implementar um controle de natalidade e sofreu oposição de setores progressistas da esquerda e da Igreja Católica, aderindo, a partir de então, um discurso “pela defesa do livre arbítrio das pessoas e dos casais em relação ao número de filhos, desatrelando práticas contraceptivas dos interesses relativos a controle demográfico” (COSTA, 2009). A quantidade assombrosa de discursos partidos de autoridades da área e a mínima atuação para mudanças tornou, aos poucos, invisível um programa que poderia ter conquistas muito maiores – mesmo sem um projeto que abrangesse toda a pluralidade que envolve o ser mulher e mesmo ainda trazendo a mulher estereotipada e como um objeto a ser tutelado pelo Estado.

Na perspectiva apresentada, a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1988 teve como tema políticas públicas e estabeleceu quatro áreas prioritárias para a promoção da saúde, sendo o apoio à saúde da mulher uma delas. A questão debatida na época girou em torno da mulher como cidadã produtiva e trabalhadora, havendo inclusive um destaque para a importância da distribuição igualitária do trabalho à integridade física e mental do ser feminino. No Brasil, no mesmo ano da conferência, ocorreu o desenvolvimento da Constituição Cidadã que trouxe os direitos sociais, tal qual a saúde, como dever do Estado – reforçando o discurso encontrado na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 que reconheceu, segundo MEDEIROS e GUARESCHI, a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e como um direito de qualquer cidadão. O texto constitucional também foi o responsável pela criação do Sistema Único de Saúde, mas não expôs como seria a sua operacionalização. Dessa forma, em 1990, foi criada a Lei Orgânica da Saúde, que definiu os pilares do SUS como norteadores de políticas públicas e estabeleceu a forma de operação do sistema.



**12º SIMPÓSIO
DE SUSTENTABILIDADE**

**21 - 22 - 23
OUTUBRO - 2025**



A definição princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade – marcou o verdadeiro início de uma busca por políticas públicas voltadas para medicina preventiva que conceituassem a mulher na sua plenitude como ser humano e não como uma fêmea a prontidão para abrigar um feto. O princípio da integralidade, por exemplo, exhibe a necessidade da saúde pública de atender as pessoas como um todo, considerando o contexto social do usuário do sistema como ponto de partida para o atendimento eficaz. Assim, a mulher foge, desde então, da tríade de vulnerabilidade estipulada pela ideia de maternidade, de monogamia e de heterossexualidade e passa a ser conceituada como um organismo complexo inserido em uma realidade diversa.

A integralidade seria um valor democrático que necessariamente retoma uma participação política intensa, em movimentos organizados ou não, constituindo-se como uma ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 12).

3. A PROBLEMÁTICA DAS ÚLTIMAS CONQUISTAS

Não se nasce mulher, torna-se mulher.
Simone de Beauvoir

A retomada do tema saúde da mulher e a reorganização dos debates só ocorreram em 1995, como um reflexo da Conferência de Cairo em 1994, a qual enfatizou o investimento em mulheres e meninas como um passo fundamental para a melhoria da qualidade de vida e a importância da saúde sexual – além de incluir temas como as percepções da saúde sobre a violência baseada no gênero e a promoção da igualdade. Nesse viés, mais um passo foi dado nos anos 2000 com a publicação da Emenda Constitucional 29, que estabeleceu a vinculação das três esferas da república (município, estado e nação) ao financiamento do Sistema Único de Saúde. A mobilização feminina eleva de status com a Marcha das Margaridas no ano 2000 fortalecendo as mulheres trabalhadoras rurais, com a maior organização encontrada no movimento feminista negro, com as lutas pelos direitos sexuais de mulheres lésbicas, as redes de mulheres soropositivas e, principalmente, com o acesso a informação tomando rumos inimagináveis com a difusão da internet no início da primeira década do século XXI. Esse conjunto de fatores preparou o terreno para a instituição do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, que ampliou, de fato, o cuidado para além do atendimento materno.



Busca retomar as proposições do PAISM, atualizando-as e adequando-as às necessidades presentes nos últimos vinte anos. (...) Todas as metas deste plano necessitam ajustes locais para darem conta das diversidades e especificidades das mulheres brasileiras. É o caso das mulheres negras, das lésbicas, das indígenas, das ciganas, dentre outras. Orientação sexual, etnia, raça, classe social e local de moradia são variáveis que incidem diretamente sobre a saúde e condições de vida (COSTA, 2009, p. 121).

Esse documento marca, portanto, além da melhoria da saúde reprodutiva e avanços na questão dos direitos sexuais, uma amplificação não estereotipada da abrangência de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher. Temas como saúde ocupacional, saúde mental, doenças infectocontagiosas, climatério e menopausa, infertilidade, saúde na adolescência, doenças crônicas e degenerativas e a atenção a mulheres negras, indígenas, lésbicas, presidiárias, deficientes ganham posição de destaque no programa e deixam de ser apenas lacunas encontradas na saúde pública. Entretanto, mesmo que o PNAISM seja a maior conquista dessa longa luta, é imprescindível ressaltar a exclusão de grupos como as prostitutas, que já são marginalizadas socialmente e estão suscetíveis tanto a Doenças Sexualmente Transmissíveis como a violência sexual no dia a dia e apresentam, assim, uma vulnerabilidade que deveria ser reconhecida pela política de 2004.

Em 2010, considerando a lógica descentralizada, regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade que rege o SUS, definiu-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde. Na mesma direção, avanços como a criação da Política Nacional de Atenção Básica⁸ e da Rede Cegonha⁹ em 2011 foram marcantes. A rede cegonha, por exemplo, definiu como problemas prioritários a serem enfrentados na área a mortalidade materna e infantil até os dois anos de idade. Ademais, a revisão feita Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu prazos e formas para ampliar o acesso ao SUS de forma qualificada e eficaz a toda população.

Em 2011 também ocorreu o desenvolvimento da Portaria 2836, instituindo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais para promover a saúde da comunidade LGBT e buscar a eliminação da discriminação nas instituições a fim de diminuir as desigualdades e consolidar os pilares do SUS. No entanto, essa portaria encontra barreiras na ignorância de muitos profissionais da saúde que, em grande parte pela influência judaico-cristã em nossa sociedade, não conseguem se libertar das correntes do preconceito. Um estudo baseado em entrevistas com profissionais da saúde feito por LEMOS (2014), por exemplo, revelou o restrito conhecimento dos participantes sobre direitos sexuais, questões relativas ao gênero, sexualidade, autonomia e liberdade da mulher – ressaltando que os direitos foram tratados,

⁸ Documento que buscou a revisão de regulamentos e diretrizes da Atenção Básica para destacar a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

⁹ Programa do Ministério da Saúde para a qualificação obstétrica e neonatal.



em maioria, como uma relação de escolha e decisão. Apesar disso, ainda foi possível, como destacado no trecho abaixo, encontrar uma esperança e um esforço para a melhoria do atendimento direcionado a comunidade LGBT.

A gente como profissional e como pessoa tem que estar isenta de qualquer preconceito mesmo se a pessoa for homossexual, e você não admita isso, você não conceba isso, mas tem que saber que existe e você não está ali pra criticar nem pra condenar, muito menos. Você tá ali pra ajudar [...]. Orientar, ouvir e não ter uma postura preconceituosa, só nisso em acolher já está uma grande parte da ajuda, ajuda da gente enquanto pessoa (AMANDA¹⁰, católica, *apud* LEMOS, 2014).

Com isso, pode-se inferir que o contínuo aprimoramento de políticas públicas direcionadas às mulheres é necessário para que não haja espaços vazios na saúde pública que exprimem parcelas da diversa população feminina de nosso país. Torna-se essencial que toda mulher - independente de etnia, cor, orientação sexual, gênero, classe social - sinta-se confortável para buscar os ambientes do Sistema Único de Saúde com a consciência de que receberão um atendimento apropriado e nenhum olhar discriminatório dos funcionários ali presentes. Afinal, os pilares de universalidade, integralidade e equidade foram enfatizados para diminuir os degraus entre aqueles privilegiados e aqueles em estado de vulnerabilidade. Um passo fundamental para tanto consiste na consciência da importância de reconhecer a validade das políticas públicas citadas neste artigo na melhoria gradual da atenção e atendimento à mulher como um ser autônomo pela saúde pública. Dessa forma, a busca e o anseio por igualdade que firmaram os insuficientes, porém grandes avanços na Saúde da Mulher são os determinadores daquilo que as torna, que nos torna, mulheres: a batalha ininterrupta por uma vida plena.

4. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À SAÚDE FEMININA

No Brasil, a busca pela igualdade de gênero é uma luta constante. Reconhecendo as desigualdades históricas e estruturais enfrentadas pelas mulheres, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem implementado políticas públicas destinadas a promover a equidade de gênero no acesso aos serviços de saúde. Essas medidas visam garantir o pleno exercício dos direitos das mulheres, bem como a melhoria de sua qualidade de vida e acessibilidade às necessidades femininas.

Uma das áreas prioritárias das políticas públicas para mulheres no SUS é a saúde sexual e reprodutiva. Um estudo feito por Medeiros e Guareschi (2009) explica que o acesso a serviços de

¹⁰ A autora não disponibilizou o sobrenome dos entrevistados.



**12º SIMPÓSIO
DE SUSTENTABILIDADE**

**21 - 22 - 23
OUTUBRO - 2025**



planejamento familiar, métodos contraceptivos, assistência pré-natal e parto humanizado são garantidos, visando a prevenção de gravidezes indesejadas, a redução da mortalidade materna e o cuidado integral às gestantes. Além disso, o enfrentamento à violência contra as mulheres é outra prioridade no SUS. Políticas públicas têm sido implementadas para conscientizar a população, capacitar profissionais de saúde e disponibilizar serviços especializados de atendimento às vítimas. A rede de atenção inclui centros de referência, casas-abrigo, atendimento psicológico e social, além da notificação compulsória de casos de violência, visando o apoio integral às mulheres em situação de vulnerabilidade.

As políticas públicas para mulheres no SUS também abordam a saúde mental, reconhecendo as especificidades de gênero nessa área. É fundamental o fortalecimento de ações voltadas para o combate à depressão, ansiedade, transtornos alimentares e outras condições que afetam predominantemente as mulheres. Medeiros e Guareschi (2009) ressaltam que os serviços de saúde mental devem ser sensíveis às questões de gênero e contar com equipes multidisciplinares para oferecer suporte adequado.

Por fim, SUS também busca promover ações preventivas e de tratamento para as principais doenças crônicas que afetam as mulheres, como câncer de mama, câncer de colo do útero, diabetes e hipertensão. São oferecidos programas de rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, a fim de reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das mulheres acometidas por essas enfermidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constituição de 1946, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher de 1983, Constituição de 1988, Lei Orgânica da Saúde de 1990, Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004 e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de 2011 são os principais marcos que trouxeram evoluções, em menor ou maior escala, para a saúde da mulher. Cada documento desses citados foi um passo para que hodiernamente o melhor e mais apropriado atendimento a todo indivíduo que é entendido e que se entende como mulher seja uma realidade – ou esteja próximo dela.

Ademais, ainda é salientável que embora todo esse avanço seja memorável e comemorável não há motivo para descanso. É papel primordial da saúde pública, seguindo as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade que regem o Sistema Único de Saúde, manter-se sempre



lapidando todas as suas esferas para que a assistência e os serviços de saúde não sejam nunca renegados ou defeituosos. Para isso, é essencial que a mulher seja vista e assistida tal como ela é: um indivíduo diverso e complexo inserido em uma sociedade tão diversa e tão complexa quanto e que, definitivamente, não pode ser resumida a um órgão oco da sua cavidade pélvica.

REFERÊNCIAS

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. In: **Portal Metodista de Periódicos Científicos e Acadêmicos**. São Paulo, 2017. Disponível em

https://www.researchgate.net/profile/Sabrina_Cunico/publication/317721495_Diferencas_de_genero_no_acesso aos_servicos_de_saude_problematizacoes_necessarias/links/594a876caca2723195de74e8/Diferencas-de-genero-no-acesso-aos-servicos-de-saude-problematizacoesnecessarias.pdf, com acesso em Abril de 2023.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946**. Promulgada no dia 18 de Setembro de 1946 no Rio de Janeiro. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm, com acesso em Abril de 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada no dia 5 de Outubro de 1988 em Brasília, 1988.

BRASIL. **Decreto Nº 21.076 de 24 de fevereiro de 1932**. Rio de Janeiro, 1932. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21076-24-fevereiro-1932507583-publicacaooriginal-1-pe.html>, com acesso em Abril de 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 29**. Brasília, 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm, com acesso em Abril de 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, com acesso em Abril de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1983.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf, com acesso em Abril de 2020.



**12º SIMPÓSIO
DE SUSTENTABILIDADE**

**21 - 22 - 23
OUTUBRO - 2025**



COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009.

FREITAS, G. L. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, 2009. Disponível em http://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a26.pdf com acesso em Abril de 2020.

LE MOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 2014.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**. v. 17. Florianópolis, 2009.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Conferência da População de Cairo de 1994**. Cairo, Egito. 1994.

SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2006.

II CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE 1988.
Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis. Adelaide, Austrália. 1988

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE 1986. ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’. Brasília, 1986.