



UFES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA

**ACESSO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
MARCADORES E INTERSECCIONALIDADES**

**VITÓRIA
2021**

BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA

**ACESSO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
MARCADORES E INTERSECCIONALIDADES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa Dra. Rita de Cássia Duarte Lima

Coorientadora: Profa Dra. Franciele Marabotti Costa Leite

**VITÓRIA
2021**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

B238a Barbosa, Bruna Ligia Ferreira de Almeida, 1988-
Acesso à saúde da mulher na atenção primária : Marcadores e
interseccionalidades / Bruna Ligia Ferreira de Almeida Barbosa.
- 2021.
226 f.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.
Coorientadora: Franciéle Marabotti Costa Leite.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Saúde da Mulher. I.
Lima, Rita de Cássia Duarte. II. Leite, Franciéle Marabotti
Costa. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA

**ACESSO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
MARCADORES E INTERSECCIONALIDADES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, na Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profª Drª Franciéle Marabotti Costa Leite
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Profª Drª Angela Dawson
University of Technology Sydney
Membro Permanente Externo

Profª Drª Jerusa Araújo Dias
Centro Universitário Norte do Espírito Santo
Membro Permanente Externo

Profª Drª Angélica Espinosa Barbosa Miranda
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Interno

Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Interno

Profª Drª Leila Massaroni
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem/UFES
Suplente Externo

Profª Drª Ana Paula Santa Coelho Almeida
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

*Aos meus pais Célia e Bruno que com amor
e doação me permitiram chegar até aqui*

*Ó São Jorge, meu Santo Guerreiro, invencível
na fé em Deus, que trazeis em vosso rosto a
esperança e confiança, abre meus caminhos.*

*Eu andarei vestido e armado com vossas
armas para que meus inimigos tendo pés não
me alcancem, tendo mãos não peguem, tendo
olhos não me enxerguem e nem pensamentos
possam ter para me fazerem mal.*

*Armas de fogo o meu corpo não alcançarão,
facas e lanças se quebrarão sem ao meu corpo
chegar, cordas e correntes se arrebentarão
sem o meu corpo amarrar.*

*Glorioso São Jorge, em nome de Deus,
estendei vosso escudo e vossas poderosas
armas, defendendo-me com vossa força e
grandeza. Ajudai-me a superar todo desânimo
e a alcançar a graça que vos peço.*

*Dai-me coragem e esperança, fortalecei minha
fé e auxiliai-me.*

*Oração de São Jorge
23 de abril*

AGRADECIMENTOS

Por várias vezes ao longo desses últimos anos, me peguei pensando o que escreveria nesse momento de conclusão de um dos ciclos mais importantes da minha vida, a conclusão do meu Doutorado. Eu pensava em como estaria me sentindo, e como minha vida estaria nesse momento que parecia muito distante. E agora aqui estou, no momento de agradecer aqueles que de alguma forma contribuíram para que esse trabalho e esse sonho se tornassem reais.

Eu não poderia iniciar esses agradecimentos, sem agradecer a Deus, quem é Aquele que nos dá sentido a tudo, quem nos permite acordar, e a lutar para fazer alguma diferença, nessa nossa passagem pela vida terrena.

Não só agradeço, como dedico esse trabalho aos meus pais Bruno e Célia, por desde a minha infância, terem repetido várias vezes que a única herança que me deixariam seria minha educação. E hoje, estou aqui para lhes dizer, que se não fosse pelos seus ensinamentos e dedicação, nada disso seria possível.

Ao meu pai, que nos deixou recentemente e a quem eu não terei o prazer de ligar e falar “Pai, sua catatau agora é Doutora”, expresso minha eterna gratidão, por ter vivido por nossa família até um último dia de sua vida. E tenho certeza que agora mais do que nunca, está ao meu lado, me orientando e me protegendo.

A minha mãe, minha amiga e meu maior exemplo de força, de amor e pureza. Agradeço por se fazer tão presente, por me incentivar e por ser um dos principais motivos para eu querer sempre me superar para te orgulhar.

Ao meu parceiro de vida, meu marido e melhor amigo Elias, pela sua paciência durante todo esse processo e por cuidar tão bem de mim. Obrigada por suas motivações diárias, por sempre ter me incentivado a acreditar que eu posso ser o que eu quiser, e estar aonde eu desejar, e que isso só depende de mim. Você me inspira, meu amor.

Aos meus irmãos, Laila e Frederico, minha cunhada Kellen e aos meus amados sobrinhos João Gabriel e Melissa, agradeço por se fazerem presentes em minha

ausência, cuidando da nossa família, a quem estou longe fisicamente, mas sempre conectada em pensamento e pelo nosso amor.

A minha companheirinha Summer, que permanece literalmente ao meu lado por dias e noites, enquanto eu escrevo cada palavra dessa Tese e que de alguma forma, entende tudo o que eu sinto, e sabe o quanto isso significa para mim.

A minha orientadora Professora Rita Lima, que sempre me apoiou em minhas escolhas, desde o meu objeto de estudo, ao processo do estágio de doutoramento no exterior, expresso aqui minha gratidão, pelas várias vezes que ela foi além de suas funções acadêmicas, exercendo o verdadeiro significado de mestre, dedicando seu tempo, compartilhando seus conhecimentos e me auxiliando no momento em que mais precisei de um incentivo para a conclusão desse trabalho.

A minha co-orientadora Professora Franciéle Marabotti, a quem admiro a exemplar competência como mulher e profissional, agradeço pela confiança, respeito, ensinamentos e pela oportunidade de ter convivido nos meus últimos anos em Vitória.

To the lovely Angela Dawson, all my respect and gratitude for trusting me. Your ability to be at the same time an exemplary professional and an adorable human being is great source of inspiration to me. Thank you for all the opportunities and lessons. I will always be grateful for everything.

A Universidade Federal do Espírito Santo, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC), ao qual tenho a honra de fazer parte. Agradeço pela confiança, competência, e pelo privilégio de ter convivido e aprendido com profissionais que admiro.

A Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), agradeço pelo incentivo financeiro que possibilitou que esse trabalho se concretizasse, e que mesmo em tempos de incertezas, tem sido uma fonte de esperança para continuidade da realização de pesquisas científicas no Brasil.

Agradeço as Secretarias Municipais de Saúde em nome das coordenadoras da Atenção Primária dos municípios de Pedro Canário, João Neiva, Santa Leopoldina, Marataízes e Vitória, pela autorização para realização da pesquisa, e fornecimento de todos os dados necessários para seleção das usuárias e condução das entrevistas.

Aos membros da banca da minha defesa, agradeço imensamente pelo tempo empenhado na conclusão desse trabalho, que vem sendo construído por várias mãos, mãos de pessoas como vocês, dedicadas para que tenhamos um sistema de saúde mais inclusivo e de qualidade.

À minha querida amiga Rayane, ao qual parceria vai além do Doutorado, agradeço pela convivência, paciência, pelo compartilhamento e pelas risadas, que fizeram desse período mais leve e prazeroso. Agradeço também a doce Fabiana Turino que com sua sabedoria e leveza, por vários momentos foi uma importante fonte de inspiração.

Agradeço aos antigos e novos amigos, que me motivam a seguir com meus objetivos, e fazem dos meus dias, mais prazerosos. Um abraço afetuoso aos amigos de Vitória que me acompanham nessa caminhada desde o início. Às minhas amigas de longa data, que sempre estiveram ao meu lado, emanando energias positivas e amor, e que mesmo com a distância geográfica se fazem presentes, em especial: Gabriela Camargo, Daniela Morais, Natália Rodrigues, Evlyn Meneghini e Mariana Machado. E aos novos amigos que a Austrália me deu, minha gratidão, por ter feito dessa reta final, mais leve, e com certeza bem mais divertida. Em especial para minha querida Bianca Pinheiro, que tem cuidado de mim com tanto carinho.

Agradeço também a todas as pessoas que contribuíram diretamente com a execução desse trabalho: Mariana Ambrosim nas transcrições das longas horas de entrevistas, Elias Barbosa por auxiliar na formatação, Laila Almeida na revisão de português and thank you Sam Lewis for the english revision.

A todos vocês, ao qual tenho o privilégio da amizade e convivência, minha gratidão e respeito. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

RESUMO

Introdução: A realidade acerca dos problemas de saúde que as mulheres vêm vivenciando no Brasil, evidencia a negação da integralidade, na medida em que essa requer acolhimento, escuta sensível, acesso, segmento e resolutividade. A existência de marcadores sociais sejam eles, de raça, condição econômica, social e educacional, colocam a mulher em situação de vulnerabilidade, refletindo no acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde. Nessa perspectiva, considerando serem as mulheres, a maioria entre os usuários da Atenção Primária em Saúde, suas experiências devem ser contextualizadas, respeitando-se as singularidades e reconhecendo suas condições de vulnerabilidade, a fim de amenizar as desigualdades que interferem no acesso e utilização aos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar o acesso e a utilização aos serviços voltados à saúde das mulheres na APS do Espírito Santo. **Metodologia:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com mulheres usuárias da Atenção Primária em Saúde, no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, em cinco municípios que representam as regiões de saúde do Espírito Santo, mais a capital Vitória. Utilizou-se um questionário com informações sociodemográficas das usuárias e um roteiro orientado pelo referencial de acesso e utilização dos serviços de saúde por McIntyre e Mooney (2007). Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise Temática por Bardin (2011), que consiste em três etapas: pré-análise dos dados, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. **Resultados:** Foram identificadas barreiras no que concerne a disponibilidade, aceitabilidade e capacidade de pagamento para o acesso aos serviços ofertados na Atenção Primária em Saúde. Essas barreiras estão presentes principalmente em relação ao encaminhamento a serviços especializados, acolhimento, ações de promoção em saúde e exames diagnósticos. Além disso, os diferentes níveis de informação entre as equipes de saúde e as usuárias, foram relacionados em maior ou menor grau ao acesso e utilização dos serviços de saúde, principalmente no que concerne a realização de mamografia. **Considerações finais:** Existem fatores que interferem no acesso aos serviços de atenção primária. Os recortes raça/cor, gênero e classe social, repercutem e revelam o racismo estrutural/institucional que moldam nossa sociedade, evidenciando as desigualdades enfrentadas por mulheres ao acessarem, dentre outros, os serviços de saúde. Estratégias propositivas para reorganização das políticas de saúde da mulher são necessárias, a fim de suprir as barreiras e possibilitar maior acesso e utilização das mulheres aos serviços de atenção primária.

Palavras – chave: Acesso aos serviços de saúde, Utilização dos serviços de Saúde, Atenção Primária em Saúde; Saúde da Mulher; Interseccionalidade.

ABSTRACT

Introduction: The reality about the health problems that women have been experiencing in Brazil, evidences the denial of comprehensiveness, insofar as it requires embracement, sensitive listening, access, continuity, and resolution. The existence of social markers, whether of race, economic, social, and educational status, places women in a situation of vulnerability, reflecting on access to Primary Health Care services. In this perspective, considering that women are the majority among the Primary Health Care users, their experiences must be contextualized, respecting the singularities and recognizing their conditions of vulnerability, in order to alleviate the inequalities that interfere in the access and use of health services. **Objective:** Analyse the access to and utilization of services aimed to women's health into the Primary Health Care system in the state of Espírito Santo. **Methodology:** Descriptive study, with a qualitative approach, carried out in women users of Primary Health Care, from October 2020 to January 2021, in five municipalities that represent the health regions of Espírito Santo, plus the capital Vitória. A questionnaire with sociodemographic information of the users and a script guided by the theoretical framework of access and use of health services by McIntyre and Mooney (2007) was used. For data analysis, the Thematic Analysis technique by Bardin (2011) was used, which consists of three stages: data pre-analysis, resource exploration, and data interpretation. **Results:** Barriers were identified with regard to availability, acceptability and ability to pay for access to services offered in Primary Health Care. These barriers are present mainly in relation to referral to specialized services, reception, health promotion actions and diagnostic tests. In addition, the different levels of information between the service teams and the users, were related to a greater or lesser extent to the access and use of health services, especially regarding mammography. **Final considerations:** There are factors that interfere with access to primary care services, reflecting the inequalities among women. The race/color, gender and social class cuts reflect and reveal the structural/institutional racism that shapes our society, highlighting the inequalities faced by women when accessing, among others, health services. Propositional strategies for reorganizing women's health policies are necessary in order to overcome barriers and enable greater access and use of women to primary care services.

Keywords: Access to Health Care, Use of Health Services, Primary Health Care, Women's Health, Interseccionalidade.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós – Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACPPHR	Australian Centre for Public and Population Health Research
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CME	Centro Municipal de Especialidades
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNPM	Conferência Nacional de Política para Mulheres
DESF	Departamento de Saúde da Família
IST	Infecção sexualmente transmissível
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GP	General Practitioner
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MMIRDH	Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos
MRSB	Movimento Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NUPGASC	Núcleo de Pesquisa em Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Protocolos de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PDSE	Programa Doutorado Sanduíche no Exterior
PHPN	Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PN	Pré-natal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGSC	Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Programa de Saúde Materno Infantil
RMM	Razão Mortalidade Materna
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém - nascido
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFG	Universidade Federal de Goiás

UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
UTS	University of Technology Sydney

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Linha do tempo das principais políticas e programas voltados a saúde da mulher no Brasil, de acordo com ano e características principais. Vitória, 2021. 78

Resultado 1

Quadro 2: Caracterização da distribuição das publicações sobre acesso e oferta de serviço de saúde da mulher na Atenção Primária, segundo ano, autor, revista, região/estado, população, tipo de estudo. Vitória, 2018. 126

Quadro 3: Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa sobre os serviços ofertados à mulher na Atenção Básica de acordo com a categoria temática. Vitória, 2018. 129

Quadro 4: Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa sobre o acesso das mulheres aos serviços de saúde na Atenção Primária de acordo com as categorias temáticas. Vitória, 2018. 130

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Atuação da ESF na Atenção a Saúde da Mulher.	88
Figura 2 - Estrutura teórica de estudo de acesso por Aday e Andersen.....	93
Figura 3- Referencial de Acesso por McIntyre e Mooney (2007).....	96
Figura 4- Mapa do Brasil e localização do Espírito Santo.....	109
Figura 5 – Mapa Regional do Espírito Santo, 2020	111
 Resultado 1	
Figura 1 - Fluxograma segundo o PRISMA utilizado para o processo de identificação e seleção de artigos para revisão integrativa sobre a oferta e o acesso aos serviços voltados a mulher na atenção primária em saúde no Brasil (2018)	125

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	29
2. OBJETIVOS	44
2.1. OBJETIVO GERAL	44
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	45
3.1. MOVIMENTOS FEMINISTAS E AS LUTAS POR DIREITOS.....	45
3.2. A SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	71
3.3. O ACESSO DA MULHER À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	80
4. METODOLOGIA	106
4.1. TIPO DE ESTUDO	106
4.2. CENÁRIO DE ESTUDO	107
4.3. PARTICIPANTES.....	113
4.4. COLETA DOS DADOS	114
4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	114
4.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	116
4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	117
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	118
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	119
5.1. RESULTADO 01	120
5.2. RESULTADO 02	146
5.3. RESULTADO 03	165
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS TESE.....	193
7. REFERÊNCIAS GERAIS	199
APÊNDICES	220
ANEXOS	226

APRESENTAÇÃO

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

Cora Coralina

E são com as palavras da poetisa goiana, Cora Coralina, mulher do interior, vanguardista e libertária, que inicio a apresentação da jornada que me levou a concepção deste estudo.

Diferentes aspectos contribuíram fortemente para a minha inspiração em desenvolver no doutorado, uma pesquisa que tenha como objeto a Saúde da Mulher na Atenção Primária no Brasil. Dentre esses aspectos, destaco minha trajetória acadêmica que sempre se permeou em pesquisas relacionadas ao campo de saúde da mulher.

Primeiramente, gostaria de registrar que ao longo da minha jornada de 27 anos como estudante, sempre fui aluna do sistema público de educação brasileira, nos três âmbitos: municipal, estadual e federal. Hoje como doutoranda de um programa de pós-graduação em uma universidade federal brasileira, me sinto no papel de responsável pela devolução dos recursos a mim investidos pela sociedade brasileira. E através da pesquisa e por meio desse trabalho, almejo que meus resultados possam contribuir para as políticas públicas, com benefícios para a sociedade.

Desde minha graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a Saúde da Mulher, enquanto área de conhecimento e prática, sempre foi a minha opção de aprofundamento. Pude desenvolver durante a graduação, em meus Projetos de Extensão e Trabalho de Conclusão de Curso, estudos na área de saúde materno-infantil, principalmente no que concerne a transmissão vertical de doenças infecciosas. Após a conclusão da minha graduação, almejei novos horizontes, e mudei de estado e tive a oportunidade de ingressar em outra universidade federal através do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Federal de Goiás (UFG), onde continuei meus estudos sobre transmissão vertical de HIV (Human Immunodeficiency Virus) e pude investigar se as recomendações do Ministério da Saúde (MS) de profilaxia da transmissão vertical (TV) do HIV, estavam sendo seguidas em um hospital referência em saúde-materno infantil, do estado de Goiás. E pude concluir por meio desse

trabalho, que algumas medidas profiláticas importantes, não estavam sendo seguidas pela Instituição referência, devido ao desconhecimento dos profissionais em relação aos programas e políticas de profilaxia ao HIV do MS, além da falta de adesão das próprias gestantes as medidas profiláticas de TV de HIV (BARBOSA, 2015). Ainda movida pela minha inquietação e desejo em aprofundar meus conhecimentos em saúde materno infantil, realizei a Especialização em Enfermagem no cuidado Pré-Natal pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). E logo após, já morando no município de Vitória, Espírito Santo, pude cursar a especialização em Gestão em Saúde oferecida pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde tive o privilégio de ingressar em minha terceira universidade federal, iniciando meus estudos em gestão em saúde.

O meu envolvimento com a saúde coletiva, focando principalmente na Atenção Primária em Saúde, se iniciou com a minha participação, desde o ano de 2015, no Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC), da Universidade Federal do Espírito Santo, grupo de estudo que dentre várias vertentes, aborda questões referentes a avaliação de políticas de saúde, enfocando os processos de avaliação em saúde.

Através da minha inserção no NUPGASC, tive a oportunidade de realizar um mergulho na Atenção Primária em Saúde (APS) no contexto capixaba, por meio do processo de avaliação externa no terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹ no ano de 2017, atuando desde o processo de organização da logística, treinamento da equipe de entrevistadores, participação de grupos de trabalho com os gestores da Atenção Básica em Saúde (AB) das diferentes regiões do Espírito Santo (ES), para viabilização da realização da fase de avaliação externa, até a avaliação externa do PMAQ propriamente dita, em que fui a campo como supervisora de equipe.

Através da minha experiência no campo de saúde da mulher, e os caminhos ao qual percorri na minha carreira profissional, pude observar que ao longo da história, as políticas e os serviços sempre tiveram o olhar voltado, principalmente para o período

¹ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), foi lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde, e tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos na Atenção Básica. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>

reprodutivo feminino, com ações voltadas em especial para o processo gravídico puerperal, o que identifico como limitado e passível de questionamentos como: Qual o sentido de ser mulher em nossa sociedade? De que forma tem sido formuladas as políticas acerca da saúde da mulher? Seriam as necessidades de saúde das mulheres exclusivas aos direitos sexuais e reprodutivos?

A partir desses questionamentos, um dos pontos que me estimulou a desenvolver essa pesquisa, foi identificar como os serviços de saúde estão organizados para prestar assistência às mulheres, a fim de atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de equidade, integralidade e universalidade.

Nesse processo de construção do projeto de pesquisa durante o meu curso de Doutorado, fui contemplada com uma oportunidade de ir além em meus estudos, podendo conhecer um centro de pesquisa e a APS em outro país, através do Programa Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE) financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e o país escolhido foi a Austrália.

Em alusão ao poema de Cora Coralina acima citado, *“decidir em ir ou ficar, desistir ou lutar...”*, foi algo que sempre esteve presente em minha trajetória acadêmica e em minha vida pessoal, desde a minha mudança para outro estado, sozinha, aos 22 anos de idade, em busca de iniciar meu sonho de construir uma carreira acadêmica, até a minha decisão de me mudar, novamente sozinha, para a Austrália, deixando minha família e meu marido no Brasil, seguindo com a minha tão desejada experiência acadêmica internacional. Foram muitas as vitórias, mas também muitos os percalços durante o período do doutoramento, principalmente no último ano, em que tive pela primeira vez o contato com a perda em seu sentido mais profundo, com a perda do meu pai, que em seus últimos dias de vida foi cuidado por profissionais do SUS, no hospital universitário que me formei. Hoje, como resultado dessas experiências e desses desafios, me tornei o ser humano que sou e uma pesquisadora ainda mais motivada em compreender e contribuir, com um sistema de saúde mais inclusivo, humano e digno a todos, independente da cor da pele ou da classe social.

O processo de construção desse trabalho, foi também um período de confrontos pessoais internos em relação ao meu auto- (re)conhecimento como mulher negra. A cada vez que eu me aproximava mais do meu objeto de estudo, a usuária do SUS, e

que são, em maioria, mulheres negras, eu me aprofundava também na discussão do feminismo negro, porém com certo distanciamento. Criada em uma família miscigenada, como a maioria das famílias brasileiras, com irmãos e mãe brancos, sempre fui a pessoa com a pele mais escura em minha casa e nos demais ambientes ao qual estava inserida. Ao longo dos anos, fui desenvolvendo minha identidade como a pessoa “moreninha”, a “mais escurinha”, ou até mesmo “a pretinha do cabelo liso”, com o passar do tempo e da minha inserção no meio acadêmico e social, continuei sempre sendo a pessoa de pele mais escura em todos os ambientes ao qual eu estava inserida, mas isso nunca me gerou um desconforto, pois eu não me enxergava como tal. E foi no processo de construção desse trabalho, por meio do aprofundamento com as teorias feministas e de interseccionalidade, que venho passando por esse processo de autoidentificação como mulher negra, e hoje no meu atual contexto de vida, mulher negra, latina e imigrante. Esse processo de autoafirmação não tem se dado de maneira rápida, ao contrário, ele tem ocorrido de forma gradual, o que por muitas vezes pode ter refletido em lacunas em relação ao meu posicionamento como mulher negra no texto desse estudo. Por essa razão, muitas vezes optei por dar voz às pensadoras e feministas de nossa atualidade, que têm sido grandes mestres nesse meu processo de autoconhecimento e pertencimento.

Nessa pesquisa, busquei verificar como tem sido viabilizado o acesso à saúde na APS do Espírito Santo, tomando como foco o atendimento à mulher. Além disso, busquei apreender quem é essa mulher, quais estratégias são usadas por essas mulheres com vistas a fazer valer seus direitos, inclusive no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde na APS. Ainda, busquei colaborar para a análise das práticas de saúde no Espírito Santo, oferecendo subsídios para a melhoria da gestão e do planejamento de ações voltadas à saúde da mulher.

Para a análise dos dados, eu optei por partir da premissa da importância das políticas públicas voltadas à saúde da mulher nas últimas décadas, gestadas por meio de pautas que se frutificaram a partir da organização e lutas dos movimentos sociais, em particular o movimento sanitário e os movimentos feministas, no sentido de romper com as inúmeras desigualdades e, a fim de garantir a ampliação de direitos e do acesso aos equipamentos públicos. Reafirmando assim a saúde como direito fundamental, compreendida de forma ampliada, igualitária e equânime desde a Constituição de 1988.

As desigualdades na atenção à saúde têm sido percebidas por meio de diferentes mecanismos, que se destacam em barreiras de acesso, inadequação dos serviços ofertados quando confrontados com as necessidades, ausência de atenção integral, a fragmentação da oferta e as diferenças na implementação das políticas voltadas à saúde da mulher, particularmente associadas às questões étnico racial, religiosas, de gênero, de sexualidade, linguísticos, físicos e culturais (GONZALEZ, 2019; HOLANDA, 2019).

Nesse sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019), aponta que 72,1% dos brasileiros afirmaram ter acesso a serviços de saúde, exclusivamente através do SUS, apontando ser a Atenção Básica (AB) a porta de entrada predominante dessas usuárias aos serviços de saúde. Ainda segundo o PNS (2019, p. 29): “69,9% das pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço de APS eram mulheres; 60,9% eram pretas ou pardas, 35,8% tinham 40 a 59 anos de idade” e “64,7% tinham rendimento domiciliar per capita inferior a um salário mínimo”. Esses dados servem como um indicador de quem é (o) a usuária (o) do SUS, apontando iniquidades e desigualdades nas condições de vida e no acesso aos equipamentos públicos, conforme discutiremos ao longo dessa pesquisa.

Costa, Bahia e Conte (2007) discutem sobre a necessidade de se ampliar a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, a fim de que atendam as demandas, necessidades e garantam os direitos e expectativas da população feminina. As autoras observam que essas políticas “abrangem desde aquelas de caráter essencialmente reprodutivo, nucleadas em torno da concepção/anticoncepção, até aquelas mais abrangentes, destinadas a assegurar melhores condições de vida e saúde” (COSTA, BAHIA, CONTE, 2007, p. 14) constituindo-se em um campo tenso de disputas de interesses a partir do lugar de cada ator envolvido.

Na mesma direção, Gohn (2005), Silveira, Paim e Adrião (2019) e Carneiro (2003), identificaram como a localização privilegiada dos movimentos sociais, principalmente a partir da década de 70, tiveram papel importante na enunciação e aglutinação de pautas, a exemplo do movimento pela reforma sanitária brasileira, que apesar de algumas divergências com os demais movimentos, contribuiu para a formulação e implementação do projeto da Reforma Sanitária e para a implementação e concretização do SUS. Esses movimentos persistiram no sentido de fortalecer e lutar

em prol da democracia, do SUS e na construção e implementação de políticas inclusivas, baseadas na equidade e voltadas para a melhoria e garantia do acesso à saúde da população brasileira.

Desse modo, espera-se com os resultados dessa pesquisa, constituir um relevante instrumento de análise, contribuindo para identificar avanços e lacunas na assistência e gestão, relacionadas ao acesso das mulheres aos serviços de saúde na AP, visando cumprir os princípios e diretrizes das políticas públicas acerca dessa temática.

Enfim, a construção desse trabalho, foi fruto da inquietação e desejo de investigar e contribuir com a oferta de serviços às mulheres na APS do Espírito Santo, assim como contribuir para melhoria e a qualidade das políticas no SUS, atinentes à saúde da mulher.

O doutorado sanduíche na Austrália

Ao longo da minha trajetória como profissional de saúde e acadêmica, compreender como é possível ofertar saúde à população de um país com tamanhas desigualdades sociais, demográficas, culturais e econômicas, como é o caso do Brasil, sempre foi motivo de inquietação. Nesse processo fui me aproximando cada vez mais da temática de políticas públicas de saúde e os sistemas de saúde, o que no decorrer do tempo me gerou ainda mais questionamentos.

Com o aprofundamento dos meus estudos nessa temática, durante os dois primeiros anos do Doutorado, através de literaturas que analisam o sistema de saúde brasileiro, abordando suas conquistas e desafios, principalmente após a construção do SUS, me foi despertado o desejo de conhecer outro sistema de saúde, em um país com contextos culturais, sociais e econômicos diferentes ao do Brasil.

Visando conciliar a oportunidade de aperfeiçoamento de uma nova língua, no caso a língua inglesa, e de poder compreender e vivenciar um outro sistema de saúde universal, me aguçou o interesse de realizar um intercâmbio de doutorado na Austrália.

A escolha de realização do Doutorado Sanduíche na Austrália, se solidificou após a minha participação no Congresso Mundial de Saúde Pública na cidade australiana de Melbourne, no ano de 2017. Nessa ocasião, pude conhecer por meio de um encontro

pré-congresso, a *Australian Women's Health Network* (Rede Australiana de Saúde da Mulher), em que tive acesso aos indicadores australianos referentes à saúde da mulher e presenciei discussões sobre o que tem sido articulado no âmbito da APS no país para o alcance desses indicadores, assim como, as políticas de saúde voltadas às mulheres, como a *National Women Health Policy* (2010). Essa política tem como propósito examinar estratégias de longo prazo, utilizando os determinantes sociais de saúde para o estabelecimento de metas políticas, além da abordagem das desigualdades de gênero e iniquidades em saúde (entre mulheres e homens, e entre diferentes grupos de mulheres). Esses foram alguns dos fatores que me despertaram o interesse de conhecer melhor uma realidade, de um país também coberto por um sistema de saúde universal, a fim de aumentar o *scopo* do meu conhecimento na área de saúde pública.

Desse modo, em outubro de 2018, por meio de um financiamento de bolsa de estudos pela CAPES, iniciei meu trajeto no Doutorado Sanduíche na Austrália. A Instituição escolhida foi a Escola de Saúde Pública da University of Technology Sydney (UTS), no *Australian Centre for Public and Population Health Research* (ACPPHR) departamento este que se encontra em quarto lugar no ranking de saúde pública e pesquisas em serviços de saúde da Austrália. E assim se deu o encontro com a supervisora australiana, Professora Doutora Angela Dawson, que é uma pesquisadora focada na garantia do acesso universal de mulheres aos cuidados de saúde e na continuidade de cuidados em saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, principalmente em contextos de emergências humanitárias.

Essa experiência me possibilitou uma aproximação com os serviços de APS australiano, para conhecimento dos serviços ofertados à saúde da mulher, além da imersão em metodologias de pesquisa e políticas de saúde sob supervisão da professora Angela Dawson. Além disso, tive a oportunidade de cursar disciplinas como: Saúde Pública Global; Política, poder e políticas de saúde; Estudos Qualitativos Avançados e Fundamentos no Sistema de Saúde Australiano, além de outros cursos e *workshops* na área de saúde pública e pesquisa qualitativa.

Se eu pudesse traduzir minha experiência no ACPPHR em apenas uma palavra, a palavra escolhida seria “troca”. Essa foi e tem sido uma vivência, marcada desde o início pelo compartilhamento de experiências, ao qual pude apresentar o SUS aos docentes, alunos e pesquisadores do centro de pesquisa, através de palestras, grupos

de discussão e aulas para o curso de graduação em *Health Science* da UTS. Do mesmo modo, tive oportunidade de aprender e ter vivências que sem dúvidas refletiram na condução dessa tese em vários aspectos, seja na construção do referencial teórico, construção do instrumento de coleta de dados e análise de dados. Por meio das trocas com os demais pesquisadores do centro de pesquisa, também tive oportunidade de conhecer mais sobre o Sistema de Saúde Australiano (*Medicare*) além de ampliar meu conhecimento através das pesquisas desenvolvidas em outros campos, que vão desde questões relacionadas ao sistema de saúde australiano, população indígena australiana, até pesquisas desenvolvidas em regiões de urgências humanitárias.

Conhecer mais sobre outro sistema de saúde universal, foi de grande valia para condução desse trabalho, principalmente pelo fato de me possibilitar uma compreensão mais ampla dos pontos positivos do nosso sistema de saúde brasileiro, além de outros pontos que possam servir de inspiração para aperfeiçoamento do SUS, considerando as particularidades econômicas, culturais e sociais de cada país.

Nesse sentido, trago uma breve apresentação sobre o sistema de saúde australiano, a fim de compartilhar um pouco do contexto ao qual estive inserida no período do meu estágio de doutoramento e que de diferentes maneiras me ajudaram na condução desse estudo. O sistema de saúde australiano assim como o brasileiro, é um sistema de saúde universal, organizado em um modelo misto de serviços de saúde público e privado, tendo como principal ferramenta do setor público, o sistema *Medicare*. Desse modo, desde o ano de 1984, todos os cidadãos e residentes permanentes do país possuem acesso igualitário aos serviços médicos. Em alguns casos, é oferecido o acesso gratuito aos cuidados de saúde, porém em outros casos, diferentemente do SUS, os chamados “consumidores de saúde” precisam arcar com os custos dos cuidados médicos recebidos, chamando assim como “co-payment” ou “gap payment”, o que de acordo com Willis, Reynolds e Keleher (2016, p. 18) “gera um questionamento sobre a verdadeira universalidade do sistema de saúde”. E é motivo de debate entre autores como Elliot (2003) e McAuley (2005), sobre se universalidade significa “acesso universal” ou “acesso gratuito universal”.

Ao se falar da Atenção Primária em Saúde na Austrália, estamos falando da linha de frente desse sistema de saúde, que pode ser ofertado à comunidade em suas casas ou em cenários de bases comunitárias, como consultórios gerais e privados, saúde

comunitária, governo local, e serviços não governamentais como por exemplo: serviços de controle de saúde aborígenes. Os cuidados prestados pela atenção primária, incluem promoção em saúde, prevenção e rastreamento, intervenção precoce, tratamento e gestão (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2013). Uma pesquisa realizada pelo Governo Australiano (ABS, 2019), mostrou que 9 a cada 10 mulheres entrevistadas visitaram *General Practitioner* (GP) nos últimos 12 meses. A pesquisa também apresentou algumas barreiras de acesso aos serviços de saúde, impedindo melhores resultados de saúde para mulheres. Dentre os dados apresentados, destaca-se que a cada cinco mulheres com mais de 15 anos, pelo menos uma esperou mais tempo do que considerável aceitável pelas mesmas, para uma consulta com um GP; além disso, uma a cada 25 tiveram acesso atrasado ou não visitaram um GP quando necessário nos últimos 12 meses, devido aos custos. Ademais, uma a cada dez mulheres atrasaram para adquirir ou não adquirir medicamentos prescritos por médicos, também devido a custos (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2017).

Nesse contexto, conhecendo não somente os pontos positivos de outro sistema de saúde, mas também tendo uma visão maior das fragilidades e as formas de enfrentamento dessas barreiras para o acesso de mulheres aos sistemas de saúde sejam eles australiano ou brasileiro, pude compreender que mesmo em diferentes contextos, as barreiras de acesso aos serviços de APS não estão limitados apenas a localização geográfica do serviço, mas que outras questões então envolvidas na garantia de acesso de qualidade às mulheres que muitas vezes enfrentam uma gama de barreiras adicionais, incluindo discriminação e racismo, mesmo em países de poder econômico elevado, como no caso da Austrália (DAVY, HARFIELD, McARTHUR, MUNN, BROWN, 2016).

Os benefícios que essa experiência me trouxe, não ficaram restritos apenas ao conhecimento do sistema de saúde australiano, mas também pude ter um encontro e aprofundamento com o referencial teórico de acesso aos serviços de saúde e equidade, propostos por McIntyre, Mooney e Thiede (2007). Durante esse período, tive a oportunidade de me aprofundar no material desses pesquisadores dentre esses o pesquisador Gavin Mooney, um economista, professor e pesquisador de uma universidade Australiana (Curtin University, Perth, Austrália), que dentro de suas áreas de atuação, desenvolveu pesquisas para melhoria do acesso e equidade de

populações aborígenes australianas (McINTYRE, MOONEY, 2007; THIEDE, McINTYRE, 2008; MOONEY, 2004).

Outro ponto que merece destaque em relação a essa experiência, foi o aprofundamento em pesquisa qualitativa, por meio de cursos e disciplinas oferecidos pela UTS, me habilitando a desenvolver pesquisa qualitativa, usando diferentes ferramentas metodológicas, e as empregando em diferentes contextos e necessidades.

Também tive a oportunidade, de sob supervisão da Professora Angela Dawson, realizar a análise dos dados da avaliação externa dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), no que se refere a avaliação dos serviços ofertados a mulheres no contexto da APS no Espírito Santo, entre os anos de 2011 a 2018. Como resultado deste estudo, apresentei os dados em questão no Congresso Mundial de Promoção em Saúde, na Nova Zelândia, no ano de 2019.

Foram muitos os desafios enfrentados, ao me inserir em um grupo de pesquisa em outra língua, em um país com outra cultura, porém, compartilhar meus conhecimentos sobre o sistema de saúde brasileiro, e poder levar para além dos muros da UFES as discussões e aprendizados adquiridos no NUPGASC e Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), foi e tem sido uma experiência extremamente recompensadora e gratificante para mim como pesquisadora em Saúde Coletiva e acima de tudo brasileira. Acredito que levando adiante as experiências, as particularidades, as riquezas e as fragilidades do SUS, e aprender com outros sistemas de saúde, me faz uma profissional com maior conhecimento e capacidade de interlocução do contexto de saúde em nível internacional.

Desse modo, assim como posto pelo filósofo Walter Benjamin “Uma vivência, algo pelo qual simplesmente passei, atravessei, ou algo que me aconteceu, ela não é nada se não puder ser transformada em alguma narrativa compartilhável e transmissível ao grupo ao qual eu pertenço. É a transmissão, é o compartilhar, que transforma a vivência em experiência”, tenho como objetivo compartilhar minha experiência com meus pares, para que sejamos agentes modificadores no fortalecimento da saúde pública, levando em consideração a cultura, crenças, valores e necessidades dos sujeitos e grupos sociais em diferentes territórios e contextos de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, o perfil demográfico no Brasil, vem sofrendo transformações, de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto índice de mortalidade infantil, passou-se a uma sociedade urbana, e uma nova estrutura familiar, onde a média de filhos por casal diminuiu significativamente. Além disso, houve redução nas taxas de natalidade, resultando importantes alterações na estrutura etária da população (MIRANDA, 2016).

Verifica-se, a partir de então, uma mudança na estrutura e dinâmica populacional, com a progressiva ampliação do contingente de jovens, adultos, e das pessoas com idades superiores a 60 anos. Este processo tem reflexos importantes para a vida social, em particular para as mulheres, e impõe desafios à ação pública do Estado (BRASIL, 2014). As mulheres são aproximadamente 105 milhões no Brasil, representando 51,8% da população brasileira, e segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 69,9% das pessoas que utilizaram os serviços de Atenção Primária eram mulheres, e entre elas, 60,9% eram pretas ou pardas (IBGE, 2019). Conseqüentemente, elas são as principais usuárias do SUS, fazendo desse um grupo relevante para a saúde pública.

Admitindo-se a ampliação do intervalo de período reprodutivo para as idades entre 10 e 49 anos, em virtude da incidência elevada de casos de gravidez precoce, o percentual de mulheres em idade reprodutiva corresponde a 63,9% (PNAD/IBGE, 2019, CURTA, 2020). Por mais que o grupo de mulheres que se encontram em idade reprodutiva seja expressivamente relevante, dados de 2014 revelam que 38,4% das brasileiras em idade reprodutiva não eram mães, além disso 14% das brasileiras não pretendiam ter filhos. Isso se dá pela crescente incorporação da mulher ao mercado de trabalho, que ainda é marcado pela definição das relações de gênero no âmbito das responsabilidades domésticas, gerando tensões entre as atividades produtivas, aquelas remuneradas, a cargo dos homens e as atividades reprodutivas mais comumente sob responsabilidade das mulheres (PNAD/IBGE, 2014; GUIGINSKI, WAJNMAN, 2019).

Ao falar da mulher usuária do SUS estamos falando de um ser múltiplo, que pode ser tanto a mulher em fase reprodutiva, como também pode ser aquelas que vivenciam o

período de climatério e menopausa, período esse marcado pela transição da fase procriativa para a não procriativa e comumente imbuído de significados psicossociais para as essas mulheres (FERREIRA, 2013). São recorrentes as mulheres que buscam os serviços de saúde durante esse período, e não encontram assistência adequadas, o que demonstra a necessidade de maior acesso à informação e a serviços em saúde que facilite a compreensão das mudanças do período de climatério/menopausa, contemplando e ressignificando tal fase como integrante de seus ciclos de vida e não como sinal de velhice, improdutividade e fim da sexualidade (VALENÇA, et al, 2010).

Devemos falar também das mulheres pertencentes a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer*, intersexuais (LGBTQI+), que percorrem trajetórias marcadas por vulnerabilidades e discriminação, evidenciado pelos dados alarmantes de violência, baixa expectativa de vida, sérios agravos a saúde mental, suicídio e a alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis. As inúmeras adversidades enfrentadas por essas mulheres para acessar o sistema de saúde, provocam debates acerca das implicações das desigualdades sociais no acesso e cuidado em saúde (MONTEIRO, 2019, NAVARRO, 2021).

Embora, ainda permaneçam as imensas desigualdades sociais no país, importantes avanços no perfil de saúde/doença da população brasileira e na redução das desigualdades foram observados ao longo das últimas décadas. Dentre essas alterações positivas, encontram-se o aumento do número de mulheres que realizaram sete ou mais consultas pré-natal², que consistia de 49% no ano de 1995, para 66,7% no ano de 2015, além disso, houve melhora em relação a porcentagem de mulheres que não recebiam atenção pré-natal, que passou de 10,9% em 1995 para 2,2% em 2015 (BRASIL, 2015).

Entre os anos de 2017 e 2018 houve uma redução de 8,4% da Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil, que é um importante indicador de avaliação da qualidade das mulheres no período reprodutivo. Com a RMM em torno de 64,4 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, o Brasil apresenta taxas de mortalidade materna ainda 10

² Segundo Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que estabelece o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, fica estabelecido a realização de no mínimo 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html

vezes maiores que países como Austrália, Alemanha e Canadá, e encontra-se distante de atingir a meta estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU) de 30 mortes por cada 100 mil nascidos até o ano de 2030 (BRASIL, 2020, ONU, 2015). Em relação ao estado do Espírito Santo, a razão de mortalidade materna está em torno 48,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2016).

A oferta de mamografias de rastreamento do câncer de mama tem aumentado significativamente, por meio de ações de controle que vêm sendo incorporadas às políticas públicas de saúde nos últimos anos, fazendo com que o início do tratamento do câncer de mama para pacientes que procuram atendimento no SUS seja mais ágil e revele os altos índices de incidência e mortalidade dessa doença entre as brasileiras, sendo essa a neoplasia que mais acomete as mulheres (TOMAZELLI, 2017, INCA, 2020). Porém, apenas o aumento da utilização não garante o alcance dos resultados esperados pelas ações de rastreamento por si só, esse é um resultado que depende de diferentes variáveis, como, qualidade na realização do exame, população-alvo e periodicidade da sua realização, o que mostra a necessidade da organização da atenção à saúde em prol da garantia do acesso e a continuidade do cuidado a essa população (TOMAZELLI, 2017).

Essas e outras melhorias nos indicadores de saúde da mulher no Brasil, se deve em grande parte pelas conquistas que se sucederam durante os 30 anos desde a implantação do SUS. Medidas como a interiorização das equipes de saúde da família e a consequente ampliação do acesso aos serviços de APS e políticas elaboradas com contribuição de movimentos sociais/ feminista, profissionais de saúde e especialistas, que visam responder às necessidades de certos grupos, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), exerceram um importante papel ao reconhecer a diversidade das mulheres. Essas ações contemplam a saúde de diferentes grupos étnicos e em diferentes ciclos de vida, rompendo com a singularização da mulher apenas como um ser reprodutor. Avanços esses que não ocorreram sem obstáculos (BRASIL, 2004; LEAL, 2018; SOUZA 2018, CASTRO, 2019).

Dentre os muitos desafios enfrentados para se obter melhorias no acesso e na qualidade da atenção de saúde ofertada as mulheres, destacam-se as discrepâncias socioeconômicas presentes na população brasileira. As desigualdades socioeconômicas, comuns em nossa sociedade, influencia na elevada taxa de

mortalidade materna, além de violarem os direitos humanos femininos, que são mais prevalentes em comunidades com poucos recursos econômicos e sociais (MARTINS, 2018).

A maioria das mortes maternas (94%) são evitáveis e ocorrem em países de baixo recursos. Essas mortes refletem as iniquidades no acesso a serviços de saúde de qualidade e destacam as desigualdades existentes entre regiões ricas e pobres. A RMM em países de baixa renda no ano de 2017 foi de 462 mortes por 100 mil nascidos vivos, enquanto em países de alta renda essa taxa foi de aproximadamente 11 mortes por 100 mil nascidos vivos (OMS, 2019).

As mulheres em situações socioeconômicas desfavoráveis estão mais susceptíveis ao adoecimento, além de conviverem com diferentes tipos de ameaças à sua integridade e existência. Quando a análise se restringe àquelas que se encontram em idade fértil, o padrão dos óbitos apresenta algumas características típicas dessa faixa etária, que podem sofrer algumas variações de acordo com as condições em que as mesmas estão inseridas (OLIVEIRA, 2017).

Deste modo, quando se leva em consideração o contexto da saúde, as trajetórias de vida das mulheres são permeadas por desigualdades, discriminações, racismo estrutural e institucional, frustrações e violações de direitos, resultando em fonte de tensão e mal-estar psicofísico. O que é evidenciado pelos indicadores epidemiológicos, que mostram que mesmo com a implementação de políticas públicas, as desigualdades regionais são fatores preponderantes para a vulnerabilidade feminina em outros âmbitos que não somente o materno-infantil (BARROS, 2018, DIAS 2020).

Devido ao acúmulo de funções vivenciados e aos novos espaços alcançados, que vão além dos cuidados dedicados à família, a mulher tem estado mais exposta a novos riscos de adoecer e morrer, o que conseqüentemente gerou alteração no padrão de mortalidade feminino e faz da investigação de seus óbitos importante estratégia para direcionamento das ações de políticas públicas fundamentais, que não se realizarão sem a intervenção do Estado (MIRANDA, 2016, CUNHA 2017).

Nesse sentido, vários autores tem destacado entrecruzamentos, intersecções e combinações que corroboram com as desigualdades e iniquidades relacionadas a

gênero, raça/cor, classe social dentre outras. O que nos impõe a necessidade, inclusive, de repensar criticamente a categoria mulher, suas diferentes necessidades, devido a inexistência de uma mulher universal e única havendo diferentes possibilidades de ser mulher (CARNEIRO, 2003; GONZALEZ, 2019).

Como consequência dessas mudanças no perfil de adoecimento feminino, dentre as principais causas de mortalidade entre as brasileiras estão as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e as causas externas de morbidade e mortalidade, como violência urbana e doméstica, danos à saúde mental, todos esses fatores agravados durante período da pandemia do COVID - 19, ou pela falha de diagnóstico, ou pela interrupção de serviços preventivos e curativos, além dos óbitos decorrentes de complicações na gravidez, parto e puerpério (PITILIN, 2019, SOUZA, 2020).

O câncer de mama, com incidência estimada de 66.280 casos para 2020, com um risco de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres, tem representado um desafio para a saúde pública, sendo prioridade na agenda da Política Nacional de Saúde da Mulher (INCA, 2018). Ainda fazendo uma observação com os dados epidemiológicos relativos a comorbidades femininas entre o Brasil e países com situações socioeconômicas privilegiadas, a exemplo da Austrália, dados de 2017 revelaram ser o câncer de mama a sexta causa de morte no país, confirmando os esforços e compromissos firmados em sua Política Nacional de Saúde da Mulher (AIHW, 2017).

Diante da estimativa crescente de casos de câncer, para que seja possível o diagnóstico e o tratamento precoce, devem ser considerados fatores desde a oferta de serviços até o acesso oportuno. Apesar do câncer de mama ser considerado um agravo de relativo bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado oportunamente, a taxa de mortalidade (13,68/100.000) permanece elevada no Brasil (SOUSA, 2019).

De acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde, outro importante agravante para o status de saúde das mulheres, refere-se ao aumento do uso de qualquer contraceptivo entre mulheres (15-49 anos) que vivem com seus parceiros, essa tendência de maior adesão a contraceptivos vem de encontro ao novo perfil reprodutivo das mulheres, mas em contrapartida reflete, também o aumento de doenças tromboembolísticas, principalmente quando o uso de contraceptivos orais e

o perfil de concepção tardias, resulta em gestações de alto risco (SOUZA, 2018; ALDRIGHI, 2016).

Mesmo com o avanço no acesso a ações de diagnóstico e tratamento na AB, outro fator de grande preocupação é a incidência de sífilis congênita (SC) e gestacional (SG), que ainda estão distantes das metas preconizadas internacionalmente, o que se torna outro fator de grande risco para a saúde da mulher no Brasil, sendo um indicador capaz de apontar falhas no atendimento ao pré-natal. Os dados nacionais revelam que os esforços não têm sido suficientes para interromper a cadeia de transmissão da doença, o que resulta em uma tendência crescente nas incidências de sífilis adquirida, gestacional e congênita em todas as regiões do país (FIGUEIREDO, 2020, SOARES, 2020).

O perfil da doença segue o mesmo padrão no Espírito Santo, onde a maioria dos municípios apresentou incidência média e alta de SC e incidência baixa e intermediária de SG, na última década, o que faz da sífilis um importante agravo entre a população feminina (SOARES, 2020).

Outra epidemia enfrentada pela população feminina no Brasil, trata-se da incidência crescente de cesáreas no país, correspondendo aproximadamente a 56% dos partos em geral, o que lamentavelmente faz do Brasil o líder mundial em cesáreas, ficando atrás apenas da Nicarágua (OMS, 2018, BATISTA FILHO, 2018). Disparidades nas taxas de cesariana são identificadas quando se comparam as regiões do país, com taxas que excedem a média nacional, nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, com 63%, 62% e 61% respectivamente (ENTRINGER, 2019). Essa iniquidade também é percebida ao desagregar a assistência realizada no SUS e na saúde suplementar, que é de 90% e 45%, respectivamente (DOMINGOS, 2014). Enquanto para a OMS, taxas de cesariana acima de 10% não contribuem para a redução da morbimortalidade materna e perinatal (OMS, 2015).

No Brasil, a diretriz considera que a taxa de cesariana de referência, ajustada para a população brasileira, seria de 25% a 30%, porém o país se encontra em uma posição distante de alcançar tal referência. Agrega-se a esse contexto o fato de que o parto e a atenção obstétrica corresponderam a quase 20% do total das 11,4 milhões de internações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), o que corresponde a um

gasto de 7% de todos os recursos gastos em internações (BRASIL, 2016, ENTRINGER, 2019).

Comumente utilizada como marcador de qualidade da assistência à saúde, a alta taxa de cesariana em um país pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cesáreo em detrimento do parto vaginal. As razões para esse aumento no Brasil, são multifatoriais e não bem compreendidas. Mudanças nas características maternas e estilo de práticas profissionais, aumentado por negligência, bem como fatores econômicos, organizacionais, sociais e culturais, estão todos implicados nesta tendência (YE, 2014, BETRAN, 2016).

Problemas na qualidade da atenção ao parto e a peregrinação de gestantes de um serviço para outro, contribuem para manter elevada a razão de mortalidade materna e perinatal. Além disso, as altas taxas de cesarianas desnecessárias mantêm o risco de morte materna muitas vezes superior ao que se poderia reduzir (DOMINGUES, 2016). Ao fazer um paralelo com países que possuem baixa taxa de mortalidade materna, a exemplo da Austrália, observa-se que a cada 3 partos ocorridos, 2 são partos vaginais, sendo apenas um terço dos partos cesáreas. E dentre as mulheres que realizaram cesárea no país, a maioria apresentava alguma contraindicação para realização do parto vaginal ou tinham 40 anos ou mais de idade (AIHW, 2017).

As desigualdades socioeconômicas observadas no Brasil, também geram significativo impacto na busca por atenção das mulheres em situação de abortamento, as quais percorrem caminhos afetados por barreiras individuais, morais, sociais e estruturais, expondo-as a situações de vulnerabilidades (GOES, 2020). Segundo estudo com base em estimativas da OMS aproximadamente 55 milhões de abortos ocorreram entre 2010 e 2014 no mundo, sendo 45% destes considerados abortos inseguros. Sendo que 97% dos abortos inseguros, concentram-se na África, Ásia e América Latina (GANATRA, 2014, CARDOSO 2020).

Estima-se que, a cada ano, cerca de 230 mil mulheres são internadas pelo SUS em decorrência de abortos inseguros, sendo o aborto no Brasil, um grave problema de saúde pública, tanto pela magnitude quanto pela persistência (DINIZ, 2017, FLEURY-TEIXEIRA, 2015). Embora exista subnotificação nas taxas de óbitos, é possível observar um perfil das mulheres que apresentam maior risco de morrer em decorrência do aborto no Brasil, por meio dos dados de nascimentos e óbitos

disponibilizados oficialmente. A criminalização reforça as desigualdades sociais e de gênero, desvelando também o racismo estrutural/institucional que conforma a sociedade brasileira, contribuindo para o aumento de vulnerabilidades e as suas implicações inclusive atinentes às mortes, que atingem em sua maioria mulheres negras, com mais de 40 ou menos de 14 anos, de baixa escolaridade, sem companheiro, e domiciliadas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (CARDOSO 2020, DINIZ 2017, MENEZES, 2020).

Essas vulnerabilidades sociais, operam a partir de intersecções, mais especificamente de gênero, raça e classe, incapacitam a mulher de exercer o planejamento reprodutivo e evitar gravidezes não desejáveis, fazendo assim do aborto inseguro uma questão de saúde pública (DUARTE, 2020, GOES, 2020). Esses grupos vulneráveis necessitam principalmente de acesso e qualificação das ações de planejamento reprodutivo e atenção pré-natal, a fim de reduzir o risco da ocorrência de aborto quer seja espontâneo ou provocado, servindo assim como marcadores de riscos para reformulação de políticas públicas na prevenção dos abortos inseguros e manejo de suas prováveis consequências, além da vigilância clínica desses casos (CARDOSO 2020).

Diante dos vários fatores que evidenciam a vulnerabilidade da mulher ao acessar os serviços de saúde e a multiplicidade do que é ser mulher, considerar a mulher apenas pelo ponto de vista do gênero se torna algo superficial e desagregador. Olhando pela lente da abordagem interseccional compreendemos que a mulher ao qual abordamos nesse trabalho deve ser vista sob as diversas perspectivas que estruturam as desigualdades como as de gênero, geração, sexualidade, fatores físicos, de classe social e raça/cor (DONKIN, 2017, d' OLIVEIRA, 2020). Nesse sentido, o arcabouço teórico- crítico, que vem sendo produzido a algumas décadas pelo feminismo negro, nos auxiliam na compreensão das diversas desigualdades e na propriedade de análise do fenômeno na perspectiva da interseccionalidade.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002: p. 177).

Nesse sentido, é que as perspectivas advindas da vertente interseccional, nos ajuda na apreensão dos inúmeros desafios que é o de trazer à baila as questões atinentes a necessidade de se desvelar as “diferenças dentro das diferenças”.

Uma vez que de acordo com Crenshaw (2002), são comuns as políticas que excluem as mulheres por não atender suas necessidades e vulnerabilidades, sendo importante reconhecer a forma como os corpos de mulheres diferentes são tratados pela ciência médica de modo a não invisibilizar a pluralidade de mulheres existente.

Um exemplo de subinclusão foi a esterilização de mulheres marginalizadas em todo o mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, milhares de porto-riquenhas e afro-americanas foram esterilizadas sem seu conhecimento ou consentimento. Esses abusos foram predominantes nos anos 1950, mas também ocorreram em períodos mais recentes (CRENSHAW, 2002:p.175).

A respeito, Akotirene (2020, p.63) acrescenta que nessa perspectiva a interseccionalidade nos ajuda a compreender a discriminação que mulheres não brancas são estruturalmente e institucionalmente submetidas ao serem muitas vezes “posicionadas em avenidas identitárias, que farão delas vulneráveis a colisão das estruturas e fluxos modernos. Uma vez que o cruzamento do racismo e sexismo geram vulnerabilidades para mulheres negras”.

A falta de controle pelo seu próprio corpo e desejo, imposta por políticas de saúde excludentes, ou seja, aquelas que não consideram as reais necessidade das mulheres em seus diferentes contextos também foi destacado por Carneiro (2003) ao falar da banalização da esterilização da mulher negra no Brasil em décadas passadas:

A esterilização ocupou lugar privilegiado durante anos na agenda política das mulheres negras que produziram campanhas contra a esterilização de mulheres em função dos altos índices que esse fenômeno adquiriu no Brasil, fundamentalmente entre mulheres de baixa renda (a maioria das mulheres que são esterilizadas o fazem porque não encontram no sistema de saúde a oferta e diversidade dos métodos contraceptivos reversíveis que lhes permitiriam não ter de fazer a opção radical de não poder mais ter filhos (CARNEIRO, 2003: P.124).

Outro importante ponto de discussão, ao se problematizar a saúde da mulher, é reconhecer a violência estrutural como um problema de saúde. O sexo feminino apresenta o maior número de atendimentos em relação a todas as violências, exceto os referentes ao trabalho infantil. A violência sexual que é 6,5 maior entre as mulheres, a violência psicológica/moral que é 5 vezes maior no sexo feminino, além da relação à tortura e ao abuso financeiro/econômico que são, cada um, cerca de 4 vezes maior

no sexo feminino, comparado ao masculino, revelam a maior vitimização feminina (MINAYO, 2018, BARBOSA, 2020).

Para Bandeira (2014), as desigualdades baseadas na condição de gênero, tem origem no seio familiar, em que as relações de gênero construídas de forma hierárquica, são responsáveis pela ocorrência da violência. Porém, essa posição em relação ao núcleo familiar também sofre influência da raça, idade, classe social dessas vítimas, evidenciando a interseccionalidade das opressões e seus reflexos na saúde da mulher. Apesar dos avanços normativos para constituição de serviços de referência no atendimento às mulheres em situação de violência, a institucionalização de práticas humanizadas ainda enfrenta a reprodução de estereótipos de gênero e raça e a ausência de fluxos de atendimento que evitem a violação de direitos de mulheres, principalmente as mulheres negras (BANDEIRA, 2014, ALCARAZ, 2014, CAVALCANTI, 2015, WERNECK, 2016, OLIVEIRA, 2019).

Os dados da violência denunciam uma realidade encoberta: o racismo estrutural/institucional. No Brasil as mulheres negras são 53,6% das vítimas de mortalidade materna, 65,9% das vítimas de violência obstétrica e 68,8% das mulheres mortas por agressão (INSTITUTO PATRICIA GALVÃO, 2016). Esses dados revelam como o racismo e o sexismo se apresentam de diferentes formas na sociedade, revelando as restrições de direitos das vítimas, e denunciando um duplo preconceito, por se tratarem de mulheres negras (OLIVEIRA, 2019).

Não apenas as consequências psicológicas e físicas da violência, mas existem outros agravos mais incidentes na população negra como: miomas uterinos, síndromes hipertensivas, desnutrição, gastroenterites, tuberculose, alcoolismo, que se apresentam não apenas por razões étnicas, mas devido ao acesso a serviços de saúde dificultados e ao uso de meios diagnósticos e terapêuticos mais precários, produzindo, em geral, piores prognósticos para agravos que afetam mais a população negra, evidenciando a existência de um racismo estrutural. Isso mostra a negligência com a saúde da mulher negra em relação a da mulher branca, e a influência do racismo institucional nos processos de saúde, doença e cuidado para população negra (OLIVEIRA, 2019; WERNECK, 2016).

Para Sueli Carneiro (2005) a violência psicológica é um aspecto pouco abordado da violência racial, gerando sequelas na autoestima de mulheres negras cuja

subjetividade é forjada a partir da desvalorização contínua no imaginário social. A autora indica em sua obra que as instituições ainda são brancas, o ideal de beleza é branco, o sujeito que é digno de amor, nesse caso, merecedor de cuidado, é branco. Isso torna o processo de cuidar e ser cuidado complexo e psiquicamente custoso (CARNEIRO, 2005).

Quando se discute a oferta de serviços de saúde voltado à mulher, o olhar deve ser além do que está posto hegemonicamente, e deve-se considerar as diversas singularidades que expressam o que é “ser mulher” e de que mulher estamos nos referindo. Nesse sentido, discute-se também as questões relativas à experiência de travestis, transexuais, pessoas com identidade não binária ou *queer* e a diversidade de orientações sexuais (hétero, homo ou bissexual) (GIAMMATTEI, 2015).

Incluimos a mulher negra, pela sua expressiva participação no conjunto da população brasileira, totalizando 28% da população, e sua presença majoritária entre as usuárias da APS e também por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor (IBGE, 2020).

As mulheres negras, são também as que mais morrem e estão em situação de desvantagem no acesso aos serviços de saúde, seja para assistência obstétrica ao qual a mortalidade de mulheres negras em decorrência de complicações da gestação é de 3 a 4 vezes superior ao número de mulheres brancas, seja assistência ginecológica em que mulheres pardas e pretas têm mais probabilidade de serem diagnosticadas com câncer ginecológicos em estado avançado do que mulheres brancas, além dos demais agravos em saúde, a exemplo da mortalidade em decorrência de agressão (WERNECK, 2016; BRASIL, 2019; LEMOS, 2020, INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2016).

Autoras como Carneiro (2003), Werneck (2016), Dias (2020) têm apontado que o racismo afeta diversas dimensões da vida pessoal e institucional do indivíduo, não sendo diferente no setor saúde. O não acesso aos serviços é a maior representação dessa situação. Uma vez que ter acesso ao sistema e serviços de saúde pública, é também determinado pela concepção saúde- doença-cuidado, enquanto construção social e projetos éticos- político-institucionais. Além das práticas de cuidado que tratam diferentemente mulheres brancas e não brancas, desvelando a raça/cor como

um componente interveniente no manejo da dor na assistência às mulheres nos serviços de saúde.

Portanto, a formulação e a implementação de políticas inclusivas, são também determinantes nas escolhas políticas, ética e econômica numa dada sociedade. E, quando nos referimos a população negra, incluídas as mulheres quilombolas, é lamentável constatar que políticas de saúde, baseadas no direito social e consagradas com diretrizes universais, tem tido o processo saúde-doença-cuidado ancorado numa perspectiva de universalidade excludente dessa população (DIAS, 2020).

Desse modo, não é por acaso que a política nacional que versa sobre a saúde da população negra, chama atenção sobre a necessidade de combater as desigualdades no SUS, considerando que as iniquidades em saúde, advém de persistentes processos socioeconômicos e culturais injustos, via de regra sustentados por estruturas racistas, com repercussões importantes e direta na saúde das mulheres (BRASIL, 2017).

A desassistência, permeada pelo racismo que estrutura os modos *operanti* das instituições foi ratificada nos dados apresentados pela PNS (2019), demonstrando que 7 em cada 10 brasileiros dependem do SUS para tratamento, totalizando mais de 150 milhões de brasileiros SUS dependentes. E, destes 71,5% dos brasileiros não figuram como contratantes de qualquer tipo de plano privado de saúde e, têm no sistema público de saúde sua única possibilidade para tratamentos, atendimento hospitalar, e outros serviços de saúde sendo considerados SUS dependentes (BRASIL, 2019).

Dados da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, apontam uma relação direta entre cor ou raça, condição econômica e a cobertura de plano de saúde, destacando, que 78,8% das pessoas negras não possuem cobertura de plano de saúde privado (BRASIL, 2019; BRASIL, 2017).

A respeito, Carneiro (2011, p.99), aponta que a defesa de políticas universalistas no Brasil, “guarda por identidade de propósitos, parentesco com o mito da democracia racial, com a façanha de cobrir com um manto democrático e igualitário processos de exclusão racial e social que perpetuam privilégios”. Além disso, segundo a autora esses privilégios adiam o enfrentamento das desigualdades que reforça pobreza e a exclusão social.

Conforme observado em estudo realizado em uma comunidade quilombola no norte do Espírito Santo, as mulheres quilombolas apontaram as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Para 61,54% dessas mulheres, "o acesso aos serviços de saúde foi considerado de difícil a impossível" (DIAS, 2020, p. 45). Esse dado retrata o quanto o acesso tem sido atravessado pelas situações advindas das desigualdades, constituindo-se em importante marcador do racismo estrutural/institucional. Atestando o racismo institucional e as injustiças sociais com o sofrimento, as expectativas e as esperanças dessas mulheres.

Nessa perspectiva, considera-se o sujeito como um ser social, imbuído de diversas variáveis como gênero, raça, sexualidade, religião, classe social, geração, que são marcadores sociais preexistentes desde o nascimento e que influenciam com maior ou menor intensidade nas desigualdades de acesso a saúde (MELO, 2020).

Essa realidade ascende a necessidade de olhares interessados e ampliados a partir de análises que articulem e tomem como eixo as interseccionalidades, articulando essas realidades as situações advindas das situações de classe, de gênero, de cor e outros sistemas discriminatórios que criam desigualdades e iniquidades que estruturam as posições relativas às mulheres no que concerne a raça, etnias, classes e outras. Portanto, o não acesso torna-se assim um potente analisador e prova cabal das manifestações do racismo e das desigualdades que tornam determinados grupos mais vulneráveis a inúmeras situações de risco e privação de acesso a serviços essenciais como saúde, educação e segurança.

Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando as diversidades de cunho étnico racial, cultural, sexual, religioso contribuindo para a construção da autonomia e especificidades dessas mulheres que são em sua maioria negras e pobres, mulheres que também são indígenas, quilombolas, com deficiências, homossexuais, transexuais, mulheres do campo, em situação de rua, privadas de liberdade, mulheres vítimas de violências dentre outras. Essas mulheres são conectadas por desigualdades e pela necessidade da garantia da universalidade, integralidade e equidade, que são por vezes negligenciados, principalmente no ponto de vista da justiça social (BRASIL, 2013, BRASIL 2009).

A realidade acerca dos problemas de saúde que as mulheres vêm vivenciando no Brasil, evidencia a negação da integralidade, na medida em que essa requer

acolhimento, escuta sensível, acesso, segmento e resolutividade. Nessa perspectiva, as experiências das mulheres devem ser contextualizadas, respeitando-se as singularidades e levando em consideração que em grande parte as mulheres usuárias do sistema público de saúde encontram-se em condição de vulnerabilidade social e econômica (BARROS, 2016).

Considerando a multiplicidade das realidades que as mulheres estão inseridas e suas necessidades, baseado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), existem situações que o sistema de saúde, mais especificamente no nível da APS, deva estar preparado, como na atenção pré-natal e assistência em anticoncepção, o abortamento em condições de risco, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids, a violência doméstica e sexual, a saúde da mulher adolescente, a saúde da mulher no climatério/menopausa, a saúde mental e as questões de gênero, a prevenção de câncer ginecológico, a saúde das mulheres lésbicas, das mulheres negras, das indígenas, das residentes e trabalhadoras da área rural e a saúde da mulher privada de liberdade. Estando algumas delas proporcionalmente ligadas à vulnerabilidade social (BRASIL, 2004; FRANÇA, 2016).

São muitos os desafios a serem enfrentados pelo SUS, desafios esses largamente agravados recentemente no contexto da pandemia do COVID-19 em consequência do agravamento de desigualdades existentes, o que torna imprescindível e urgente a atenção às necessidades específicas de populações vulnerabilizadas, incluindo as mulheres. O acesso de mulheres que já eram por muitas vezes deficitários, foram prejudicados em decorrência da quarentena e regras de distanciamento social, seja por necessidade de readequações do atendimento dos serviços, ou pela insegurança da mulher quanto a segurança em buscar atendimento no contexto da pandemia/ COVID 19 (BRASIL, 2020). Portanto, conhecer o padrão de estado de saúde das mulheres e suas tendências, além de como tem sido ofertado os serviços de saúde a elas nas últimas décadas, permite lançar um olhar crítico sobre as políticas de saúde e o SUS voltados a esse público, além de permitir avaliar o progresso ou os limites no enfrentamento dos problemas de saúde (SOUZA, 2018; FERREIRA 2020, SANTOS, 2020).

Além do mais, para se alcançar o acesso aos serviços de saúde de maneira que a mulher seja acolhida, considerando suas multiplicidades, a APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, se torna um local privilegiado no caminho

dessas mulheres, sendo necessário sobrepor aos desafios políticos nas conquistas sociais que tem colocado em risco o SUS, e a preservação de programas e políticas que enfrentaram os principais determinantes sociais da saúde. Objeções essas, como o programa Brasil Previne, lançado pelo Ministério da Saúde em 2019 e altera a forma de financiamento da APS, com possibilidades de efeitos negativos nos indicadores de saúde que não podem ser ignorados (D'OLIVEIRA, 2020; LEAL, 2018; BRASIL, 2019; MASSUDA 2020).

Assim, para que as mulheres passem a ser consideradas a partir das diferentes experiências propiciadas pela natureza feminina, sem as resumirem a tríade mulher-heterossexual-mãe, são necessários esforços em prol da defesa de um sistema de saúde comprometido com os determinantes sociais, e com o cumprimento dos princípios de integralidade (VASCONCELOS, 2017)

E nesse sentido, a partir da compreensão da multiplicidade do que significa ser mulher, e do seu processo de saúde e de adoecimento, teremos melhores condições de cuidar dessas mulheres. Isso se torna possível por meio do enfrentamento das principais causas de morbimortalidade feminina, como as elevadas taxas de câncer ginecológico, alta mortalidade materna e alto índice de cesárias desnecessárias, crescente número de complicações decorrentes do aborto ilegal, a epidemia da violência contra a mulher e as altas taxas de feminicídio, a epidemia de infecções como a da sífilis congênita e gestacional dentre outras realidades vivenciadas pelas usuárias do SUS (BRASIL, 2016).

Dessa forma, são múltiplos e diversos os olhares sobre a mulher usuária do SUS, que ao acessar a APS chega com muitas demandas, que vão além do ciclo gravídico puerperal. São mulheres únicas, singulares e ao mesmo tempo, diversas no jeito de ser mulher numa sociedade guiada pela desigualdade social, de gênero, raça/cor e sustentada pela lógica patriarcal. Nesse sentido, fomos guiados pelo desejo de desvendar como os serviços de saúde estão organizados para recebê-las e acolher suas necessidades.

Foram com essas preocupações, que essa pesquisa foi norteadada pela seguinte questão: Como se dá o acesso e a utilização de serviços na APS pelas mulheres no Estado do Espírito Santo?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar o acesso e a utilização aos serviços voltados à saúde das mulheres na APS do Espírito Santo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar por meio de revisão integrativa da literatura, quais são os serviços ofertados às mulheres na atenção primária em saúde e, como se dá o acesso a esses serviços.
- Identificar pontos de convergência e divergências nas agendas dos movimentos feministas e do movimento pela reforma sanitária brasileira a partir da década de setenta na luta pelo acesso às políticas voltadas à saúde da mulher.
- Analisar a experiência das usuárias do Sistema Único em Saúde, sobre o acesso e utilização dos serviços da Atenção Primária em Saúde, no Espírito Santo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. MOVIMENTOS FEMINISTAS E AS LUTAS POR DIREITOS

O acesso aos serviços públicos de saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido pela Constituição Federal brasileira desde 1988 (BRASIL, 1988). Infelizmente, a realidade no dia a dia tem apontado que nem sempre essas diretrizes têm sido garantidas, uma vez que no caminho muitos obstáculos tem emergido, que vão desde o subfinanciamento ao crônico sucateamento e desfinanciamento do SUS. E as políticas voltadas para a saúde da mulher se constituem excelente analisador, vistas pelas perspectivas e intersecções das lutas das mulheres para obtenção de direitos, inclusive de acesso aos serviços de saúde.

Ao fazer o percurso das lutas feministas no Brasil, abordamos brevemente como pensadoras internacionais, notadamente as americanas, influenciaram o feminismo brasileiro. Apresentamos ainda, uma breve contextualização de como os movimentos sociais estiveram envolvidos com as agendas do movimento pela reforma sanitária brasileira, a fim de compreendermos o papel desses movimentos na elaboração de políticas de saúde pública, com foco no papel do movimento feminista, suas pautas e os (des) encontros com a formulação e implementação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

Para tanto, realizou-se uma breve recontextualização sobre algumas teorias feministas, que contribuíram para ampliar nossas lentes acerca do processo histórico da construção do “Ser mulher”. Partindo do conceito pré-estabelecido de mulher como um ser universal, notadamente com finalidade reprodutiva e cuidados domésticos, em favor da compreensão da mulher em sua pluralidade. Percorremos os caminhos das ondas feministas americana e brasileira usando as lentes do conceito da interseccionalidade (CRENSHAW, 2002), e discutimos como o acesso das mulheres aos serviços de saúde, é influenciado pelas desigualdades vivenciadas pelas mulheres. Ao fazer o percurso das lutas feministas no Brasil, trouxemos uma breve contextualização de como os movimentos sociais estiveram envolvidos com as agendas do movimento pela reforma sanitária brasileira, a fim de compreendermos o papel desses movimentos nas formulações de políticas de saúde pública, com foco no papel do movimento feminista, suas pautas e os (des) encontros com a formulação e implementação de políticas de saúde voltadas para as mulheres.

Para iniciar nosso percurso, ao falar das mulheres e suas lutas, Teles (1999), inicia seu livro *Breve História do Feminismo no Brasil e outros ensaios*, com a seguinte passagem:

Falar da mulher, em termos de aspiração e projeto, rebeldia e constante busca de transformação é falar de tudo que envolva a condição feminina, não é apenas uma vontade de ver essa mulher reabilitada nos planos econômico, social e cultural. É mais do que isso. É assumir a postura incômoda de se indignar com o fenômeno histórico em que metade da humanidade se viu milenarmente excluída nas diferentes sociedades, no decorrer dos tempos. É acreditar que essa condição, perpetuada em dimensão universal, deva ser transformada radicalmente. É solidarizar-se com todas as mulheres que desafiaram os poderes solidamente organizados, assumindo as duras consequências que esta atitude acarretou em cada época. É compreender que a submissão, por mais sutil que seja, é o resultado de um processo de tal forma brutal que acaba por impedir a própria vontade de viver dignamente (TELES, 1990, p.9).

Dessa forma, geralmente quando se fala “mulher” utiliza-se comumente uma categoria construída em meio as relações marcadas pelo patriarcado e pela dominação masculina, legitimada por arranjos assimétricos de poder construídos culturalmente a partir de uma diferenciação biológica entre homens e mulheres e de uma consequente relação de distinção estabelecida socialmente, baseada no gênero (MIGUEL; BIROLI, 2013).

Desse modo, a partir da compreensão da multiplicidade do que é ser mulher, Judith Butler (2003) inicia sua reflexão questionando o conceito “mulher”. A autora indaga se o conceito pré-cultural, pré-estabelecido e óbvio utilizado para definir as pessoas do sexo feminino é realmente universal e estável, considerando a história e as fronteiras culturais (BUTLER, 2003, p.29). Portanto, ao se definir a identidade feminina, como única, pode-se excluir os sujeitos que não se enquadram nas exigências normativas do ser mulher, que é automaticamente visto como a mulher mãe, subalterna e estereotipada.

Ribeiro (2018, p.9) acrescenta que “a relação entre política e representação é uma das mais importantes no que diz respeito à garantia de direitos para as mulheres e é justamente por isso que é necessário rever e questionar quem são esses sujeitos que o feminismo estaria representando”. Portanto, ao universalizar a categoria mulher, vertentes do feminismo podem contribuir para exclusão de outras mulheres, perpetuando assim as estruturas de poder e desigualdades.

Quando se fala de feminismo, percebe-se que o mesmo se faz plural pela sua própria história, e é esse o caminho que nos levará a compreender as mudanças que ocorreram em relação a busca de direitos e emancipação das mulheres ao longo da história e os diferentes contextos político, sócioeconômico e regional (SILVEIRA, 2019). O feminismo que emergiu de diferentes contextos tais como o feminismo marxistas (BRYSON, 1992; ALAMBERT, 1986), feminismo negro (HOOKS, 2000; COLLINS, 1986), feminismo interseccional (CRENSHAW, 2002), feminismo liberal (FRIEDAN, 1963), entre outros, embora com ideias políticas, sociais e econômicas divergentes, tem em comum o reconhecimento da opressão específica vivida pelas mulheres e a divisão desigual dos poderes nas sociedades, que são definidas sociopoliticamente e não biologicamente (TELES, 1999).

O termo "*Feminism*", descreve um movimento político, cultural e econômico que objetiva direitos iguais e proteções legais para as mulheres. Ao longo do tempo, as ativistas feministas protestaram por questões como os direitos legais das mulheres, especialmente em relação a contratos, propriedade, voto, além da autonomia e integridade do corpo, direitos reprodutivos, incluindo contracepção e cuidado pré-natal, proteção a violência doméstica, assédio sexual e estupro. Além disso, o movimento feminista reivindica os direitos das mulheres no local de trabalho, incluindo licença maternidade, equidade no pagamento e são contra todas as formas de discriminação que as mulheres podem encontrar (DRUCKER, 2018).

Para Teles (1999, p.10), "feminismo em seu sentido mais amplo" é um movimento político que questiona as relações de poder, a opressão e a exploração de grupos de pessoas sobre outras. Contrapõe-se radicalmente ao poder patriarcal e propõe uma transformação social, econômica, política e ideológica da sociedade".

A seguir iremos percorrer brevemente algumas trajetórias históricas e os recortes que levaram a ascensão do feminismo americano e brasileiro. Cientes das limitações, fizemos escolhas por algumas pensadoras que fizeram emergir as discussões sobre o feminismo multirracial e negro norte americano e sua convergência e divergências no contexto brasileiro a partir de sobrevoos sobre as ondas que foram se constituindo e legitimando esses movimentos.

3.1.1. Pensadoras feministas norte americanas: ondas, dilemas e contribuições

We don't want equality with men in the society as it is now; we want an entirely new society based on new values

Marilyn Webb

O feminismo americano tem um percurso marcado por ativismos que geraram inúmeras conquistas e desafios. Didática e teoricamente eles têm sido divididos em três partes, chamadas metaforicamente ondas, por significar a vazante e o fluxo da discussão política (FREEDMAN, 2002).

A primeira onda do feminismo refere-se aos movimentos por direitos sociopolíticos, nos séculos XIX e início do século XX, a disseminação das ideias liberal-utilitaristas do pensador inglês John Stuart Mill, que teve grande influência no nascimento do feminismo e no movimento pelo sufrágio norte-americano. Mill, em sua obra, "The Submission of Women" (MILL, 1869, p.35 e 36) critica a "subordinação legal e social das mulheres" baseada no preconceito e no exercício de uma autoridade sustentada na lei do mais forte e não no consentimento livre. Nessa onda o feminismo europeu exerceu importante influência na América do Norte provocando um efeito multiplicador nas discussões das mulheres norte americanas, brancas, de classe média, que recém vindas da luta ao lado de seus maridos em prol da independência do sistema colonial inglês, estenderam suas reivindicações pela abolição da escravidão e a luta contra sua própria subordinação a coletividade masculina (VARELA, 2005, p.44)

Essa primeira onda do movimento feminista norte americano, ganhou força com as Sufragistas, movimento que surgiu na Inglaterra no século XIX e uniam mulheres em busca do sufrágio feminino. Autoras como Mary Wollstonecraft, Harriet Taylor e Sojourner Truth são exemplos dessa perspectiva. A luta por direitos como voto, educação, trabalho fora do lar e oposição a casamentos arranjados e a propriedade de mulheres casadas por seus maridos, são marcantes desse período (PINTO, 2010). Embora a Revolução Americana e a reivindicação dos Direitos da Mulher de Mary Wollstonecraft (1792), tenham ativado a discussão sobre os direitos das mulheres, foi a onda abolicionista vinda da Europa, a exemplo da França (1794) e Inglaterra (1834), que realmente impulsionou o movimento pelos direitos das mulheres nos EUA (Estados Unidos da América) (LIBERATO, 2020).

A partir de então, as mulheres dos Estados Unidos passaram a lutar de forma organizada em prol de seus direitos, que a partir da convenção de Seneca Falls (1848); seguiu por meio de inúmeras campanhas estaduais, batalhas judiciais e petições ao Congresso, que culminaram na emenda à Constituição que lhes deram acesso ao voto, a Emenda Dezenove (1920), conhecida como “*Susan B. Anthony Amendment*”, que traz o nome da pioneira do movimento sufragista feminino nos EUA, quem liderou a luta pela inclusão dessa emenda na Constituição Americana. A partir de então, as mulheres foram atingindo seus objetivos e conquistando o direito de voto de Estado por Estado progressivamente (DUBOIS, 1994).

Diversas mulheres negras americanas, impulsionadas pelo cenário internacional reivindicaram por mais democracia nos EUA, não apenas em termos dos direitos das mulheres, mas também em relação ao racismo nos EUA e no próprio movimento sufragista. As complexas conexões e estratégias internacionais que as sufragistas cultivaram revelam tensões na organização feminista que reverberaram em movimentos posteriores e são instrutivas atualmente no século XXI, durante a terceira onda do feminismo (MARINO, 2019).

Em uma crítica à inclusão das mulheres e à reivindicação pela igualdade de gênero na luta abolicionista, Angela Davis (2016) afirma que houveram desencontros entre importantes alas do movimento sufragista e o abolicionista. Ainda que as principais lideranças do até então recém-nascido movimento feminista americano tenham sido ineptas no âmbito da luta antiescravista, sua oposição à conquista do voto pelos homens negros, este entendido como ameaça à conquista do voto das mulheres, demonstrou inconsistências e lacunas na sua consciência de classe e também explicitou o quanto elas possuíam ainda traços racistas em suas argumentações, e, portanto, não conseguiram perceber a conexão entre “escravidão, exploração econômica e opressão social das mulheres” (DAVIS, 2016, p.75).

Nesse contexto, o direito ao voto se tornou a chave para várias convenções dos direitos das mulheres nos EUA, inspirando e contando com o apoio das mulheres na Europa e em outros lugares, incluindo mulheres imigrantes que viviam nos EUA. Como podemos constatar na fala da imigrante e abolicionista polonesa Ernestine Rose (1851): “Não estamos lutando pelos direitos das mulheres da Nova Inglaterra, ou da velha Inglaterra, mas do mundo” (BANK, 2012).

De acordo com Davis (2016), o período pós-abolição e, especialmente o final do século XIX e início do século XX foi um momento em que o cruzamento entre racismo e sexismo ganhou novas fontes de legitimação. “As mulheres negras foram sendo incorporadas ao trabalho remunerado, mas nos postos mais precários” (DAVIS, 2016, p. 98). O serviço doméstico mantinha-se como “selo da escravidão”, que convivia com alta precarização e foi renovando as relações de exploração entre brancas de classe média e as mulheres negras (DAVIS, 2016).

Desse modo, os legados transnacionais do movimento sufragista foram evidentes na busca contínua das mulheres nos EUA pela cidadania, que continua ocorrendo no século XXI. A luta pelos direitos das mulheres continuou conectada aos movimentos globais pelos direitos humanos, por imigrantes, justiça racial, trabalhista e feminista (MARINO, 2019).

Nas décadas seguintes, mesmo após conquistas no campo civil, a mulher conviveu com a visão universal de mulher servidora, cuidadora e subserviente. Simone de Beauvoir, em sua obra o *Segundo Sexo*³ (1949), traz a discussão das desigualdades e falta de reciprocidade entre os gêneros, questionando o verdadeiro conceito do que é ser mulher a partir da relação entre a subjetividade e o corpo feminino, evidenciando que a submissão do ser feminino é uma condição cultural imposta às mulheres.

Pouco mais de uma década depois, Betty Friedan, em sua obra *The Feminine Mystique* (1963), alega existir uma “mística” de que a mulher deve encontrar realização na “passividade sexual, dominação masculina e nutrir o amor maternal”. Em outras palavras, as mulheres estavam colocando todo o seu foco nas pessoas ao seu redor e tendiam a negligenciar a si mesmas. Além disso, Friedan (1963) questionou a ideia de que as mulheres eram vistas convencionalmente apenas como donas de casa, mostrando às mulheres que elas não tinham a influência política de que precisavam para fazer uma mudança no mundo, o que de certa forma foi

³ O Segundo Sexo é um livro escrito por Simone de Beauvoir, publicado originalmente em 1949 e uma das obras mais celebradas e importantes para o movimento feminista. Beauvoir, S. O Segundo Sexo: A Experiência Viva. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1980

inspiração para maior engajamento das mulheres em busca de uma voz que as representasse.

[...] O problema não pode ser compreendido nos termos geralmente aceitos pelos cientistas ao estudarem a mulher, pelos médicos ao tratarem dela, pelos conselheiros que as orientam e os escritores que escrevem a seu respeito. A mulher que sofre deste mal, e em cujo íntimo ferve a insatisfação, passou a vida inteira procurando realizar seu papel feminino. Não seguiu uma carreira (embora as que o façam talvez tenham outros problemas) [...]. Para as mais velhas, produtos da classe média, nenhum outro sonho seria possível. As de quarenta ou cinquenta anos, que quando jovens haviam feito outros planos e a eles renunciado, atiraram-se alegremente na vida de donas-de-casa. Para as mais moças, que deixaram o ginásio ou a faculdade para casar, ou passar algum tempo num emprego sem interesse, este era o único caminho. Eram todas muito "femininas" na acepção comum da palavra, e ainda assim sofriam do mal (FRIEDAN, 1971: p. 27).

A segunda onda feminista, se deu sob um contexto de descontentamento das próprias mulheres em relação ao seus papéis na sociedade, foi marcada globalmente por discussões sociais e políticas das décadas de 1960 e 1970, período marcado por inúmeras revoluções que tomaram conta do cenário mundial, como o movimento hippie, as manifestações estudantis, os manifestos contra a guerra do Vietnã e, na América Latina, os movimentos de resistência contra as ditaduras militares. Nesse período, o movimento passa a adquirir novas características e as reivindicações que antes eram voltadas apenas para a desigualdade de direitos políticos, trabalhistas e civis, também começaram a questionar e a estudar as causas dessas desigualdades (FIRESTONE, 1970; CONSOLIM, 2017).

Desse modo, o movimento feminista passa a abordar pautas relacionadas à opressão da mulher, a sexualidade, a construção cultural de gênero e dominação, além de defender que a principal causa das desigualdades da sociedade, tem como responsável o patriarcalismo (MAYORGA, COURA, MIRALLES, CUNHA, 2013). Essa onda tem como pensadoras, as feministas Simone de Beauvoir, que por meio de sua obra "O segundo Sexo" (1949) discute sobre as desigualdades entre gêneros, questionando o conceito de ser mulher a partir da relação entre subjetividade e o corpo feminino. Outra importante pensadora desse período, Betty Friedan em sua obra "A mística Feminina" (1963), revela o sofrimento vivido por mulheres de classe média, e suas frustrações pessoais em decorrência de casamentos precoces e dedicação a vida doméstica (DUARTE, 2006).

Seguindo pensamentos que vão ao encontro das autoras acima mencionadas, outras pensadoras feministas, como Shulamith Firestone (1970) e Kate Millet (1971) também trouxeram a luz do movimento feminista, um discurso focado nas relações de poder entre homens e mulheres, debatendo sobre questões de discriminação, desigualdades culturais, estruturas sexistas, igualdade de pagamento para trabalhos comparáveis, serviços de creche, licença maternidade paga, entre outras questões (BAXANDALL, GORDON, 2002, p.414; MIGUEL, 2014).

Durante esse período, as críticas ao movimento feminista começam a ter espaço, e o movimento passa a ser visto como aquele que marginalizou o ativismo e as visões de mundo das mulheres negras e tratou o sexo como a última opressão. Autoras de significativo papel para essa discussão, como Patricia Hill Collins (1986), Bell Hooks (1981), Angela Davis (1971), Audre Lorde (1984), Barbara Smith (1998) entre outras, consideram que o feminismo de segunda onda tira a ênfase ou ignora a análise de classe e raça, tendo a igualdade com os homens como o principal objetivo do feminismo, e tem um objetivo individual baseado em direitos, ao invés de visão baseada na justiça para a mudança social. A crítica mais significativa nesse movimento, é o fato de não reconhecer a centralidade do feminismo das mulheres negras (THOMPSON, 2002).

Optamos por abordar a história do feminismo de segunda onda, a partir do ponto de vista das mulheres negras e mulheres brancas antirracistas, a fim de destacar a ascensão do feminismo multirracial, que foram movimentos de libertação liderados por mulheres de cor nos EUA na década de 1970 e que se caracterizaram por sua perspectiva internacional, sua atenção às opressões interligadas e a política de coalizão. E que serviu como impulsionador para os movimentos posteriores da terceira onda do feminismo, e o feminismo negro (THOMPSON, 2002).

As pensadoras desse movimento, conhecido como Feminismo Negro, nos guiam para a compreensão do feminismo multirracial, como por exemplo o conceito de Patricia Hill Collins (1986), de que mulheres negras são vistas como “*outsiders within*”. A autora alega que embora as mulheres negras tivessem uma relação *insiders* com as famílias ricas e brancas que as empregavam, desempenhavam atividades desde de limpeza a criação das crianças e aconselhamentos de seus patrões brancos. Por outro lado, essas mesmas mulheres negras sabiam que elas jamais pertenceriam a suas “famílias” brancas e que apesar de seu envolvimento, permaneciam como *outsiders*

(COLLINS, 1986). Desse modo a autora discute a posição marginalizada das mulheres negras, que se encontram sempre em posições periféricas e de servidão.

Outras autoras trazem conceitos para discussão do feminismo multirracial, como Bárbara Smith (1983) que aborda o conceito de “simultaneidade das opressões” como o centro da compreensão feminista negra da realidade política e um dos contributos ideológicos mais significativos do pensamento feminista negro. Cherie Moraga e Gloria Anzaldúa através da “*Theory in the Flesh*”, definem um sistema “aonde a realidade física das nossas vidas – nossa cor da pele, a terra ou concreto que nós crescemos, nossos desejos sexuais – tudo se funde para criar uma política nascida da necessidade” (MORAGA, 1981, p. 23). Como podemos ver na seguinte passagem das autoras:

Nós tentamos superar as contradições na nossa experiência. Nós somos as pessoas de cor no feminismo branco. Nós somos as feministas entre as pessoas da nossa cultura (androcêntrica). Nós somos frequentemente as lésbicas entre os héteros. Nós fazemos isso nos auto superando e dizendo nossas histórias em nossas próprias palavras (ANZALDUA, MORAGA, 1981, p.23).

Não se pode deixar de destacar outras teóricas do feminismo multirracial como Mohanty (1982, 2008) que em suas obras “*Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses*” e “*Feminism and War: Confronting US Imperialism*” critica a homogeneização e sistematização das mulheres do “terceiro mundo”, e o feminismo imperialista, ao indagar: “O que acontece quando o pressuposto das mulheres como grupo oprimido se situa no contexto da escrita feminista ocidental sobre as Mulheres do Terceiro Mundo?”, a autora afirma “as próprias feministas ocidentais se tornam os ‘sujeito’ dessa contra- história. A mulheres do terceiro mundo, de outro lado, jamais superam a generalização debilitante de sua posição de ‘objeto’” (MOHANTY, 1991). Essa pensadora feminista pode ser considerada uma das primeiras vozes contra-hegemônica no norte global, que tenta dar destaque aos equívocos, mal-entendidos e problemas que uma visão teórica exclusivamente marcada “a partir de olhos ocidentais” traz para os debates dos feminismos e das questões centrais que afetam as mulheres no mundo (MATOS, 2010).

Em seu texto “*Who’s your Mother: Red Roots of White Feminism*” (1986) e “*The Sacred Hoop: Recovering the Feminine in American Indian Traditions*” (1986), Paula Gunn Allen traz para a discussão a questão do feminismo na perspectiva das mulheres nativas americanas, e alega como a falta de reconhecimento da própria história e

tradições, levou os americanos a cultivar uma ignorância que permite a opressão contínua de grupos como mulheres, pessoas negras, indígenas e a comunidade LGBT. Segundo a autora: “os americanos vêm descobrindo o passado repetidamente, por terem tomado um terreno que já foi percorrido por mulheres nas décadas e séculos passados”. Essa fala reforça que os americanos esqueceram as melhorias trazidas pelos povos nativos, sem o merecido reconhecimento e respeito por isso (ALLEN, 1986, p.2).

Rich (1984) é outra autora que aborda as questões feministas americana sob a ótica multirracial e em seu ensaio “Notes toward a Politics of Location”, traz para o foco a política da localização, e a visão de que delimitação social geográfica começa a partir do corpo. De acordo com a autora, o fato de ser branca já determina seu lugar no mundo:

Este corpo. Branco, feminino; ou feminino, branco. Os primeiros fatos óbvios e vitalícios. Mas eu nasci em uma seção branca de um hospital no qual separava as mulheres Negras e brancas em trabalho de parto e os bebês negros e brancos no berçário, tanto quanto os negros e brancos eram separados no necrotério. Eu fui definida como branca antes de ser definida como mulher (RICH, 1984, p. 215).

A autora ainda reflete como a sua pluraridade identitária influenciou o seu posicionamento político e estético e angustiada pela sua localização paradoxal – no centro, como cidadã norte-americana, branca e de classe média; nas margens, como mulher, judia secular e lésbica - Rich procura entender a política inerente as suas diversas localizações, ancorando-se na contingência do concreto e traçando, por isso, uma cartografia a partir do corpo: “[...] preciso de compreender como é que um lugar no mapa se torna também um lugar na história dentro do qual, como mulher, como judia, como lésbica, como feminista, sou criada e tento criar” (RICH, 2002 p.17; RICH, 1984).

Ao traçar a ascensão do feminismo multirracial, levantamos muitas questões sobre suposições comuns feitas em versões normativas da história da segunda onda feminista, e esclarecemos as inconsistências na consciência feminista, que ainda permanecem na atualidade.

Estes modelos feministas aqui abordados, dentre outros, permitiram que se comecem a trabalhar o feminismo a partir de noções mais inclusivas, introduzindo a raça e a cultura como alicerce para pensar e integrar mulheres que antes não eram incluídas

no pensamento feminista. Ou pelo menos que não se viam nestas propostas, o que é chamado por Bell Hooks como feminismo branco (HOOKS, 1984).

É precisamente por criar uma crítica ao feminismo e pela notória exclusão das negras, que Hooks avança para o projeto do feminismo negro. As modalidades da crítica de Bell Hooks centram-se em duas dimensões específicas: a importância da continuidade do feminismo enquanto discurso crítico do sexismo que atravessa toda a sociedade e a denúncia do racismo dentro do feminismo branco (HOOKS, 1984, p.35). No que toca à primeira dimensão, Bell Hooks vem na continuidade da tradição feminista, porém a autora critica a visão universalista das propostas feministas que tende a generalizar a experiência feminina branca de classe média. Hooks (2015, p. 193) usa a discussão de Friedan (1963) para caracterizar o feminismo branco, como “aquele das donas de casa casadas com educação universitária e de classe média, sendo essas equivalentes ao grupo das “mulheres” e que essas “mulheres” sofrem do “problema sem nome” que são os efeitos de terem uma educação superior e não trabalharem, não almejando outro destino que não seja o trabalho doméstico e a educação dos filhos”. A autora ainda acrescenta que “Friedan transformou suas dificuldades e as de mulheres brancas como ela em sinônimo de uma condição que afetaria todas as mulheres nos Estados Unidos” (HOOKS, 2015, p.194).

A terceira onda feminista floresce então nesse contexto, visando romper com paradigmas do feminismo da segunda onda, como um feminismo realizado predominantemente por mulheres brancas, heterossexuais, escolarizada de classe média e alta, cujas agendas não contemplavam as necessidades e realidades das mulheres negras e outros grupos oprimidos. Essa onda do feminismo, na década de noventa, trouxe para o debate as multiplicidades que indicavam que as mulheres são de muitas cores, etnias, nacionalidades, religiões. E que suas problemáticas não poderiam ser analisadas sob perspectiva única e unicausal, incorporando perspectivas ancoradas na contribuição da interseccionalidade (JOHNSON, 2017).

As mulheres negras questionam as contradições entre as ideologias dominantes da feminilidade americana e do status desvalorizado das mulheres negras dos EUA. Se as mulheres são supostamente passivas e frágeis, então por que as mulheres negras são tratadas como "mulas" e atribuídas tarefas pesadas de limpeza? Se boas mães deveriam ficar em casa com seus filhos, então por que as mulheres negras americanas são obrigadas a procurar trabalho e deixar seus filhos em creches? (...). Mas o legado de luta entre as mulheres negras norte-americanas sugere que um conhecimento de oposição das mulheres negras coletivamente compartilhado existe há muito tempo. Essa sabedoria coletiva, por sua vez,

estimulou as mulheres negras norte-americanas a gerar um conhecimento mais especializado, a saber, o pensamento feminista negro como teoria social crítica (COLLINS, 2000, p.10-12).

Em decorrência desse movimento, uma corrente de pensadoras do feminismo, deixou de considerar as mulheres como um grupo singular para um debate cada vez mais forte por questões de raça, classe, geração, etnia e sexualidade (HOOKS, 2013; COLLINS, 2000; CRENSHAW, 2002). Assim, de acordo com Mouffe (2013), o feminismo passa a compreender as diferentes posições que o sujeito pode assumir, insistindo na “transformação de todas as práticas e discursos onde a categoria mulher possa significar subordinação”, mas “não deve ser entendido como uma luta pela igualdade de um grupo empírico definível” (MOUFFE, 2013, p. 280).

Como uma vertente do feminismo da terceira onda, a interseccionalidade é uma importante ferramenta da prática e da teoria política feminista e passou a ser uma importante dimensão analítica para tratar o sujeito do feminismo ao abordar a relação entre gênero, classe e raça (CRENSHAW, 1989; HOOKS, 1990; LORDE, 1984), no contexto americano e posteriormente incorporado ao debate das autoras e dos movimentos feminista tradicional e o movimento negro brasileiro.

Para Crenshaw (1989), o debate entre público e privado, a discussão sobre o patriarcado e a inferiorização das mulheres nos espaços de trabalho, foram abordados sob a narrativa da mulher branca. Portanto, é necessário compreender como ser mulher, negra e via de regra pobre tem um impacto diferente na vida produtiva e nas relações construídas. Contudo, isso não pode ser feito isolando as variáveis ou pensando causalidades entre elas, e sim a partir de como esse todo se constrói diante dos cruzamentos de marginalizações.

Esses problemas de exclusão não podem ser resolvidos simplesmente incluindo as mulheres negras dentro de uma estrutura analítica já estabelecida. Como a experiência interseccional é maior do que a soma do racismo e do sexismo, qualquer análise que não leve em consideração a interseccionalidade não pode abordar suficientemente a maneira particular pela qual as mulheres negras estão subordinadas. Assim, para que a teoria feminista e o discurso da política anti-racista abarquem as experiências e preocupações das mulheres negras todo o quadro que tem sido usado como base para traduzir "experiência das mulheres" ou "experiência negra" em demandas políticas concretas deve ser repensado e reformulado (CRENSHAW, 1989, p. 58).

O feminismo negro americano trouxe contribuições fundamentais para esse deslocamento acerca “de quem” e “para quem” fala o feminismo. Collins (2000, p.9)

afirma que “as discussões teóricas trazidas por mulheres de grupos oprimidos não advêm de suas imaginações, mas são reflexos de suas experiências de intersecção”.

Afirma-se sobre a importância de aliança entre as mulheres negras para o enfrentamento do racismo, uma vez que, segundo Collins (2000) apontar essas alianças é imprescindível para a transmissão dos conhecimentos e para a sobrevivência dessas mulheres.

Autoras do feminismo negro americano, desenvolveram suas vozes a partir do ponto de vista coletivo da feminilidade negra, e essa voz passou a ser usada a fim de representação das mulheres negras nos discursos dominantes, tornando uma visibilidade impensável em comparação ao passado, influenciando esse debate em vários continentes inclusive no Brasil (COLLINS, 1990; HOOKS, 1989). Em 2017 durante o *Women's March* em Washington (EUA), Angela Davis discursou sobre um movimento feminista de resistência coletiva, principalmente as políticas de caráter racistas e xenofóbicas.

Nós nos dedicamos à resistência coletiva. Resistência contra a bilionária especulação imobiliária e sua gentrificação. Resistência contra os que defendem a privatização da saúde. Resistência contra os ataques aos muçulmanos e aos imigrantes. Resistência contra os ataques aos deficientes. Resistência contra a violência do estado perpetrada pela polícia e pelo sistema carcerário. Resistência contra a violência de gênero institucionalizada, especialmente contra as mulheres trans e negras (DAVIS, 2017, *Women's March*).

Desse modo, a partir da incorporação de novos paradigmas na causa feminista, surge o feminismo contemporâneo, fruto da terceira onda do movimento, que aborda problemáticas que vão além da subjetividade da mulher e suas preocupações, e trazem para o centro das discussões questões da interseccionalidade, como classes sociais, etnias, cultura, raça, além de questões relacionadas a identificação de gênero, transexualidade, da saúde, doenças e a violência (SILVEIRA, 2014; HENNING, 2015; MORAES, 2017).

A quarta onda, de acordo com as feministas contemporâneas, se ancora como efeito de constantes denúncias contra abusos sexuais e violência contra a mulher no ambiente digital e o grande número de seguidoras e militantes nesse espaço. Dicker (2016) diz não declarar o fim da terceira nem a existência de uma quarta onda, embora reconheça que as mulheres possam se engajar em movimentos feministas através das redes sociais. Nesse sentido é fundamental a compreensão de que a luta das

mulheres é uma questão coletiva, apesar das diferenças e diversidades, e de que as estruturas dos poderes hegemônicos devem ser combatidas sob qualquer argumento e perspectiva (COCHRANE, 2013).

Nesse sentido, ao percorrer as ondas do feminismo americano pudemos compreender como o pioneirismo dessas pensadoras feministas tem sido importante para o confronto da hegemonia patriarcal e a quebra da universalização da categoria mulher no sentido de ampliar a discussão sobre as necessidades das mulheres sem limitar quem está sendo representado, seja pela sua cor, ou por sua condição financeira. E a partir dessa discussão caminhamos pelas ondas feministas brasileiras, a fim de compreender a influência desse movimento na criação do SUS e na formulação das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil.

3.1.2. As pensadoras feministas Brasileiras: ondas em movimento

Portanto, que essa importante decisão contra a intolerância não nos faça dispersar. Alguém já nos alertou de que “a injustiça em qualquer lugar é uma ameaça à justiça em todo lugar

Sueli Carneiro

A partir do pensamento das feministas brasileiras, vislumbramos alguns caminhos percorridos pelo feminismo brasileiro, trazendo o pensamento de algumas pensadoras feministas, suas contribuições e os contextos em que se deram as lutas pelos direitos das mulheres no Brasil. Dessa forma, pretende-se compreender como em plena década de 2020 as diferenças e desigualdades entre as mulheres, sejam elas raciais, sociais e etárias, ainda impactam as políticas públicas, inclusive as que dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde. Costa e Sardenberg (2008) apontam alguns caminhos percorridos pelo feminismo brasileiro, observando que:

O feminismo no Brasil vem assumindo várias formas de luta, diversas bandeiras e diferentes facetas. Já foi sufragista, anarquista, socialista, comunista, burguês e reformista. Já lutou no parlamento, nas ruas e nas casas para conquistar e garantir o acesso da mulher à educação formal. E vem lutando pela igualdade de salários e condições dignas de trabalho, pela valorização do trabalho doméstico, pelo direito inalienável de todas ao controle sobre o próprio corpo e gozo de nossa sexualidade, enfim, pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária, onde a mulher possa realizar-se plenamente enquanto ser humano e cidadã (COSTA e SARDENBERG, 2008, p. 32).

Assim como na Europa e EUA, o movimento feminista ecoou para vários países da América Latina, a exemplo do Brasil, Chile, Argentina, México, Peru e Costa Rica. No Brasil, as mulheres se envolveram na causa abolicionista e nos anos subsequentes à abolição da escravidão no Brasil, se intensificou por meio da luta pelo voto, educação, divórcio e ao livre acesso ao mercado de trabalho, e teve nomes como o de Nísia Floresta, Bertha Lutz, como precursoras do que viria ser o feminismo no Brasil (MIGUEL, 2014; COSTA, 2005).

A primeira onda se destacou na luta pelo direito à instrução. Esse momento do feminismo no Brasil teve início no século XIX e a grande figura desse momento foi Nísia Floresta, destacando-se sua obra “Direito das mulheres e injustiças dos homens de 1832”, tratando do direito das mulheres à instrução e ao trabalho. As principais reivindicações dessa época foram o direito ao voto e à vida pública, sem a necessidade de autorização do marido” (RIBEIRO, 2018, p.45).

Duarte (2003) observa que nessa época as mulheres, em sua maioria, viviam enclausuradas em preconceitos e em uma rígida indigência cultural. A principal bandeira das mulheres era o direito de aprender a ler e escrever, o que naquela época era garantido apenas aos homens, principalmente os brancos. O que apenas no ano de 1927, resultou na legislação que autorizava abertura de escolas públicas para mulheres.

Pinto (2003, p.35), destaca, como parte dessa primeira onda do movimento feminista no Brasil, a luta das operárias de ideologia anarquista, reunidas na "União das Costureiras, Chapeleiras e Classes Anexas". Em manifesto de 1917, proclamam: "Se refletirdes um momento vereis quão dolorida é a situação da mulher nas fábricas, nas oficinas, constantemente, amesquinhas por seres repelentes".

Em decorrência das lutas que ocorreram nos anos antecedentes, no Brasil, que traziam reivindicações femininas pelo direito do sufrágio universal e o voto secreto, as mulheres tiveram suas demandas atendidas na chamada “Revolução de 1930”, através da promulgação do Novo Código Eleitoral Brasileiro (1932) (DULTRA, 2018, p.101). Esse foi um marco na luta feminista, ao permitir que as mulheres tivessem maior participação na política, não apenas como votantes, mas como candidatas para diversos cargos políticos. Porém, essas conquistas ficaram limitadas a criação de departamentos ou alas femininas dentro de partidos políticos, servindo mais como

apoio do que representando as reivindicações próprias do movimento (BANDEIRA e MELO, 2010, PINTO, 2010). Portanto, mesmo com a participação na luta pela estabilidade democrática e pela soberania nacional, as mulheres representaram uma força significativa, mas muitos de seus direitos não chegaram a ser posto em prática (TELES, 1999, p. 46).

O movimento feminista no Brasil, foi desarticulado a partir da década de 1930, durante o período do Estado Novo (1937-1946), voltando a se rearticular no final da década de 1960, em plena ditadura, tendo protagonismo importante nas décadas de 70/80 com a resistência das mulheres à ditadura militar. Nesse período, enquanto na Europa e nos Estados Unidos o cenário era muito propício para o surgimento de movimentos libertários, principalmente aqueles que lutavam por causas identitárias, o Brasil vivenciava um período de repressão em função da ditadura militar (PINTO, 2010, p.17).

O regime militar via com grande desconfiança qualquer manifestação de feministas, “por entendê-las como política e moralmente perigosas” (PINTO, 2010, p. 17). Portanto, foi nesse contexto em que os movimentos sociais estavam diante de uma estrutura pública que gerava constrangimentos, repressão, desvalorização de cidadania e liberdade, que ocorreram as primeiras manifestações feministas no país e assim, o movimento feminista passou ocupar um importante papel de resistência, conjugando as lutas pela democracia com as lutas específicas das mulheres pela igualdade e pela autonomia no meio social (WOITOWICZ, 2009).

Com a difusão do pensamento feminista e uma crítica radical à condição do ser feminino, as mulheres ganharam as ruas para entoar as palavras de ordem “*Nosso Corpo nos Pertence e o Privado também é Político*” (BANDEIRA e MELO, 2010, p. 25). Assim, “em meio ao autoritarismo e à repressão dos regimes militares dominantes e das falsas democracias claramente autoritárias”, desenvolvia-se a segunda onda do feminismo na América Latina, intitulado por alguns autores como “feminismo da resistência” (COSTA, 2005 p.13).

A segunda onda foi definida pela luta por direitos e pela democracia. Esse período teve início nos anos setenta e a principal reivindicação estava associada à luta pela democracia e romper com a ditadura. Essa onda, caracterizou-se no Brasil e nos demais países latino-americanos, pelo protagonismo dos movimentos sociais, dentre

eles os movimentos feministas em favor das pautas centradas na luta pela redemocratização e garantia de direitos. Foram pautas de resistência contra a ditadura militar e, por outro lado, de luta contra a hegemonia masculina, a violência sexual e pelo direito ao exercício do prazer (MATOS, 2010; GONZALEZ, 2019).

As lutas não se resumiram apenas pelas conquistas do campo legal e constitucional, o feminismo desta época veio reforçar denúncias de desigualdades e discriminações, como também indagar o fato de que apenas uma minoria, pertencente as classes privilegiadas estariam se beneficiando dos direitos e espaços até então conquistados (WOITOWICZ, 2009).

Sarti (2001, p.40) ao identificar haverem diversidades nos movimentos feministas, afirma existir duas tendências principais dentro do movimento feminista da década de 70. Para a autora (SARTI, 2001, p.40) “a primeira vertente, é mais voltada para a atuação pública das mulheres, investindo em sua organização política, concentrando-se principalmente nas questões relativas ao trabalho, ao direito e à redistribuição de poder entre os sexos”. Segunda a autora (SARTI, 2001, p.40), essa corrente teve importante influência nas políticas públicas, no período de resgate da democracia nos anos 80. A autora acrescenta que, “a outra vertente preocupa-se sobretudo com o terreno fluido da subjetividade, com as relações interpessoais, tendo no mundo privado seu campo privilegiado”, e repercutido por grupos a ideia de que o “pessoal é político”.

Uma outra tendência se fez presente nesse período, de acordo com Gonzalez (2019), foi a do feminismo negro, que trouxe para arena de debates e disputas questões não contempladas pelos movimentos, destacando-se as situações quem afetam as necessidades e especificidades atinentes a mulher negra e, também relativas ao racismo estrutural/institucional que conforma a sociedade brasileira. Emergindo, assim o movimento feminista negro. Levando autoras, como Jurema Werneck a cunhar os termos movimento feminista original/tradicional e movimento negro, reconhecendo assim a coexistência da heterogeneidade e de movimentos feministas. Termo que será, por vezes, utilizado neste texto.

Em um contexto de lutas em todo o mundo, foi oficialmente declarado pela ONU 1975 como o Ano Internacional da Mulher, abrindo brechas, para se alargar a visibilidade e

articulações do movimento feminista no Brasil, ainda fortemente marcado pelas restrições de liberdade daquele período (SARTI, 2001).

Importante característica que diferenciava esse movimento feminista, com a onda anterior, é o fato de que essas manifestações emergiram em diversas regiões, e que a luta por direitos dava lugar as reivindicações da comunidade, como exemplificado por Teles (1999, p. 102): “As mães da zona Sul de São Paulo começaram a se reunir, e dessas reuniões emergiu a luta por escolas para seus filhos, quando chegaram, a fazer uma manifestação com mais de 500 mulheres na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, em 1976”.

No que se refere ao campo da saúde, de acordo com Teles (1999, p.151), os serviços de saúde se propunham apenas atender aos chamados programas materno infantis. Mas as mulheres começaram a exigir que fossem contempladas de forma mais ampla. Desse modo, reivindicavam não só o atendimento à sua saúde no período da gravidez, mas em todas as fases de sua vida – infância, adolescência, idade adulta e terceira idade”. Segundo a autora, nessa época as mulheres “reclamavam da falta de um serviço de planejamento familiar e de acesso à informação e a todos métodos contraceptivos”.

Porém, mesmo diante da proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um direito conquistado em 1984, houveram reações dos grupos feministas, por alegarem que esse programa apenas abrangia as mulheres da faixa etária compreendida entre 15 a 49 anos, caracterizada como fase reprodutiva da mulher e que era necessário um programa que atendesse a todas as fases da vida. Durante anos, essas demandas permaneceram sem respostas, ficando apenas na discussão da esfera política, sem que de fato atendesse as necessidades das mulheres (TELES, 1999, p.150).

Além disso, outras questões de saúde e sobrevivência das mulheres, tais como direitos relacionados à sexualidade, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, consequências físicas e psicológicas da violência, saúde mental, entre outras demandas, também constituíram áreas de preocupações do feminismo. Como exemplo, Teles (1999), aborda como a questão da violência contra mulher passou a ser pauta do movimento feminismo, o que veio impulsionar a criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher, no ano de 1985.

A prática autônoma das mulheres resultou na denúncia da violência doméstica e sexual, ocultada milenarmente ou estigmatizada como problema social decorrente da miséria e do alcoolismo, ou como característica de raças “inferiores”. Ao trazer à tona os casos desse tipo de violência, evidenciou-se que a relação de homens e mulheres, independentemente da classe ou raça, tem se pautado no autoritarismo e agressividade (TELES, 1999, p.134).

Desse modo, perante a reivindicação de mulheres situadas em segmentos específicos, sejam referentes ao acesso a serviços de saúde, seja ao mercado de trabalho, dentre outros, percebeu-se uma segunda forma no uso do significante “mulher”, que rompesse com seu conteúdo “uno”. As duas perspectivas passaram a ser utilizadas na constituição de sujeitos políticos feministas e no debate por políticas de identidade nos movimentos feministas no Brasil: uma voltada para fora, “na relação do movimento em busca de igualdade de direitos”, e a outra utilizada internamente, “na tensão entre diferença de segmentos e unidade” dentro do próprio movimento (ADRIÃO *et al.*, 2011, p.665).

Assim, imerso no período da luta pela redemocratização, diante de novas formas de interação com o Estado, e a inserção de novas pautas e discussões na agenda pública brasileira, o movimento feminista brasileiro se tornava um dos mais respeitados do mundo e referência importante no trato de temas de interesse das mulheres no plano internacional. “É também um dos movimentos como melhor performance entre as mobilizações sociais no país” (Carneiro, 2019, p.271), levando as pautas propostas pelo movimento para a Constituição Federal ⁴ de 1988, sem contar as importantes contribuições durante o processo de redemocratização do Estado brasileiro, com inúmeras inovações no campo das políticas públicas (CARNEIRO, 2003).

Desse modo, diante a promulgação da Constituição Federal em 1988 e com os avanços do movimento feminista, as mulheres passaram a ser incluídas nos interesses eleitorais partidários, o que levou a incorporação das demandas das mulheres aos planos de governo, além da criação de alas e departamentos femininos dentro de suas estruturas políticas (COSTA, 2005; MATOS, 2010). Nesse mesmo período, tanto o movimento feminista, quanto o movimento negro tiveram papéis importantes na construção da agenda do movimento pela reforma sanitária, nas teses defendidas na 8ª CNS (Conferência Nacional de Saúde) e na construção do SUS,

⁴ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

como já afirmado por autores como (SILVEIRA, PAIM, ADRIÃO, 2019; WERNECK, 2016).

De acordo com Farah (2004), com base em toda a trajetória dos movimentos de mulheres no Brasil, influenciada pelas mobilizações que viam ocorrendo em outros países, passou-se a discutir uma agenda relacionada à questão de gênero, com diretrizes que perpassaram questões relacionadas à saúde, violência, direitos a creche, saúde da mulher, geração de emprego e renda, combate à pobreza, educação, trabalho, infraestrutura urbana e habitação, questão agrária, incorporação da perspectiva de gênero no âmbito das políticas públicas/transversalidade, acesso ao poder político e empoderamento.

Influenciado por essa nova agenda e considerando a crescente expressão dos grupos sociais durante o período de redemocratização no Brasil, é importante reconhecer que a criação de diversos órgãos públicos, políticas e programas que visassem a garantia e promoção dos direitos das mulheres no cenário nacional, sofreram influência das lutas feministas e dos movimentos das mulheres. A interação desses movimentos e o Estado, se tornou possível devido à pressão e interlocução em canais institucionais, por meio da participação feminista e militantes nos organismos estatais, o que permitiu maior visibilidade para a discussão sobre igualdade de gênero no país (CAMPOS, 2017).

Porém, de acordo com Carneiro (2003, p.118), o feminismo brasileiro permanecia prisioneiro da “visão eurocêntrica e universalizante das mulheres”. A consequência disso foi a incapacidade de reconhecer as diferenças e desigualdades presentes no universo feminino, a despeito da identidade biológica. Dessa forma, “as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade” (CARNEIRO, 2003, p. 118). Para González (2008, p.29), as práticas políticas e sociais no Brasil, vinham excluindo os negros de seus projetos e estabelecendo um modelo econômico que deixou a população negra na condição de “massa marginal”.

A exemplo da marginalização de outros grupos de mulheres que não são contempladas no feminismo branco, Nepomuceno (2013, p.389) alega que as “mulheres brancas conseguiram adentrar mais os níveis superiores de educação e mercado de trabalho ao longo dos anos, diminuindo a distância dos homens brancos,

mas a população negra não atingiu da mesma forma e muito menos a mulher negra”. Portanto, as mulheres negras têm acesso limitado ao compará-las com outros grupos sociais.

A terceira onda, entre outros temas, esteve focada na luta pela inclusão. Esse movimento, com destaque durante a década de noventa, oriundo de diferentes áreas da sociedade, passava por um processo de diversificação, trazendo as reivindicações para além das questões de acesso à política institucional, mas também abordando questões sobre as diferenças entre as mulheres e suas novas formas de organização. Os grupos passaram a enfatizar a necessidade do reconhecimento da diferença ao expressarem suas reivindicações, assentados em um mesmo ideal de transformação, capaz de impulsionar a luta pela liberdade, igualdade e autonomia para todas as mulheres, o que se constituiu como um elemento central para o aprofundamento da democracia, e que incluiu o combate à opressão e exploração das mulheres (PINTO, 2003; SILVA; CAMURÇA, 2010).

Nesse período, há um reconhecimento em torno de alguns nomes de mulheres negras como participantes fundamentais na formação dos movimentos Negro e Feminista – Luiza Bairros, Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Maria Inês da Silva Barbosa, Edna Roland, Jurema Werneck, Nilza Iraci, Matilde Ribeiro, entre outras – que nos anos após 70/80 contribuíram intensamente para o debate e a visualização das desigualdades sofridas pelas mulheres negras.

Lélia Gonzalez, uma das pioneiras da crítica ao feminismo hegemônico e das trajetórias de resistência das mulheres ao patriarcado, trouxe importantes contribuições acerca da realidade de exclusão das mulheres na sociedade brasileira, principalmente das negras e indígenas. Segundo a autora (GONZALEZ, 2019, p.69), “trata-se de um olhar novo e criativo no enfoque da formação histórico-cultural do Brasil que, por razões de ordem geográfica e sobretudo, da ordem do inconsciente, não vem a ser o que geralmente se afirma: um país cujas formações do inconsciente são exclusivamente europeias, brancas”.

Outra discussão trazida por Gonzalez (2019, p.72), se refere às duas formas que o racismo pode se manifestar a fim de que se mantenha a exploração e opressão sob a população não branca, que são: o racismo aberto, encontrado comum em países de origem anglo-saxônica e o racismo disfarçado, mais predominante nas sociedades de

origem latina. Esse racismo, caracterizado pela autora como “disfarçado”, tem como característica as “teorias de miscigenação, da assimilação e do mito da democracia racial”, impedindo a “consciência objetiva desse racismo sem disfarces e o conhecimento direto de suas práticas cruéis”. E isso ocorre devido a crença do Brasil ser um país predominantemente miscigenado e que, portanto, não existiria racismo no nosso país, constituindo essa negação uma barreira na luta contra as inúmeras formas de injustiça social no enfrentamento do racismo.

A respeito do racismo no Brasil, o antropólogo Kabengele Munanga, em seu discurso em comemoração aos 50 anos da Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (2019) fez a seguinte afirmação sobre o racismo no Brasil: “o racismo brasileiro é um crime perfeito, em que o carrasco sempre mata duas vezes, mata fisicamente, como mostram as estatísticas do genocídio da juventude negra em nossas periferias; mata na inibição da manifestação da consciência de todos, brancos e negros, sobre a existência do racismo em nossa sociedade”. O autor acrescenta que ecoa uma voz no interior de muitos brasileiros, que grita “não somos racistas, racistas são os outros”. Essa voz forte e poderosa o autor chama de “inércia do mito da democracia racial”.

Nesse contexto, Nascimento (2016, p.47) alerta que o termo democracia racial traz em seu bojo a impressão de que na dinâmica da sociedade brasileira, “pretos e brancos convivem harmoniosamente, desfrutando de oportunidades de existência iguais, sem nenhuma interferência, das respectivas origens raciais ou étnicas”. Essas mesmas vozes, que negam o racismo, também estiveram presentes no movimento feminista tradicional” (MUNANGA, 2005; MUNANGA, 2019; GONZALEZ, 2019).

Nesse sentido, Almeida (2018), adverte que o racismo se alicerça na própria estrutura social. Se manifestando através das desigualdades: política, econômica, jurídica, de gênero dentre outras.

Visando o enfrentamento do racismo presente na sociedade brasileira, o termo “enegrecimento do feminismo” passou a ser usado a fim de enaltecer a trajetória das mulheres negras no interior do movimento feminista brasileiro (CARNEIRO, 2003, p.118). E assim, buscou-se evidenciar como a identidade branca e ocidental da formulação clássica feminina era intrínseca ao movimento, o que revelou a falta de

integração política e teórica das diferentes expressões multirraciais e pluricultural das mulheres em sociedades diversas. Em decorrência dessas discussões, “tornou-se possível estabelecer uma agenda específica a fim de combater as desigualdades de gênero e intragênero, afirmando e visibilizando uma perspectiva feminista negra que emerge da condição específica do ser mulher, negra e, em geral, pobre, delineando, o papel que essa perspectiva tem na luta antirracista no Brasil” (CARNEIRO, 2003, p.118).

Foi a partir da ideia de Simone de Beauvoir (1943, p.9) de que “não se nasce mulher, mas se torna”, que Gonzalez (2019, p.12) teceu a mulher branca e de classe média abordada por Beauvoir, alegando que o processo de construção social e cultural não será o mesmo para todas as mulheres, pois, outros fatores, como o racismo, redefinem as trajetórias dos sujeitos em questão. A autora ainda acrescentou que a opressão racial e a social fazem da mulher negra "o foco, por excelência, de sua perversão" e "esquecer isso é negar toda uma história feita de resistências e de lutas, em que essa mulher tem sido protagonista, graças à dinâmica de uma memória cultural ancestral".

Segundo Carneiro (2003, p.120) essa discussão vem resultando desde a década de 70, “na criação de diversas organizações de mulheres negras, que se espalham em nível nacional [...] partir dos quais os temas fundamentais da agenda feminista são perscrutados pelas mulheres negras à luz do efeito do racismo e da discriminação racial”.

Para Matos (2014), o feminismo se transversalizou por diferentes níveis de governo em vários países da América Latina, perpassando por diversas arenas políticas nacionais e internacionais, como também se estendeu horizontalmente, ao longo de diferentes classes sociais, de movimentos que se mobilizam pela livre expressão de experiências sexuais, de comunidades étnico raciais, rurais, além de múltiplos espaços sociais e culturais, inclusive em movimentos sociais paralelos, que alargam a concepção de direitos humanos e ressignificam as lutas por mais justiça a partir da perspectiva feminista.

A quarta onda, vai ao encontro do feminismo na era digital. Essa onda, em construção, caracteriza-se em uma nova fase dos movimentos feministas e tem como característica definidora, a aproximação e atuação dentro do Estado, a fim de articular

ações que visem uma sociedade mais igualitária e equânime. Segundo Matos (2010, p. 69), a institucionalização de demandas dos movimentos de mulheres e feministas através de políticas públicas para mulheres, com recortes raciais, sexuais e geracionais, a criação de organismos de políticas para as mulheres, a busca por mais poder político, a criação de ONGs (Organização Não Governamental) e redes feministas relacionadas à agenda internacional das mulheres e um novo *frame* para atuação do feminismo numa perspectiva transnacional, são exemplos que ajudam a entender a conformação dessa nova onda.

Ao compreender o caminho das lutas feministas no Brasil, e ao se pensar na mulher brasileira, considerando que elas em sua maioria são pretas e pobres (PNAD, 2019), e que de acordo com Carneiro (2011) “a pobreza tem cor no Brasil”, destaca-se que essa desigualdade enraizada na sociedade brasileira é observada diariamente através dos níveis de vulnerabilidade econômica e social nas populações de cor ou raça preta, parda e indígena (CARNEIRO, 2011; PNAD, 2019).

De acordo com o demonstrado por diferentes indicadores sociais, são as mulheres negras as que morrem duas vezes mais por homicídio que as brancas, são os negros que representam três vezes mais a taxa de analfabetismo nacionais, além de possuírem três vezes menos representação política que os brancos. Além disso, a razão de rendimentos das pessoas ocupadas apresenta maior desigualdade, quando comparado a mulher preta e ou parda com a mulher branca, e a mulher preta ou parda com o homem branco. Inclusive, existe uma universalidade excludente no que refere ao acesso aos serviços de saúde, assim como maior frequência nos diferentes tipos de violências seja física, sexual, moral, institucional, obstétrica, que atinge notadamente as mulheres negras e indígenas, havendo interseccionalidades importantes a serem identificadas nas desassistências e no não acesso aos serviços de saúde que acometem particularmente as mulheres negras (ASSIS, 2018; DIAS, 2020).

Como já mencionado, as mulheres, ao longo da história, foram impedidas de exercer vários de seus direitos civis básicos. Ainda hoje, o fato de ser mulher e negra, tem colocado a mulher em uma posição de ainda maior marginalização e vulnerabilidade. São inúmeros e diários os atos de cerceamento do direito à mulher em diferentes cenários da sociedade. Alguns casos recentes do ano de 2020 receberam destaque nacional, como o caso da criança de dez anos, que mesmo vítima de violência sexual

o que resultou em uma gravidez de alto risco, teve seu aborto negado pelos serviços de saúde público do estado do Espírito Santo. Sendo esse, apenas um dos casos que evidenciam a influência do fator racial na maior ocorrência de estupro de vulneráveis, aonde mais da metade das vítimas são crianças negras (50,9%), do sexo feminino (81,8%) e com até 13 anos de idade (53,8%) (G1, 2020, BRASIL, 2019).

Outro problema que é frequentemente vinculado na mídia nacional é o aumento acelerado de casos de feminicídio contra a mulher negra, principalmente durante a pandemia de COVID-19, configurando-se em uma “epidemia dentro de uma pandemia” (IBRAHIN, BORGES, 2020). Segundo dados do Núcleo de Estudos de Violência da USP e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, as mulheres negras representam 60% do total das vítimas em caso de feminicídio, além de serem 51% das vítimas de lesão corporal e 52% das vítimas de estupro. Estudo também revela que as mulheres negras têm mais dificuldade em denunciar crimes e acessar serviços de proteção na pandemia (NEV- USP; FBSP, 2020; BARBOSA, LIMA, SANTOS, LANNA, ANDRADE, 2020).

Outro caso recente de grande repercussão midiática, que expõe a vulnerabilidade de ser mulher e negra na sociedade brasileira, veio à tona no final do ano de 2020, protagonizado por uma mulher negra que viveu por 38 anos em condições análogas à escravidão na casa de uma família branca, em um município do interior no estado de Minas Gerais, sem acesso ao sistema educacional e de saúde ou a outros direitos (G1, 2020). Diniz (2021), denuncia que o Brasil é o “pior país do mundo para as mulheres negras grávidas, num sistema de saúde entranhado no racismo estrutural da sociedade brasileira”.

Esses entre outros milhares de exemplos nos levam a refletir sobre a importância do ativismo feminino em prol de maior inclusão e garantia de direitos para todas as mulheres, independente da raça, cor ou posição social. A exemplo da militância negra da vereadora Marielle Franco, que de acordo com a ativista norte-americana Angela Davis (2019) “visava entender e transformar o mundo” e que mesmo após seu assassinato, “continua sendo um farol de esperança para as pessoas que, ao redor do mundo, acreditam profundamente na possibilidade iminente de uma transformação radical no Brasil, nas Américas e em todo planeta”.

Sendo assim, mesmo diante aos inúmeros avanços obtidos pelos movimentos feministas brasileiros nas últimas décadas, como a criação de leis de proteção à mulher vítima de violência, maior representatividade da mulher nas decisões políticas, ainda são frequentes as ações que colocam o movimento e as mulheres sob ameaças nos últimos anos. Como a perspectiva moral/religiosa que tem norteado e atravessado às políticas públicas como a questão do aborto um problema grave de saúde pública, que impacta diferentemente mulheres não brancas e pobres. Além de medidas como a extinção de secretarias e ministérios vinculados a políticas para as mulheres, restrições orçamentárias e a deslegitimidade das mulheres enquanto sujeitos políticos, tudo isso, tem impactado negativamente as iniciativas de proteção e promoção de direitos das mulheres (LIMA, CARVALHO, 2020, p.5, 6; CFEA, 2020).

Para Carneiro (2003), frente a um problema social, é importante o reconhecimento do problema, a alocação de recursos a fim de se promover e viabilizar políticas. Desse modo, o desmonte que tem sido observado no Estado brasileiro, e a perda dos direitos até então garantidos, evidenciam a necessidade da permanência das lutas feministas e a preservação do papel político da mulher. O desmonte do SUS, as reformas da previdência (2019), trabalhista (2017), o ajuste fiscal com a PEC 95 (Proposta de Emenda Constitucional) (2016), mesmo que necessárias, mas devido seu papel excludente, tem impactos relevantes na vida das mulheres e no financiamento do SUS com reflexos no acesso das mulheres aos serviços de saúde, uma vez que a maioria dos usuários atendidos pelo SUS são mulheres pretas e pardas (BRASIL, 2019, MARIANO, 2017). Portanto, o subfinanciamento e o desfinanciamento do sistema têm impactos diretos no acesso à saúde das mulheres, principalmente as negras, devendo ser combatido e reivindicado como direito constitucional (FUNCIA, 2019; TURINO, 2020).

Essas lutas, reafirmam a tese de Paim (2018), Silveria, Paim e Adrião (2019, p. 277) e Gonzalez (2019) sobre o processo inacabado da reforma sanitária brasileira, em que tanto as antigas lutas referentes as bandeiras da segunda onda do movimento feminista brasileiro, quanto as novas pautas referentes à reforma sanitária e aos movimentos das mulheres, “ainda estão em processo de institucionalização no Brasil”. A democracia foi restaurada na década de 80, mas muitos problemas ainda não foram superados, como as diversas desigualdades e as encruzilhadas interseccionais de gênero, raça, classe, econômica, acesso à saúde e ao SUS universal dentre outras.

A atual pandemia do Covid- 19, tem reatualizado e descortinado o processo histórico da permanência das desigualdades no país, uma vez que está escancarado vulnerabilidades de quem mais tem adoecido e quem mais tem morrido (GOES, 2020). Pesquisa revela que a mortalidade hospitalar por Covid-19 esteve associada a fatores demográficos e clínicos, desigualdade social e diferenças na estrutura dos serviços e desempenho dos serviços de saúde. A exemplo, Vitória (ES) revelada no Mapa Racial do Brasil (2019), como uma das cinco cidades de maior segregação racial no Brasil, e conseqüentemente o Espírito Santo como um dos estados com percentuais de morte hospitalares por Covid-19 acima da média nacional (DE ANDRADE, 2020).

Essas desigualdades tem diferentes raízes, a exemplo da segregação residencial racial, impondo barreiras de acesso a informação, a possibilidade de adoção de medidas preventivas para o Covid-19, como as recomendações de distanciamento social, que não é uma realidade factível nas periferias brasileiras (MARIANI, 2015, GOES, 2020).

Esses são apenas alguns exemplos, que demonstram a necessidade da presença do fortalecimento das lutas, do combate às desigualdades, a defesa da democracia e do sistema de saúde do Estado brasileiro, uma vez que o SUS é Democracia e o acesso universal e integral está diretamente atrelado e dependente da garantia de direitos.

3.2. A SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Após realizarmos um breve percurso pelas ondas feministas e sua importância na constituição do movimento social que adensou as lutas das mulheres por direitos, inclusive os referentes à saúde e a constituição do SUS, compreendemos que as conquistas das mulheres muitas delas naturalizadas, foram fruto de lutas e de teses que desde o princípio almejaram a libertação da mulher por meio de seus direitos. Ao longo das décadas, as chamadas ondas feministas possibilitaram o emergir de outras teorias, visando dar voz as mulheres até então invisíveis, a exemplo das mulheres negras, de classes econômicas inferiores e sem escolaridade (CARNEIRO, 2003).

Nesse mesmo sentido, inúmeras conquistas das mulheres no campo da saúde, foram resultados das lutas feministas. A mulher que antes era vista apenas pelo seu papel

reprodutivo, passou a lutar pelo direito ao controle de seu próprio corpo, e à saúde integral e de qualidade, o que permanece nas pautas de discussões no campo das políticas de saúde pública. Tendo essa discussão como eixo condutor, neste capítulo iremos fazer uma breve retrospectiva das principais conquistas das mulheres no campo da saúde no Brasil, a fim de analisar o atual cenário da saúde da mulher na ABS.

3.2.1. Dos movimentos feministas a criação das Políticas de Saúde da Mulher

Em parceria com outros movimentos, como o negro e o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), o Movimento Feminista confrontava as políticas arbitrárias de controle de natalidade, que cerceava o direito da população na decisão de quantos filhos ter. Nesse sentido, impulsionado mais fortemente a partir da década de 70, o movimento trazia para o debate público seus argumentos reivindicando a autonomia das mulheres em suas próprias escolhas reprodutivas e questionando o papel social que lhes era atribuído, reivindicando sobre seu corpo e os direitos sobre sua sexualidade (COSTA, 2009). O que já vinha sido discutido por Beauvoir (1943), ao declarar que a maternidade deveria ser tratada do ponto de vista da vontade ou da escolha da mulher (que pretende agora a satisfação na vida social) e não como um “destino fisiológico”, uma “vocação natural” (BEAUVOIR, 1943).

At e então, as políticas de saúde da mulher estavam vinculadas exclusivamente   área materno-infantil. Suas a o es visavam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres apenas no que se referia   gravidez, ao parto e ao puerpério. Após o nascimento da criança, as a o es se focalizavam no aleitamento materno (FERNANDES, 2016).

Entre os vários programas voltados   mulher, o primeiro a delinear os contornos da assistência   mulher no Brasil, foi o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), instituído em 1975, em uma conjuntura política do período do regime militar. O PSMI tinha como principal foco a interven o médica sobre o corpo feminino por meio da esteriliza o como método contraceptivo preferencial, e o uso de cesariana e o segundo foco era a redu o da morbimortalidade materna e infantil. A aten o prestada   mulher passa a ter um caráter mais individual do que nas décadas anteriores, porém esse atendimento   fragmentado e restrito apenas ao ciclo

gravídico, permanecendo a mulher sem atenção durante as outras etapas do seu ciclo vital (SANTOS NETO, 2008; CASSIANO, 2014).

Sendo a sexualidade feminina e suas nuances e valores na construção histórica e cultural do “ser mulher” umas das pautas mais caras ao movimento feminista, o corpo feminino ganha dimensão que extrapola o biológico e nele circunscreve estereótipos e vivências que são expressas ao longo da vida das mulheres, revelando sua opressão e submissão. Desse modo, a luta feminista expressa na frase “*Nosso corpo nos pertence!*”, tem um significado fundamental para o resgate da condição feminina e para a compreensão do que a decisão sobre o corpo implica na autonomia da mulher sobre a sua liberdade, e, portanto, sobre a sua condição cidadã (SOUTO, 2008).

Esse *slogan* revela duas frentes de reivindicações: sendo uma delas a do campo político com demandas sobre o Estado em relação ao aborto e métodos contraceptivos e a do campo do atendimento médico, que envolvia questões relacionadas ao pré-natal, parto, qualidade de atendimento, acesso a informações, inclusive sobre procedimentos médicos e mudanças nas relações médico-paciente (CORRÊA, 2003).

Nesse contexto, configurava-se um cenário propício para a proposição de políticas públicas, principalmente a políticas de saúde, incluindo as voltadas para a saúde da mulher, respaldado pelo movimento pela reforma sanitária brasileira, principalmente por garantir na Constituição Federal (1988) que “*a saúde é um direito de todos e dever do Estado.*”

A participação de lideranças feministas nas instâncias relacionadas com a saúde pode ser dimensionada pela ampliação da representação das mulheres na Câmara Federal e poder legislativo de estados e municípios e pela presença de feministas sanitaristas comprometidas com a necessidade de mudanças profundas no sistema de saúde nos fóruns organizados pelos movimentos de mulheres e pelo movimento sanitário (COSTA, 2009).

Desse modo, na década de 1980, presenças femininas e feministas tiveram fundamental contribuição na construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (1983), reforçando a intensa jornada das mulheres em busca do conhecimento e protagonismo político ao longo da história e seu importante papel na formulação das políticas sociais no Brasil. Resultado de debates entre diferentes

atores, o programa foi alinhado aos anseios de liberdade reprodutiva, sob influência das ondas libertárias advindas de outros países e que de certo modo, serviu como inspiração para o movimento feminista brasileiro em termos de maior empoderamento e conhecimento de suas identidades (SILVA, 2015).

A partir desse movimento, o gênero passou a ser mais comumente usado como um componente para a decisão de ações em saúde, a fim de que as políticas de saúde, considerem e monitorem a condição de desigualdade na saúde entre homens e mulheres. Desse modo, o cuidado ao longo da vida das pessoas, passa a ser embasado no princípio de equidade (BRASIL, 1988).

Nos anos subsequentes, é importante destacar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que com uma maciça participação dos movimentos feministas original/tradicional e feminista negro, além das proposições advindas pela Reforma Sanitária, tiveram um papel decisivo na construção do SUS, lançando os princípios básicos para a formulação de uma nova política de saúde, que considere a utilização do conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; necessidade de controle social das políticas adotadas; e constituição e ampliação do orçamento social (COSTA, 2009).

O Relatório da Conferência serviu de base, nos aspectos referentes à saúde, para a elaboração da nova Constituição Federal, nas diretrizes e nos princípios do SUS. Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal; estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde⁵, que foi regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990⁶, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990⁷ (BRASIL, 1990).

A partir desse marco histórico, a saúde passa a ser entendida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte

⁵ Para saber mais sobre a criação do Sistema Único de Saúde, sugerimos as plataformas do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

⁶ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

⁷ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essa lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

da seguridade social. As ações e os serviços devem ser providos por um sistema único de saúde organizado segundo os princípios da descentralização, mando único em cada esfera de governo, com atendimento integral e controle social.

Nesse contexto, mesmo com os importantes avanços a partir do pioneirismo do PAISM, surgiram dúvidas referente a qualidade do atendimento que era realizado, as dificuldades no acesso ao serviço, e o seu impacto nos indicadores de resultado, principalmente referente a permanência de altas taxas de mortalidade materna e o distanciamento entre a realização do pré-natal e as maternidades (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Uma política de saúde integral voltada para grupos específicos da sociedade, como o PAISM, precisava considerar as dimensões físico, mental, afetivo e espiritual do ser humano, como objeto do cuidado em saúde e a existência de saberes e práticas de saúde acumulados e organizados em redes de serviços que produzem ações de saúde tendo em vista esse cuidado. Além disso, se faziam necessárias respostas governamentais elaboradas mediante demanda da sociedade e que se expressassem em políticas específicas para determinados grupos, por meio de enfrentamento à diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica que caracteriza o universo feminino brasileiro. Essas necessidades geraram disputas conceituais, político-ideológicas e organizacionais e que vieram a resultar anos depois na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como um desdobramento do PAISM (SOUTO, 2008; FERREIRA, 2013).

Ao nos determos sobre a trajetória das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, não podemos deixar de falar da integralidade como balizador da criação dessas políticas, que a partir da Constituição de 1988, não se coloca mais como eixo norteador de uma reforma, mas é prevista como lei, ou seja, constitui-se como uma norma do Estado (MEDEIROS, 2009). Desse modo, Coelho (2009, p.155), nos apresenta o conceito de integralidade na saúde da mulher:

Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres. (Coelho, 2009, p.155)

Seguindo a elaboração das principais políticas e programas voltados a saúde da mulher, não podemos deixar de falar dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (PNPM) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; BRASIL, 2011), que reafirmaram o comprometimento do Governo Federal, e dos demais entes governamentais, com a incorporação da perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas reconhecendo e enfrentando as desigualdades entre homens e mulheres, negros e negras, no contexto do projeto político de gestão governamental (FERREIRA, 2013).

Dentre os debates advindos das Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres (CNPM) (2004, 2007, 2011, 2016), a saúde sexual e reprodutiva foram pautas que contribuíram para a transformação do PAISM em PNAISM. Para Ferreira (2013, p. 1152) “um dos desafios a ser enfrentado por essas políticas era contemplar a diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica que caracteriza o universo feminino brasileiro.”

O PNAISM como política de atenção integral a saúde das mulheres, possuía o gênero como enfoque e se pautava na integralidade das ações, apresentando linhas de cuidado e diretrizes que tratavam dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; atenção qualificada à gestação, parto, puerpério e abortamento; combate à violência contra a mulher; prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e tratamento de mulheres com HIV/aids; além disso a política abordava a atenção às mulheres com doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, a PNAISM abrangeu a atenção às mulheres trabalhadoras urbanas e rurais, portadoras de necessidades especiais, negras, indígenas, lésbicas e em situação de prisão (BRASIL, 2011).

Essa política também possibilitou que fosse inserida a abordagem dada a mulheres em outros períodos de vida, como as adolescentes e mulheres na terceira idade, porém ainda com o foco da atenção voltada para saúde sexual e reprodutiva, através de ações relacionadas a gravidez e IST/aids para as adolescentes e para as mulheres na terceira idade o foco foi a reposição hormonal (SOUTO, 2008).

Por meio do PNAISM, a assistência a mulheres e adolescentes expostas à violência, passa a ser uma das prioridades. Diante um cenário em que a taxa de feminicídio no Brasil é registrada como a quinta mais alta do mundo e ao qual consta no Atlas da Violência de 2019, em que o número de assassinatos chegou a 4,7 para cada 100 mil

mulheres (BRASIL, 2019). No campo legal o Brasil promoveu importantes avanços, como a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006, que se tornou um marco político de mudança de paradigma no enfrentamento à violência contra as mulheres; além da lei que determina a notificação compulsória das violências contra a mulher em serviços sentinela em 2003; o decreto que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado e obrigatório às vítimas de violência sexual pelo(as) profissionais da segurança pública em 2013; e no ano de 2015, a Lei do Feminicídio, que trata esse tipo de homicídio como crime hediondo, entre os vários outros planos e programas que se seguiram (MINAYO, 2018).

Destaca-se o apoio e participação do movimento de mulheres no processo de elaboração, execução e avaliação da PNAISM, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher (RATTNER, 2014). Houveram avanços, mas também retrocessos que impõe a necessidade de vigilância e atenção constante nas lutas. A exemplo, esta política abrangente foi subdividida pelo MS em diversas outras políticas e programas como de planejamento familiar (2007), Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias (2008), política de pré-natal e de redução da mortalidade materna, criando preocupações sobre a recuperação do conceito e das práticas da integralidade a ser oferecida às mulheres brasileiras (COSTA et al., 2007; RODRIGUES, 2009).

Apesar da intencionalidade mais abrangente do PNAISM, essa política apresenta limites que interferem na concepção ampliada da saúde das mulheres, pois continua a reforçar signos e significados de uma visão de feminilidade estereotipada, prejudicando as políticas de saúde, principalmente sob os princípios da integralidade e equidade. Nota-se que todas as proposições confluem para o campo da saúde sexual e reprodutiva, não havendo propostas de estudos voltadas a importantes causas de morbimortalidade feminina, como as doenças cardiovasculares, saúde mental, questões hormonais na menopausa, entre outras necessidades recorrentes das mulheres (SOUTO, 2008; BARBOSA, LIMA, SANTOS, LANNA, ANDRADE, 2020).

Não basta a criação de políticas que priorizem apenas um período da vida da mulher, a inclusão da abordagem de gênero, da integralidade e equidade é imprescindível na

criação de políticas públicas comprometidas com a transformação das desigualdades e a construção de uma sociedade mais igualitária e justa para as mulheres e homens, de todas as classes, todas as raças e todas as gerações (SOUTO, 2008).

A fim de compreender a evolução das políticas públicas voltadas a saúde da mulher no Brasil, podemos observar (QUADRO 1) como as políticas em sua maioria, mesmo com a ampliação da discussão das demais necessidades das mulheres, apresentaram desde os anos 70, uma tendência a priorizar a saúde da mulher em seus termos reprodutivos e ginecológicos.

Quadro 1: Linha do tempo das principais políticas e programas voltados a saúde da mulher no Brasil, de acordo com ano e características principais. Vitória, 2021.

ANO	POLÍTICA/ PROGRAMA	AÇÕES EMPREGADAS/ OBJETIVOS
1975	Programa Saúde Materno Infantil (PSMI)	Esterilização, Cesariana; Redução MMI
1984	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	Integralidade; Planejamento familiar
1996	Projeto Maternidade Segura	Proposto pela OMS, para melhoria da assistência à mulher na gestação, parto, pós parto, nascimento e algumas emergências obstétricas,
2000	Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)	Humanização; Redução Mortalidade Materna, perinatal e neonatal
2003	Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)	Consolidação de políticas públicas de gênero
2004	Pacto Nacional para redução da mortalidade materna e neonatal	Redução Mortalidade Materna, perinatal e neonatal
2004	Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM)	Incorporação da promoção em saúde à perspectiva de gênero e integralidade; Integralidade
2005	I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)	Incorporação da temática de gênero, raça/etnia
2008	II Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPN)	Ampliação das políticas de promoção da igualdade e valorização das diversidades
2011	Rede Cegonha	Acesso e acolhimento MI; Redução MMI

2011	Reformulação PNAISM	Amplia o escopo de integralidade abordando violência, mulheres trabalhadoras, negras entre outros grupos
2011	Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as Mulheres	Estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate a violência contra mulheres
2012	Coordenação Geral da Diversidade	Promoção de políticas públicas para mulheres negras, indígenas, lésbicas, jovens, idosas, e com deficiência
2013	III Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPN)	Ampliação da autonomia econômica das mulheres, saúde integral, enfrentamento a violência, desenvolvimento sustentável, atenção a mulher do campo e floresta, enfrentamento do racismo, sexismo, lesbofobia.
2015	Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH)	Esse ministério foi criado pela união da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres.
2016	Extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos	As questões relativas às mulheres, igualdade racial e direitos humanos passaram para o Ministério da Justiça e Cidadania. Considerado um retrocesso a extinção de um Ministério fundamental para visibilidade e garantia dos direitos de minorias
2018	Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres perde status de Ministério	A secretaria deixa de ter status de Ministério e passa ser secretaria vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos
2019	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos	Sua atual estrutura tem origem nas antigas Secretarias Especiais da Presidência da República: a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade

		Racial (Seppir) e a Secretaria Nacional da Juventude (SNJ).
2019	Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres	A SNPM passa a dispor de três diretorias nas áreas de enfrentamento à violência; relações de trabalho; maternidade, saúde da mulher, espaços de poder e decisão.
2019	Programa Mulher Segura e Protegida	Ações estratégicas para qualificação, humanização e promoção da integração de serviços públicos para atendimento as mulheres em situação de violência. Criação da Casa Mulher Brasileira.
2020	Alteração da Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008	Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, detecção, tratamento e o seguimento dos cânceres do colo do útero e da mama, no âmbito do SUS, para garantia da realização de US mamária
2020	Projeto Mães Unidas	Proporcionar apoio relacional às gestantes e às mães de crianças com até dois anos de idade, por meio de uma rede de voluntárias.

Fonte: Própria autora (2021).

Conforme podemos observar na tabela acima, houveram mudanças nas agendas das políticas públicas para a mulher nos últimos anos. As políticas que nos anos 70 e 80 estiveram mais concentradas na área materno infantil, e questões de planejamento familiar, incorporaram ao seu *scopo*, discussões de gênero, integralidade, violência, etnia/raça e maior visibilidade a grupos minoritários como, população indígena, LGBTQI+, entre outros. Porém, um outro fator que pode ser observado nessa linha do tempo apresentado na Tabela 1, é como o avanço e retrocesso dessas políticas estão atreladas às agendas governamentais, fazendo dessas conquistas peças vulneráveis ao jogo político.

3.3. O ACESSO DA MULHER À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Em um contexto em que os municípios assumiram progressivamente a prestação de cuidados básicos para seus cidadãos, desde a criação do SUS, e que as ações de atenção passavam a ser realizadas e ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS),

até muito recentemente a APS era desenhada, marcada pelo maior ou menor desenvolvimento do atendimento médico não agendado, pelo grau de incorporação da atenção odontológica e de outros profissionais de saúde, pelos modos de se trabalhar o território e a organização do processo de trabalho em particular, pelo grau de adoção ou não de atividades ditas programáticas (CECILIO, 2012). A APS, por ser uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, passa a ser reconhecida pelo seu impacto na saúde da população dos países que a adotaram, por apresentar melhoria nos indicadores de saúde, e no fluxo dos usuários no sistema, mais efetividade no tratamento de doenças crônicas, melhoria nas práticas preventivas, diminuição nas desigualdades sobre o acesso aos serviços e consequente melhoria na satisfação dos usuários (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Em consequência da diversidade de modelos da APS, em 1994, o Ministério da Saúde assume a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial orientador desse nível de atenção e em 2006 por meio da Política Nacional de Atenção Básica ampliou os seus objetivos e reafirmou a ESF “como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica” (CECILIO, 2012). As Equipes de Saúde da Família (EqSF) oferecem cuidado coordenado, compreensivo e contínuo através de equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), por meio da ESF e Equipes de Atenção Básica, (AB) o que difere a ESF e a AB, se refere a composição dos times, sendo que contratar ACS é obrigatoriedade para a ESF, além da carga horária de trabalho superior, para médicos e enfermeiros da AB. Atualmente as Equipes de Atenção Básica representam menos de 1% do total de EqSF no Brasil (GOMES, 2020). A ESF pode oferecer outros serviços como saúde bucal, NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família), que inclui profissionais de saúde mental, reabilitação, pediatras, nutricionistas, ginecologistas e assistentes sociais, serviços esses que trabalhando de forma multidisciplinar, podem oferecer um cuidado mais compreensivo para a população (SANTOS, 2017).

A ESF veio com o propósito de apresentar maior desempenho em relação a integralidade, orientação comunitária e familiar, acesso e utilização dos serviços, maior satisfação dos usuários e profissionais, maior equidade, maior oferta e utilização de atendimento domiciliar, educação em saúde e maior assistência materno-infantil de modo a atender a população de forma mais próxima, sejam aqueles que residem

em grandes centros, ou aqueles de áreas remotas. O poder de capilaridade da ESF, facilitou o acesso da população mais vulnerável com reflexos como a redução de mortalidade infantil e adulta, e diminuição de hospitalizações por causas sensíveis à APS (TESSER, 2018). Desse modo, de acordo com Tesser (2018, p.363), “para a APS prover e coordenar efetivamente um cuidado longitudinal, abrangente (integral) e orientado à família e comunidade, o acesso ao cuidado é condição *si ne qua non* e no Brasil, a ESF aproxima-se disso”.

No que tange a saúde da mulher, a APS se confirma como um local privilegiado no caminho das mulheres que buscam assistência, por além de ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, exercer também um papel longitudinal junto com a família e a comunidade, o que se torna fundamental no cuidado da mulher em suas diversas necessidades. Além disso, sua descentralização, capilaridade, o caráter preventivo e de promoção de saúde da APS oferece uma assistência contínua à mulher, independente de intervenções relacionadas a doenças específicas (ROMERO, 2017; d’ OLIVEIRA, 2020).

Desse modo, com a expansão da ESF, há a implementação de programas e políticas, a exemplo do Programa de Humanização ao Pré-Natal e nascimento (PHPN), que visa estabelecer os princípios da atenção prestados pelos estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel de propiciar as mulheres, os direitos fundamentais, como o do parto, por meio de uma assistência de qualidade baseada nos princípios de humanização, estão entre estratégias empregadas para a redução da mortalidade materna no Brasil, de modo a atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio (ANVERSA, 2012; SANTOS, 2016).

Na década seguinte (2000), envolto a um cenário em que a vulnerabilidade de mulheres e meninas estavam cada vez mais expostas à infecção pelo HIV, estratégias de implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos da área sexual e reprodutiva feminina, foram propostas a nível das três esferas do governo, a exemplo do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da aids e outras IST, criada em 2007 por meio de ações articuladas pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Ministério da Saúde e o Departamento de Doenças Sexualmente transmissíveis e aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher (BRASIL, 2009).

A partir desse cenário, a necessidade de conhecer quem são essas mulheres em suas características culturais, sociais, econômicas e comportamentais se tornaram evidentes, no sentido de buscar apreender como estas dimensões se articulam e propiciam o crescimento da epidemia entre as mulheres.

Com o passar dos anos e a implementação de políticas que concentravam as ações de saúde da mulher a um determinado período de suas vidas e a fim de validar e somar aos princípios e pressupostos do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, foi instituído em 2008, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, com áreas estratégicas que destacava a participação das mulheres nos espaços de poder e decisão, ações de desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar, direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais, cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias. Além disso, foram propostas ações de enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia e o enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas (BRASIL, 2008).

A partir de então, o movimento feminista já havia trazido as pautas em relação as questões da sexualidade e suas interfaces com a saúde, porém com discussões incipientes no que diz respeito as vulnerabilidades vivenciadas por grupos discriminados como as mulheres lésbicas e negras, mesmo que já fazendo parte das reivindicações feministas. As políticas públicas até então destinadas às mulheres continuavam marcadas por atravessamentos e concepções que restringiam as possibilidades da experiência (homo)sexual, e, portanto, apresentavam eficácia reduzida por se destinarem a uma imagem idealizada de mulher, o que não correspondia ao cotidiano e as demandas dos serviços de saúde. Desse modo, o resgate das vozes destas mulheres para se pensar políticas de saúde específicas continuava sendo o caminho para fomentar ações mais eficazes e embasar os direitos das mulheres (CARVALHO, 2013).

Em um contexto em que as taxas de mortalidade materna permaneciam com valores exacerbadamente superiores aos de países desenvolvidos, com alguns estados da federação apresentando a RMM de 100/100 mil NV, em 2011 a Rede Cegonha apresentou-se como uma importante estratégia para reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materno-infantil, qualificar, estruturar e organizar as Redes de

Atenção Materno-Infantil (BRASIL, 2011, SZWARCOWALD, 2014). Ainda em 2011, a PNAISM foi fortalecida e reafirmada pelo MS, especificando e explicitando as diretrizes e as ações básicas constantes na proposta de 2004, sendo essa proposta melhor explicitada em alguns aspectos operacionais (BRASIL, 2011).

Em 2013, foi instituída a versão mais recente do Plano Nacional de Política para Mulheres (PNPM) (2013-2015) que apresentava a transversalidade como “princípio orientador de todas as políticas públicas”. Nesse contexto, a Secretaria de Políticas para Mulheres surge com o papel de “coordenação horizontal” entre diferentes esferas de governo, para a consolidação da “efetiva transversalidade de gênero nas políticas interministeriais”. Porém em decorrência dos mecanismos políticos a nível federal, esse plano não teve continuidade nos anos subsequentes.

Analisando a evolução das políticas e programas de saúde da mulher no Brasil, observa-se que após décadas de embates políticos, lutas e conquistas, os direitos das mulheres já perpassavam por diferentes campos, além das ações voltadas à saúde materno infantil, que já vinham sendo praticadas desde a década de 1970. As políticas até então instituídas, previam às mulheres, direitos na política, no mercado de trabalho, voltados aos direitos humanos, direitos reprodutivos e importantes avanços no campo da saúde, considerando as diferentes fases da vida da mulher, tendo como principal bandeira de conquistas a manutenção da integralidade a saúde da mulher (LEAL, 2018).

A fim de dialogar com os princípios e diretrizes da PNAISM, considerando “gênero, a integralidade e a promoção da saúde como perspectivas privilegiadas, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania”, o Departamento de Atenção Básica (DAB), por meio do Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2015), assumiu um compromisso com a implementação de ações de saúde no âmbito da AB a fim de controlar a incidência de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis no Brasil. Essas ações tinham como enfoque a adoção de boas práticas profissionais em prol da preservação “não apenas da saúde das mulheres, mas também da família e da comunidade” (BRASIL, 2016). De acordo com o Protocolo da Atenção Básica (BRASIL, 2016 p.12):

Aponta-se, ainda, para o fortalecimento das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir

legitimidade às suas necessidades e especificidades. Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, indígenas, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida (BRASIL, 2016 p.12).

Nesse sentido, os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na APS. As ações de saúde da mulher abordadas no protocolo vão desde queixas comuns à saúde das mulheres, como doenças e desconfortos do trato urinário e ginecológicas, pré-natal de baixo risco, puerpério e aleitamento materno, planejamento reprodutivo, prevenção de cânceres ginecológicos (mama e útero), atenção a mulheres no climatério, além de atenção as mulheres em situação de violência sexual, ou doméstica (WERNECK, 2016; BRASIL, 2016).

As diretrizes que regem a atenção a mulher na APS, contam também com os Cadernos de Atenção Básica, dentre os que abordam pontos específicos a saúde da mulher voltados principalmente a assistência sexual e reprodutiva, por meio de planejamento familiar, pré-natal de baixo risco e as neoplasias de colo do útero e mama, aliados as diretrizes de políticas de saúde, com destaque para a PNAB e a PNAISM, além de manuais, diretrizes, normas e notas técnicas, leis, portarias e outras publicações do MS. Além disso, diversos esforços vêm sendo realizados de modo a promover acesso a serviços de saúde de qualidade não apenas para as mulheres, mas para os demais grupos vulneráveis (BRASIL, 2012).

Políticas públicas, como requalifica UBS, Programa Mais Médicos (PMM), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), bem como ações para ampliação da saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) contribuem para o fortalecimento de processos assistenciais na APS (UCHOA, 2016).

Nessa perspectiva, o PMAQ, tornou-se um dos maiores programas de pagamento por performance no mundo, com aproximadamente 40 mil EqSF e um custo de 8,6 bilhões de reais desde seu lançamento. O PMAQ foi instituído em 2011, com finalidade de estimular a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da APS, por meio das fases de adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, desempenhando um importante papel ao introduzir de forma

ampla a avaliação de desempenho da APS no Brasil. Os principais objetivos do PMAQ consistiam em aumentar o impacto nas condições de saúde da população, padrões organizacionais para as UBS, promover aderência aos princípios de APS, além de fomentar a qualidade gestão da APS e institucionalizar a cultura de avaliação da APS, com envolvimento e mobilização dos profissionais de saúde em sua implementação (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020).

Além disso, o PMAQ teve como papel, estimular o aprimoramento de padrões e indicadores de qualidade da saúde, além de apresentar em seu instrumento de avaliação externa, área estratégica e indicadores de desempenho que envolvem a investigação das condições da Saúde da Mulher na APS, envolvendo questões como a proporção de gestantes cadastradas pela equipe de AB; média de consultas e início de consultas pré-natais, vacinação de gestantes e rastreamento de exame citológico do colo do útero e mama (UCHOA, 2016; BRASIL, 2013).

Para avaliação do desempenho e monitoramento da APS pelo PMAQ, foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em seis áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental), alinhados aos programas estratégicos do MS (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência), pactuados pelas três esferas de governo (BRASIL, 2013). Considera-se a avaliação, como no caso do PMAQ, como um processo de conhecimento a fim de que sejam apresentados caminhos e agenda positiva para qualificar o cuidado da saúde, por meio de coleta de dados e informações dos profissionais envolvidos na execução do trabalho a ser avaliado. No processo de avaliação do PMAQ, são levados em consideração o perfil dos profissionais, o processo de trabalho da equipe e os atributos da APS, como integralidade e acesso ao primeiro contato, além disso, consta o elemento satisfação dos profissionais e dos usuários das UBS (CASTRO, KNAUTH, HARZHEIM, HAUSER, DUCAN, 2012).

De acordo com dados do terceiro ciclo do PMAQ (2018), aproximadamente 92% das equipes de saúde declaram oferecer algum programa de prevenção e acompanhamento de câncer de mama e/ou colo do útero; 92,7% alegaram oferecer ações educativas de promoção em saúde para prevenção de câncer de mama e colo do útero, enquanto apenas 33,7% das usuárias alegaram ter acesso a mamografia em tempo oportuno (BARBOSA, LIMA, LEITE, DAWSON, 2019).

Em relação à saúde materno- infantil, dados revelam que o PMAQ contribuiu para aumentar a oferta de cuidados, particularmente nas EqSF como menor número de consultas pré-natais por mês, o que significa que o PMAQ age de forma a motivar as equipes com piores performance a alcançar melhores resultados, o que permanece não sendo suficiente para atingir as 7 consultas pré-natais preconizado pelo Ministério da Saúde (MEDEIROS et al., 2020). O

Barbosa, Lima, Leite e Dawson (2019), ao comparar os resultados do primeiro (2013) e segundo ciclo (2015) do PMAQ, revelaram avanços no desempenho do profissional de saúde para melhorar os resultados do atendimento da mulher, porém, as autoras notaram falhas no que se refere o planejamento de recursos humanos adequado para garantia de uma cobertura equitativa de atendimento. Além disso, observou-se dados insatisfatórios no que se refere a oferta de planejamento familiar e prevenção de ISTs pelas EqSF, como por exemplo a ausência de testes rápidos diagnósticos e falhas na oferta de preservativos, evidenciando que a necessidade de adequações não apenas para melhoria da qualidade do atendimento prestado, mas também para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BARBOSA, LIMA, LEITE, DAWSON, 2019).

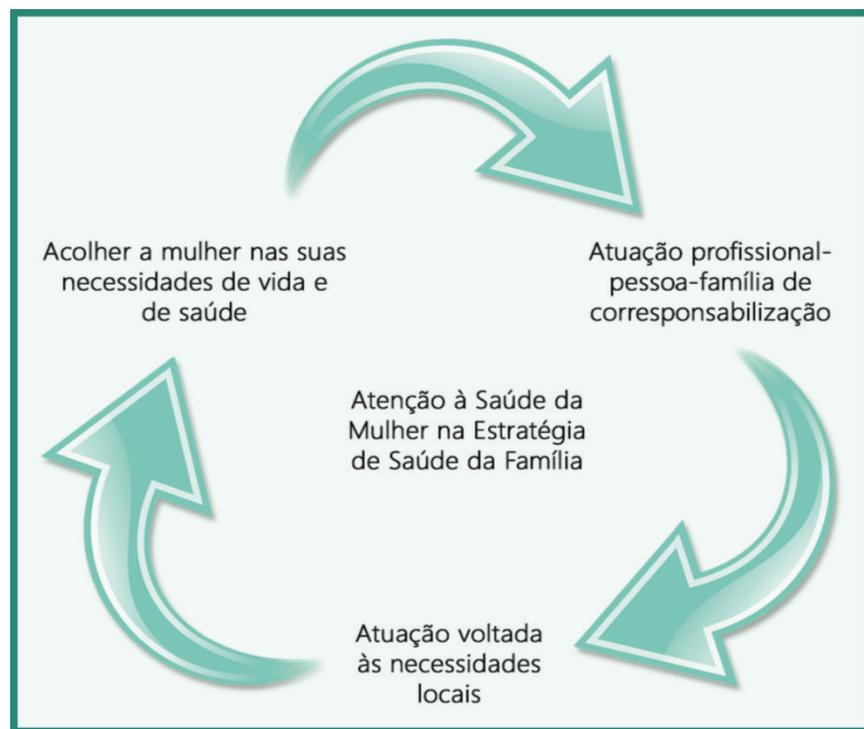
De acordo com Saddi et al. (2021), no contexto organizacional da APS a implementação de um programa como o PMAQ, com foco principal na produção de indicadores/números de desempenho não contribuem para o fortalecimento das políticas públicas. Porém, do ponto de vista das próprias políticas públicas, ao levar em consideração a perspectiva de fortalecimento e melhoria da qualidade, a implementação do PMAQ passa a ser bem sucedida quando adotada estratégias complementares na linha de frente para neutralizar falhas políticas ou o surgimento de lógicas alternativas.

A partir desses dados podemos observar que baseado em seus pressupostos de humanização, continuidade do cuidado, territorialização, a APS exerce um papel estratégico na proteção à saúde da mulher no Brasil. Nesse sentido, ao percorrer o caminho da implementação das principais políticas e programas direcionados a proteção e promoção a saúde das mulheres no Brasil, observamos que esses são resultados de esforços históricos do movimento feminista, aliados a compreensão da APS como um dos pilares da organização do sistema de saúde, configurando-se como o primeiro contato do usuário, e reconhecendo a saúde da mulher entre as áreas

estratégicas para a atuação da APS em todo o território nacional. Sendo assim, a APS se torna preferencialmente a porta de entrada da mulher no sistema de saúde, proporcionando um acompanhamento longitudinal e contínuo (BRASIL, 2012; MENDONÇA, 2020).

De acordo com Gusso e Lopes (2012), a APS, por meio da ESF, deve estar pronta a acolher a mulher no sistema de saúde, “com uma proposta inovadora, multiprofissional e humanizada, com o objetivo de dar resolutividade das ações e criar vínculo da mulher e os profissionais da ESF”, conforme podemos visualizar na Figura 1.

Figura 1- Atuação da ESF na Atenção a Saúde da Mulher.



Fonte: Gusso e Lopes (2012).

Conforme podemos observar na figura acima, a necessidade de acolher a mulher nas suas diversas necessidades de vida e saúde, é fator preponderante para efetividade das ações da ESF. Além disso, de acordo com BRASIL apud Medeiros (2009, p.36), “a nova visão da mulher, o entendimento de sua integralidade (deixou de ser apenas mama, colo e gestação), assim como de sua vulnerabilidade a partir das questões de gênero tem que ser consideradas”.

Desse modo, um dos limites referentes à saúde e bem estar da mulher em um país com conquistas femininas recentes, é desenhada por discriminação, violação de

direitos, frustrações, que resultam em danos físicos e psicossociais as mulheres. Esses indicadores evidenciam que mesmo com a instituição das políticas públicas e ações propostas, ainda se encontram desigualdades regionais que causam maior vulnerabilidade feminina, principalmente quando se trata da mulher negra, por apresentarem os piores indicadores sociais, possuir menor nível de escolaridade e renda, menor acesso à saúde e serviços sociais, condições mais precárias de moradia e piores condições de trabalho (CARNEIRO, 2003; BATISTA, 2013; BARROS, 2018). O que se torna evidente na APS, por meio de questões de caráter estrutural que refletem diretamente na organização dos serviços, gerando consequências que estão presentes nas dificuldades para o atendimento das necessidades e demandas, geradas principalmente em contextos de desigualdades sociais (BARROS, 2018).

Sabendo que no Brasil as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, câncer, com destaque ao de mama, de pulmão e o de colo do útero; doenças respiratórias; endócrinas, nutricionais e metabólicas, além das causas externas, não se justifica as ações que segmentam o corpo e as necessidades da mulher, a sua função reprodutiva e sexual (BRASIL, 2011).

Desse modo, ao pensar a mulher apenas em seu sentido reprodutivo, ou apenas por uma etnia, ou classe social, estamos limitando essas mulheres e a forma das mesmas receberem os cuidados de saúde. Assim, faz-se importante olhar a saúde da mulher de forma integral, compreendendo as suas necessidades e especificidades de saúde, sem as limitar biologicamente, apenas pelas partes de seu corpo, posição social que ocupa ou determinados ciclos da sua vida.

Além disso, alerta-se para os retrocessos do modelo assistencial da ESF nas políticas da APS no Brasil, a exemplo das alterações em decorrência da PNAB 2017, que possibilita ausência do ACS nas EqSF rompendo com caráter comunitário e de promoção em saúde da ESF, a redução da carga mínima do profissional que atua na APS, fim do credenciamento e financiamento aos NASF além de iniciativas como o programa Saúde na Hora (2019), que tende ao incentivar o a mudança de perfil UBS para unidades de pronto- atendimento, e o programa Previne Brasil (2019), que altera a forma de repasse financeiro para os municípios, extinguindo programas importantes, no que refere a melhoria da qualidade da APS, como o PMAQ. Todas essas ações tendem a enfraquecer o caráter multiprofissional e interdisciplinar da ESF, com

consequências na garantia do caráter preventivo e de promoção em saúde da APS (BRASIL, 2019; GIOVANELLA, 2020).

Nesse sentido, faz-se necessário reorientar os serviços da APS a fim de que os profissionais e gestores percebam que questões políticas, sociais, culturais e econômicas permeiam as situações de vulnerabilidade a que as mulheres estão expostas, e assim possibilite que estas sejam protagonistas de sua saúde, o que fortalecerá políticas públicas inerentes a suas realidades e vulnerabilidades (MOURA, 2021).

3.3.1. Compreendendo as dimensões de acesso aos serviços de saúde: o referencial de acesso por McIntyre e Mooney

A saúde é identificada como um “direito humano básico” de toda população brasileira, e compreende o “acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos” (BRASIL, 2006, p.2). De acordo com Giovanella e Fleury *In* Eibenschutz (1996, p.177), o Sistema Único de Saúde, tem sido construído baseado em diversos mecanismos legais, institucionais e organizacionais a fim de unificar e descentralizar a atenção a saúde, garantindo a ampliação do acesso à atenção em saúde”.

A definição do conceito de acesso a saúde, e o estabelecimento de um modelo que o defina, tem sido motivo de discussões entre autores, devido a sua elevada importância para o desenvolvimento de “planos e metas sustentáveis na área da saúde” (SANCHES, CICONELLI, 2012, p. 260).

A discussão em torno do conceito de acesso a saúde, é permeada por diferentes fatores, que não estão restritos ao setor saúde, mas perpassam por cenários políticos, políticas sociais e econômicas, além das características inerentes aos usuários (McINTYRE, MOONEY, 2007). Nesse sentido, esse conceito tem sido discutido amplamente nas últimas décadas, por autores no cenário internacional, como Donabedian (1972), Ronald e Newman (1973), Aday e Andersen (1974), Penchasky e Thomas (1981), Oliver e Mossialos (2004), Thiede e McIntyre (2006), McIntyre e Mooney (2007) e nacionalmente por Giovanella e Fleury (1996), Travassos e Martins (2004), Fachinni (2014), Almeida (2020).

A partir do consenso que acesso aos serviços de saúde é um conceito multidimensional, polissêmico, passível de diferentes concepções e entendimentos sobre o tema, compreende-se não haver apenas um referencial teórico orientador determinando as dimensões de acesso, fazendo-se necessário e oportuno harmonizar as diferentes abordagens no sentido de sugerir um referencial consolidado (THIEDE, McINTYRE, 2008).

Mesmo havendo discussões em torno da terminologia e na abrangência dos conceitos de utilização e acesso, existem algumas linhas de concordância entre os autores. Quanto à terminologia, a “acessibilidade” é usada por aqueles autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, defendida por Donabedian (1972) e Frenk (1985), seja restrita à acessibilidade geográfica (PENCHANSKY, 1981). Já os autores que optam pelo termo “acesso”, em geral, centram-no na entrada inicial dos serviços de saúde, podendo-se citar, como exemplo, o modelo de Andersen (1968;1995, p. 8). De qualquer forma, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Donabedian (1972), ao discutir acesso, o define como ingresso ao sistema de atenção à saúde, e a possibilidade de ingresso ou não, é determinado pelas distintas características do sistema e da população. Para o autor, a prova do acesso em si, não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos, e sim no fato de os serviços serem utilizados por aqueles que dele necessitem. Além disso, o autor utiliza o termo acessibilidade ao invés de acesso, descrevendo os aspectos sócio-organizacionais e geográficos. Para Donabedian (1972), os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar significativamente o acesso à saúde. Já a acessibilidade geográfica, refere-se a uma função do tempo e do espaço, como distância física entre o usuário e os serviços. O autor acrescenta que o termo “acessibilidade” abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado a oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população, do que a simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço (DONABEDIAN, 1972).

Frenk (1985, p.443), ao partir do conceito de acessibilidade de Donabedian, o define como “o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as

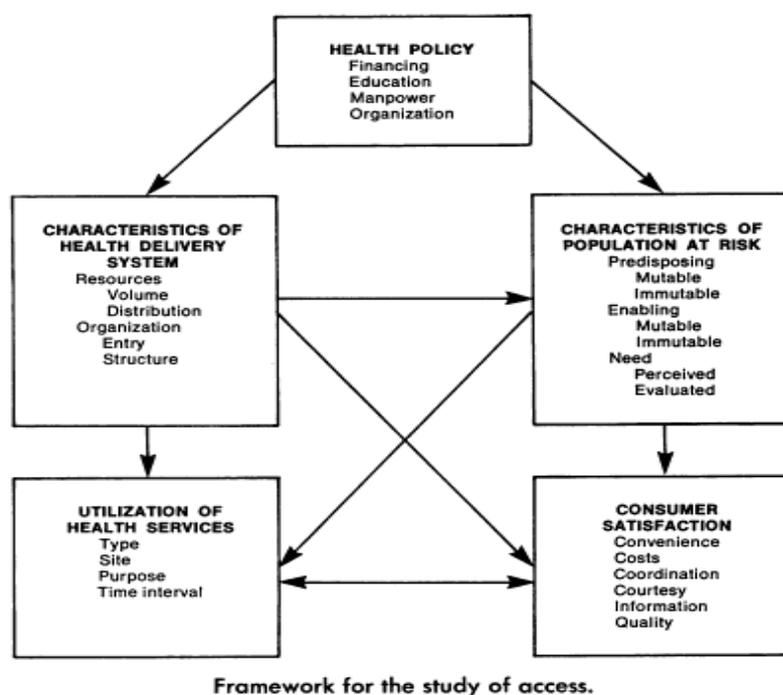
da população no processo de busca e obtenção da atenção”, Denver (1988, p.214) acrescenta que a acessibilidade consiste nas “características que facilitam ou obstruem o uso de clientes potenciais”, consistindo em “um dos aspectos da análise da utilização dos serviços de saúde”. Para o autor (DENVER, 1988, p.214), a utilização dos serviços é vista como “interação entre os consumidores e os prestadores de serviços, influenciado por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais), assim como fatores organizacionais (disponibilidade de recursos, acessibilidade geográfica e social, características da estrutura e processo de prestação de cuidado), além de fatores relacionados com o consumidor e prestador de serviços”.

Ronald e Newman (1973), acrescentam à discussão que alguns determinantes individuais interferem no acesso a saúde, como por exemplo, características da população (renda, cobertura do seguro saúde, atitudes frente ao cuidado com a saúde, estrutura social) além das características das instituições de saúde (distribuição e organização da força de trabalho e das unidades de saúde).

Para Aday e Andersen (1974, p.209), "Acesso" tornou-se sinônimo da disponibilidade de recursos financeiros e do sistema de saúde em uma área. Os autores argumentam que o acesso aos serviços de saúde também deve ser conceituado por base nas características da população, porém, deve se considerar a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. Os autores (ADAY e ANDERSEN, 1974, p.208) consideram o acesso como uma “ideia mais política do que operacional”.

Os autores sugerem indicadores para a medição dos vários aspectos relevantes do acesso (Figura 2), nesse modelo teórico de acesso apresentado por Aday e Andersen (1974), os descritores do sistema e da população são vistos como indicadores de processo e utilização, e a satisfação é vista como indicador de resultado.

Figura 2 - Estrutura teórica de estudo de acesso por Aday e Andersen



Fonte: Aday e Andersen (1974).

Em consonância com Aday e Andersen (1974), os autores Penchansky e Thomas (1981) acrescentam ao debate, o conceito de acesso como um conjunto de dimensões que descrevem o ajuste entre o usuário e o sistema de cuidados de saúde, desse modo, o acesso pode ser avaliado através de indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema de saúde (por exemplo, a satisfação do paciente).

Seguindo a mesma linha teórica, o Comitê para o Monitoramento do Acesso aos serviços de Saúde do Institute of Medicine (1993), dos Estados Unidos, definiu acesso como o “uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível”, desse modo o acesso passa a ser sinônimo de uso, e é incorporado a dimensão temporal (MILLMAN, 1993, p. 4). De acordo com Millman (1993, p.4), o acesso é frequentemente equiparado à cobertura de seguro ou disponibilidade suficiente de médicos em uma determinada área geográfica, mas isso não garante que as pessoas em necessidade receberão os cuidados de saúde. E ao mesmo tempo, indivíduos que vivem em uma área conhecida pela escassez de recursos e cobertura de saúde, podem receber esses serviços.

De acordo com Travassos e Martins (2004), a utilização de serviços pode ser considerada como uma medida de acesso, mas não se resume a isso, pois apesar do

acesso ser um importante determinante do uso, há uma variedade de fatores que influenciam o uso efetivo dos serviços de saúde, esses fatores podem ser individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado. Sendo assim, de acordo com Coelho (2017, p.16), “a utilização de serviços de saúde é caracterizada pela garantia do atendimento, ou seja, se refere à parcela da população que procurou o serviço de saúde e obteve êxito”, não sendo uma medida para aqueles que procuraram o serviço e não conseguiram ser atendidos.

Segundo as autoras (TRAVASSO e MARTINS, 2004, p. 190), “a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde”. Para as autoras (TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p.190), a continuidade do uso dos serviços de saúde ofertado ao usuário, é influenciado por situações distintas daquelas que definem a entrada do usuário ao sistema, para as autoras, o primeiro contato com o serviço depende mais do comportamento do indivíduo, porém os contatos subsequentes, são mais influenciados pelos profissionais de saúde, pois são eles os responsáveis por determinar a intensidade de recursos consumidos para solucionar os problemas de saúde dos usuários.

Ao longo dos anos, diversos autores, incluindo os acima mencionados, discutiram os indicadores a fim de estabelecer um referencial teórico para acesso a serviços de saúde. O desenho de uma estrutura teórica de acesso, deve considerar todos os fatores relevantes de acesso, procurando uma coesão entre o que vem sendo discutido ao longo das últimas décadas. Para esse estudo, vamos acrescentar o referencial de acesso de McIntyre e Mooney⁸(2007)⁹, dois pesquisadores, economistas de saúde, que contribuíram para o debate sobre a construção de equidade no cuidado em saúde, seja em termos de acesso ou utilização em saúde.

⁸ Di McIntyre é um Professor Associado de Economia em Saúde, na Unidade de Economia da Saúde na University of Cape Town, África do Sul.

Gavin Mooney foi Diretor do Grupo de Pesquisa em Economia de Saúde Pública e Social (SPHERE), e Professor de Economia da Saúde, na Curtin University, em Perth, Austrália.

⁹ McIntyre, D., & Mooney, G. (2007). *The Economics of Health Equity*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544460>

Antes de iniciar a discussão sobre o referencial de McIntyre e Mooney, de acordo com Giovanella e Fleury (1996, p.191), ao buscar estudos que caracterizam a categoria acesso e analisam as condições de acessibilidade, “é importante abstrair os modelos teóricos que informam a seleção de variáveis, bem como sua articulação, a fim de buscar maior coerência entre o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada”. Desse modo, é importante ter conhecimento dos dois modelos que emergem, na discussão do acesso aos serviços de saúde: o modelo economicista e o modelo sanitarista-planificador.

Em suma, o “modelo economicista”, tem como objetivo identificar as diferenças entre os padrões de consumo dos indivíduos, considerando a relação entre oferta e demanda, os fatores que influenciam a decisão dos consumidores, e conjuntos de valores e práticas dos consumidores (GIOVANELLA, FLEURY, 1996, p. 191). De acordo com Canesqui (1988, p.177) a limitação desse modelo, está em reconhecer que a autonomia do consumidor não é limitada à disponibilidade da oferta de bens e serviços ou do acesso formal, mas também deve se considerar as “aptidões ideológicas” desses consumidores.

O outro modelo, o “sanitarista-planificador”, acredita que o acesso se refere à possibilidade de consumir os serviços, garantido pela distribuição planejada de recursos pela rede de serviços. Porém, a limitação crônica das políticas de saúde torna essa concepção de acesso mais uma “imagem-objetivo” do que uma realidade propriamente dita (GIOVANELLA e FLEURY, 1996, p. 193).

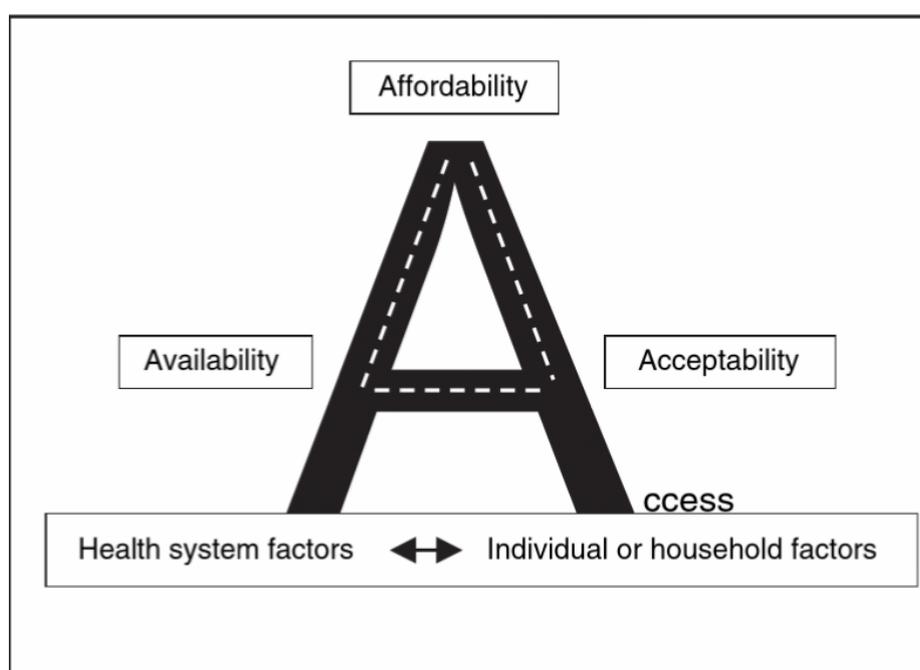
Desse modo, McIntyre e Mooney (2007, p. 203) definem acesso como a “liberdade de usar”, portanto uma pré-condição para a utilização, os autores destacam que os padrões de utilização de serviços de saúde, podem ser diferentes entre indivíduos com necessidades de assistência à saúde semelhantes, não gerando implicações negativas para equidade, desde que essas diferenças sejam devidas as escolhas soberanas dos indivíduos. Desse modo, a oportunidade de utilizar o sistema de saúde, não cobre totalmente a noção de acesso.

Os autores (MCINTYRE E MOONEY, 2007) ao incorporarem à noção de acesso à saúde e à liberdade para o uso dos serviços, destacam que os atributos que definem o indivíduo, como seu nível educacional, sua bagagem cultural e crenças, sua condição social e econômica, entre muitos outros atributos, e a relação do indivíduo

com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo seja mais ou menos livre para utilizar o sistema, o que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde. Ao trazer esse conceito para a realidade do SUS, embora o sistema de saúde brasileiro seja gratuito, sabe-se que o abismo que existe dentro da sociedade brasileira, no que diz respeito a nível educacional, crenças, costumes, situação econômica entre outros fatores acima mencionado, são reflexos da desigualdade que tanto marca a sociedade brasileira e tem interferência na relação dos usuários com o sistema de saúde (BARRETO, 2017).

Além disso, para os autores as principais características do acesso à saúde são resumidas em três dimensões: Availability (disponibilidade); Aceitability (aceitabilidade) e Affordability (capacidade de pagamento), conhecido como “A-Frame” (Figura 3). Para os autores, “a informação perpassa as dimensões de acesso, sendo um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo” (McINTYRE E MOONEY, 2007, p. 103). Desse modo, segundo Thiede, Akweongom, McIntyre (2007, p.104) a noção de liberdade vai além da oportunidade, sugerindo que a definição de acesso “também deve incorporar a noção de empoderamento para tomar decisões bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde”.

Figura 3- Referencial de Acesso por McIntyre e Mooney (2007)



Fonte: The Economics of Health Equity (McIntyre e Mooney, 2007).

No referencial de acesso à saúde proposto por McIntyre e Mooney (2007, p. 108), “as três dimensões são apresentadas em formato de triângulo, no intuito de destacar que as dimensões são interligadas”. Para demonstrar a interação entre os sistemas de saúde e os indivíduos, os autores apresentam o seguinte exemplo: “baixa disponibilidade de serviços devido a distribuição geográfica dos provedores de saúde, pode impactar a capacidade de pagamento” e o mesmo ocorre entre as outras dimensões.

Para os autores (McINTYRE, MOONEY, 2007, p.108), entende-se *Availability* (disponibilidade), como uma dimensão que demonstra se os serviços de saúde estão disponíveis no local apropriado e no momento necessário, englobando a relação geográfica (distância) entre as unidades de saúde e aqueles que delas precisam, além das opções de transporte. Considera-se também nessa dimensão, os recursos de transporte para os trabalhadores de saúde, e a disposição dos mesmos em fornecer serviços móveis ou visitas na residência dos usuários em necessidade; além do grau de adequação entre as horas de funcionamento das unidades de saúde e as necessidades dos usuários, especialmente para adultos trabalhadores e usuários em situações de emergências, além da relação entre o tipo, variedade, quantidade e qualidade de serviços de saúde ofertados.

Ao se discutir a dimensão capacidade de pagamento *Affordability*, entende-se como o “grau de adequação entre os custos de utilização dos serviços de saúde e a habilidade de pagamento dos indivíduos”. Essa é a dimensão de acesso que está ligada a discussões em torno do risco financeiro de adoecimento e uso dos serviços de saúde e o papel do sistema de saúde em proteger a comunidade desses riscos eminentes. Dentre os custos considerados nesta dimensão, incluem: “taxas de consultas, testes diagnósticos, medicamentos etc; custos diretos como transporte e alimentação, além disso os custos indiretos como perda de renda ou produtividade, quando o usuário precisa viajar e/ou esperar para ser atendido por um profissional de saúde” (McINTYRE, MOONEY, 2007, p.109).

Aceitabilidade *Acceptability*, refere-se a “natureza dos serviços ofertados e como isso é percebido pelos indivíduos e comunidade”. Ou seja, é definido pelo grau de adequação entre as atitudes dos provedores de saúde e os indivíduos, que pode ser influenciado pela idade, sexo, etnia, língua, crenças culturais, status socioeconômico

etc. Segundo os autores, a influência entre as expectativas dos provedores de saúde e os usuários também influenciam a aceitação aos serviços de saúde, o que pode envolver as expectativas dos profissionais de saúde em relação ao respeito dos usuários; a expectativa dos usuários em relação ao tratamento dos profissionais de saúde, no que se refere a um tratamento respeitoso, com escuta atenta, discussão de tratamentos; além da expectativa dos pacientes em relação a organização dos serviços. Os autores acreditam que “a questão chave em relação à aceitabilidade é o respeito” (McINTYRE e MOONEY, 2007, p. 111).

Além das três dimensões apresentadas, os autores (McINTYRE e MOONEY, 2007, p.111), trazem a informação como um “elemento central e essencial que atravessa e facilita a compreensão de cada uma das dimensões de acesso”, trazendo empoderamento para tomada de decisões bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde.

Para os autores (McINTYRE, MOONEY, 2007, p. 111), no que se refere à disponibilidade, “a informação é necessária para que os planejadores de políticas de saúde, tenham informação da distribuição geográfica da população, em ordem de identificar a melhor localização para o estabelecimento de serviços de saúde fixo e móvel”. Da mesma maneira, a informação se torna importante elemento para que os usuários dos serviços de saúde saibam onde estão localizados, assim como os tipos de serviços oferecidos, horário de atendimento e quando é necessário ou não a marcação de uma consulta.

Da mesma maneira, no que se refere à capacidade de pagamento, a informação se torna essencial para o sistema de saúde ter conhecimento da capacidade de pagamento daquela comunidade, se a mesma tem cobertura de planos privados de saúde. Já para os usuários, a informação é necessária para os custos dos serviços, formas de pagamento e quando é possível se eximir de pagamentos (McINTYRE e MOONEY, 2007, p.111).

Em relação a última dimensão, aceitabilidade, a informação tem o papel de influenciar “as expectativas dos usuários em relação aquele serviço de saúde, e profissionais de saúde, do mesmo modo que os provedores de saúde podem ter informação sobre as crenças culturais, sendo mais sensíveis” (McINTYRE e MOONEY, 2007, p.112).

A informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde. Alguns autores acreditam que a informação é o cerne do debate da equidade, considerando que o processo de empoderamento das pessoas para que estas façam escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde seja um objetivo fundamental das políticas de saúde em uma sociedade democrática (THIEDE, McINTYRE, 2008).

Para Sanches e Ciconelli (2012) e Barros (2016), a definição de acesso, calcada nos três elementos principais denominados disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e a informação como um quarto elemento transversal aos demais, confunde-se cada vez mais com o conceito de equidade em saúde, e com a capacidade dos sistemas de saúde se organizarem no sentido de responder adequadamente as necessidades dos cidadãos. No mesmo sentido, McIntyre e Mooney (2007), tem como um dos focos centrais a discussão da relação do acesso a serviços de saúde, e equidade em saúde, buscando minimizar as iniquidades de acesso presentes nos sistemas de saúde, por meio da relação entre os indivíduos e o sistema e através da identificação das barreiras de acesso, que podem ser geográficas, financeiras, organizacionais e de informação. Além disso, eles alegam que formuladores de políticas nacionais e globais têm se preocupado muito pouco em abordar a pobreza e a desigualdade.

Para McIntyre e Mooney (2007, p.5) não há uma definição universal para equidade, pois para isso, deve ser levado em consideração os diferentes países, culturas e sociedade. Desse modo, os autores distinguem a equidade horizontal e vertical, sendo a primeira sobre tratamento igual para iguais, e a segunda sobre o tratamento desigual, mas equitativo de desiguais. Desse modo os autores consideram ser injusto o fato de que pessoas com os mesmos problemas sejam tratadas de maneira diferente.

Em sua publicação *The Economics of Health Equity*, os autores descrevem experiências no Brasil, a fim de mostrar as melhorias na redução das desigualdades em saúde. Nesse caso, apesar das desigualdades na assistência persistirem, são descritos os avanços, limitações e sugestões nas perspectivas do financiamento, distribuição geográfica dos recursos financeiros e a utilização dos serviços de saúde (McINTYRE, MOONEY, 2007).

De acordo com Travassos, Oliveira e Viacava (2006), as desigualdades no acesso à saúde no Brasil, sofrem forte influência econômica e geográfica, pois indivíduos com condições econômicas favorecidas e residentes de regiões mais desenvolvidas tendem a ter melhores chances de acesso a serviços e saúde do que aqueles indivíduos que moradores de regiões com menor condição socioeconômica e menos desenvolvidas.

Giovanella e Fleury (1996, p.189), acrescentam que é na relação entre o usuário e os serviços de saúde, que se conhece como o direito à saúde se expressa de fato no cotidiano das pessoas, sendo o acesso a “categoria central para a análise dessas inter-relações”.

Desse modo, de acordo com Assis e Jesus (2012) e Kifle (2021), as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que sistema de saúde universais, incluindo o SUS funcionem efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos. Entretanto, estabelecer sistemas de saúde universais com acesso igualitário continua ser um desafio de saúde global, sendo necessário aos gestores de saúde, considerar as circunstâncias e necessidades de populações socialmente desfavorecidas e marginalizadas, incluindo mulheres, crianças, população idosa e demais grupos estigmatizados e vítimas de discriminação, a fim de promover um acesso a saúde universal e equitativo.

Nesse sentido, autores (STARFIELD, 2002; LOUVISON, 2008, GIOVANELLA e FLEURY, 1996) afirmam o papel da APS no favorecimento da ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde baseado na equidade, considerando o direito universal à saúde.

3.3.2. Atenção Primária como estratégia de ampliação do acesso à saúde

A universalidade do acesso aos serviços de saúde, nos diferentes níveis de assistência, foi estabelecida como um dos princípios organizativos e doutrinários do SUS e garantida legalmente pela Constituição Brasileira de 1988, como resultado de discussões e lutas de diversos grupos, que reivindicavam por ferramentas legais para atenuação das desigualdades em acesso, identificado como um dos graves problemas à saúde na década de 1980 (GIOVANELLA, FLEURY, 1995).

Na década anterior, a Declaração de Alma Ata (1978)¹⁰, era discutida como caminho para expansão da APS no mundo, conforme destaca Tesser, Norman, Vida (2018).

A APS requer melhorias sociais amplas. Pressupõe a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento social, com ação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde-doença (entre eles, a distribuição das riquezas é muito importante), maior democratização e participação social e o acesso universal a uma rede de serviços de assistência à saúde, doravante chamados Centros de Saúde. Estes realizam o primeiro contato dos cidadãos com o sistema de saúde. Os profissionais dos CS são geralmente generalistas, resolvem a grande maioria dos problemas de saúde da população e exercem a função de 'filtro' (*gatekeeper*), regulando e coordenando o acesso não emergencial dos usuários a outros serviços do sistema (TESSER, NORMAN, VIDAL, 2018, p. 362)

No Brasil, a APS ou Atenção Básica (AB) (nesse estudo, a fim de compreensão internacional, optamos por usar APS), surge como diretriz de “hierarquização” do SUS, exercendo papel de porta de entrada principal e coordenadora da rede de atenção à saúde, por meio de descentralização que garante autonomia aos municípios na gestão dos serviços de APS (MENDES, 2010). De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (1978) e Starfield (2002), a APS tem importante papel na melhoria de indicadores de saúde de uma dada população, por ser um serviço mais próximo a comunidade, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa, por meio de ações coordenadas de assistência, prevenção e promoção de saúde, além de comunicação com os níveis secundários e terciário de atenção em saúde, o que a fez ser apontada por Mendes (2011, p. 88) como “centro de comunicação das redes e nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde”.

A APS, segundo conceito de Starfield (2002), se baseia nos atributos essenciais de acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Desse modo, o acesso a APS, constitui em uma ferramenta para a redução dos índices de morbimortalidade, principalmente quando exerce adequadamente seu papel de primeiro contato do sujeito com o serviço, assim, sabe-se que um serviço de saúde

¹⁰ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

que possui sua base na APS possui meios capazes de garantir cobertura satisfatória da sua população e acesso universal aos serviços baseado no conceito de equidade (ALVES et al. 2020).

Nesse sentido, em um período que de acordo com Paim (2012), o Brasil vinha ao longo de décadas, em uma tentativa de mudar a forma de prestar atenção em saúde, a APS, e passa a desempenhar o papel de ordenadora dos serviços de saúde, como objetivo de mudança do modelo de sanitário hegemônico, que até então permanecia focado na doença, nas subespecialidades, nas práticas médicas baseadas nos aparatos medicamentosos, além da falta de autonomia imposta ao “paciente”. Para essa mudança de perspectiva, passou-se a investir na multidisciplinaridade, trazendo equipes multiprofissionais para perto da população, no sentido de se obter um cuidado mais integral e longitudinal, e uma relação de corresponsabilidade entre o profissional (aquele quem cuida) e o cidadão (aquele que é cuidado) (MENEZES, SCHERER, VERDI, PIRES, 2017, p.889).

Nesse cenário, foi institucionalizado em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que veio a se tornar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e anos depois o Programa Saúde da Família (PSF) (1994). O PSF, surgiu como uma estratégia política, dando mais autonomia a nível municipal, para ampliação do acesso de primeiro contato e organização das ações de atenção primária à saúde, inserido em um contexto político de fortalecimento da APS no âmbito do SUS, fundamentado em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção de saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidades. Com o passar dos anos foi necessário organizar a base do sistema de saúde e o PSF, já então eixo norteador da base do SUS, foi definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2004. A ESF teve expansão inicial para o interior e posteriormente para grandes cidades e capitais (salvo exceções), vindo a se tornar o principal formato brasileiro de equipes de APS, mas que, porém, não viabilizou uma cobertura universal (BRASIL, 1994, SOUSA e HAMANN, 2009; PINTO, GIOVANELLA, 2018).

De acordo com Tesser, Norman e Vidal (2018), o acesso é questão fundamental para que a APS possa prover e coordenar efetivamente um cuidado longitudinal, integral e orientado à família e comunidade, sendo a ESF a única estratégia que se aproxima disso no Brasil, porém, os autores alegam que a APS nunca apresentou uma regra

clara para a provisão de acesso oportuno, em escala nacional ou em contextos locais. Nesse sentido, a implementação do acesso enquanto direito universal, pode ser compreendida a partir das dimensões política, socioeconômica, organizacional, técnica e simbólica, sendo necessárias medidas de reorganização das ações dentro da APS, visando a viabilização do acesso, com ampla capacidade de resposta às necessidades de saúde. Desse modo, de acordo com Camargo e Castanheira (2020, p.17), pode-se afirmar que o “acesso tem na dimensão técnica e organizacional um nó crítico importante para o fortalecimento da APS”.

Nesse sentido, várias estratégias vêm sendo estimuladas e implementadas como forma de melhor qualificar e ampliar o acesso na APS. Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), surgiu propondo a diretriz do acolhimento como dispositivo para ampliação do acesso a partir da qualificação da escuta e da reorganização do processo de trabalho, por meio do crescimento da Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade médica estratégica para a APS, onde os médicos de família e comunidade atuam como primeiro contato as demandas da população, em integração com profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), o que configurou em uma experiência relevante no campo do acesso (CAMARGO, CASTANHEIRA, 2020).

Seguindo o mesmo propósito de fortalecimento da ESF como estratégia prioritária para organização da APS no Brasil, em 2006, foi implantada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 o que levou a uma ampliação expressiva na APS por meio da ESF nos anos seguintes, porém, embora seja reconhecida a importância dessa expansão para a garantia do acesso, a ampliação da cobertura é apenas uma das dimensões do acesso, sendo necessária ações para o fortalecimento das demais dimensões (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017; ALBUQUERQUE et al. 2014).

Como resultado dos esforços mencionados, a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), revelou que 71,5% da população brasileira não tem planos de saúde privado; 60% dos domicílios são cadastrados em unidade de saúde da família; 69,8% das pessoas que buscaram atendimento de saúde, a procuraram em estabelecimentos públicos e dentre os tipos de estabelecimento indicados, 46,8% dos entrevistados, buscaram a UBS. Já o MS revela, por meio dos dados do Departamento de Saúde da Família

(DESF) (2020), cobertura nacional de 63,6% da ESF e cobertura de 76% da AB, o que nos mostra um panorama geral da cobertura da APS no Brasil e em qual sentido as ações devem ser articuladas para maior universalização da cobertura da APS em nível nacional (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

As estratégias em favor de maior ampliação da cobertura e acesso da ESF, têm sido discutidas nacional e internacionalmente, principalmente levando em consideração o contexto de crise econômica que tem se instalado nos últimos anos, que impõe barreiras aos usuários como filas para marcação de consultas e atendimento, sobrecarga no sistema de saúde, o que se intensificará em decorrência da pandemia do Covid – 19 a partir de 2020 (ASSIS, JESUS, 2012; SOARES, FONSECA, 2020). Estratégias para superação dessas barreiras têm sido propostas no sentido de reduzir as esperas decorrentes de agendamentos em longo prazo, a exemplo do acesso aberto ou avançado que sugere a marcação de consultas para o mesmo dia que usuários procuram o atendimento. Essas estratégias são desenvolvidas no sentido de equilibrar a oferta em relação a demanda, organizando a APS para situações que vão além das apresentadas no cotidiano do serviço de saúde, sem prejudicar os fluxos de atendimento (ASSIS, JESUS, 2012).

Por mais que estratégias têm sido discutidas no sentido de ampliar o acesso da APS, o (des) financiamento federal da APS, por meio de programas, como o Previne Brasil (Portaria nº 2.979 de 2019), que articula o repasse financeiro com viés de pagamento por desempenho, tem sido causa de preocupação, enquanto os gastos municipais vinculados a APS, vem aumentando. (BRASIL, 2019; TESSER, NORMAN, VIDAL, 2018; HARZHEIM et al. 2020). Apesar das mudanças ocorridas na PNAB (2017) que diminuiram a importância da ESF no conjunto da APS, e do quantitativo potencial de pessoas cadastradas pela equipe de saúde da família (BRASIL,2019) que pode chegar a 4 mil pessoas em áreas urbanas. De acordo com HARZHEIM et al. (2020), o novo modelo de financiamento proposto em conjunto com as demais ações desenvolvidas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saúde na Hora, InformatizaAPS, Médicos pelo Brasil, Incentivo à Residência Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional), promete buscar a inclusão de 50 milhões de pessoas que não estão cadastradas junto às ESF no intuito de minimizar distorções de acesso aos mais vulneráveis.

De acordo com Menezes, Scherer, Verdi, Pires (2017, p. 890), "as diferentes realidades presentes no Brasil, sejam sociais, econômicas ou de formas de organização dos serviços, promovem distintos modos de produzir o cuidado que, por sua vez, irão interferir de formas diversas na universalidade do acesso". Desse modo, promover o acesso das mulheres aos serviços de saúde, por si só, não é uma tarefa simples, porém ao considerar as desigualdades crônicas e enraizadas na sociedade brasileira, tanto na esfera econômica, cultural, geográficas e até mesmo de gêneros, é fundamental potencializar caminhos trilhados e experimentados, considerando os diversos aspectos que perpetuam as desigualdades sociais, e que direta ou indiretamente interferem no acesso aos serviços de saúde e na permanente construção do SUS, e preservação de sua universalidade.

Sendo assim, a discussão sobre o acesso de mulheres aos serviços de saúde, sob a luz de uma teoria que considera diferentes aspectos que interferem no acesso, é uma importante ferramenta que deve ser compreendida no sentido de se reorganizar a rede de APS, a fim de minimizar as desigualdades e barreiros de acesso existentes.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa detém-se na análise dos significados, desejos, atitudes e valores, compreendendo o sujeito da pesquisa como um ser em ação que opera a partir de uma realidade e a interpreta com base em suas experiências concretas, o que requer que a exposição dos significados ocorra por parte dos pesquisados (MINAYO, 2007).

Segundo Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

Seguindo essa linha de raciocínio, Vieira e Zouain (2005) afirmam que a pesquisa qualitativa atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem.

A relação entrevistador e entrevistado constitui uma oportunidade de aprofundamento da investigação e “a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho” (MINAYO, 2014, p. 21).

A natureza exploratória desse estudo possibilitou investigar, desenvolver e modificar conceitos ao longo do processo. Além disso, as pesquisas de cunho exploratório permitem uma maior familiaridade com o problema e apresentam um planejamento flexível, considerando diversos aspectos relacionados ao foco do estudo (GIL, 2010). Ao mesmo tempo, a temporalidade transversal adotada teve como objetivo fazer um recorte do objeto estudado dentro de um determinado tempo (FLICK, 2009).

Dentro deste processo, o pesquisador tem um papel fundamental, por buscar compreender a vivência dos fatos e evidenciar suas particularidades. O investigador é parte da pesquisa e precisa estar atento ao impacto de sua presença no campo de

estudo, às suas experiências anteriores e à sua capacidade de reflexão (FLICK, 2009). Nesse sentido, buscou-se minimizar qualquer possível impacto do pesquisador sobre os resultados da pesquisa através de um pré-detalhamento dos procedimentos metodológicos anteriores ao início da coleta e análise de dados. Considera-se importante determinar as fases e as etapas que foram realizadas ao longo do estudo, assim como a técnica utilizada para tratamento dos dados, a fim de manter o máximo de imparcialidade no estudo.

De acordo com Gil (2010), a realização da descrição detalhada dos procedimentos metodológicos auxilia na avaliação do processo de pesquisa, possibilitando maior rigor científico, refletindo sobre a ética e demonstrando a importância das atividades planejadas. Desse modo, a primeira fase dessa pesquisa refere-se às etapas de preparação do estudo e desenvolvimento dos protocolos para coleta e posterior análise dos dados. A segunda fase consiste na coleta de dados, compreendendo a seleção da amostra, as entrevistas, transcrição e organização dos dados. A terceira fase, consiste na análise de dados, incluindo a codificação e categorização, avaliação do processo e a saturação dos dados. A quarta e última fase, corresponde a comparação dos dados analisados com o referencial teórico e a redação do trabalho (GIL, 2010; FLICK, 2009).

4.2. CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em cinco municípios selecionados do estado do Espírito Santo. O Espírito Santo, situado na região Sudeste, perfaz um território de 46.077,5 Km². O Estado é composto por quatro regiões de saúde: Região Norte, Central, Metropolitana e Sul.

A região metropolitana do estado - Região Metropolitana da Grande Vitória - é composta por 07 municípios e concentra 48% do total da população do estado e 56,6% da população urbana. A região central demonstra uma grande concentração da população (190 hab./km²), que, por sua vez, está altamente intensificada na região metropolitana (724 hab./km²), chegando a 3.328 hab./km² na capital. Com quadro diferenciado, encontra-se no norte do estado um vazio demográfico (36 hab./km²), indicando a presença de grandes latifúndios na região. O Sul possui uma densidade demográfica de 63 hab./km². Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas (ESPÍRITO SANTO, 2012). Conforme informa Pacheco

(2004), o Espírito Santo é marcado pela diversificação de atividades econômicas, motivada principalmente pela exportação de minérios, café e celulose, pela siderurgia e pelas indústrias de móveis e de confecções. No entanto, é o petróleo o principal responsável pelo notável crescimento econômico do estado na atualidade.

A atual política de regionalização da saúde do estado do Espírito Santo, tem como principais objetivos: orientar o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; garantir o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde; garantir a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis; avançar na equidade da política de saúde; reduzir as desigualdades regionais existentes; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região. Para tanto, amplia o escopo dos critérios adotados para a delimitação dos recortes territoriais, entendendo que os determinantes do processo saúde-doença extrapolam o setor da saúde, sendo necessário formular políticas intersetoriais e de desenvolvimento regional que favoreçam o fortalecimento das regiões e a redução das desigualdades territoriais (ESPÍRITO SANTO, 2011). Segundo dados divulgados pelo IBGE (2020), a população do estado é de 4.018.650 habitantes, correspondendo ao 14º estado mais populoso do território nacional.

A APS no estado é organizada a partir da ESF. Em 2020, a cobertura da ESF era de 64,32%, e a APS era de 78,94%, correspondendo aproximadamente a três milhões de cidadãos assistidos. Dados da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), revelam que o Espírito Santo contava com 812 equipes de ESF em 2019, equipes essas compostas por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que atuam na APS dos 78 municípios capixabas (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Figura 4- Mapa do Brasil e localização do Espírito Santo



Fonte: <http://www.es.gov.br>

De acordo com Bittencourt (1998), a imigração no Espírito Santo, composta majoritariamente por italianos, mas também por alemães, espanhóis, portugueses, poloneses, libaneses, sírios, austríacos, norte-americanos, africanos, descendentes de escravos vindos do Caribe, dentre outras nacionalidades, se deu de forma intensa em meados do século XIX que juntamente com baianos, mineiros, índios e mestiços, enriqueceu o quadro populacional do estado, promovendo o encontro de raças e culturas. Essa diversidade de culturas, proporciona ao estado um valioso legado histórico, que na atualidade, permanece exercendo forte influência principalmente em municípios de menores porte no estado, com comunidades imigrantes que preservam os costumes e a língua dos países de origem, a exemplo dos municípios de Santa Maria de Jetibá, Santa Leopoldina, Domingos Martins, Laranja da Terra, Venda Nova do Imigrante, que estão entre as maiores comunidades de descendência italiana e alemãs do Brasil.

No que diz respeito ao campo econômico, o interesse português em tornar as terras capixabas um empreendimento rentável estimulou a expansão do plantio de cana-de-açúcar, o que culminou na busca de escravos africanos para serem utilizados como mão de obra nos engenhos do litoral capixaba. Atualmente, esse fluxo migratório

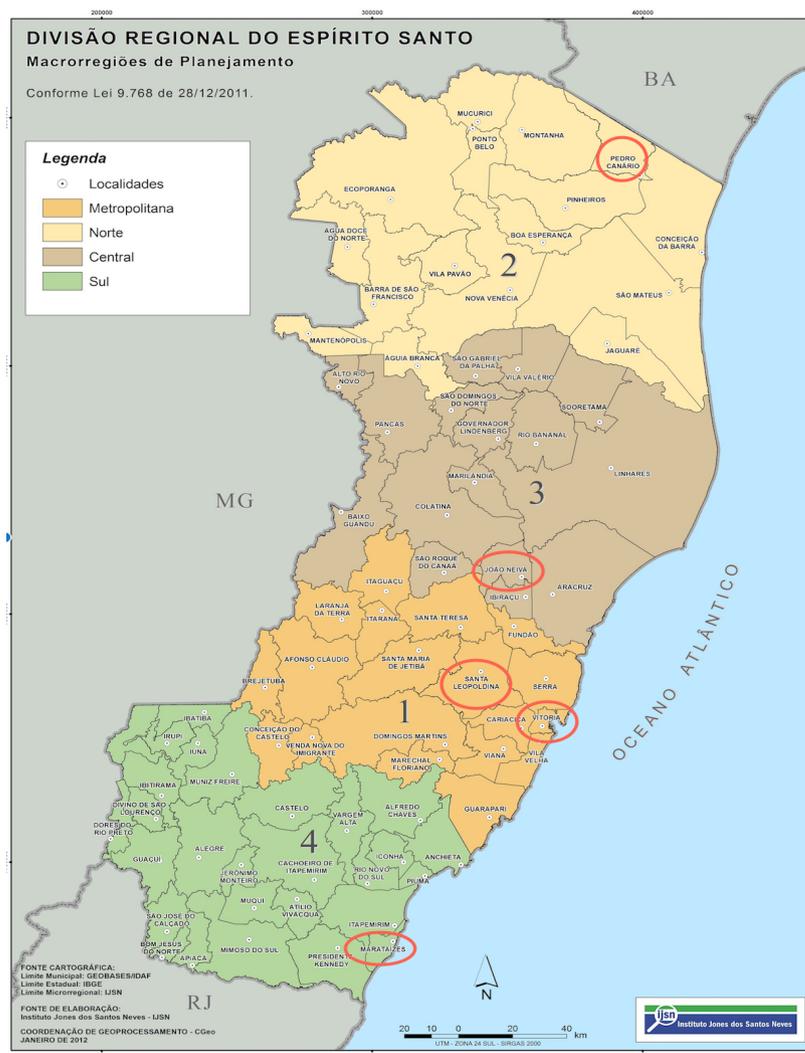
gerou uma estrutura agrária relativamente equilibrada, baseada na pequena propriedade familiar, de produção multivariada, tendo no café o principal produto de sustentação (PERES, 2011; CELIN, 2019).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado é de 0,80, ocupando a sétima posição no ranking nacional. Entretanto, exhibe desigualdades regionais relevantes, incompatíveis com o atual padrão de desenvolvimento econômico do estado (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Para realização da amostra desse estudo, os 78 municípios do Espírito Santo foram categorizados de acordo com a macrorregião de saúde que cada município está localizado (Norte, Central, Metropolitana e Sul) e então numerados. Em seguida foi realizado um sorteio para cada região, utilizando o software de sorteio online *Random.org*, e então selecionado um município por macrorregião de saúde, mais a capital Vitória, totalizando cinco municípios.

Na figura (Figura 3), podemos localizar as cinco cidades que foram realizadas as entrevistas (Pedro Canário, João Neiva, Santa Leopoldina, Vitória e Marataízes).

Figura 5 – Mapa Regional do Espírito Santo, 2020



Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves.

Pedro Canário, município localizado na região norte do Estado, com população de aproximadamente 26 mil habitantes, faz divisa com o Estado da Bahia e os Municípios de Montanha, Conceição da Barra e Pinheiros (IBGE, 2019).

Economicamente o município destaca-se na produção agrícola em cultura como mamão, abóbora, mandioca, pimenta do reino, laranja, maracujá entre outras. A pecuária de corte e leite também exercem grande influência (PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO CANÁRIO, 2020).

O município conta com seis unidades de ESF e quatro UBSs, mais duas UBSs de ponto de apoio, e um hospital filantrópico com contrato com a Secretaria Municipal de Saúde de Pedro Canário para atendimento a nível terciário. Casos mais complexos são referenciados ao Hospital Roberto Silveiras em São Mateus, município a

aproximadamente 52 Km de Pedro Canário (PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO CANÁRIO, 2021).

João Neiva, município localizado na região central do estado, com população de aproximadamente 17 mil habitantes, com importante presença de descendentes de italianos. O município faz fronteira ao norte com o município de Colatina; ao sul Ibiracu; a leste Linhares e Aracruz; a oeste São Roque do Canaã e Santa Teresa (IBGE, 2019). O sistema de saúde de João Neiva é composto por dez UBS, e um hospital municipal com atendimento a nível terciário (PREFEITURA MUNICIPAL JOÃO NEIVA, 2021).

Santa Leopoldina, município localizado na região central do estado, com população de aproximadamente 12.500 habitantes, segundo dados da Prefeitura Municipal de Santa Leopoldina, a população é formada por nove etnias, sendo elas negros, portugueses, suíços, austríacos, luxemburgueses, holandeses, italianos, alemães e pomeranos. O município faz divisa com os municípios de Cariacica, Serra, Fundão, Santa Teresa, Santa Maria de Jetibá e Domingos Martins, tem como principal base econômica agropecuária, comércio e serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LEOPOLDINA, 2021).

O sistema de saúde de Santa Leopoldina está organizado por cinco UBS e um hospital filantrópico com atendimento a nível terciário (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LEOPOLDINA, 2021).

Marataízes, município litorâneo, localizado na região sul, com população de aproximadamente 39 mil habitantes, faz fronteira ao norte e a oeste com a cidade de Itapemirim, a sul com Presidente Kennedy. Na economia local se destacam a agricultura da plantação de abacaxi, a pesca oceânica e o turismo, que, no verão, recebe um grande número de turistas, muitos deles vindos do sul do Espírito Santo, além de estados vizinhos, principalmente Minas Gerais e Rio de Janeiro. O município também faz divisa com Presidente Kennedy, grande polo nacional de extração de petróleo, o que garante *royalties* à prefeitura e investimentos no setor petrolífero. O polo urbano, comercial, educacional e industrial mais próximo é Cachoeiro de Itapemirim (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARATAÍZES).

A rede de saúde de Marataízes é composta por 11 unidades da ESF, 4 UBS e 1 UPA (Unidade de Pronto Atendimento), o município não consta com hospital com atendimento a nível terciário (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARATAÍZES, 2021).

Vitória, a capital do estado do Espírito Santo, concentra a quarta maior população do estado, com população de aproximadamente 366 mil habitantes. A metrópole denominada Grande Vitória, conta com os municípios de Vitória, Vila Velha, Serra, Viana, Cariacica e Guarapari, totalizando uma população de aproximadamente 2 milhões de pessoas (IBGE, 2020). O município litorâneo faz fronteira ao norte com o município da Serra, ao Sul com Vila Velha, e oeste com Cariacica (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2021).

A economia de Vitória, tem forte impacto pela exportação de minério, abrigando um dos mais movimentados portos do Brasil, além de grande relevância do setor de comércio, turismo e industrial (CAÇADOR, GRASSI, 2011).

A rede pública de saúde do município de Vitória, conta com 29 UBS, dois serviços de urgência médica e odontológica 24 horas, Centro Municipal de Especialidades (CME), que oferecem consultas e exames especializados por meio de encaminhamento das unidades de saúde. Além de contar com Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, Centro de Referência de IST/aids, Centro de Vigilância em Saúde Ambiental e Centro de Especialidades Odontológicas.

4.3. PARTICIPANTES

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa, foram entrevistadas usuárias cadastradas em UBS de cinco municípios do Espírito Santo, sendo um município da região norte (Pedro Canário), central (João Neiva), metropolitana (Santa Leopoldina) e sul (Marataízes) e a capital Vitória.

Foram entrevistadas mulheres maiores de 18 anos, cadastradas nas UBS selecionadas para o estudo e que utilizaram o serviço nos últimos 12 meses. Foram entrevistadas quatro mulheres por UBS, em duas UBS por município, totalizando oito mulheres por município e 40 mulheres em todo o Estado. A escolha por entrevistar quatro mulheres por UBS, se deu devido a avaliação externa do PMAQ, o maior programa brasileiro de avaliação da qualidade e acesso da APS, que utilizou como

critério a realização de entrevista com quatro usuários (as) por EqSF, independentemente do número de UBS e da população do município (BRASIL, 2011).

Para realização da amostra foi realizado um sorteio entre os 78 municípios do estado do Espírito Santo. Os municípios foram enumerados por região e selecionados por meio do software de sorteio online *Randon.org* a fim de selecionar um município por região de saúde, além da capital Vitória.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo usuárias cadastradas nas UBS selecionadas, maiores de 18 anos e que utilizaram qualquer serviço daquelas UBSs nos últimos 12 meses que antecederam a data da entrevista. Entende-se por utilização, a demanda atendida pelo serviço de saúde (TOMASI, 2011).

Foram excluídos do estudo, usuárias menores de 18 anos, que não estavam cadastradas na UBS selecionada ou que não utilizaram o serviço nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista. Além disso, foram excluídas mulheres que não

Outro pré-requisito para participação na pesquisa foi a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que foi enviado via e-mail e/ou arquivo de texto no aplicativo Whatsapp, para aquelas participantes que não possuíam endereço de e-mail. O TCLE foi elaborado com linguagem acessível, contendo as informações relacionadas ao processo de pesquisa. Foi garantida a confidencialidade das informações coletadas.

4.5. COLETA DOS DADOS

Inicialmente foi enviado uma carta aos coordenadores de APS dos municípios selecionados, explicando a pesquisa e solicitando a colaboração e autorização para realização da mesma (APÊNDICE A). Após carta de aprovação e concordância dos municípios autorizando a realização da pesquisa, em um segundo momento foi solicitado junto às referências técnicas de APS, uma relação das UBS de cada município. Em seguida, foram sorteadas duas UBS por município, e então disponibilizada a relação das usuárias cadastradas nas UBS e seus respectivos contatos telefônicos e idade.

A princípio, foi programado a coleta de dados no mês de março de 2020, através de entrevistas presenciais com as usuárias nas UBS, porém devido as medidas restritivas de distanciamento social da pandemia do Covid- 19, o método de coleta de dados foi reestruturado, e então realizado por contato telefônico com as usuárias, previamente selecionadas. Desse modo, foi realizado primeiramente contato telefônico com as usuárias que preencheram os critérios de inclusão, onde foram explicados os objetivos da pesquisa, todos os critérios éticos e orientação de como as entrevistas viriam a ser realizadas via telefone. Para as usuárias que concordaram participar da pesquisa, foram realizadas as entrevistas por ligação de áudio pelo aplicativo Whatsapp ou ligação telefônica tradicional. Para aquelas usuárias que estavam disponíveis, foi realizada a entrevista de aproximadamente 25 minutos durante o primeiro contato, ou agendado um horário de entrevista nas próximas 24 horas. Além disso, foram encaminhados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) por e-mail para todas as entrevistadas.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal entre os meses de novembro de 2020 a janeiro de 2021, mediante entrevista individual. Foi utilizado um formulário de identificação e um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE C), que possibilitou uma comunicação eficaz através da entrevista e facilitou o início, a ampliação e a imersão no processo de comunicação (MINAYO, 2014).

Por mais que a coleta de dados das usuárias foi pré-determinada seguindo as recomendações do PMAQ, de quatro usuárias por UBS, o momento de encerramento das entrevistas por município se deu a partir da saturação das falas das entrevistadas, desse modo, caso a pesquisadora considerasse necessário, ela teria liberdade de ampliar o número de entrevistadas por município, de modo a responder o objetivo da pesquisa. A expressão saturação teórica utilizada na pesquisa qualitativa considera que, quando se coletam dados, ocorre uma transferência de significações psicoculturais de seu meio original, de indivíduos ou grupos, para outro meio, aquele do pesquisador. Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados (FONTANELLA, 2008).

A forma de utilização mais comum do critério de saturação refere-se à aplicação de entrevistas semiestruturadas de forma sequencial, com respostas em aberto. O

pesquisador identifica os tipos de resposta e anota as repetições. Quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema é registrado, identifica-se o ponto de saturação (NASCIMENTO, 2018).

Essas entrevistas foram direcionadas por meio de um roteiro norteador para aprofundar nos aspectos relativos à concepção das usuárias no que concerne ao acesso e utilização das mesmas aos serviços de APS do Espírito Santo.

O roteiro de entrevista foi empregado como forma de facilitar a explicitação das percepções das informantes, tendo-se o cuidado de não o configurar em elemento engessador do diálogo. A entrevista semiestruturada tem uma estrutura flexível, sendo constituída por questionamentos abertos que permitem ao pesquisador direcionar as questões emitidas de acordo com a sua intencionalidade ou pelo desejo do participante, considerando que “boas perguntas, nas entrevistas qualitativas, devem ser abertas, neutras, sensíveis e claras para os entrevistados” (POPE, MAYS, 2009).

Foi realizado um teste piloto com quatro usuárias de uma APS do município de Vitória, no mês de março de 2020, antes das restrições sanitárias de distanciamento social em decorrência da pandemia de Covid-19. Essas entrevistas foram realizadas com mulheres que se dispuseram voluntariamente a dar sua opinião sobre o formato das questões pré-elaboradas e auxiliaram a pesquisadora a adequá-las na linguagem que tivesse maior significado para os participantes do estudo.

Compreende-se que o pré-teste dos roteiros de entrevista leva geralmente modificações da forma de abordar os assuntos, tornando-se necessário, com frequência, dar explicações mais claras aos entrevistados sobre os conteúdos que gerem dúvidas, portanto é recomendável acrescentar questões que se mostrem importantes do ponto de vista dos profissionais (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2014).

4.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e os dados provenientes das entrevistas foram transcritos na íntegra, pela pesquisadora principal e uma auxiliar, profissional enfermeira. Os dados foram interpretados e o conteúdo produzido foi analisado pela pesquisadora a partir da técnica da análise de conteúdo temática ou Análise Temática que consiste em desmembramento do texto transcrito em categorias, evidenciando os ‘núcleos temáticos’ e sua frequência, organizadas em três etapas: pré-análise: a partir

da organização e sistematização das ideias, sendo realizada uma leitura 'flutuante', formulação das hipóteses e elaboração dos indicadores; a exploração do material: para efetuar a classificação e, por fim, o tratamento dos dados obtidos e a interpretação (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo Temática foi realizada nesse estudo através de uma abordagem dedutiva, ou seja, partiu-se de categorias pré-estabelecidas de acordo com o referencial teórico de acesso aos serviços de saúde de McIntyre e Mooney (2007) (SOUZA, 2019). Para organização e análise dos dados foi utilizado o *software* ATLAS.ti. Esse *software* pode ser usado com diferentes abordagens teóricas e múltiplos processos de análise de dados. O uso da Análise de Conteúdo formulada por Laurence Bardin é uma dessas abordagens possíveis, e é um recurso útil para a análise de dados em pesquisas qualitativas.

4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Destaca-se como limitações do presente estudo, primeiramente a impossibilidade de realização de entrevistas presenciais com as usuárias da APS do ES, em decorrência das regras de distanciamento social impostas durante a pandemia do Covid – 19. Reconhecemos que entrevistas presenciais possibilitariam uma maior interação da entrevistadora com as usuárias e conseqüentemente a identificação de linguagens não verbais, além de gerar maior conforto e confiança das entrevistadas ao relatar opiniões e informações pessoalmente.

Além disso, por termos realizado o primeiro contato com as usuárias via telefone ou mensagem de texto, houveram muitas tentativas de contato sem respostas das usuárias. Porém, como tínhamos a nossa disposição o contato de todas as usuárias cadastradas nas UBS em questão, que haviam sido previamente disponibilizados pelos municípios, pudemos realizar outras tentativas até atingir o número desejado de entrevistas. Em suma, essa limitação não gerou nenhum comprometimento na qualidade da coleta dos dados, apenas o desprendimento de mais tempo.

Compreendemos que embora tenhamos entrevistado mulheres em todas as regiões do Espírito Santo, além da capital Vitória, uma pesquisa que aborde mais municípios por região, possa obter ainda mais informações em relação ao acesso das mulheres aos serviços de APS no ES.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

Previamente ao trabalho de campo, o projeto foi submetido ao CEP do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo, por meio na Plataforma Brasil. O projeto de pesquisa foi aprovado sob parecer nº 3.738.135 de 19 de novembro de 2019 (ANEXO I).

Este estudo foi conduzido de acordo com os dispositivos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012)

Outro pré-requisito para participação na pesquisa foi a assinatura do TCLE (APÊNDICE B), que foi enviado via e-mail e/ou arquivo de texto no aplicativo Whatsapp, para aquelas participantes que não possuíam endereço de e-mail. O TCLE foi elaborado com linguagem acessível, contendo as informações relacionadas ao processo de pesquisa. Foi garantida a confidencialidade das informações coletadas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em forma de um capítulo de livro e dois artigos submetidos em periódicos da área de saúde coletiva, a fim de responder os objetivos propostos.

Capítulo 1: Oferta e acesso aos serviços de assistência à mulher na Atenção Primária em Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa.

Autoras: Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, Franciéle Marabotti Costa Leite, Bruna Ventorim, Rita de Cássia Duarte Lima.

Livro: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Situação: Publicado no Livro Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Capítulo 2: Movimentos sociais e as lutas por Direitos: (des) encontros nas agendas entre o movimento pela reforma sanitária e os movimentos feministas brasileiro

Autoras: Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, Franciéle Marabotti Costa Leite, Rita de Cássia Duarte Lima.

Livro: Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: Da Política a Ação I e II

Situação: Aceito para publicação no Livro Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: Da Política a Ação I e II.

Artigo 1: Acesso aos serviços de Saúde: Experiências de mulheres usuárias da Atenção Primária no Espírito Santo

Revista: Ciência e Saúde Coletiva

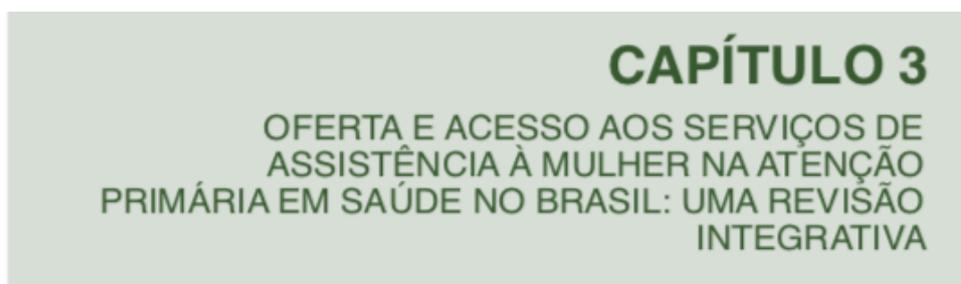
Autoras: Bruna Ligia Ferreira de Almeida Barbosa, Franciéle Marabotti Costa Leite, Rita de Cássia Duarte Lima

Situação: Artigo submetido para análise na Revista Ciência e Saúde Coletiva

5.1. RESULTADO 01 ¹¹

Título: Oferta e acesso aos serviços de assistência à mulher na atenção primária em saúde no Brasil: Uma revisão integrativa

Autores: Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, Franciéle Marabotti Costa Leite, Bruna Ventorim, Rita de Cássia Duarte Lima



Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 04/06/2020

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa

UFES – Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva

Vitoria - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/7266254969244866>

Franciéle Marabotti Costa Leite

UFES – Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva

Vitoria - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/7170760158919766>

Bruna Venturin

UFPEL – Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia

Pelotas – Rio Grande do Sul

<http://lattes.cnpq.br/7080941258405221>

Rita de Cassia Duarte Lima

UFES – Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva

Vitoria - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/2384472795664270>

RESUMO: Objetivo: Elencar na literatura científica, artigos que descrevem os serviços ofertados à mulher na AB e o acesso a esses serviços. Método: Busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE e PUBMED. Foram incluídos artigos publicados em inglês, português e espanhol, relacionados ao Brasil e sem recorte temporal. Resultados: Foram incluídos 40

estudos. A oferta de serviços na Atenção Básica voltados a mulher, priorizam o período gravídico puerperal, por meio de assistência ao pré-natal, orientação ao aleitamento materno e visitas domiciliares a puérperas, seguido da oferta de serviços voltados ao rastreio e prevenção de neoplasias de mamas e do colo do útero. Foram detectadas barreiras de acesso referentes a disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Consideração final: A oferta e acesso aos serviços voltados a mulher na AB, têm priorizado períodos específicos da vida da mulher, porém devem estar pautados no conceito de integralidade.

PALAVRAS - CHAVE: Serviços de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária em Saúde. Saúde da Mulher.

OFFER AND ACCESS TO WOMEN CARE SERVICES IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To list in the scientific literature, articles that describe the services offered to women in PC and access to these services. Method: Search in LILACS, MEDLINE and PUBMED databases. Articles published in English, Portuguese and Spanish, related to Brazil and without time frame were included. Results: 40 studies were included. The provision of services in Primary Care aimed at women, prioritize the puerperal pregnancy period, through prenatal assistance, guidance on breastfeeding and home visits to puerperal women, followed by the provision of services aimed at screening and prevention of breast cancer. and the cervix.

¹¹ Capítulo publicado no Livro: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Disponível em: <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/ebookPDF/3448>

RESUMO

Objetivo: O objetivo desse estudo é elencar na literatura científica, artigos que descrevem os serviços ofertados à mulher na Atenção Primária bem como o seu acesso a esses serviços. **Método:** Foi realizada busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE e PUBMED. Foram incluídos artigos publicados em inglês, português e espanhol, relacionados ao Brasil e sem recorte temporal. **Resultados:** Foram incluídos 40 estudos. De acordo com os estudos analisados, a oferta de serviços na Atenção Básica voltados a mulher, priorizam o período gravídico puerperal, por meio de assistência ao pré-natal, orientação ao aleitamento materno e visitas domiciliares a puérperas, seguido da oferta de serviços voltados ao rastreamento e prevenção de neoplasias de mamas e do colo do útero. Foram detectadas por meio dos estudos barreiras de acesso referentes a disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. **Consideração final:** Os resultados dessa revisão têm implicação no que concerne a oferta e acesso aos serviços voltados a mulher na AB, que não devem priorizar apenas um período específico da vida da mulher, e sim, estarem pautados no conceito de integralidade.

Descritores: Serviços de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Atenção Primária em Saúde, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: This study aims to list in the scientific literature, articles that describe the services offered to women in Primary Care as well as their access to these services. **Method:** We searched the LILACS, MEDLINE and PUBMED databases. We included articles published in English, Portuguese and Spanish, related to Brazil, without temporal cut. **Results:** 40 studies were included. According to the studies analyzed, the provision of services for women in Primary Care, prioritize the puerperal and pregnancy period, through prenatal care, breastfeeding orientation and puerperal home visits. Also, the provision of services aimed at the screening and prevention of gynaecological cancer. Access barriers were identified, in terms of availability, acceptability, payment capacity and information. **Final Considerations:** The results of this review highlight implications regarding the offer and access of women to primary health care facilities, that should be guided by the principle of integrality, instead of prioritizing a specific period of women's life.

Descriptors: Health Services, Health Services Accessibility, Primary Health Care, Women's Health.

INTRODUÇÃO

O engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. Apesar das limitações impostas pelo governo militar da época, o movimento feminista se reorganizou incitando debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira¹.

A organização desses serviços tomou importância, pois algumas mudanças observadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas políticas de saúde trouxeram a proposta de atendimento à mulher, por meio de programas que contemplassem a combinação entre as ações básicas de saúde e o atendimento médico individual. Isto tem significativa relevância, na medida em que direciona as práticas e os trabalhadores de saúde a olhar para a mulher não mais apenas sob a ótica da reprodução².

Nesse contexto, a história da busca por cuidados expressa discriminação, frustrações e violações de direitos, constituindo fonte de tensão e mal-estar psicofísico. No Brasil, indicadores epidemiológicos relativos à saúde das mulheres evidenciam que, apesar da existência de políticas públicas e de ações desenvolvidas, desigualdades regionais contribuem para aumentar a vulnerabilidade feminina em outros âmbitos que não somente o materno-infantil³.

Mesmo com a melhoria de alguns indicadores relacionados a saúde da mulher, a mudança no perfil de saúde da mulher no Brasil sofreu alterações, que causam grande impacto e repercussão ao sistema de saúde, com efeitos diretos a Atenção Primária em Saúde (APS)⁴. Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta rápida e adequada que não se realizará sem a intervenção do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas fundamentais⁵.

Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia dessas mulheres que são em sua maioria negras, índias, com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, ciganas, mulheres do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, e, em situação de violência, em todas as fases da vida⁶. Porém, o fato de serem usuárias da AB não tem garantido acesso e resolutividade, de modo que as mudanças requeridas ainda têm muitas limitações⁴.

Assim, considerando a complexidade do “ser mulher” e a elevada morbimortalidade por câncer de mama e colo de útero, mortalidade materna, alto índice de cesárias, o número cada vez crescente de internações e mortes devido ao aborto ilegal, a epidemia da violência praticada contra a mulher, as crescentes taxas de feminicídios, a privação de direitos às minorias, a discrepância nos indicadores de saúde baseado nas condições socioeconômicas, dentre tantas outras realidades vivenciadas que por muitas vezes impossibilitam o acesso dessas aos serviços de saúde, o presente estudo teve como objetivo elencar na literatura científica, artigos que descrevem os serviços ofertados à mulher na AB bem como o seu acesso a esses serviços.

METODOLOGIA

Essa revisão integrativa da literatura foi realizada a partir da pergunta norteadora: Quais serviços são ofertados a mulher na atenção primária em saúde e como se dá o acesso a esses serviços? A revisão integrativa compreende cinco etapas: estabelecimento do problema; seleção da amostra; caracterização dos estudos; análise e discussão dos resultados; e apresentação. Embora proporcione uma abordagem ampla sobre um objeto, a inclusão de estudos de diferentes delineamentos pode envolver maior complexidade na análise, que, no entanto, pode resultar em maior aprofundamento do objeto de estudo⁷.

A busca foi realizada no mês de julho de 2018, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE e PUBMED, usando as seguintes combinações dos descritores nas bases de dados selecionadas: “Health Services AND Health Services Accessibility” AND “Primary Health Care” AND “Women’s Health”, “Health Services” AND “Health Services Accessibility” AND “Women’s Health” e “Primary Health Care” AND “Women’s Health”.

Os critérios de inclusão adotados foram artigos publicados em inglês, português e espanhol, relacionados ao Brasil e sem recorte temporal. E os critérios de exclusão foram livros, monografias, dissertações, teses, textos governamentais, artigos de opinião, editoriais e artigos de revisão. Os textos foram selecionados inicialmente a partir da leitura de seu título e resumo, a fim de verificar a sua consonância com a questão norteadora; quando adequados, foram lidos e analisados na íntegra. Para a organização e a análise, os achados foram dispostos em categorias temáticas.

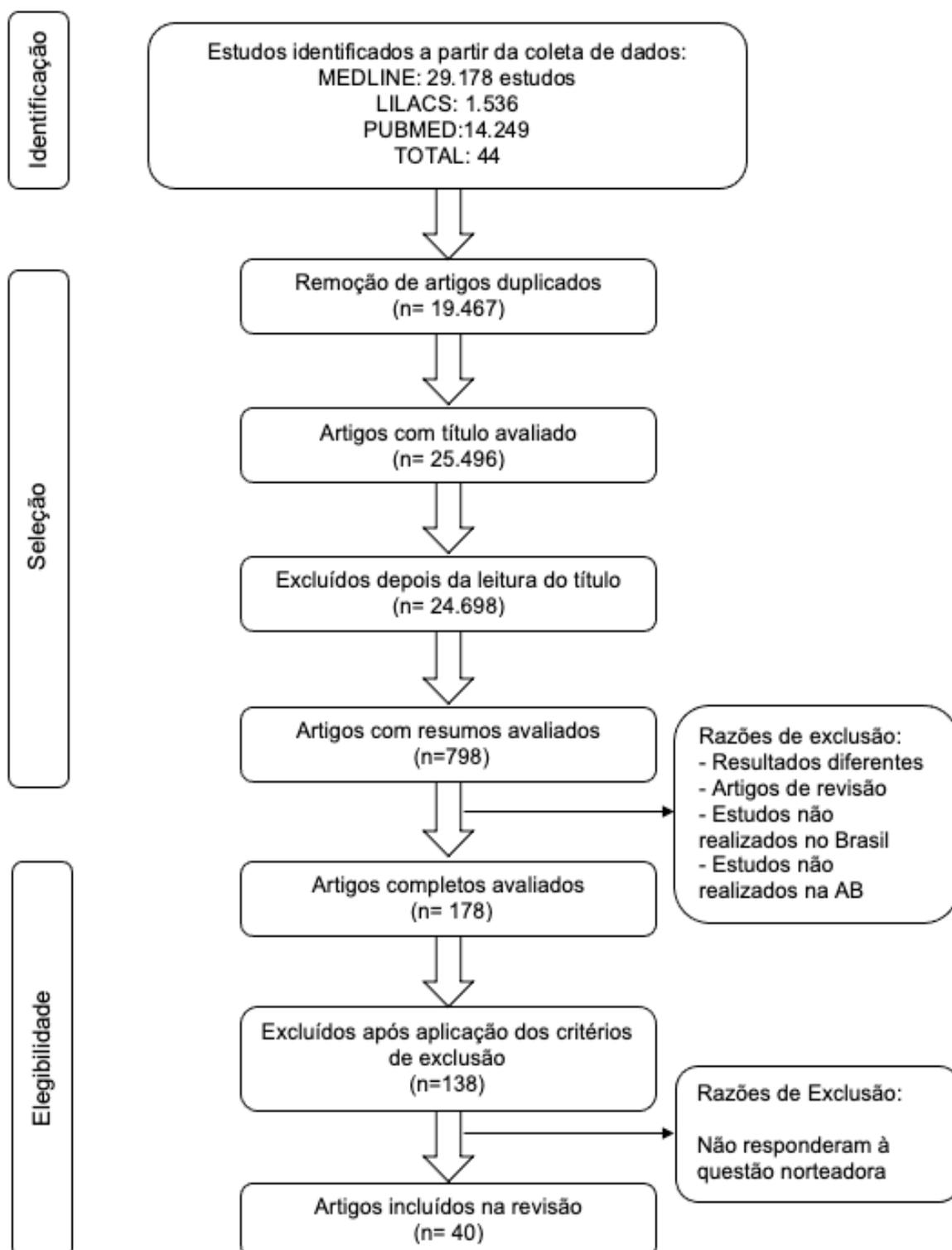
A revisão da literatura foi realizada por duas pesquisadoras (Barbosa BLFA e Ventorim B), que selecionaram independentemente os artigos a partir de seus títulos, resumos e textos na íntegra. As divergências foram resolvidas em consenso e diante da impossibilidade, foi consultada uma terceira pesquisadora (Leite FMC).

Foram encontrados 1.536 artigos no LILACS, 29.178 artigos no MEDLINE e 14.249 artigos no PUBMED, a partir das diferentes combinações entre os descritores, conforme mencionado acima. Foram eliminados 19.467 artigos duplicados, e foram selecionados 25.496 estudos para leitura do título. Desses, 24.698 artigos foram excluídos após análises dos títulos. Dos 798 estudos elegíveis para leitura dos resumos, 620 foram excluídos após análise do resumo pelas seguintes razões: resultados não relacionados ao tema, estudos realizados fora do Brasil, estudos não realizados na AB e artigos de revisão.

Dos 178 Artigos selecionados para leitura na íntegra, 138 foram excluídos porque os resultados não condiziam com a pergunta norteadora. Sendo assim, 40 artigos compreendem a presente revisão integrativa. Pode-se observar na figura 1, o fluxograma das etapas do processo de seleção do estudo e também os estudos selecionados para análise.

As seguintes informações foram coletadas e registradas com relação a todos os artigos: título, ano, autor, região/ estado, população, tipo de estudo, coleta de dados, resultados (serviços ofertados e acesso).

Figura 1 - Fluxograma segundo o PRISMA utilizado para o processo de identificação e seleção de artigos para revisão integrativa sobre a oferta e o acesso aos serviços voltados a mulher na atenção primária em saúde no Brasil (2018)



RESULTADOS

Considerando os objetivos da revisão integrativa e os critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos, foram identificados e analisados 40 artigos, conforme mostra o quadro 1. Os estudos foram publicados no período de 2004 a 2017, sendo que o ano de 2014 foi o que houve mais publicações sete (17,5%). As revistas com maior publicação foram as da área de Saúde Pública (N=19; P= 47,5%), seguido das revistas da área de enfermagem (N=16; P= 40,0%), mas também houve publicações em periódicos de outras áreas de concentração da saúde, como: fisioterapia, educação física, nutrição, ciências médicas e saúde da mulher.

Em relação à região de realização dos estudos, 17 (42,5%) foram feitos no nordeste seguido da região sudeste (N=14; P=35%). Vale destacar que somente 5,0% (02) dos estudos tiveram abrangência nacional e, que não houve nenhuma pesquisa desenvolvida exclusivamente na região norte. Quanto aos estados, verifica-se predomínio dos estudos no estado do Ceará (CE) e São Paulo (SP). No que tange ao tipo de estudo, a maioria foi do tipo qualitativo (N=22; P= 55%), e o instrumento de coleta de dados mais utilizado foi entrevista individual (N=22; P=55%) associada ou não a outra técnica, como observação participante, observação não participante e grupo focal.

A respeito da população estudada, em 37,5% das pesquisas (N= 15) as participantes foram mulheres adultas, seguido de 27,5% (N=11) de gestantes ou puérperas, 25,0% (N=10) de profissionais da ESF ou da Rede de Serviços e em 10,0% (N=4) das pesquisas os participantes foram profissionais da ESF e gestantes

Quadro 2: Caracterização da distribuição das publicações sobre acesso e oferta de serviço de saúde da mulher na Atenção Primária, segundo ano, autor, revista, região/estado, população, tipo de estudo. Vitória, 2018.

Ano	Autor	Revista	Local	População	Tipo de Estudo	Coleta de Dados
2004	Albuquerque O.M.R. et al.	Caderno de Saúde Pública	Nordeste/ PE	Gestantes	Qualitativo	Grupo Focal
2008	Araújo M.A.L et al;	Ciência e Saúde Coletiva	Nordeste/ CE	Profissionais EqsF e gestantes	Qualitativo	Observação e entrevistas
2008	Figueiredo P.O; Rossoni E;	Revista Gaúcha de Enfermagem	Sul/ RS	Gestantes	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
2008	Fontanive P.V.N. et al;	Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade	Sul/ RS	Mulheres 25 a 59 anos	Quantitativo	Dados secundários DATASUS/ SISPACTO

2009	Martins R.M.C et al;	Revista Eletrônica de Enfermagem	Sudeste/ SP	Profissionais da EqSF	Qualitativo	Entrevista individual e observação
2009	Prado E.V. et al;	Revista APS	Centro Oeste/ MS	Mulheres Adultas	Relato de Experiência	
2009	Heilborn M.L. et al;	Caderno de Saúde Pública	Norte/ AM, Nordeste/ PE, Centro-Oeste/ GO, Sudeste/ RJ, Sul/ SC	Mulheres de 18 a 49 anos	Qualitativo	Entrevista Semiestruturada
2009	Costa G.D. et al,	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Sudeste/MG	Profissionais da EqSF e Gestantes	Quantitativo	Entrevista semiestruturada
2010	Costa G.R.C. et al,	Revista Brasileira de Enfermagem	Nordeste/ MA	Mulheres em idade fértil, com gravidez prévia	Quantitativo	Questionário estruturado
2010	Borges J.B.R. et al;	Revista Einstein	Sudeste/ SP	Mulheres adultas	Quantitativo	Análise de prontuário
2011	Pereira da Silva M. et al;	Revista Brasileira de Atividade Física &Saúde	Sudeste/ SP	Mulheres obesas, diabéticas e hipertensas	Relato de Experiência	
2011	Peixoto C.R. et al;	Revista de Enfermagem UERJ	Nordeste/ CE	Gestantes	Quantitativo	Entrevista semiesruturada
2011	Vilella W.V. et al;	Revista Saúde e Sociedade	Sudeste/ SP	Profissionais de Saúde	Qualitativo	Observação não participante e Entrevista semiestruturadas
2012	Santos E.R.R;	Revista de Ciências Médicas	Nordeste/ PE	Profissionais da Rede de Serviços	Qualitativo	Análise Documental, Banco de dados SISCOLO, Entrevistas
2012	Silva R.M. et al;	Ciência e Saúde Coletiva	Nordeste/CE	Gestantes	Qualitativo	Cartografia
2013	Garcia N.K. et al;	Revista Eletrônica de Enfermagem	Sudeste/ SP	Profissionais da EqSF	Quantitativo	Entrevista semiestruturada
2013	Goes E.F; Nascimento E.R;	Revista Saúde em Debate	Nordeste/ BA	Mulheres adultas	Quantitativo	Dados secundários PNAD/IBGE
2013	Silva E.B. et al;	Acta Paulista de Enfermagem	Nordeste/ PB	Profissionais da EqSF	Qualitativo	Pesquisa participante
2014	Barbaro M.C. et al;	Revista Latino Americana de Enfermagem	Sudeste/ SP	Profissionais da EqSF (médicos e enfermeiros)	Quantitativo	Entrevista
2014	Bushatsky M. et al;	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	Nordeste/ PE	Mulheres maiores de 18 anos	Quantitativo	Entrevista estruturada
2014	Silva N.C;	Revista Baiana de Saúde Pública	Brasil	Mulheres acima de 25 anos	Quantitativo	Dados secundários
2014	Moreira T.N.F. et al; 2014	Saúde e Sociedade	Sudeste/ SP	Profissionais EqSF	Qualitativo	Entrevistas de grupo com roteiro semiestruturado
2014	Prado E.V; 2014	Revista APS	Centro-Oeste/ MS	Mulheres adultas	Relato de Experiência	
2014	Fochi M.C.S. et al; 2014	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Sudeste/ SP	Gestantes em situação prisional	Relato de Experiência	
2014	Spinellil, M. B. A. S.; et al; 2014	Saúde e Sociedade	Nordeste/ PE	Profissionais da EqSF (médicos e enfermeiros)	Quantitativo	Questionário

2015	Barros Henriques A. et al; 2015	Revista Brasileira de Promoção à Saúde	Nordeste/ PB	Gestantes	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
2015	Barreto C.N. et al;	Revista Gaúcha de Enfermagem	Sul/RS	Profissionais da EqSF (médicos e enfermeiros)	Qualitativo	Observação participante e entrevista semiestruturada
2015	Duarte S.J.H. et al;	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	Centro Oeste/ MT	Mulheres sexualmente ativas de 18 a 59 anos	Quantitativo	Entrevista semiestruturada
2015	Esposti C.D.D. et al;	Saúde e Sociedade	Sudeste/ ES	Puérperas	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
2015	Silva, L. A.; et al;	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Sudeste/ Rj	Gestantes	Qualitativo	Entrevistas
2015	Silva M.A.S. et al;	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Sul/ PR	Mulheres adultas	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
2016	Laporte- Pinfildi A.S. et al;	Revista de Nutrição	Sudeste/SP	Gestantes	Relato de- Experiência	
2016	Lopes, A. C. M. U.; et al;	Revista Brasileira de Enfermagem	Nordeste/ CE	Profissionais de saúde da EqSF	Qualitativo	Observação não participante
2016	Queiroz M.V.O et al;	Revista Gaúcha de Enfermagem	Nordeste/ CE	Gestantes adolescentes	Qualitativo	Grupo focal
2017	Silva A.B. et al;	Revista Ciência Plural	Nordeste/ RN	Enfermeiros da EqSF	Qualitativo	Entrevista aberta
2017	Andrade M.V. et al.	International Journal for Equit Health	Sudeste/MG	Mulheres entre 13 e 59 anos, que completou gravidez com um filho nascido vivo nos 5 anos anteriores a pesquisa	Quantitativo	Inquérito domiciliar
2017	Brito F.A. et al;	Revista Fisioterapia Brasil	Sudeste/ ES	Mulheres que apresentavam queixa de perda urinária em uma regional de saúde	Qualitativo	Entrevista semiestruturada
2017	Correa M.S.M. et al;	Cadernos de Saúde Pública	Nordeste/PE	Profissionais EqSF e gestantes	Qualitativo	Observação direta e entrevista semiestruturada
2017	Guanabara M.A.O. et al;	Revista de Salud Pública	Nordeste/ CE	Profissionais gestantes	Qualitativo	Entrevista, Grupos focais e observação participante
2017	Souza, S. S.; et al;	Revista Reprodução e Climatério	Nordeste/ CE	Mulheres adultas	Qualitativo	Entrevista semiestruturada

De modo a responder os objetivos do estudo, os artigos foram divididos entre aqueles que abordavam os serviços de saúde ofertados a mulher na APS correspondendo a 13 (P= 32,5%) e os que tratavam das questões referentes ao acesso das mulheres a esses serviços, correspondendo a 27 (P= 67,5%) dos estudos.

Dentre os estudos que discorrem sobre os serviços ofertados a mulher (Quadro1), emergiram cinco categorias: ações de assistência à mulher durante a gestação (N=06; P= 46,0%), assistência à mulher no rastreamento de câncer de mama e colo uterino (N= 03; P=23,0%), assistência à mulher em situação de vulnerabilidade (N=02; P=15,4%), ações de Planejamento Reprodutivo (N=01; P=7,8%) e Prática de atividade física (N=01; P=7,8%).

Quadro 3: Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa sobre os serviços ofertados à mulher na Atenção Básica de acordo com a categoria temática. Vitória, 2018.

Categoria	Autor/ Ano	Serviço ofertados
Assistência à mulher durante a gestação	Martins R.M.C et al; 2009	<ul style="list-style-type: none"> ● Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) através de educação continuada e prática profissional ● Essa iniciativa delinea um importante papel de suporte que as UBS, em conjunto com os hospitais, podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal e contribuir significativamente para a saúde e bem-estar dos bebês, suas mães, família e comunidade local.
	Prado E.V; 2014	<ul style="list-style-type: none"> ● A mulher passou a receber visita domiciliar e apoio para cuidar e amamentar o bebê nos primeiros dias após o parto e, na primeira semana, a visita do Enfermeiro, Nutricionista, Técnico de Enfermagem e do ACS.
	Barros Henriques A. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> ● Grupo de gestante em que os temas mais vivenciados por elas dizem respeito à importância da amamentação, ao preparo para o momento do parto e aos primeiros cuidados com o RN.
	Queiroz M.V.O et al; 2016	<ul style="list-style-type: none"> ● Realização de grupo de gestantes adolescentes como espaço de convivência e vínculo, com propósito de estímulo a fala e necessidades do momento vivido pelas gestantes, ressignificando vínculos.
	Laporte-Pinfildi A.S. et al; 2016	<ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolveram-se reuniões educativas interdisciplinares, com foco na escuta às necessidades das gestantes, na implantação do acompanhamento nutricional PN e no projeto de vigilância nutricional dos RN, em visitas domiciliares até o 15º dia pós-parto.
	Lopes, A. C. M. U.; et al; 2016	<ul style="list-style-type: none"> ● Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará, por meio visitas na UBS, realizadas por técnicos da Área de Saúde da Mulher e Gênero/Rede Cegonha e da Área de IST/Aids e Hepatites Virais.
Assistência à mulher no rastreamento de câncer de mama e colo uterino	Prado E.V. et al; 2009	<ul style="list-style-type: none"> ● Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da Estratégia de Saúde da Família de Rio Negro/MS.
	Borges J.B.R. et al; 2010	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa Organizado de Rastreamento das lesões precursoras de neoplasias de mama e colo do útero, consiste em busca ativa de mulheres para realizar o Papanicolau e, daquelas com 40 anos ou mais, para fazer mamografia.
	Silva A.B. et al; 2017	<ul style="list-style-type: none"> ● Ações de prevenção do câncer cervicouterino realizadas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

		<ul style="list-style-type: none"> As ações educativas são esporádicas e implementadas, principalmente, por ocasião das Campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, o outubro Rosa.
Assistência à mulher em situação de vulnerabilidade	Fochi M.C.S. et al; 2014	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento voltado a gestantes em situação prisional em uma UBS. Foram acompanhadas todas as gestantes enviadas pela equipe da penitenciária feminina, independentemente da idade gestacional, assim como mulheres para atendimento ginecológico encaminhado como prioritário.
	Moreira T.N.F. et al; 2014	<ul style="list-style-type: none"> Realização de práticas voltadas ao enfrentamento da violência doméstica; As abordagens foram centradas no atendimento e proteção à criança, e, não raro, as outras formas de violência – particularmente a violência contra a mulher – ficaram à margem das ações inicialmente definidas.
Ações de Planejamento Reprodutivo	Spinellil, M. B. A. S.; et al; 2014	<ul style="list-style-type: none"> As ações são baseadas na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, tem como uma das prioridades o acesso oportuno das mulheres aos serviços de saúde e à atenção aos direitos sexuais e reprodutivos. Para isso ampliou-se o acesso a Contracepção de Emergência (CE) mediante disponibilização dos insumos na ESF.
Prática de Atividades Físicas	Pereira da Silva M. et al; 2011	<ul style="list-style-type: none"> Programa multidisciplinar para promoção de saúde envolvendo atividade física supervisionada: ações do PAFIPNES na atenção à saúde de mulheres em uma UBS de São José do Rio Pardo-SP.

Em relação às publicações sobre o acesso das mulheres aos serviços de saúde na AB, os estudos foram categorizados em quatro dimensões de acesso à saúde, propostas por McIntyre, Mooney (2007)⁸: Disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

Dentre esses estudos que abordavam o acesso das mulheres aos serviços de APS, houve predominância da dimensão Disponibilidade com 22 (P= 81,5%) dos estudos, seguido das dimensões Aceitabilidade com nove (P=34,6%), Informação com cinco (19,2%) e Capacidade de Pagamento com quatro (P=15,4%) dos estudos, conforme mostra a quadro 3.

Quadro 4: Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa sobre o acesso das mulheres aos serviços de saúde na Atenção Primária de acordo com as categorias temáticas. Vitória, 2018.

Categoria	Autor/ Ano	Acesso ao Serviço
	Albuquerque O.M.R. et al. 2004	<ul style="list-style-type: none"> Barreiras de acesso ao serviço odontológico na UBS durante gestação se deu a escassez de serviços oferecidos; dificuldades de agendamento, riscos de sair de casa para marcar consulta, de transporte, dentista que desaconselha o tratamento durante a gravidez, falta de tempo, localização do consultório, absenteísmo do dentista.

Disponibilidade	Araújo M.A.L et al; 2008	<ul style="list-style-type: none"> • As gestantes enfrentam muitas barreiras institucionais de acesso ao teste anti-HIV: dificuldade de marcação de consulta PN e para realizar teste anti-HIV; • Dificuldade de acesso das gestantes à consulta PN: situações que comprometem a marcação da consulta, déficit na captação precoce da gestante na comunidade e não priorização do atendimento à gestante;
	Figueiredo P.O; Rossoni E; 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Destacam-se dificuldades de acesso ao primeiro atendimento PN, o tempo de espera para a consulta; • As gestantes não têm acesso à assistência com atendimento multiprofissional, além atividades de educação em saúde.
	Costa G.D. et al, 2009	<ul style="list-style-type: none"> • A UBS apresentou estrutura geral intermediária, instalação física incipiente, ações educativas incipientes; planejamento familiar direcionado pelo PSF inexistente; participação comunitária e intersectorialidade insipientes; referência e contra-referência intermediário.
	Costa G.R.C. et al, 2010	<ul style="list-style-type: none"> • PN apresentou alta cobertura (85,6%); A maior parte realizou mais de 6 consultas PN; Houve aumento de mulheres com agendamento prévio de consultas PN; Decréscimo de mulheres que iniciou PN no 1º trimestre de gestação, devido a déficit na captação precoce das gestantes; Menos de 50% das mulheres utilizaram o serviço de PN adequadamente;
	Peixoto C.R. et al; 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências no acompanhamento odontológico, na realização de exame ginecológico e na inserção de estratégias educativas no PN; • Como pontos positivos destacaram-se a imunização antitetânica, realização de exames laboratoriais e número adequado de consultas PN para a idade gestacional; • As gestantes relataram barreiras para o acesso ao Centro de Saúde da Família como: demora na marcação de consultas, escassez de profissionais e insegurança nos Centro de Saúde da Família.
	Silva R.M. et al; 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Os achados revelaram lacunas no serviço do PN, tais como o número reduzido da realização do exame da citologia oncológica e o déficit de atividades educativas.
	Silva E.P. et al; 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Observou-se boa infra-estrutura em maior parte dos serviços; quanto ao processo, identificou-se baixa adesão aos requisitos mínimos da PHPN, além de baixo percentual de serviços com atividades de educação em saúde e avaliação interna;
	Garcia N.K. et a; 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de diretrizes específicas para as mulheres dos 45 aos 60 anos;
	Barbaro M.C. et al; 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo escore de APS no atributo acesso de primeiro contato (acessibilidade), que revela baixo grau de orientação dos profissionais à UBS a que pertencem.
Esposti C.D.D. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Identificada presença de barreira geográfica ao acesso. • Espaço físico e aos recursos materiais e de equipamentos inadequados e/ou insuficientes para garantir o atendimento de qualidade; • Baixa flexibilidade no horário de atendimento, Baixa captação de gestantes pelos ACS; Baixo acesso aos cuidados odontológicos durante a gestação; 	
Silva, L. A.; et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Os obstáculos vivenciados pelas mulheres na realização dos exames laboratoriais/imagens foram: demora nos resultados, desinformação e escassez de um serviço de qualidade, considerado um valor de utilidade vital para elas; 	

Correa M.S.M. et al; 2017	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria das puérperas reclamam do caráter assistemático ou da descontinuação do acompanhamento da ACS e do difícil acesso à consulta médica; • Atendimento focado na pauta técnica referida à saúde da criança, assim as mulheres não se sentem devidamente contempladas em suas necessidades.
Guanabara M.A.O. et al; 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Pode-se constatar que as gestantes com sífilis não têm acesso às diferentes tecnologias para prevenção e controle da SC; • A falta de acolhimento e de agilidade do serviço em relação à marcação da consulta dificultava o acesso precoce, levando muitas gestantes a retardarem o início do PN e conseqüentemente a realização do teste para diagnóstico de sífilis.
Santos E.R.R; 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas UBS não possuem registro do procedimento de exame preventivo no SIAB destacam-se problemas, como a escassez dos espelhos descartáveis, lâminas e escovas no posto de coleta. O número de profissionais é insuficiente, assim como, a estrutura física das salas inadequada.
Bushatsky M. et al; 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo acesso das usuárias às ações de promoção e proteção à saúde e aos serviços de diagnóstico precoce ao câncer de mama. • Baixa realização de educação em saúde. Oferta de encaminhamento pela USF's para realização de mamografia mostrou-se deficiente.
Silva N.C. et al; 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Ocorreram variações nas taxas de utilização entre os grupos sociais, sendo a população feminina de baixa renda com menor acesso aos serviços de APS;
Duarte S.J.H. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa realização de educação em saúde referente a prevenção de CCU e câncer de mama;
Vilella W.V. et al; 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Foram identificadas barreiras referentes a estrutura das unidades, períodos de espera longos e tempo curto de consultas; • Foi também relatada inexistência de fluxos específicos para casos de violência e ausência de espaços menos públicos para privacidade da mulher.
Heilborn M.L. et al; 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento reprodutivo ainda está organizado segundo a lógica que privilegia a diade materno-infantil; • Foram identificados problemas referente ao acesso às laqueaduras tubárias; a dinamização do atendimento no caso do DIU a captação de mulheres adolescentes ou jovens pelos serviços de saúde, em período anterior à primeira gestação; inclusão da discussão da contracepção de emergência nos serviços de saúde.
Souza, S. S.; et al; 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Boa parte das mulheres no climatério não procurou assistência profissional, por não haver atendimento direcionado a elas no período e devido a rotatividade de profissionais;
Brito F.A. et al; 2017	<ul style="list-style-type: none"> • As mulheres com incontinência urinária não recebem atendimento ou orientação complementar, sobre este agravo na APS; • Não existe orientação, nem encaminhamento a outro serviço; • A assistência à mulher com incontinência urinária não contempla os princípios básicos do SUS de acessibilidade e integralidade.
Fontanive P.V.N. et al; 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Parte do sucesso da rotina de realização dos exames de rastreamento pode ser atribuído à relação de confiança entre profissional-paciente.
Albuquerque O.M.R. et al. 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Crença cultural que desaconselha tratamento odontológico na gravidez; Ansiedade e medo; fazer perguntas em novos e

Aceitabilidade		desconhecidos ambientes, pouca credibilidade nos procedimentos e no diagnóstico.
	Figueiredo P.O.; Rossoni E; 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Destacam-se dificuldades de acesso ao primeiro atendimento PN devido falta de vínculo com o profissional que realiza a assistência;
	Silva R.M. et al; 2012	<ul style="list-style-type: none"> • A boa relação desenvolvida com o profissional foi o principal motivo que as levou a continuar o tratamento.
	Barreto C.N. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximação da gestante e sua família com a equipe de saúde.
	Duarte S.J.H. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Vergonha e/ou medo foram fatores que influenciaram de maneira negativa a realização do exame preventivo.
	Souza, S. S.; et al; 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Houveram mulheres que não procuraram atendimento por achar que essas mudanças e alterações não merecem atenção profissional, ou por vergonha.
	Goes E.F; Nascimento E.R; 2013	<ul style="list-style-type: none"> • As mulheres negras com 50 anos ou mais têm o acesso prejudicado quando comparadas com as mulheres brancas; • Os determinantes sociais influenciam o acesso das mulheres aos serviços preventivos de saúde; • O estudo apresentou o racismo institucional como uma barreira ao acesso aos serviços preventivos para a saúde das mulheres negras.
Capacidade de Pagamento	Albuquerque O.M.R. et al. 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso: custo transporte, tempo no trabalho remunerado
	Esposti C.D.D. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Houveram dificuldades relacionadas aos custos diretos e indiretos da assistência, e à relação que se estabelece com os serviços.
	Andrade M.V. et al.2017	<ul style="list-style-type: none"> • A ESF foi considerada a fonte mais importante de acesso entre os indivíduos mais pobres, sem seguro de saúde privado.
	Andrade M.V. et al.2017	<ul style="list-style-type: none"> • A cobertura PN foi quase universal; A cobertura da ESF é maior entre os grupos socioeconômicos mais baixos; • Pelo menos 90% das mulheres receberam mais de seis consultas PN independentemente do tipo de provedor e características individuais; • A alta prevalência de PN tardio está associado com gravidez na adolescência (18,53%) e status socioeconômico (16,25% entre as classes D-E).
Informação	Silva M.A.S. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria das mulheres que não aderiram ao papanicolau estavam em idade fértil e tinham apenas o ensino fundamental; • Para o não comparecimento o exame papanicolau, as mulheres deram ênfase às crenças e atitudes e a organização do serviço; • Um dos principais motivos da não adesão à consulta é desconhecimento do CCU, da técnica e da importância do exame preventivo, indiferentemente da faixa etária.
	Goes E.F; Nascimento E.R; 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Identificou-se as características sociais e demográficas como influenciadoras do acesso das mulheres aos exames preventivos de saúde, pois, quanto melhor a renda, nível de instrução e ocupação no mercado de trabalho melhor o acesso.
	Albuquerque O.M.R. et al. 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Barreiras de acesso ao serviço odontológico na UBS durante gestação: Baixa percepção de necessidade, desconhecimento por parte das gestantes da existência do serviço gratuito e falta de informação.
	Barreto C.N. et al; 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulo à participação do companheiro no PN e nos cuidados durante a gestação.

	Correa M.S.M. et al; 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Identificou-se a falta de sintonia entre arranjos organizacionais relacionados ao acesso ao cuidado puerperal e necessidades percebidas pelas mulheres.
--	---------------------------	---

DISCUSSÃO

Os dados da presente revisão integrativa apontam para uma oferta de serviço à saúde da mulher na APS, que está direcionada à assistência no Pré – Natal (PN), parto e puerpério, rastreamento de neoplasias de mama e colo do útero, ações para mulheres em situação de vulnerabilidade, como mulheres negras e mulheres em situação prisional, ações de planejamento reprodutivo e prática de atividades físicas. Quanto ao acesso das mulheres aos serviços em nível primário, os estudos apresentam as seguintes dimensões: Disponibilidade, Aceitabilidade, Capacidade de Pagamento e Informação.

Falando especificamente da oferta de serviços voltadas à mulher no período gravídico puerperal, observa-se que o foco é a amamentação e visita domiciliar no pós-parto para orientações sobre os primeiros cuidados com o Recém- Nascido (RN)^{9,10,11,12,13}.

A maior parte dos estudos^{9,10,11,12,13} mostra a relevância da educação em saúde para gestantes, por meio de grupos educativos e visitas domiciliares, destacando a pertinência do processo educativo na assistência à saúde no PN de modo que permita que as gestantes se expressem, expondo suas necessidades e emoções¹⁰, e por meio dos conhecimentos adquiridos, se tornem ativas no processo de gestar e, conseqüentemente, se emponderem de si mesmas em seu autocuidado e no processo de cuidar da criança¹¹. Queiroz (2016)¹² ao investigar a importância dos grupos educacionais com gestantes adolescentes, acrescenta que esses favorecem a aproximação do profissional com as adolescentes auxiliando o planejamento da oferta dos serviços, baseado em suas necessidades. Lopes- Pinfildi (2016)¹³ sobreleva que além da realização de atividades na UBS, o cuidado domiciliário contribuiu para o acesso a assistência primária, primando pelos princípios de equidade e integralidade.

No estudo realizado por Martins (2009)⁹, os autores destacam a importância da capacitação da equipe de saúde materno-infantil a fim de que adquiram as habilidades necessárias a assistência de qualidade às gestantes na APS, mas ao mesmo tempo o autor salienta não considerar plausível colocar toda a responsabilidade de mudança na figura do profissional de saúde, pois, há que se considerar a influência da estrutura

organizacional no processo de mudança do modelo assistencial, por meio da identificação pelos gestores de saúde, dos condicionantes organizacionais que dificultam a implantação da assistência. Lopes (2016)¹⁴, em seu estudo que abordou a implantação dos testes rápidos de sífilis e HIV na APS, destacou ser necessário a ampliação da quantidade de profissionais capacitados que estejam envolvidos na promoção de ações por meio de um processo organizacional e operacional cauteloso, que seja trabalhado para uma melhor resolutividade da assistência em nível primário.

Quando se verifica o acesso da mulher aos serviços no período gravídico puerperal, os resultados da revisão assinalam para a dimensão da disponibilidade. Segundo referencial de acesso utilizado nesse estudo⁸, a disponibilidade representa a existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário o que pode representar uma barreira ao acesso do serviço.

A cobertura da realização do PN, na maior parte dos estudos^{15,16,17,18,19}, se apresentou conforme preconizado pelo Ministério da Saúde²⁰, com a realização de no mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, porém, dados mostram que menos da metade o fizeram de forma adequada, especialmente no que se refere ao início precoce do PN no primeiro trimestre de gestação¹⁷. Isso tem revelado que ainda há grandes entraves no que diz respeito a integralidade, o que leva a realização de consultas de PN fragmentadas e descontinuadas.

Os estudos^{15,16,17,18,21,22,23,24,25,26} revelaram obstáculos que interferem na realização do PN de qualidade, pautado no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que tem como objetivo melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis²⁷. É possível destacar a inadequação de espaço físico, que impede a privacidade das usuárias, além de insuficiência dos recursos materiais e equipamentos para realização do PN, barreiras geográficas, inflexibilidade no horário de atendimento, reduzido número de vagas para consultas e exames, baixa captação das gestantes pelos ACS, falta de atendimento específicos como o odontológico e baixa oferta diagnóstica para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Sendo assim, esses resultados se configuram como barreiras de disponibilidade ao acesso de gestantes e puérperas aos serviços de saúde, e, conseqüentemente ao cuidado integral.

Apesar de o número de consultas PN ter aumentado no Brasil²⁸, estudos avaliativos que analisaram as ações envolvidas no PHPN em todo o Brasil revelaram baixos percentuais de adequação do cuidado²⁹. De acordo com Figueiredo (2008), dentre as principais dificuldades mencionadas destacam-se o acesso ao primeiro

atendimento, o tempo de espera para a consulta e a falta de vínculo com o profissional que realiza a assistência. Em alguns casos, esses obstáculos podem constituir uma ameaça à continuidade da assistência, sob o ponto de vista das usuárias.

Considerando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)³⁰, que tem como uma das metas a redução da mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes/ 100 mil nascidos vivos, e considerando que hoje no Brasil essa taxa se configura em torno de 56 mortes/ 100mil nascidos vivos³¹, essa meta global e local para 2030 se mostra bastante arrojada e em grande parte aspiracional, mediante ao atual cenário de acompanhamento do PN, em que os números de consultas preconizados são atingidos, porém a assistência e o acesso se mostram fragilizados. Essas metas são possíveis de serem atingidas desde que seja implementada uma agenda de trabalho abrangente e que vá além do combate à mortalidade em si, por meio da inclusão de ações para garantir que mulheres e crianças atinjam o seu potencial pleno e assegurem que os esforços para melhorar a saúde das mulheres e das crianças estejam firmemente centrados nas pessoas³².

O acesso aos serviços de saúde é um desafio para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como um dos principais problemas enfrentados atualmente pelo poder público¹⁵. Para Correa (2017)²⁵, essa distância entre o previsto pelas políticas e programas de atenção à mulher e o realizado nos serviços da APS, não decorre apenas das incertezas na implantação de ações, devido às condições objetivas e subjetivas das situações de trabalho, é importante considerar o compromisso entre as esferas de gestão, o planejamento, coordenação e gerenciamento das ações, garantindo a capacitação, o apoio logístico e operacional requerido para viabilizar o modelo assistencial da ESF, com fim a responder as necessidades da gestante e da puérpera.

Ainda, é importante ponderar sobre o determinante de acesso a saúde, no que tange a aceitabilidade do serviço, uma vez que têm influência sobre a adesão ao cuidado PN³³. A natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades⁸, pode ser um fator facilitador ao acesso das gestantes e puérperas aos serviços de saúde, e, conseqüentemente contribuir na adesão da gestante e sua família³⁴. Todavia, também pode se comportar como uma barreira, devido a crenças culturais, ansiedade, medo e falta de credibilidade aos procedimentos, diagnósticos e ao profissional que realiza o PN^{16,21}.

Outro aspecto que pode dificultar o acesso das gestantes aos serviços é a capacidade de pagamento^{21,18,19}. Essa dimensão de acesso expressa a capacidade

aquisitiva do usuário para incorrer com os custos diretos e/ou indiretos envolvidos na utilização dos serviços³⁵. Os achados desta revisão revelam como fatores dificultadores do acesso: o custo de transporte, o tempo de trabalho remunerado das gestantes que não pode se ausentar do trabalho para realizar consulta PN na UBS em horário comercial²¹, além de custos diretos e indiretos da assistência¹⁸, como compra de medicamentos ou equipamentos¹⁹.

O determinante de acesso referente a informação, também se apresenta como essencial por ser o resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo⁸, e, esteve presente em estudos^{21,34,25} que mostraram como a informação pode viabilizar o acesso a uma gama maior de serviços durante o PN e puerpério, como a possibilidade da participação do companheiro durante o PN e nos cuidados durante a gestação, da mesma maneira, a falta de informação pode se mostrar como uma barreira de acesso, tal como revelado nos estudos de Albuquerque (2004)²¹ e Correa (2017)²⁵, em que a baixa percepção de necessidade, o desconhecimento da gestante a respeito da existência da oferta de serviços, dificultaram o acesso dessas mulheres ao serviço.

No que tange à assistência à mulher no rastreamento de câncer de mama e do colo do útero, essa se apresentou como o segundo campo de maior publicação acerca dos serviços voltados a mulher, sendo abordadas a oferta de ações de prevenção destas neoplasias por meio de educação em saúde³⁶, além de ações de rastreamento através de busca ativa e coleta do exame preventivo^{36,37}. É importante destacar que o cenário epidemiológico mostra a neoplasia de mama como o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. E o câncer do colo do útero como o terceiro tumor mais frequente na população feminina no Brasil³⁷.

Achados dessa revisão^{38,39,40,41,42} evidenciaram a dimensão da disponibilidade de acesso das mulheres aos serviços de rastreio das neoplasias de mama e colo do útero, nota-se a demora nos resultados, desinformação, escassez de materiais e serviço de qualidade, número de profissionais insuficiente, falta de encaminhamento a serviços especializados para realização de mamografia, bem como a baixa prática de educação em saúde direcionada a essas mulheres.

Bushatsky (2014)⁴⁰ e Duarte (2015)⁴², destacam a importância do incentivo à educação em saúde, por parte da ESF para as usuárias, tornando as mulheres mais conscientes dos cuidados com relação a saúde, na adoção de hábitos de vida saudáveis que refletirão não apenas na prevenção das neoplasias, como em um leque

de doenças crônicas não transmissíveis. É importante considerar que a desinformação age como uma barreira de acesso³⁸. Ainda, Fontanive (2008)²³ e Silva (2012)⁴³ salientam que a rotina e realização de exames preventivos podem estar atribuídos a confiança entre profissional, paciente e família, assim como a incredulidade ao serviço e ao profissional^{42,32} podem gerar medo e vergonha, influenciando de maneira negativa no rastreamento dessas doenças.

É importante refletir acerca das mudanças no cenário nacional referente às políticas voltadas a saúde da mulher, que buscaram ampliar o escopo de assistência a mulher, como a Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) em 2004, que teve sua formulação baseada na avaliação das políticas anteriores e, a partir de então, buscou preencher as lacunas deixadas, como: climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, as mulheres com deficiência, as negras, indígenas, presidiárias e lésbicas¹.

Embora tenha havido avanços em relação à implementação dessas políticas, fruto de lutas e embates políticos que reivindicaram a ampliação da assistência a mulher para além do período gravídico puerperal, fica evidente através da maioria expressiva de estudos que abordam a oferta e o acesso a serviços voltados para a mulher em seu período gestacional, que mesmo com todas as transformações na concepção de corpo e suas diversas representações, o aspecto reprodutivo ainda é determinante para a condição feminina e esse aspecto é reforçado pelas políticas públicas e pelos programas de saúde⁴⁴.

A oferta de serviços relacionados à assistência da mulher em situação de vulnerabilidade, apareceu em duas situações, uma referente a ações voltadas à gestante em situação prisional⁴⁵, por meio de atendimento realizado pela enfermeira da ESF e em outro estudo foi relatada as práticas voltadas ao enfrentamento de violência doméstica⁴⁶, que mostrou que as práticas estavam mais centradas a proteção da criança, ficando a violência contra a mulher à margem das ações. Ressaltando que essa violência, mesmo coberta por políticas de combate, permanecem como um fenômeno quase invisível – para os profissionais, para os familiares e mesmo para as próprias mulheres agredidas⁴⁷.

Em relação ao acesso das mulheres vítimas de violência aos serviços de saúde, Vilela (2011)³³, destaca a insipiência dos fluxos específicos para casos de violência a

esses serviços, além da ausência de espaços com maior privacidade as mulheres. Esse dado evidencia que esses fatores operam como obstáculos não apenas para mulheres em situação de violência, gerando a ausência de um acolhimento resolutivo na APS³³. Para o enfrentamento dessas questões são necessárias políticas públicas intersetoriais que permitam a atuação de forma contextualizada, a fim de combater o problema em suas múltiplas determinações⁴⁸.

Ainda no que diz respeito ao acesso de mulheres em situação de vulnerabilidade, Goes (2013)⁴⁹ revela o racismo institucional como uma barreira de acesso aos serviços preventivos para a saúde das mulheres negras. É importante ressaltar que existem políticas que privilegiam outros aspectos da saúde das mulheres, como, por exemplo, saúde das mulheres negras, das mulheres lésbicas, das indígenas, de enfrentamento à violência de sexo. Entretanto, é necessário efetivar sua implantação, pois grande parte não tem adesão ainda no campo da APS, de forma a atender esses grupos de mulheres que não se relacionam apenas à maternidade ou ao grupo de doenças ligadas ao aparelho reprodutivo⁴⁴.

Por fim, e não menos importantes, foram elencados estudos que abordam a oferta de serviço voltado às ações de planejamento reprodutivo^{50,51} e a práticas de atividades físicas. Mesmo que em um número reduzido, as pesquisas abordaram o acesso da mulher no climatério^{52,53} ou em situações específicas de debilitação⁵⁴ e, revelaram mazelas em relação ao acesso, que vem se repetindo em todas as áreas de abrangência da saúde da mulher.

De acordo com Brito (2017)⁵⁴, há ainda uma desarticulação entre a proposta e a execução das ações de saúde, o que nos leva a compreender de que muito ainda precisa ser feito para que a mulher seja vista em sua totalidade. Acredita-se também que o próprio SUS necessita encaminhar alternativas efetivas para solucionar o problema em seu âmbito, pois como está apenas vem sendo deixado ao plano dos preconceitos sociais, de um lado, ou dos procedimentos radicais, do outro. Para Andrade (2017)¹⁹ é fato que o SUS, no modelo da ESF, é a fonte mais importante de acesso entre os mais pobres e sem seguro de saúde privado, evidenciando como a capacidade de pagamento influencia no acesso das mulheres aos serviços de APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com essa revisão integrativa, é possível observar que existe uma concordância entre os estudos analisados, no que diz respeito ao foco dado a atenção

voltada a mulher nos serviços de APS, confirmando que o período reprodutivo da mulher é priorizado no sistema de saúde. Os serviços mais ofertados a mulher na APS, priorizam a atenção durante o PN e puerpério, seguido de ações de assistência a mulher na prevenção e detecção de neoplasias de mama e do colo do útero, corroborando com as prioridades das políticas de saúde da mulher. Em relação ao acesso das usuárias dos serviços de AB no Brasil, detectaram-se barreiras de acesso no que diz respeito à disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

Enfim, o resultado dessa revisão tem implicação no que concerne a oferta e acesso aos serviços voltados a mulher na APS, que não devem priorizar apenas um período específico da vida da mulher, e sim, estarem pautados no conceito de integralidade, oferecendo uma assistência primária de qualidade, que atenda as reais necessidades de todas as mulheres, por meio de políticas e estratégias de gestão eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(2):424-8.
2. Soares MC. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) [online]. 2011, 32(3):502-508.
3. Martins ACS, SILVA, LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2018, 71 (1):677-683.
4. Barros FPC, LOPES JS, MENDONÇA AVM, SOUSA MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde em Debate.* 2016, 40,1(10):264-271.
5. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 2016, 19 (3): 507-519.
6. Brasil. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

8. McIntyre D, Mooney G, eds. The economics of health equity. New York: Cambridge University; 2007.
9. Martins RMC, Montrone AVG. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):545-53.
10. Prado EV. O cuidado à mulher como centro da estratégia saúde da família. Rev. APS. 2014 jul/set; 17(3): 403 - 407.
11. Henriques AHB. Grupo de gestantes: contribuições e Potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. Rev Bras Promoç Saúde. 2015; 28(1): 23-31.
12. Queiroz MVO, Menezes GMD, Silva TJP, Brasil EGM, Silva RM. Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp): e2016-0029.
13. Laporte-Pinfildi ASC, Medeiros MAT. A atenção nutricional ao pré-natal e puerpério: relato de experiência em um município do litoral Paulista. Rev. Nutr., Campinas. 2016; 29(6):947-961.
14. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 jan-fev;69(1):62-6.
15. Araújo MAL, Vieira NFC, Silva RM. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. Ciência & Saúde Coletiva. 2008, 13(6):1899-1906.
16. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):238-45.
17. Costa GRC, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1005-9.
18. Esposti CDB, Oliveira AE, Santos Neto ET, Travassos C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. Saúde Soc. São Paulo 2015; 24(3): 765-779.
19. Andrade et al. Family health strategy and equity in prenatal care: a population based crosssectional study in Minas Gerais, Brazil. International Journal for Equity in Health (2017) 16:24.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

21. Albuquerque OM, Abedd C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3):789-796.
22. Peixoto CR, Freias LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O Pré-Natal na Atenção Primária: O ponto de partida para reorganização da assistência Obstétrica. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):286-91.
23. Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):635-642.
24. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):608-13.
25. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(3):e00136215.
26. Guanabara MAO; Leite-Araújo MA; Matsue RY; Barros VL ; Oliveira FA ; *Revista de Salud Pública* 2017, 19 (1).
27. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
28. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Pain J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011; Supl Saúde no Brasil 6:90-102.
29. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2011, vol.27, n.6, pp.1053-1064.
30. ONU. *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York, 2015a. Disponível em:
<[http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)>.
31. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus. Dados de saúde. [Internet]. 2015.
32. Souza, KRS, Paixão GPN, Almeida ES, Souza AR, Líria JGS, Campos LM. Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres. *Rev Cuid* 2015; 6(1): 892-9.
33. Vilela WV et al., Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. *Saúde Soc*. São Paulo, v.20, n.1, p.113-123, 2011.

34. Barreto CN, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN, Cremonese L, Ressel LB. "O Sistema Único de Saúde que dá certo": ações de humanização no pré-natal. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(esp):168-76.
35. Thiede M, Akewengo P, McIntyre D. Explorando as dimensões de acesso. In: McIntyre D, Mooney G. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014: 137-61.
36. Prado EV, Pereira WSB, Assis M. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da Estratégia de Saúde da Família de Rio Negro/MS. *Rev. APS*, v. 12, n. 4, p. 498-503, out./dez. 2009.
37. Borges JBR, Guarasi R, Lacerda AA, Poli JL, Borges PCG, Moraes SS. Busca ativa de mulheres como fator de eficácia de programa de rastreamento de câncer de mama e colo uterino no município de Jundiaí. *Einstein.* 2010; 8(1 Pt 1): X-X.
38. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Padoin SMM, Brancos MBLR, Souza RMP. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. *J. res.: fundam. care. online* 2015. abr./jun. 7(2):2298-2309.
39. Santos ERR, Silva KCL, Bezerra AFB. Desafios para organização do rastreamento do câncer no colo uterino em um município da região metropolitana do Recife. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 21(1-6):45-54, jan./dez., 2012.
40. Bushatsky, M, et al. Câncer de mama: ações de prevenção na estratégia de saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 6, núm. 2, abril-junio, 2014, pp.663-675.
41. Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Barbosa ACQ. Equidade na Atenção Primária à Saúde da Mulher: Uma análise do Brasil e suas regiões. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.38, n.2, p.243-265 abr./jun. 2014.
42. Duarte SJH, Gaspar RA, Alves VH, Rodrigues DP. Prevenção do câncer de mamas e colo uterino na perspectiva de mulheres: implicações para o serviço. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2015 jan/abr; 5(1):1469-1477.
43. Fontanive PVN, Kolling JHG, Castro Filho ED, Harzheim E. Cobertura da Estratégia Saúde da Família e de citopatologia de colo uterino no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Med Fam e Com* 2008, 4(14).
44. Machado JSA, Penna CMM. Reprodução feminina e saúde sob os olhares de mulheres sem filho. *Rev Min Enferm.* 2016; 20.
45. Fochi MCS, Silva ARC, Lopes MHBM. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. *Rev Rene.* 2014 mar-abr; 15(2):371-7.

46. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.814-827, 2014.
47. SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA, AFPL, COUTO, MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.spe, pp.112-120.
48. Taquette SR. Políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher adolescente/jovem. *Adolesc Saude*. 2008;5(3):49-53.
49. Goes ER, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate* 2013, 37(99): 571-579.
50. Spinelli MBAS, Souza AI, Vanderlei LCM, Vidal SA. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.1, p.227-237, 2014.
51. Silva, MP et al. Programa multidisciplinar para promoção da saúde envolvendo atividade física supervisionada: ações do PAFIPNES na atenção à saúde de mulheres em uma Unidade Básica de Saúde de São José do Rio Pardo-SP. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 16, n. 4, p. 362-366, 2011.
52. Garcia NK, Gonçalves R, Brigagão JIM. Ações de atenção primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 jul/set;15(3):713-21.
53. Souza SS, Santos RL, Santos ADF, Barbosa MO, Santiago IC. Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. *Reprod Clim*.2017;32(2):85-89.
54. Brito FA, Gentilli RML. Desatenção à mulher incontinente na atenção primária de saúde no SUS. *Fisioter Bras* 2017;18(2):205-13.
55. Heilborn M.L. et al; Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S269-S278.
56. Costa GD et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1347-1357, 2009.
57. Barbaro MC. Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014, 22(1).

58. CURTA, Julia Costa and WEISSHEIMER, Anne Marie. Perceptions and feelings about physical changes in climacteric women. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2020, vol.41, n.spe [cited 2020-09-23], e20190198. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200425&lng=en&nrm=iso>.
59. LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6 [cited 2020-09-23], pp.1915-1928. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en&nrm=iso>

5.2. RESULTADO 02 ¹²

MOVIMENTOS SOCIAIS E AS LUTAS POR DIREITOS: (DES)ENCONTROS NAS AGENDAS ENTRE O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA E OS MOVIMENTOS FEMINISTA BRASILEIROS

Social movements and the struggle for rights: The agenda between the Brazilian Sanitary Reformation Movement and the Brazilian Feminist Movement

Bruna Ligia Ferreira de Almeida Barbosa, Franciéle Marabotti Costa Leite, Rita de Cássia Duarte Lima

RESUMO: Este ensaio tem como objetivo refletir sobre as relações entre as agendas do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e os Movimentos Feministas no Brasil, a partir das décadas de 1970 e 1980, situando esses movimentos como fundamentais na formulação e implementação das políticas públicas voltadas para as mulheres. Esses movimentos contribuíram e foram estratégicos no processo de redemocratização do país e na conquista de direitos, inclusive no que se refere ao direito de acesso à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde. Trata-se também da participação do Movimento feminista negro nesse processo e do seu papel central na incorporação de temas que afetam, notadamente as especificidades da vida e da saúde da mulher negra, vistas sob a perspectiva conceitual da interseccionalidade.

ABSTRACT: This essay aims to reflect on the relationships between the agendas of the Brazilian Sanitary Reform Movement and the Feminist Movements in Brazil, from the 1970s and 1980s, placing these movements as fundamental in the formulation and implementation of public policies aimed at women. These movements contributed and were strategic in the process of country's redemocratization and in the conquest of rights, including the right of access to health, with the creation of the Unified Health System. It is also about the participation of the black Feminist Movement in process and its central role in the incorporation of themes that affect, notably the specificities of the life and health of black women, seen from the conceptual perspective of intersectionality.

¹² Capítulo aceito para publicação no Livro: Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: Da política à Ação I e II

INTRODUÇÃO

Tomou-se como eixo das reflexões, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)¹³ e as possibilidades de estabelecer diálogos, reflexões e proposições com os Movimentos Feministas Brasileiros (MFB), partindo da compreensão de que esses não são movimentos únicos e homogêneos. No encontro desses movimentos, tomou-se como referência, particularmente as pautas e reivindicações comuns das décadas de 1970 e 1980, referentes às lutas por direitos e pela democracia.

Nesse sentido, situaram-se como movimentos contra hegemônicos, fazendo frente às estratégias e ações propositivas com vistas a romper com os lastimáveis e persistentes padrões de desigualdades, discriminação, racismo, opressão e ausência de liberdade ancorados num Estado patriarcal, autoritário e ditatorial. Ditaduras que se constituíram como marca indelével da história dos países da América Latina, nas últimas décadas do século passado.

Tratou-se também, dos desdobramentos e caminhos desses dois movimentos sociais, identificando-se seus fluxos e refluxos pós-processo de redemocratização do país. A ditadura militar, imposta à sociedade brasileira, mudou radicalmente a relação Estado/Sociedade a partir de 1964, com efeitos na organização e nas lutas dos movimentos sociais.

Esses movimentos diante das diferentes crises instaladas no país, gradativamente se (re) organizaram, construíram alianças e pautas comuns, tendo como principais bandeiras a luta contra a ditadura e a ruptura com as desigualdades e iniquidades. A solução para essa crise passou pelo lento e gradual processo de redemocratização do país e pela perspectiva de se redesenhar políticas públicas garantidoras de direitos e protagonismos, a exemplo da saúde, que avançou para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado em princípios e diretrizes de universalidade, gratuidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988).

Utilizou-se como referencial a tese defendida por Paim (2008) de que a constituição da reforma sanitária brasileira se deu como um fenômeno social e

¹³ [...] O Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) [...] o resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." (AROUCA, 1998).

histórico, tornando-se assim, partícipe de uma reforma social. Os movimentos feministas constituíram-se nesse processo como parcerias fundamentais, particularmente, quando se acresce a perspectiva teórica das autoras da interseccionalidade (CRENSHAW 2012; GONZALEZ, 1984, 1988, 2019; AKOTIRENE, 2020) incorporando as contribuições e, as especificidades das agendas e lutas do movimento feminista negro. Portanto, esse ensaio apresenta um recorte dos movimentos em discussão, considerando os desdobramentos, avanços e limites ainda presentes e em permanente contextualização em nossa sociedade.

O ENCONTRO ENTRE O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E OS MOVIMENTOS FEMINISTAS NA LUTA POR DIREITOS

Somos seres humanos como os demais, com diversas visões políticas e ideológicas. Eu por exemplo, entre esquerda e direita, continuo sendo preta.

Carneiro, 2013

Dentre os movimentos sociais que emergiram nesse período de reorganização do Estado brasileiro, sem desconsiderar a relevância dos demais movimentos, recortamos, para os objetivos deste ensaio, os principais eixos que deram sustentação tanto ao MRSB quanto ao MF buscando refletir quais as relações e pontes, que movimentos tão heterogêneos puderam construir no bojo desses encontros. Esses movimentos apresentaram pontos de convergências e divergências muitas vezes inconciliáveis, mas, que se uniram em torno de uma luta comum: a garantia de direitos, via a possibilidade da redemocratização do país e o acesso a um sistema universal, integral e gratuito de saúde.

Dessa forma, as décadas de 1970 e 1980, devido à pujança, a reorganização dos movimentos sociais e a consagração e incorporação das pautas na Constituição Federal de 1988, constituíram um marco das lutas em defesa da democracia e dos direitos. Portanto, esse ensaio apresenta um recorte dos movimentos em discussão, considerando os desdobramentos, os avanços e limites, ainda, presentes e em permanente contextualização em nossa sociedade.

Esses movimentos geraram um conjunto de ações que possibilitaram ressignificar as concepções do processo saúde-doença-cuidado; o enfrentamento das desigualdades, das iniquidades, do patriarcado, da discriminação e do racismo. Apontando, inclusive, a necessidade de recontextualizar o processo saúde-doença,

para além da ausência de doenças e mal estar físico, mental e espiritual, criando um novo campo interdisciplinar de conhecimento e práticas de saúde: a saúde coletiva¹⁴, que além de ressignificar a formação dos profissionais de saúde, também foi responsável pela criação de um sistema de saúde inclusivo, o Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração as heterogeneidades e as diferentes necessidades e interesses de segmentos da população (SCOREL, 1999, p.124; ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2002).

De modo geral, os movimentos sociais podem ser definidos como ações sociopolíticas de caráter conservador ou progressista, construídos por coletivos de distintos segmentos que surgem em um determinado momento sócio histórico com potência para desenvolver transformações sociais. As teorias e concepções sobre os movimentos sociais são diversas, complexas e dependentes dos paradigmas em que estão ancoradas (GOHN, 2011). Para Gohn (2004, p. 333), “não há uma teoria única, assim como não há também um só tipo de movimento social. Há várias teorias formadas em paradigmas teóricos explicativos”.

Gohn (2004), ao se debruçar sobre os movimentos sociais, gestados em plena ditadura nas décadas de 1970 e 1980, identificou a entrada de novos protagonistas em cena, trazendo temas e problemáticas até então invisíveis, diversificadas e em diferentes cenários sociopolíticos, com capilaridade para gerir ações revestidas tanto de aspectos conservadores, quanto progressistas. Abrindo-se a novas possibilidades, considerando determinado momento histórico-político-social por coletivos variados e por agendas que as vezes se aproximam ou divergem, versando sobre questões relacionadas por exemplo as “mulheres, crianças, índios, negros e pobres, em articulação com clérigos, intelectuais, e políticos de esquerda para gerar ações coletivas que foram interpretadas como a nova força da periferia”, realizando o que a autora chamou de “revolução do cotidiano” (GOHN, 2004, p.333).

Morgante & Nader (2014), indicam que as décadas de 1970 e 1980 foram muito importantes e de resistência, destacando-se as lutas femininas através de manifestações que ressignificaram seu papel social e de enfrentamento as opressões e as marginalizações.

¹⁴ Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 63).

Nesse sentido, para Hooks apud Kilomba (2019, p. 68-69) estar à margem não significa estar apenas na perspectiva do lugar da opressão e da repressão. A margem pode ser “tanto um local de repressão quanto um local de resistência”, uma vez que “quando existe opressão, cria-se as condições para as resistências”. A exemplo do que aconteceu no período da ditadura, com a reorganização dos movimentos sociais e a incorporação de papéis sociais na luta por direitos.

Para Nader (2002), o conceito de papel social serve para esclarecer as ações desempenhadas pelas mulheres e pelos homens na sociedade, visando obter uma posição social. A autora explica que todos os seres humanos desempenham um papel social e acrescenta que “pode-se definir papel social como um conjunto de direitos e deveres, definindo da mesma forma a palavra papel como a viabilização desses direitos e deveres” (NADER, 2002, p. 463).

Dessa forma, o papel social da mulher não estava atrelado ao espaço público, já que esse era visto como espaço exclusivamente masculino, mostrando a oposição histórica que essas mulheres tiveram ao adentrar os espaços formais de poder. Ao saírem do ambiente doméstico e se inserirem nos espaços públicos para lutar e manifestar-se por melhores condições de vida, as mulheres, aos poucos ressignificaram seus papéis sociais e se tornaram sujeitos históricos ativos.

O rebatimento desses movimentos na área da saúde, segundo Paim (2008), emergiu através do MRSB em um cenário de luta contra a ditadura, em meados da década de 1970 e convergiram um conjunto de ideias, visando mudanças e transformações na formação e práticas dos profissionais de saúde, rompendo com as práticas e formações calcadas no modelo de saúde individual e hospitalocêntrico, com ênfase na doença e na fragmentação do cuidado. Tratava-se de um modelo de saúde caro, desigual, seletivo, fragmentado e com limitada resolutividade, destacando-se a exclusão de consideráveis parcelas da população, alçada à condição de indigentes.

As mudanças vislumbradas pelo MRSB, não contemplaram questões relativas, apenas ao setor saúde, abrangendo também as perspectivas intersetoriais e multiprofissionais, envolvendo “partidos políticos, associação de moradores, grupos de mulheres, trabalhadores [...] que preocupados com a situação sanitária e das crises institucionais vigentes desenvolveram, teses e integraram discussões interligando várias áreas e suas demandas” (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al*, 2006, p.58).

As reivindicações foram agravadas por uma realidade sanitária atravessada por altos indicadores de mortalidade infantil e materna, impondo a necessidade da formulação de um novo sistema de saúde que fosse inclusivo (LEAL, 2018). Assim,

as agendas dos movimentos estavam ancoradas na insatisfação de vários segmentos com a relação Estado/Sociedade, na luta pela redemocratização e o enfrentamento das desigualdades de gênero, classe social e raça/cor, impactando de forma diferenciada alguns segmentos da sociedade como: a população negra.

Com o ganho de capilaridade e fortalecimento do processo de redemocratização, o movimento sanitário ganhou consistência e avançou na produção de conhecimento e visibilidade com a criação de órgãos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁵, em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)¹⁶, em 1979, que se constituíram atores importantes nesse processo (COHN, 1989).

O MRSB, à semelhança da agenda dos demais movimentos sociais, foi pautado por um conjunto de situações que podem ser sintetizadas pelas desigualdades, advindas do modelo econômico e da piora na qualidade das condições de vida; políticas de saúde privatizantes; recrudescimento das epidemias e endemias; educação médica e das profissões de saúde inadequadas e centradas na doença, aliada a perda das liberdades individuais e coletivas (PAIM, 2008).

Foi diante desse cenário que o MRSB ampliou horizontes, se juntou e ganhou aderência de outros movimentos sociais, através da construção e compartilhamento de pautas e agendas de diferentes segmentos da sociedade, como as dos movimentos feministas original/tradicional¹⁷ e o feminista negro, que ora caminhavam juntos, ora tomavam caminhos paralelos a depender das pautas, tendo como comum o processo de redemocratização (SILVEIRA, PAIM, ADRIÃO, 2020; GONZALEZ, 2019).

¹⁵ O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Disponível em: <http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>

¹⁶ Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil. Sua forte participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) estabeleceu sua postura intransigente de defesa da proposta ali consagrada do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovada na Constituição de 1988. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>

¹⁷ Termo cunhado por WERNECK (2000) ao distinguir o movimento feminista branco de classe média, que não incorpora em suas pautas as especificidades das mulheres negras.

Assim, o fortalecimento da democracia era objetivo político unificador, sendo o elo para encontros e convergências entre os movimentos, sem perder de vista as pautas específicas, compreendidas como base para a construção de uma sociedade democrática e inclusiva (SILVEIRA, PAIM, ADRIÃO, 2019).

Envolvidos pelo lema “democracia é saúde”, os diferentes segmentos da sociedade tinham como bandeira a luta pela igualdade e direito à saúde (AROUCA, 1987; LIMA, GRANCO NETO, 2018, p.1). Nesse contexto, o conceito de saúde passou a ser redefinido como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...] garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Desse modo, buscou-se romper com o conceito limitado de “saúde como ausência de doença e centrado no bem-estar físico, mental e espiritual” (FEIO, OLIVEIRA, 2015, p.709). Nessa perspectiva, o conceito de saúde como direito foi incorporado nas teses aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na Assembleia Nacional Constituinte em 1987 e posteriormente incluso na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde, de 1990¹⁸, norteadando a produção de políticas, modelos e programas de saúde (BRASIL, 1988, BRASIL, 1990).

Para Arouca (1988, p.2-4) o movimento sanitário “não pode ser privilegiado como um movimento em si, mas a sua criação ou criatura, a Reforma Sanitária Brasileira”, constituindo-se parte de uma reforma social estruturante, não se resumindo portando a uma redoma apenas de questões sanitárias. Analisando-a em uma perspectiva de proposta, projeto e de reforma social.

Santos e Teixeira (2016, p. 43.) apontam que a reforma sanitária brasileira, gestou um processo e um projeto ainda em andamento, porém para as autoras a vitalidade desse movimento não é consenso entre os pesquisadores. Para Hochman (2013) apud Santos e Teixeira (2016, p.1949), a RSB foi finalizada como um conjunto de “ideias e práticas políticas contextuais de um certo tempo de transição”. O autor acrescenta ainda que “o êxito do movimento consiste na proposição de uma agenda política e criação de um sistema de saúde reconhecido mundialmente, bem como da conquista da democracia em 1985” (HOCHMAN, 2013 apud SANTOS E TEIXEIRA, 2016, p.1949).

¹⁸ Lei nº8.8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Paim (2013), considera que a RSB está em andamento, constituindo-se em processo inacabado, sem prazo para seu fim, podendo ser comprovado pelas agendas estratégicas para a saúde; pelos cidadãos formados pela CEBES, o engajamento com Congressos da ABRASCO; a participação cidadã em conselhos e conferências de saúde, dentre outros movimentos. Desse modo, assim como PAIM (2013) compreendemos que a RSB, se constitui em processo societário institucionalizado, inacabado e aglutinador no interior e na dependência do Estado democrático.

É nesse sentido que refletindo sobre o tema, Silveira, Paim e Adrião (2019, p. 277) identificaram nas “inefizes respostas do Estado” o cenário ideal para aglutinação de segmentos diversos e heterogêneos do movimento social. Esses diferentes movimentos, advindos da sociedade, se juntaram em prol de objetivos e agendas semelhantes, como exemplo, as causas da saúde e de outros setores, como o movimento feminista, que em determinado momento se filiaram à pautas comuns contra a ditadura e em defesa da saúde.

As mulheres, enquanto movimento tiveram destaque nesse cenário, revelando-se como sujeitos coletivos, possibilitando que temas até então limitados a esfera privada, se tornassem públicos (FARAH, 2004). De acordo com Farah (2004, p.51), “ao mesmo tempo em que elas denunciavam as desigualdades de classe, passaram a reivindicar direitos relacionados a temas ditos femininos como creche, saúde da mulher, sexualidade, contracepção e violência [...]”. [...]”. A mobilização das mulheres, sobretudo as feministas, possibilitou a inclusão da questão de gênero nas discussões da agenda pública, como uma questão de desigualdades a serem superadas no então, novo período democrático. Um exemplo desse novo quadro que se formava no Brasil, foi a criação das primeiras políticas públicas de saúde para mulheres (FARAH, 2004).

Começa-se assim, se desenhar encontros de grupos heterogêneos, com a proposição de um projeto de saúde da mulher como pauta em comum, de modo a contemplar agendas como o planejamento familiar, indo contra ao controle de natalidade até então posto, que contava com “influências estrangeiras sob perspectiva neomalthusiana¹⁹”(MESQUITA, 2011, p.2).

¹⁹ Essa perspectiva, em linhas gerais, preconiza a difusão de medidas governamentais para intensificar o controle do crescimento da população, principalmente em países considerados subdesenvolvidos ou periféricos.

A pauta feminista incluía, também a necessidade da imposição de limites nas intervenções médicas sobre o corpo feminino e da necessária ruptura com a submissão da sexualidade feminina associada a mera função reprodutiva. Foi nesse contexto, após amplos debates e lutas dos movimentos feminista, que em 1983, emergiu o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), na tentativa de ampliar o olhar sobre as mulheres, suas necessidades e diferenças para além do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1984, p.5).

Porém, mesmo tratando-se de um programa inovador, no que diz respeito à assistência integral à saúde da mulher, e como uma reação a limitação da saúde da mulher ao ciclo gravídico puerperal, e considerando a “crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar”, o PAISM permaneceu como exemplo de um programa com caráter limitado, verticalizado e insuficiente para atender as necessidades das mulheres, e que passa a ser questionado pelos movimentos feminista. Essa realidade se contrapõe ao conceito pré-estabelecido de mulher como um ser universal, notadamente com finalidade reprodutiva e cuidados domésticos, em favor da compreensão da mulher em sua pluralidade (BRASIL, 1984; D’OLIVEIRA, 1999; TELES, 1999, p. 150).

Além disso, outras questões de saúde e sobrevivência das mulheres, tais como direitos reprodutivos e relacionados à sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, consequências físicas e psicológicas da violência, saúde mental, entre outras demandas, também constituíram área de preocupação do feminismo (MATOS, 2010). Como exemplo, Teles (1999), aborda como a questão da violência contra mulher, passou a ser pauta dos movimentos feminista, o que veio impulsionar a criação da primeira Delegacia de Defesa a Mulher, no ano de 1985.

Desse modo, perante às reivindicações de mulheres situadas em segmentos específicos, sejam estes no acesso à serviços de saúde, seja ao mercado de trabalho, dentre outros, percebeu-se uma segunda forma do uso do significante “mulher”, que rompia com seu conteúdo “uno”. As duas perspectivas passaram a ser utilizadas na constituição de sujeitos políticos feministas e no debate por políticas de identidade nos movimentos feministas no Brasil: uma voltada para fora, “na relação dos movimentos em busca de igualdade de direitos” e a outra utilizada internamente, “na tensão entre diferenças de segmentos e unidade” dentro do próprio movimento (ADRIÃO, *et al.*, 2011, p.665).

Nesse cenário, as feministas tomaram como tarefa “traduzir sua motivação original em proposições que sejam relevantes para a grande massa de mulheres

desprivilegiadas, de modo a mobiliza-las contra a opressão de sexo e de classe" (SINGER, 1980, p.119).

Essas demandas das mulheres, foram por anos invisibilizadas e por vezes negligenciadas, permanecendo sem respostas, ficando apenas na discussão da esfera política, sem que de fato atendesse às necessidades das mulheres. Os movimentos para fazer frente as opressões tomaram força, principalmente depois de 1975, ano em que foi oficialmente declarado pela ONU como o Ano Internacional da Mulher, abrindo brechas para se alargar a visibilidade e articulações dos movimentos feministas no Brasil, ainda fortemente marcado pelas restrições de liberdade daquele período (ADRIÃO *et al* p. 2011; SARTI, 2001).

Nesse sentido, o fortalecimento e as alianças construídas, tornaram o movimento de mulheres no Brasil, um dos mais respeitados do mundo, se constituindo referência para outros movimentos, destacando-se a construção de agendas que contemplaram em diferentes momentos o direito ao sufrágio, as desigualdades de gênero no mercado de trabalho, aborto, violência doméstica e o combate à discriminação contra as mulheres. Muitas delas passaram a dirigir sua atuação, através dos grupos recém-criados, para lutas em bairros e comunidades das periferias urbanas, das comunidades da Igreja Católica, clubes de mães, associações de vizinhança, onde donas- de casa e mães se reuniam, organizavam-se e mobilizavam-se por questões do cotidiano tendo como referência o papel social das mulheres (NADER, MORGANTE, 2019; CARNEIRO, 2019). Movimentos como o Movimento Contra o Alto Custo de Vida, o Movimento de Luta por Creche, o Movimento de Mães se uniu e já nos anos 1980, aproximadamente uma centena de grupos feministas estavam espalhados pelos principais centros urbanos do país (ZIRBEL, 2007).

De acordo com Farah (2004, p.51), a organização das mulheres em torno da bandeira "Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher", serviu como proposta para a nova Constituição e foram apresentadas ao Congresso Constituinte como Carta das Mulheres Brasileiras, com propostas relativas à saúde, mas também ao ciclo familiar, trabalho, as diversas formas de discriminação, violência, cultura e costume, propriedade da terra, além da convergência de pautas como a do racismo e as suas ações de enfrentamento. Essas pautas serviram como amálgama para as disputas e propostas com vista a construção de uma nova sociedade garantidora tanto de direitos políticos e sociais, quanto civis. Assim, como das temáticas discutidas e inseridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e incorporadas na Constituinte de 1987 e na Carta Magna, através da Constituição Cidadã de 1988.

Essas diversas vertentes, geraram no interior da rede de serviços de saúde um novo pensar e agir sobre as questões das mulheres. Portanto, foi na interlocução com os movimentos feministas, trazendo à tona as desigualdades nas condições de vida relacionadas a questões como sexo, raça e classe social que foi se desvelando os determinantes que impactam e interseccionam dentre outros, o acesso das mulheres aos serviços de saúde (COSTA, AQUINO, 2001; COSTA, 2009).

Esses questionamentos e a organização dos movimentos feminista foram fundamentais para a formulação e implementação de políticas públicas, considerando a incorporação de muitas das suas demandas, inclusive no que diz respeito a reconhecer a condição singular e diversa de ser mulher, servindo de argamassa para que se consolidasse e se reformulasse debates e as ideias sobre a Atenção Integral a Saúde da mulher (2004), já presente no PAISM, e que foi corporificado na construção e implementação das políticas de saúde do SUS nas décadas seguintes (FARAH, 2004).

Influenciados por essa nova agenda e considerando a crescente expressão dos grupos sociais durante esse período, é importante reconhecer que a criação de diversos órgãos públicos, políticas e programas que visavam à garantia e promoção dos direitos das mulheres no cenário nacional, sofreram influência das lutas feministas e dos movimentos das mulheres. A interação entre esses movimentos e o Estado, se tornou possível devido à pressão e interlocução em canais institucionais, por meio da participação feminista e militantes nos organismos estatais, o que permitiu maior visibilidade para a discussão sobre a igualdade de gênero no país (CAMPOS, 2017).

Essas aproximações propiciaram a pactuação de agendas e superação de divergências no encontro entre o movimento sanitário e os movimentos feministas e desses entre si, incluindo as pautas com as especificidades do movimento feminino negro. Chama atenção a ausência /invisibilidade de terminologias associadas ao racismo e a forma genérica como determinadas problemáticas constam no relatório final da 8ª CNS, mesmo essas pautas sendo caras a esses movimentos sociais que estiveram presentes no evento, a exemplo das pautas específicas do movimento feminista negro (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987; OLIVEIRA, 2003, WERNECK, 2016).

Mesmo diante das limitações e dos diferentes contextos que influenciaram na criação desses movimentos nas décadas de 1970 e 1980, é importante valorizar e reconhecer as lutas travadas em prol dos movimentos sociais, particularmente, os referentes ao MRSB e MFB. Por meio dessas lutas, esses movimentos compartilharam valores e projetos de sociedade, muitas vezes, marcados pelo embate

e concessões, pela busca por democracia, e pelo direito de expandir suas vozes a fim de serem ouvidas pelo Estado e Sociedade.

Mulheres Insubmissas, Movimento Feminista Negro e Interseccionalidades

Não somos todas iguais, nem somos completamente diferentes.

Werneck, 2000

Ao se falar da incorporação das propostas advindas dos movimentos feministas na Constituição de 1988, Carneiro (2019, p.271) relata a inclusão de 80% das propostas, reposicionando radicalmente o *status* jurídico das mulheres no Brasil, ao destituir o “pátrio poder”, fazendo com que o movimento das mulheres seja considerado como o de melhor performance entre os movimentos sociais, e respeitado no plano internacional.

Embora, tenha tido avanços, Carneiro (2001, p. 118), aponta que o feminismo brasileiro permaneceu por longos anos prisioneiro da “visão eurocêntrica e universalizante das mulheres”, que de acordo com Lemos (2000), não levava em consideração os desajustes sociais provocados por diferenças étnicas e sociais, como se todas as mulheres fossem iguais. A consequência observada foi a falta de capacidade para identificar as desigualdades e diferenças existentes no universo feminino, além das identidades biológicas (CARNEIRO, 2001). Dessa forma, “as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão, além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade” (CARNEIRO, 2001, p. 118).

Assim, de acordo com Werneck apud Lemos (2000, p.63), no “feminismo original/tradicional” não haviam diferenças palpáveis, de classe social e de raça. Só existindo a questão de gênero. E não se encarou os conflitos que existiam por causa dessas diferenças. Desse modo, não se valorizou as violências contra as mulheres negras e indígenas violadas inúmeras vezes e de diferentes formas, seja nos seus corpos, seja nas hipocrisias advindas pelo mito da miscigenação e da democracia racial.

Para Gonzalez (2008, p.29), as práticas políticas e sociais no Brasil, vinham, sistematicamente excluindo os negros de seus projetos e estabelecendo um modelo econômico que deixou a população negra na condição de “massa marginal”, destacando os impactos dessa exclusão, notadamente nas mulheres negras, cujas

necessidades e especificidades eram invisíveis, inclusive no feminismo tradicional branco.

Havia um certo consenso em torno da existência de duas principais tendências no interior das correntes nos movimentos de mulheres nos anos de 1970 espelhando suas tensões. Uma vertente se voltava mais para a ação pública e política dessas mulheres, envolvidas com questões de trabalho, direito e melhor distribuição de poder entre os sexos, com influência na formulação de políticas públicas, por intermédio de canais do próprio Estado. Já a outra vertente, esteve mais ligada às relações entre os indivíduos, limitada ao campo privado e da subjetividade. Essa segunda, se manifestou principalmente por meio de grupos de estudos, aonde se repercutia a ideia de que o “pessoal é político” (SARTI, 2004, p.41)

A exemplo da marginalização de outros grupos de mulheres não contempladas no feminismo tradicional branco, Nepomuceno (2013, p.389) alega que as mulheres brancas conseguiram adentrar mais os níveis superiores de educação e mercado de trabalho ao longo dos anos, diminuindo a distância dos homens brancos, o que não ocorreu com a população negra, que não atingiu os mesmos patamares, muito menos a mulher negra. Portanto, as” mulheres negras têm acesso limitado, comparado com mulheres de outros grupos sociais, seja no mercado de trabalho, educação seja nos serviços de saúde” (NEPOMUCENO, 2013, p.389).

Nesse contexto, o termo “enegrecimento do feminismo” passou a ser usado a fim de enaltecer a trajetória das mulheres negras no interior dos movimentos feminista brasileiro, buscando evidenciar como a identidade branca e ocidental da formulação clássica feminina era intrínseca ao movimento, o que revelou a falta de integração política e teórica das diferentes expressões multirraciais e pluriculturais das mulheres em sociedades diversas. Em decorrência dessas discussões, tornou-se possível estabelecer uma agenda específica a fim de combater as desigualdades de gênero e intragênero, afirmando e visibilizando uma perspectiva feminista negra que emerge da condição específica do ser mulher, negra e em geral, pobre, delineando o papel que essa perspectiva tem na luta antirracista no Brasil (CARNEIRO, 2003, p.118).

Desse modo, ao se referirem aos movimentos feministas e suas pautas sobre saúde da mulher, no interior da agenda dos movimentos das décadas de 1970 e 1980, Werneck (2000), Carneiro (2011, 2020) e Gonzalez (2019), nos alertam sobre as diferenças nas pautas, uma vez que eram privilegiado um padrão de mulher que excluía as necessidades das mulheres não brancas, assim como os entrecruzamentos

entre as especificidades e necessidades das mulheres negras e a formulação e implementação das políticas públicas.

Akotirene (2020, p.13) afirma que embora seja comum a visão de que o feminismo negro tenha gerado cisões e separações, isso não é uma realidade. Nesse mesmo sentido, Lemos apud Batista (2000, p.63), acrescentam que a criação do movimento de mulheres negras emergiu a partir da necessidade do aprofundamento de conceitos e marcos importantes, baseado na compreensão de que “o feminismo negro é a forma de ver o mundo, que não é negra, nem é branca: é feminista”, a partir dessa afirmação, a autora reforça que “é necessário estar na sociedade, brigar pelo espaço da mulher, brigar pela solidariedade, ser fraterna e solidária”.

Dentre as contribuições trazidas pelo movimento feminista negro, Carneiro (2019, p. 279) destaca a inclusão da temática da saúde e dos direitos reprodutivos na agenda antirracista, considerando questões étnicas e raciais. Isso se deu por meio das opressões vivenciadas pelas mulheres negras, em um contexto de apreender as interseccionalidades tomadas como perspectivas de encruzilhadas ou avenidas que se interconectam nas relações de poder, advindas do gênero, da raça/cor, da etnia e classe social. Essa discussão, após quatro décadas, ainda permanece atual e em disputa, compondo as agendas das lutas antirracistas.

De acordo com Akotirene (2020), as interseccionalidades nos permite identificar como e quando mulheres negras são discriminadas e estão repetidas vezes posicionadas em avenidas identitárias, em situações que as tornam mais vulneráveis a colisões com estruturas e fluxos racistas. Mesmo com a participação das mulheres negras nas conquistas que culminaram na redemocratização brasileira e na institucionalização do SUS, essas desigualdades existentes refletiram na formulação e nos limites das políticas de saúde para esse segmento nas décadas subsequentes.

Esses hiatos e “esquecimentos” na formulação de políticas públicas para mulheres, podem ser traduzidos em desassistências que seguem, após mais de trinta anos da institucionalização do SUS, desconsiderando-se que as mulheres são a maioria entre os usuários do SUS, e que dentre as usuárias da APS, a maior parte, são mulheres negras (IBGE, 2020).

Considerações Finais

São evidentes os avanços e conquistas decorrentes das lutas das mulheres, no que diz respeito à obtenção de direitos, particularmente nas últimas décadas.

Entretanto, ainda há muito a ser conquistado, considerando, principalmente, os limites e constantes ameaças a essas conquistas. Esses limites, em sua maioria são associados as situações relativas às desigualdades de gênero, raça e classe.

Considera-se, entretanto, que ainda há muito o que ser discutido, a fim de se identificar os limites e as permanentes ameaças, que podem vir a causar retrocessos a essas conquistas. Essas ameaças tendem a afetar diversas questões e não somente relacionadas ao campo da saúde, mas também, que envolvem violências, renda, acesso à educação e ao emprego, contribuindo para uma maior exploração, precarização e desvalorização do trabalho feminino dentre outras desigualdades que afetam muito mais às mulheres negras.

Nesse sentido, Werneck in Lemos (2000, p.65) apresenta uma advertência, ainda, muito atual, referente ao genocídio da população negra, que afeta em particular os jovens negros. Que ao trazer para nossa discussão, revela contradições sobre as desigualdades persistentes entre mulheres brancas e negras, dentre elas as realidades em que “se a mulher branca reivindica o direito de evitar filhos, a mulher negra reivindica o direito de tê-los, criá-los e vê-los vivos até a velhice”.

Essas desigualdades se perpetuam na formulação e implementação das políticas públicas, que seguem negando as especificidades das mulheres afetadas interseccionalmente, por situações associadas à raça/cor, classe social e gênero.

Embora existam inegáveis avanços observados nas últimas décadas, essas lacunas permanecem e se revelam em situações como a apresentada por Diniz (2021), de que o Brasil, é considerado o pior lugar do mundo para gestantes negras, o que tem se agravado notadamente com a pandemia da Covid-19. Essas discriminações, vêm sendo escancaradas por meio dos agravos à saúde, que mais uma vez acometem a população mais carente e vulnerável. Nesse sentido, o racismo estrutural/institucional entranhado na sociedade brasileira e no sistema de saúde, evidencia as desigualdades e as opressões combatidas pelos Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e pelo Movimento Feminista Brasileiro desde as décadas de 1970 e 1980, e persistentes nos tempos atuais. Essa discussão, evidencia a importância de se identificar e reconhecer essas intersecções, a fim de que a aplicação dos direitos das mulheres, não seja determinado, principalmente pela cor da pele, ou pelo *status* que ocupam na sociedade, mas sim por serem cidadãs.

Referências

AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 35-42, 1987.

ADRIÃO, K. G. *et al.* O movimento feminista brasileiro na virada do século XX: reflexões sobre sujeitos políticos na interface com as noções de democracia e autonomia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.19, n.3: 392, 2011.

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M.Z. Introdução à epidemiologia. 3.ed. Medsi, 2002.

AKOTIRENE, C. Interseccionalidade. São Paulo: SUELI CARMEIRO: JANDAIRA, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases ação programática. Brasília, 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assis-tencia_integral_saude_mulher.pdf.

BRASIL. lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisalegislação.action>>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – PNAD. IBGE: Brasil, 2019.

CAMPOS, ML. Feminismo e movimentos de mulheres no contexto brasileiro: A constituição de identidades coletivas e a busca de incidência nas políticas públicas. **Revista Sociais & Humanas**. v. 30. n. 2, 2017.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. av. [online]**. V.17, n.49, pp.117-133, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lng=en&nrm=iso.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o Feminismo: a situação da mulher negra na América latina a partir de uma perspectiva de gênero**. Texto disponibilizado em 06 de mar. 2011. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina-partir-de-uma-perspectiva-de-genero/>>. Acesso em: 23 de fevereiro 2020.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, vol.14, n.4, pp.1073-1083, 2009.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. A. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: E. Merchán-Hamman et. al. (org). Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora da Universidade, pp. 181-202, 2002.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso.

CRENSHAW, K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero, 2012. Disponível em: < <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf> >

DINIZ, D. Brasil o pior país do mundo para mulheres negras grávidas. **El País**. 30 mar 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2021-03-29/brasil-o-pior-pais-do-mundo-para-as-mulheres-negras-gravidas.html>. Acesso em 01 abr 2021.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface [online]**, Botucatu, v.3, n.4, pp.105-122, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000100009&lng=en&nrm=iso>.

ESCORELI, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FALEIROS, V.P; SILVA, F.S.S; VASCONCELLOS, L.C.F; SILVEIRA, R.M.G. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf

FARAH, M. F.S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**. FGV-EAESP. Florianópolis, v.12, n.1, p.47- 71, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692>.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saude soc. [online]**. v.13, n.2, pp.20-31, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003&lng=en&nrm=iso>.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Rev. Bras. Educ.[online]**. v.16, n.47, pp.333-361, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000200005&lng=en&nrm=iso>.

GOHN, M. G. Não fronteiras: universos da educação não formal. 2. ed. São Paulo: Itaú Cultural, 2007.

GONZALEZ, L. "Mulher negra". In: NASCIMENTO, Elisa Larkin (Org.). *Guerreiras de natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente*. São Paulo: Selo Negro, p. 29-47, 2008.

GONZALEZ, L. "Por um feminismo afrolatinoamericano". São Paulo: Editora Schwarcz. Companhia das Letras, 2019.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*. Anpocs. p.223-244. 1984.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, n.º 92/93.(jan.jun.), p. 69-82.1988.

HOCHMAN A. Racial discrimination: How not to do it. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*,v. 44, n.3, p.278-286, 2013.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó. 2019.

LEAL, M.C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1915-1928, 2018.

LEMOS R, DE O. A face negra do feminismo: problemas e perspectivas. o livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. IN WERNECK, J, MENDONÇA, M, WHITE, E, C. (ORG). Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000.

LIMA, N. T.; FRANCO NETTO, G. Democracia é saúde: direitos, compromissos e atualização do projeto da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.7: e00122818, p.1-4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n7/e00122818/pt>

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 67-92, jun. 2010.

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

MORGANTE, M. M.; NADER, M. B. **O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico**. Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: saberes e práticas científicas, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf, 2014.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Editora Perspectiva, 2016, 229 p.

NADER, M.B. A condição masculina na sociedade. **Dimensões: Revista de História da UFES**. n.14, p.461-480, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/2638>.

NADER, MB, MORGANTE MM. **História e Gênero: Faces da violência contra as mulheres no novo milênio**. Editora Mil Fontes, 2019.

NEPOMUCENO, B. Mulheres Negras – “Protagonismo Ignorado”. In: PINSKY, Carla Bassenezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). Nova História das Mulheres. São Paulo: Editora Contexto, p.382-409, 2013.

OLIVEIRA, C.L. P.; BARRETO, P. C. da S. Percepção do racismo no Rio de Janeiro. Estudos Afro-Asiáticos, Rio de Janeiro, ano 25, n. 2, Universidade Candido Mendes, 2003.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p.1927-1953, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400003&lng=en&nrm=iso.

SARTI, C. A. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **Cadernos Pagu**, n.16, p.31–48. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100003>

SARTI, C.A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, 2004.

SANTOS, S.S.; TEIXEIRA, C.F. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 219-230, 2016.

Disponível

em:<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22611/1/Carmen%20Teixeira%201.%202016.pdf>

SILVEIRA, P. S.; PAIM, J.S.; ADRIÃO, K.G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde debate [online]**, v.43, n.spe 8, pp.276-291, 2020. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300276&lng=en&nrm=iso>.

SINGER, P. O Feminino e o Feminismo In SINGER, P. e BRANDT, V. C. et al. São Paulo: o povo em movimento. Petrópolis: Vozes, 1980.

TELES, M.A.A. Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios. São Paulo: Brasiliense; 1999.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

Werneck J, White EC, Mendonça M, organizadores. O Livro da Saúde das Mulheres Negras - Nossos Passos Vêm de Longe. Rio de Janeiro, CRIOLA/ Pallas Editora; 2000

Zirbel, I. Estudos Feministas e Estudos de Gênero no Brasil: Um Debate.

Dissertação. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90380/241321.pdf?sequence=1>.

5.3. RESULTADO 03 ²⁰

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESPÍRITO SANTO

ACCESS TO HEALTH SERVICES: EXPERIENCE OF WOMEN USERS OF PRIMARY HEALTH FACILITIES IN ESPIRITO SANTO

Bruna Ligia Ferreira de Almeida Barbosa¹, Franciéle Marabotti Costa Leite¹, Rita de Cássia Duarte Lima¹

¹ Programa em Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo.

RESUMO

O artigo tem por objetivo analisar a experiência das mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde, sobre o acesso e utilização dos serviços de Atenção Primária, no Espírito Santo segundo referencial teórico de acesso à serviços de saúde conceituado por McIntyre e Mooney (2007). Foram realizadas entrevistas com 40 mulheres, entre 19 e 69 anos, cadastradas e que acessaram as Unidades Básicas de Saúde nos últimos 12 meses anteriores às entrevistas. Foram identificadas barreiras no que concerne a disponibilidade, aceitabilidade e capacidade de pagamento para o acesso aos serviços ofertados na Atenção Primária em Saúde. Essas barreiras são principalmente, em relação ao encaminhamento à serviços especializados, acolhimento, ações de promoção em saúde e exames diagnósticos, sejam por necessidades ginecológicas ou não. Além disso, os diferentes níveis de informações entre as equipes prestadoras e as usuárias, foram relacionados em maior ou menor grau ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, principalmente no que concerne à realização de mamografia. Esses resultados podem contribuir com estratégias de reorganização da rede de atenção primária a fim de garantir o maior acesso das mulheres a uma Atenção Primária em Saúde fortalecida.

Palavras – chave: Acesso aos serviços de saúde, Utilização dos serviços de Saúde, Atenção Primária em Saúde; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The article aims to analyse the experience of women, users of the Brazilian Unified Health System, on the access and use of Primary Care services, in state of Espírito Santo according to the theoretical framework of access to health services conceptualized by McIntyre and Mooney (2007). Interviews were carried out with 40 women, between 19 and 69 years old, registered and who have accessed the Primary Health facilities in the last 12 months prior to the interviews. Barriers were identified with regard to availability, acceptability and ability to pay for access to services offered in Primary Health Care. These barriers are present mainly in relation to referral to specialized services, reception, health promotion actions and diagnostic tests, whether due to gynaecological needs or not. In addition, the different levels of information between the service teams and the users, were related to a greater or lesser extent to the access and use of health services, especially regarding mammography. These results can contribute to strategies for reorganizing the primary care network in order to ensure greater access for women to a strengthened Primary Health Care.

²⁰ Artigo submetido e sob análise na Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Key words: Access to health care, Use of health services, Primary Health Care, Women's health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo de suas três décadas de existência, tem protagonizado significativas mudanças em relação ao aumento da oferta, acesso e mudanças nos padrões de utilização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, essas mudanças vêm sendo impactadas por marcadores sociais que evidenciam as desigualdades que afetam o acesso aos serviços de saúde, sejam esses de gênero, geração, sexualidade, classe social, local de residência, ou étnica, constituindo fatores preponderantes para a vulnerabilidade feminina em outros âmbitos, além do materno-infantil^{1,2}.

São as mulheres, a maioria entre os usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) e ao considerar a realidade vivenciada por elas, no que se refere aos agravos de saúde como as altas taxas de cânceres ginecológicos, violência doméstica e sexual, o aumento de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros agravos, evidencia-se a necessidade de uma contextualização das experiências das mulheres, que muitas vezes ocorre em decorrência do aumento da negação da integralidade. Nesse sentido, a partir da compreensão de que grande parte das mulheres se encontram em situação de vulnerabilidade social e econômica, a discussão de suas singularidades e os fatores que ampliam suas desigualdades são fundamentais, principalmente, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde³⁻⁶.

A APS se apresenta nesse contexto como um local privilegiado no caminho das mulheres que buscam assistência, por ser o modo mais eficiente para atingir tais metas, além de ser a entrada preferencial nos sistemas de saúde, baseada em atributos claramente definidos como acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Além disso, devido a sua descentralização, capilaridade, o caráter preventivo e de promoção de saúde, a APS oferece uma assistência contínua à mulher, independente de intervenções relacionadas a doenças específicas⁷⁻⁹.

Desse modo, o acesso considerado como a liberdade de usar os serviços de saúde, pode ser analisado pelas dimensões de disponibilidade, aceitabilidade e capacidade de pagamento, além da informação que se mostra como fio condutor das demais dimensões. Porém, o acesso aos serviços de saúde não é garantia de sua utilização, essa ocorre, através do êxito ao buscar um serviço de saúde. Sendo assim, essa abordagem visa possibilitar o mapeamento e a mensuração do acesso, de modo que este seja garantido como direito universal e atributo essencial da APS¹⁰⁻¹².

Considerando esse contexto, essa pesquisa foi norteada pela seguinte questão: Como se dá o acesso e a utilização de serviços na APS pelas mulheres no Espírito Santo? A partir dessa questão, o estudo teve como objetivo analisar as experiências das usuárias do SUS sobre o acesso aos serviços da Atenção Primária, no Espírito Santo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em cinco municípios que representam as regiões de saúde do Espírito Santo: Pedro Canário (Norte), João Neiva (Central), Santa Leopoldina (Metropolitana), Marataízes (Sul) e a capital Vitória. As participantes da pesquisa foram compostas por mulheres, usuárias da APS, cadastradas em UBS dos municípios selecionados para a pesquisa.

Foram entrevistadas quatro mulheres por UBS, em duas UBS por município, totalizando oito mulheres por município e 40 mulheres em todo o Estado. A escolha por entrevistar quatro mulheres por UBS, teve como critério a avaliação externa do PMAQ, o maior programa brasileiro de avaliação da qualidade e acesso da APS, que se colocou como um instrumento indutor da ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS^{13,14}. Foram utilizados como critérios de inclusão, mulheres maiores de 18 anos, que estivessem cadastradas na UBS selecionada e que acessaram a UBS de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2020 a janeiro de 2021, por uma pesquisadora capacitada para condução de pesquisas qualitativas. Os dados das usuárias foram fornecidos pelas referências técnicas da APS de cada município, a escolha das usuárias da APS ocorreu de maneira aleatória e então foi realizado o contato telefônico com as usuárias que atendessem os critérios de inclusão.

O primeiro contato foi realizado por ligação telefônica, para esclarecimento dos objetivos da pesquisa e agendamento da data e horário das entrevistas, que foram conduzidas após leitura e assinatura do TCLE, previamente encaminhados por e-mail. As entrevistas foram direcionadas por meio de um roteiro norteador para aprofundamento dos aspectos relativos à concepção das usuárias no que concerne ao acesso e utilização das mesmas aos serviços de APS do Espírito Santo.

O roteiro utilizado foi elaborado a partir do referencial de acesso e utilização dos serviços de saúde, por McIntyre e Mooney (2007)¹¹, que tem por entendimento o acesso como a liberdade para uso, ou seja, baseado pela consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e em seu empoderamento para escolha. É orientado pelas dimensões de disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação dos indivíduos em relação ao acesso aos serviços de saúde.

No que concerne a APS, o acesso pode ser determinado pelo grau de adequação entre indivíduos e o sistema de saúde e a utilização surge como uma expressão positiva desse acesso, que pode ser influenciado por questões geográficas, disponibilidade de horários e fatores subjetivos, sociais e culturais^{11,15}.

As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas na íntegra. As participantes foram identificadas por meio de legendas, com iniciais de nomes fictícios e dos municípios, a fim de manter o anonimato das entrevistadas.

Os dados foram interpretados e o conteúdo produzido foi analisado pela pesquisadora utilizando o software Atlas. ti 9. A análise foi realizada a partir da técnica da Análise de

Conteúdo Temática ou Análise Temática por Bardin (2011)¹⁶, que consiste no desmembramento do texto transcrito em categorias, evidenciando os ‘núcleos temáticos’ e sua frequência, organizadas em três etapas: pré-análise, a partir da organização e sistematização das ideias, sendo realizada uma leitura ‘flutuante’, formulação das hipóteses e elaboração dos indicadores; a exploração do material, para efetuar a classificação e, por fim, o tratamento dos dados obtidos e a interpretação¹⁶.

Entendeu-se como limitação do estudo, a impossibilidade de realização de entrevistas presenciais com as usuárias nas próprias UBS no ES, devido às restrições sanitárias impostas pela pandemia do Covid -19, impossibilitando uma comunicação mais aprofundada com as usuárias. Além disso, mesmo com a realização das entrevistas em todas as regiões do ES, além da capital Vitória, compreende-se que a ampliação no número de municípios investigados, geraria informações ainda mais amplas no que se refere o acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres.

Este estudo foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo, sob parecer nº 3.738.135 de 19 de novembro de 2019 e seguindo os dispositivos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos¹⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

As participantes, tinham idade entre 19 e 69 anos, sendo que a maior parte, 20 (50%) estavam entre a faixa etária de 30 a 49 anos, 22 (55%) se auto declararam pardas ou pretas, sendo que todas das usuárias do município de Pedro Canário (Norte) se autodeclararam pardas e pretas, enquanto 95% das usuárias de Santa Leopoldina (Região Metropolitana) se autodeclararam brancas. Confirmando a diversidade étnico- racial do Estado. A maior parte das usuárias 23 (57%) informaram estarem casadas ou em união estável e 16 (40%) possuíam

escolaridade até o ensino médio. O ES é um estado que recebeu um afluxo intenso de imigrantes estrangeiros, até as primeiras décadas do século XX. Esses imigrantes provenientes de diferentes regiões do mundo, mas em maior número italianos, alemães, libaneses, africanos, juntamente com os indígenas locais, baianos, mineiros e mestiços, exercem efeitos atuais, seja pela preservação da língua e dos costumes, quanto na característica étnica da população, principalmente em municípios de menor porte¹⁸.

Em relação à ocupação, 21 (52%) das entrevistadas são donas de casa, 21 (53%) possuíam renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo, com média de 3.2 pessoas residindo no mesmo domicílio, 21 (53%) estavam desempregadas, 26 (65%) alegaram receber auxílio do governo no período em que foram realizadas as entrevistas, e dessas mulheres que recebiam algum auxílio, 25 (96%) declararam receber o Auxílio Emergencial (Coronavírus - Covid- 19), oferecido pelo Governo Federal.

. Os dados evidenciaram que a maioria das mulheres participantes desse estudo são negras, casadas, de baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade. Sabe-se que o acesso e a adesão dessa população têm fatores limitantes, com barreiras estruturais que convergem para deficiências na oferta de serviços, sendo necessário a discussão de estratégias a fim de minimizar as desigualdades tornando o serviço de APS mais igualitário¹⁹. Carneiro (2003)²⁰ e Werneck (2016)²¹, destacam como o racismo estrutural/institucional afeta a vida das pessoas, sendo o não acesso ou a não utilização dos serviços importantes representações dessa situação, uma vez que ter acesso ao sistema e serviços de saúde pública, é também determinado pela concepção saúde- doença-cuidado, enquanto construção social e projetos éticos- político-institucionais.

A maioria das mulheres 28 (70%) informaram serem cadastradas naquela Unidade Básica de Saúde (UBS) por dez anos ou mais, o que comprova formação de vínculos e baixa rotatividade das usuárias entre diferentes Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqES), reforçando o atributo essencial de logitudinalidade como um princípio da APS. De acordo com

Baratieri e Marcon (2011)²², a longitudinalidade do cuidado, consiste no contato terapêutico de longo prazo entre usuário e profissionais de saúde, e deve ser orientado pela confiança e responsabilidade entre profissional e usuário.

No que tange à acessibilidade e a utilização dos serviços de APS, 27 (68%) das usuárias informaram que vão caminhando para a UBS e 29 (73%) demoram menos de 10 minutos durante o trajeto até a UBS. Essa proximidade e tempo despendido pelas usuárias para acessar a UBS, é consequência da territorialização como ferramenta para planejamento das ações de saúde do SUS, facilitando a identificação dos problemas de saúde, ligados a fatores ambientais, sociais, econômicos e demográficos de determinadas áreas, sendo capaz de promover uma relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços²³.

A pandemia de Covid- 19 surgiu como um fator determinante de acesso aos serviços de APS, quando observamos que 18 (45%) usuárias declaram frequentar a UBS de duas a cinco vezes por ano e apenas 4 (10%) informaram acessar a UBS apenas uma vez por ano antes da pandemia. Já ao serem questionadas sobre a frequência de acesso à UBS, após o início da pandemia de Covid-19 no Brasil, em março de 2020, o número de mulheres que alegaram frequentar a UBS apenas uma vez por ano subiu para 16 (40%), o que comprova uma diminuição de acesso das usuárias desde o início da pandemia. De acordo com o Medina (2020)²⁴, as atividades de rotina da APS devem ser readequadas para o tempo de pandemia, levando em consideração sua longa permanência e preservando a ação preventiva que a APS exerce nas comunidades, desse modo, o uso de tecnologias de comunicação é uma ferramenta segura no sentido de dar continuidade no tratamento das usuárias.

Desse modo, ao serem questionadas sobre as visitas dos ACS, 15 (37%) das usuárias revelaram que recebiam visitas mensalmente antes da pandemia e que após o início da pandemia perderam contato com os ACS ou realizam contatos esporádicos via celular. Conforme o Guia Orientador da APS no enfrentamento a pandemia^{25,26}, os ACS por meio do seu trabalho *in loco*, tem papel relevante no incentivo a medidas de prevenção de contágio, essas ações feitas de

maneira segura, são fundamentais para a garantia da utilização dos serviços de saúde, promovendo a integração entre a EqSF, as mulheres e suas famílias. Com o decorrer da pandemia de Covid – 19, tem se observado um impacto significativo que a perda de segmento tem gerado em relação aos agravos crônicos, prevenção de doenças como tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, transtornos mentais, obesidade, diabetes entre outros agravos²⁷⁻²⁹.

ANALISANDO AS DIMENSÕES DE ACESSO ATRAVÉS DAS VOZES DAS MULHERES USUÁRIAS DA APS

Através dos relatos das usuárias, foi possível identificar as dimensões de acesso conceituadas por McIntyre e Mooney (2007)¹¹, que são apresentadas a seguir: “Disponibilidade”, “Aceitabilidade”, “Capacidade de Pagamento” e “Informação”, esta última surge como uma dimensão que perpassa pelas demais. A dimensão Disponibilidade foi a que surgiu mais comumente durante as falas das usuárias, seguido por Aceitabilidade, Capacidade de pagamento e Informação, como a menos identificada entre as falas.

DISPONIBILIDADE: A GARANTIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE “NO LUGAR CERTO E NA HORA CERTA”

A Disponibilidade, definida como a dimensão que identifica se os serviços de saúde estão disponíveis adequadamente no lugar e momento necessários, surge nas falas das usuárias em diversos contextos¹¹. A identificação da UBS como o lugar provedor de transporte para encaminhamento para outros serviços de saúde, em outros municípios de maior porte, surgiu em diversos momentos. Tais como relatados a seguir:

“Na unidade de saúde, o carro. É o que eu mais estou usando deles no momento, é isso aí, a marcação de carro pra estar me levando pra fazer os tratamentos. Aí eles te atendem e já te manda já para outro município, que nem em Pedro Canário não resolve, já te manda já para outra cidadezinha vizinha que tem aqui, que é São Mateus”. C- PC

“Assim negócio do carro né, porque eu e meu marido a gente vai sempre para Vitória e ia para Linhares. Aí eles chamam a gente para ir lá no postinho para agendar o carro, para ir para outro município”. MH- PC

“Eles me indicam os médicos que não tem aqui, mas eles já mandam marcar o carro e vai para Cachoeiro de Itapemirim levar a gente, ou para Vitória, eu

já fui, em Anchieta para fazer um exame no meu braço, eu tenho bursite, então eu fui até lá, e eu fui no carro da prefeitura.”. E - M

“Porque ali só faz quando é preventivo, os outros tipos de exames, o médico te dá (encaminhamento) pra você fazer fora daqui. Às vezes cai em Aracruz, as vezes cai em Vitória, mas tem carro que leva. Depende da situação”. M- JN

Em estudo sobre o encaminhamento de usuários da APS a serviços especializados na região sul do Brasil, foi identificado que, embora os médicos da APS utilizem os protocolos disponíveis para encaminhamento dos pacientes, se viam necessárias adequações devido à incapacidade dos protocolos em sanar os problemas da APS no que se refere a resolutividade, devido a ações muitas vezes limitadas e recursos diagnósticos escassos²⁸. Nesse sentido, sugere-se a ampliação de investimento em rede física e na capacidade de pessoal, a fim de se aumentar o espectro resolutivo da APS e evitar a peregrinação em busca de atendimento especializado³¹.

Nesse mesmo sentido, foi unanimidade em todos os municípios, os relatos de usuárias que necessitam fazer deslocamentos intermunicipais para realização da mamografia, devido à indisponibilidade do exame em seus municípios de residência. Por ser considerada como o método mais eficaz de rastreamento do câncer de mama e a alta incidência da doença, a mamografia deve ser garantida às usuárias do SUS³², porém, as usuárias relataram que esse deslocamento, por muitas vezes, foi motivo para que as mesmas deixassem de fazer o exame diagnóstico, mesmo quando indicado pelos médicos da APS:

“Eu acho que é só isso aí mesmo, no meu ponto de vista seria a mamografia que para gente aqui é muito difícil, pegar o carro cedo, ir para outra cidade, aí faz o exame, volta tarde, entendeu? É só isso mesmo, o que podia melhorar é isso aí”. F - SL

“É porque aqui não tem né? Só tem se for particular, pelo SUS não. Se for caso de urgência aí você vai pelo SUS, aí você consegue fazer, mas fora disso não”. M - JN

“Não, nunca fiz. Eu nunca procurei até porque aqui não faz, você tem que ir em outro município. Eles te encaminham para outro município, para fazer lá”. V - M

“Mesmo com histórico de câncer do colo eu nunca fiz mamografia, você acredita que nunca falaram para eu fazer? Eu sei lá, acho que essas coisas podem estar relacionadas, a gente nunca sabe né? Mas eles nem me deram um pedido, porque aqui no município eles não fazem”. E - PC

“Sim, sim, mas demora também e eles mandam para unidade que tem a vaga. Por exemplo eu sou daqui, eles me mandam lá para outro município, no hospital lá no morro que é onde tem a vaga. Demora conseguir, quando consegue são em lugares assim bem distante da gente, então a gente ter que ter alguém para levar, ou se você tem carro... ou senão sair de madrugada para ir nos ônibus né, para ir fazer o exame”. P - V

Além disso, quando questionadas sobre a realização da mamografia, usuárias relataram a demora entre a solicitação e a realização do exame, como uma barreira de disponibilidade:

“Mamografia aqui não tem não... a gente só pede a requisição e marca no AMA e é muito demorado, e aí quando eu preciso rápido, eu pago para fazer”. A - M

“Eu já consegui fazer, mas demora... agora por exemplo, a minha filha está esperando para fazer um ultrassom desse negócio do seio dela, mas já tem mais de 20 dias[...] demora mesmo. Porque a demanda é muito, não sei se você está sabendo disso, porque eles trabalham com cota, então isso é muito ruim”. E - M

Para Vilar et al. (2015)³³, a falta de equipamentos de diagnósticos no território e nas localidades próximas de moradia das usuárias consiste-se em uma barreira na garantia do acesso à realização de exames preventivos do câncer de mama. Além disso, Castro et al. (2020)³⁴, revelam por meio dos seus achados, que mesmo a APS exercendo papel de ordenadora da atenção em prevenção ao câncer de mama, há limitações em relação à coordenação do cuidado na medida em que os profissionais não conseguem garantir o vínculo com as mulheres, além de alegarem haver fragilidades no processo de organização de uma linha de cuidados que garanta à usuária atenção integral com diagnóstico e tratamento oportuno.

Não somente o tempo de espera para solicitação dos exames diagnósticos surgiu como barreira de acesso para as usuárias, mas também a demora da divulgação dos resultados dos exames. Em pesquisa realizada com médicos que atuam na APS³⁵ a disponibilização de resultados dos exames em tempo hábil surgiu como uma ferramenta fundamental para o planejamento e a realização de ações de promoção de saúde. Porém, através das falas das usuárias, foram observadas lacunas no prazo para divulgação desses resultados, que pode ter resultado em agravos a saúde das mesmas. Conforme observado nos depoimentos abaixo:

“Primeiramente eu fiz um exame nesse posto, e demorou, acho que demorou 7 meses pra chegar meu preventivo e quando chegou meu problema já estava no NIC III e... eu acho assim, que foi é... responsabilidade do posto, né?”. ME – PC

“Eu fiz um exame uma vez. Deu positivo, até senti falta disso. Porque como eles ficaram sabendo que deu positivo deveriam vir aqui. Mas não venho ninguém me comunicar.” C - JN

“Preventivo sim, nessa última depois da pandemia eu fiz a consulta e preventivo. Mas igual eu te falei, eu fiz a consulta e o preventivo e já vai fazer 3 meses e não tem o resultado.” L – PC

Outro ponto também apresentado pelas usuárias, como uma barreira de acesso, refere-se à disponibilidade do profissional médico nas UBS. Mesmo nos relatos entre aquelas residentes da zona urbana, a ausência total do profissional médico, ou a presença limitada à algumas vezes por mês foi comumente citada pelas usuárias residentes das zonas rurais. Para Garnelo (2018)³¹, além de estarem distribuídos de forma mais esparsa no território, a população rural enfrenta dificuldades no acesso devido à limitação das EqSF em manter a rigidez de suas programações, sugerindo uma reorganização das rotinas da APS a fim de propiciar maior flexibilidade e sensibilidade com as demandas da população rural:

“Porque o PSF (Atenção Primária) no município ele é dividido por comunidade, então o médico que atende minha região tem os dias específicos de atendimento, que ele atende nas comunidades do interior.” M-SL

“Eu já fiz pré-natal, mas não foi na unidade, como eu vou fazer pré natal em um lugar que só vai médico duas vezes por mês? E se eu passar mal? Parece que porque a gente é de zona rural a gente não tem importância, eu me sinto assim as vezes...”. E - PC

A escassez de médicos com habilidades para atuar na APS tem sido frequente, devido a preferência deles em atuar em áreas urbanas, o que constitui em fatores que prejudicam a universalização do acesso a saúde³⁶:

“[...] nós somos aqui muito... como é que eu falo pra você? ... escasso. A gente somos muito sofridos em relação à médico, entendeu? A gente tem uma dificuldade muito grande, entendeu? Então assim, já ficamos sem médico, agora temos uns aqui muito novos, recente...”. C- PC

“Então, aqui em cima não tem médico todos os dias. Não é assim que funciona. Então não adianta eu correr aqui, porque quando eu vou aqui em

cima a enfermeira manda eu ir para pronto socorro, para pronto atendimento”. N - JN

Esse é um fenômeno observado não apenas no Brasil, mas em outros países como Austrália, Canadá e Inglaterra, que vem desenvolvendo estratégias para suprir a carência de profissionais, por meio da adoção de novas profissões de saúde, a exemplo dos assistentes de médicos, visando proporcionar maior equidade e qualidade na prestação de serviços, além de estratégias de estímulo de envio de médicos para regiões de difícil acesso^{37,38}. A frequente rotatividade dos profissionais de medicina na APS, tem gerado efeitos nocivos na garantia da longitudinalidade da assistência:

“Então quando você começa a criar uma intimidade com o profissional, começa falar de algumas questões, de abordar algumas questões... quando você começa a formar esse vínculo, o que acontece? Ele vai embora. Tem uma rotatividade muito grande de profissionais, não fica, entendeu.” P – V

Essa realidade evidencia a necessidade de estratégias que estruturam um plano de carreira no SUS, como a ocupação das vagas para os profissionais de saúde, notadamente o profissional médico, a fim de preencher esses vazios conforme indicado por uma das participantes. Como exemplo do Programa Mais Médicos, que surgiu com o objetivo de amenizar a carência de médicos, sobretudo no âmbito da APS, com efeitos positivos na expansão de vagas de graduação e residência em medicina, assim como mobilização de mais recursos para as estruturas das UBS^{39,40}. Além disso, são bem vindas estratégias de fortalecimento da autonomia do papel do profissional enfermeiro na APS, que atuem desde a liderança, coordenação da equipe, até ações propriamente preventivas e curativas⁴¹.

A adequação entre o horário de abertura das UBS e a necessidade dos usuários, também é considerada como uma dimensão de disponibilidade de acesso¹¹, porém, de acordo com O'Malley (2013)⁴² aproximadamente 65% das consultas em urgência hospitalar, ocorrem entre as 17 horas e 8 horas da manhã e aos finais de semana, o que normalmente são os horários que as UBS estão fechadas, o que configura uma barreira de acesso aos cuidados dos usuários:

“Hoje em dia, geralmente você chega ali, demora mais um pouco, como sempre o horário que já passei mal, nunca está aberto...ela não está aberta nos horários que eu já tive problema.” AC – M

“A gente sente falta de ter mais horário disponível para gente poder está marcando, eles poderem está conversando.” V - M

A necessidade de marcação de consultas mediante a distribuição de fichas ou cotas em horários delimitados, foi apresentada como uma barreira de acesso que atinge profundamente as mulheres, por não terem com quem deixar seus filhos. Conforme apresentado a seguir:

“Teve uma situação que eu tive que deixar meu filho de dois anos e cinco meses sozinho em casa, para eu poder tentar ir marcar seis e pouco da manhã, o ruim aqui é o horário, porque tem horário que a gente tem que chegar bem cedo, para gente conseguir marcar a gente mesmo.” V - M

“O maior problema para acessar lá é devido o horário de manhã, que a pessoa tem que ir 5 horas da manha, e eu não tenho com que deixar meu filho. Então eles tinham que ampliar esse horário para pessoa poder ir marcar. Porque tem horas que não é o agente de saúde que pode marcar pela a gente.” VN - M

Com o intuito de diminuir o risco da segmentação do cuidado, além de ser uma forma de amenizar a sobrecarga dos outros níveis de atenção em saúde, o atendimento em horário estendido é uma forma de garantia para que a usuária não tenha seu acesso aos serviços de APS prejudicado. Em caráter excepcional, para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Covid-19, o Ministério da Saúde ofereceu apoio para o funcionamento de horário estendido das USF ou UBS no Brasil. Todavia, autores⁴³ destacam a necessidade de ampliação do contingente de recursos humanos e/ou a readequação da remuneração dos funcionários, de modo a evitar uma sobrecarga laboral.

ACEITABILIDADE: FERRAMENTA DE ANÁLISE DAS RELAÇÕES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE APS

A aceitabilidade, definida pelo grau de adequação entre as atitudes dos prestadores de serviços e os indivíduos, foi a segunda dimensão de acesso mais presente nos relatos das usuárias. Essa dimensão surge em decorrência das expectativas mútuas dos provedores e usuários em relação a cordialidade, escuta ativa, sugestões de alternativas de tratamento, até mesmo em relação a organização dos serviços de saúde¹¹. Travassos (2008)⁴⁴ reforça que a falta

de confiança no sistema de saúde, assim como o respeito mútuo entre prestadores e usuários, se configura em barreiras ao acesso.

Desse modo, a aceitabilidade não é determinada apenas por fatores intrínsecos aos indivíduos, como sexo, idade, crenças, status socioeconômico, mas também pelas relações e expectativas entre o prestador de serviço e os usuários¹¹. Arruda et al. (2017)⁴⁵, revelam que a cordialidade de tratamento pelos membros das equipes, apresentou-se mais relevante que a qualidade técnica, no que se refere ao julgamento da qualidade da ESF pelos usuários. O mesmo foi observado, conforme os relatos a seguir:

“[...] eu fiquei satisfeita assim logo do início, da maneira que ele me tratou, muitíssimo bem. Não tenho o que reclamar do atendimento, da acolhida, do carisma, tudo muito bem, entendeu? Fui muito bem assistida, mesmo.” C - PC

“[...] Parece que eles conhecem melhor a gente, pelo menos sabe nosso nome, isso para gente que é simples já faz diferença, um doutor pelo menos saber seu nome. Parece mais respeitoso sabe?” C - SL

Também compareceu nas falas, a falta de afinidade, ou até mesmo o desconforto do atendimento prestado pelo profissional de saúde do sexo masculino:

“Mas eu não fiz preventivo, porque na rede pública só tem médico homem e eu me sinto desconfortável e nos ginecologistas que eu fui, eu achei eles, sei lá, muito mal educados. Eu não sei explicar, mas eles são muito grossos, não tem como fazer exame com uma pessoa dessas.” I - M

Santos (2018)⁴⁴ destaca que a afinidade interpessoal age como fortalecedor da empatia e da relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário, quando essa afinidade é perdida, conseqüentemente o vínculo longitudinal, um dos dispositivos mais potentes do cuidado na APS, também é afetado:

“[...] faltou educação. Tem horas que eles são muito mal educados. Eu não consegui ficar para atender meu filho, eu fiquei muito nervosa.” V - M

“Primeiro eu acho que os profissionais poderiam ser um pouco mais educados, assim... mais acessíveis, no sentido de simpatia [...]. Mas eu penso que um acolhimento primário é essencial, porque as pessoas estão chegando adoentadas lá, então elas precisam desse primeiro contato para serem mais acolhidas e assim direcionadas ao seu serviço.” R - V

O acolhimento foi por vezes mencionado, para além da afinidade dos usuários e prestadores de serviços, mas também para explicitar as orientações e organização do serviço. Pesquisa revela que os usuários relacionam o acolhimento não apenas ao bom atendimento, mas também ao direcionamento para consultas médicas, fornecimento de medicamentos e resolução de problemas de saúde⁴⁷:

“A maneira de não saber tratar o paciente ao chegar na unidade, as vezes a maneira de falar, a maneira de dar as informações, o acolhimento. Eu acho que as pessoas quando vão a uma unidade de saúde, elas querem atenção, e isso aí fica a desejar pelo que já passei por lá e já observei, eu acho que precisa melhorar, mais e mais.” MD - M

“Eu acho que as funcionárias e a agente de saúde fazem o possível para poder acolher a gente da melhor maneira possível. Tipo a agente de saúde, quando minha mãe precisa de alguma coisa, ou precisa de alguma receita porque acabou remédio, ela procura a agente de saúde. Ela dá a atenção e fala se dá ou não para a médica passar a receita, ou então, se dá para ela marcar consulta para ela, então elas não ignoram, elas vão atrás, se der deu, se não, elas tentaram.” I - M

Embora a maior atuação do enfermeiro na APS vem sendo estimulada como proposta de um novo modelo de assistência, menos focado na doença e na cura, mas sim na integralidade do cuidado, prevenção de doenças e promoção de saúde e qualidade de vida⁴¹, observaram-se resistências, falta de confiança e segurança das usuárias em relação aos cuidados prestado pelos profissionais, com destaque aos profissionais de enfermagem e o médico generalista.

“É porque é a enfermeira que faz, entendeu? E algumas enfermeiras, eu acho que elas não estão tão preparadas, entendeu? Então eu fui algumas vezes e depois eu vi que não estava dando certo e aí eu procurei um médico particular e hoje eu continuo com o médico. R - JN

“[...] já fiz acompanhamento de pré-natal lá, eu iniciei com clínico geral, mas não atendeu minhas expectativas, não me transmitiu segurança. Aí eu precisei migrar para o particular.” M - JN

Em outros momentos a falta de segurança se deu devido a própria organização do serviço, como observado a seguir:

“[...] a questão da vacina ou preventivo e o fato de eu estar cadastrada lá a 23 anos, eles não têm um controle das vezes que eu fui lá, entendeu? Então por exemplo [...] eles não conseguem consultar a última vez que fiz preventivo, ou as vacinas que eu tomei lá. Eu acho que assim, é uma coisa que poderia ser melhorada porque fica meio deficitário isso.” R - V

As falas das usuárias reforçam que os atributos da APS, quando garantidos no processo de cuidado, têm o papel de suprir as barreiras de acesso também no que diz respeito à aceitabilidade, isso ocorre por meio do primeiro contato, a fim de promover a acessibilidade e uso do serviço para cada novo problema de saúde; da longitudinalidade, através de uma relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuários e família; o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo garantindo a integralidade do cuidado; além da coordenação implicando a garantia da continuidade da atenção⁴⁸. Desse modo, reforça-se que o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e as usuárias por meio da convivência, troca de afetos, confiabilidade técnica e organizacional, tem papel fundamental no estabelecimento de confiança no processo de produção do cuidado⁴⁹.

CAPACIDADE DE PAGAMENTO: ATÉ QUE PONTO É GARANTIDA A GRATUIDADE DA APS?

Analisada pelo grau de adequação entre os custos de utilização dos serviços de saúde e os indivíduos, a capacidade de pagamento, é uma dimensão de acesso que engloba os custos diretos dos atendimentos de saúde, além dos custos de saúde indiretos como transporte, perda de rendimento e produtividade em decorrência do tempo gasto para se acessar os serviços de saúde, elegibilidade para recebimento de benefício governamental, dentre outros¹¹.

Em diversos relatos, o SUS surgiu como a única garantia de acesso aos serviços de saúde principalmente, devido ao seu caráter gratuito e universal, seja pelo acesso a atendimentos médicos, exames diagnósticos, vacinação e distribuição de medicamentos:

“Aqui no Brasil o SUS é muito assim, o ultrassom, tudo que eu preciso eu consigo pelo SUS. É de graça, o SUS te dá.” S- JN

“Toda vez que eu precisei, eu consegui. Eu pego a medicação lá mesmo, nunca faltou medicamento.” F – SL

Embora se reconheça a relevância da gratuidade do SUS, garantida constitucionalmente, muitas vezes os serviços oferecidos pelo SUS apresentam limites no que diz respeito à garantia de acesso, comumente observado em relação a procedimentos de alto custo e aos atendimentos

especializados. Conforme podemos identificar na fala das usuárias, sobre realização de exames para diagnóstico de cânceres ginecológicos, ou realização de consultas ou exames pré-natal:

“A mamografia eu já fiz umas três vezes pago.” MH - PC

“Uma situação é quando você faz o pré-natal né, porque você precisa fazer vários ultrassons e eles só oferecem duas, não me lembro se são duas ou três, mas a principal ultrassom que é a morfológica eles não oferecem. Precisei pagar 250 reais.” M – JN

Conforme observado nos relatos apresentados, o pagamento direto pelo usuário (*out-of-pocket payment*), principalmente para realização de procedimentos de alto custo, tem se tornado comuns e defendidos por correntes políticas e econômicas, a fim de minimizar o impacto dos gastos públicos, visando a participação direta dos usuários no custeio dos seus gastos com saúde. Porém, estudo comprova que entre 70% a 75% dos cidadãos que utilizam apenas o SUS, a maioria era composta pela classe média baixa, a massa trabalhadora formal e informal e miseráveis, cujo desembolso tem grandes repercussões pelos limites financeiros. Sendo assim, a adoção do método de copagamento para os usuários do SUS, implicaria em consequências graves na equidade do acesso aos sistema de saúde brasileiro, como o que já tem sido observado em outros países a exemplo dos Estados Unidos da América^{50,51}. Seguindo essa lógica, há uma movimentação no sentido de que o financiamento público da saúde se enfraqueça, para dar lugar a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou subsídios a demanda para a população economicamente desfavorecida^{52,53}.

O tempo despendido para se conseguir agendar ou até mesmo utilizar o serviço de saúde, surgiu como razão para que as usuárias optassem pela realização do pagamento direto de seus procedimentos:

“Se eu quiser fazer um exame igual ao que eu estou precisando para a coluna, eu teria que pagar. Do joelho não foi pago, e demorou dois anos, se tiver que morrer, morre né?” M – JN

Embora o SUS garanta acesso universal e gratuito a seus usuários, na prática, encontra-se no Brasil um sistema híbrido público- privado, o que de acordo com Santos (2009)⁵⁰, deu

origem ao jargão “SUS pobre para os pobres e complementar segmentado para os consumidores dos planos privados”. Nesse mesmo sentido, foram observadas diferentes situações que as usuárias optaram pelo atendimento privado, por meio de pagamento direto ou planos de saúde complementares, quando o acesso aos serviços ofertados do SUS, foram negados ou dificultados.

“Eu tenho o plano para ser bem sincera, para ter um serviço mais imediato.”
R – V

“Eu fiz particular (exame preventivo), porque na unidade de saúde do lado da minha casa eu não consigo fazer.” V – M

Porém, devido a limitação econômica da maioria da população SUS dependente, essa não é uma realidade em todos os municípios, seja no âmbito nacional, ou mesmo regional, fazendo que o caráter de gratuidade do SUS, seja a principal garantia de acesso dessas usuárias aos serviços de saúde. Autores acrescentam que o acesso por si só, não é garantia de utilização dos serviços e que esse só é obtido quando a busca do usuário por serviço de saúde é exitosa^{10,11}. Nesse sentido, foram identificadas usuárias que declararam não terem sucesso ao buscar os serviços de saúde tanto na APS quanto na rede privada, e isso se deu principalmente devido a incapacidade de pagamento:

“Ah sim, já deixei de fazer o acompanhamento psicológico né, porque não tenho condição de pagar, o médico até me deu o encaminhamento, aí fica difícil porque pelo SUS eu não consigo e pagar também não consigo.” L – V

A capacidade de pagamento como barreira de acesso, foi também identificada no relato das usuárias em relação a incapacidade de custeio de transporte, ou até mesmo na perda de produtividade ou arrecadação financeira devido ao distanciamento de suas atividades laborais. Do mesmo modo, estudo realizado em cinco diferentes regiões de saúde no Brasil, identificou o custo e o tempo gasto com transporte, como a barreira de acesso mais comum na busca pelos serviços de saúde em três das cinco regiões investigadas⁵⁴. Essa situação foi identificada no relato de uma usuária sintomática para o COVID – 19, que ao procurar sua UBS, foi

encaminhada para outro bairro, para realização do teste diagnóstico, evidenciando uma falha grave dentro da rede de APS:

“É uma coisa também que cada posto já poderia fazer ne? Se a pessoa não tem condições? Dinheiro de passagem? Eu moro no morro, tenho que pegar ônibus, ir lá pro centro, porque aqui hoje, tudo e na base do cartão pra passar no ônibus que não tem mais trocador. Então já é tudo contramão.” E - V

No sentido de reforçar que essa é uma limitação de acesso já instituída nesse cenário, o seguinte relato da mesma usuária, demonstra situações em que a ausência no trabalho também configura para ela em uma barreira de acesso, principalmente, devido aos gastos e a perda de proventos em decorrência desse deslocamento:

“Sim já aconteceram algumas vezes, deles falarem para fazer consulta com algum especialista e ficar difícil de ir porque é muito longe, mas é mais por conta do trabalho mesmo, eu não ter com quem deixar meu filho ou não tem como pagar para ir lá.” E - V

De acordo com Costa (2014)⁵⁵, isso se solucionaria através de um trabalho multiprofissional, modelo de redes de cuidado e melhor articulação dos níveis assistenciais do SUS, resultando em maior resolubilidade dos problemas de saúde da população adstrita na própria UBS.

INFORMAÇÃO: GARANTIA DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS USUÁRIAS E À APS

A informação, necessária em todas as dimensões de acesso, é considerada como o “grau de adequação entre o sistema de saúde e os fatores individuais de acesso”. Segundo Thiede (2005)⁵⁶, estar bem informado é o resultado positivo do processo de comunicação entre o sistema de saúde e seus clientes.

Foram observadas, por meio dos relatos das usuárias, carência de informações sobre a disponibilidade de serviços ofertados exclusivamente para mulheres, como disponibilidade de exames diagnósticos de cânceres ginecológicos, com destaque para a mamografia, educação em saúde para mulheres em relação menopausa, educação sexual e, serviços de apoio a mulher vítima de violência, conforme observamos nos trechos a seguir:

“Igual, teve o outubro rosa e fala da mamografia, mas eu não sei se no município tem alguma coisa relacionada, se tem o equipamento que eu posso ir lá utilizar de graça. Eu não sei se falar se isso existe. Porque falta divulgação, então é uma barreira muito grande.” K - JN

“Tem só umas palestras de vez enquanto, mas eu nunca lembro de ir, eles podiam divulgar mais, porque deve ser importante né, até mesmo porque queria entender mais sobre menopausa, essas coisas assim de prevenir esses calores que dão na gente, eu fico bem perdida mesmo.” D - SL

“A questão da saúde mental eu sinto falta também [...] a questão da violência para mulher geralmente não é tratada na saúde especificamente [...]. Eu não tenho conhecimento se há esse tipo de acompanhamento dentro do PSF por exemplo.” M - SL

Embora a APS tenha uma posição privilegiada, com maior proximidade da população e habilidade em proporcionar maior alcance das ações de prevenção de doenças como o câncer de mama, a ausência de informação sobre a necessidade e disponibilidade de exames diagnósticos, a exemplo da mamografia, demonstra uma falta de sincronia entre as campanhas executadas na APS, mas que muitas vezes estão limitadas a um período do ano, essa perda de oportunidade de acesso ao rastreamento e ações preventivas, geram uma consequência desfavorável no que concerne a prevenção precoce de doenças⁵⁷.

“Sinto falta de mais informações para as mulheres, como por exemplo outubro rosa, mas sinto falta dessas informações ao longo do ano, não apenas em um mês, isso eu sinto falta.” M – SL

“Só a minha crítica mesmo é de maior informação, eu acho que para tudo a gente precisa estar bem informado, bem claro de tudo e isso não é somente em datas comemorativas, meses. Todos os meses são importantes, todos os meses a gente precisa fazer algo.” K - JN

A informação também esteve atrelada à aceitabilidade das usuárias em relação aos prestadores de serviço. O vínculo com a equipe por diversas vezes se fundiu com o grau de acesso percebido pelas usuárias:

“A atendente do posto mal olhou no meu rosto e falou que não sabia aonde eu podia fazer o cartão saúde, o cartão do SUS eu até tenho, agora o cartão da família que eles pedem, eu nem sei aonde eles fazem. Era para eles saberem aonde eu devo ir, em qual secretaria. Era para te falar, o atendimento público aqui é muito ruim.” VA- M

Pesquisa comprova que a dignidade e o respeito refletem aos usuários a percepção de que estão sendo mais ouvidos em relação às suas crenças e características culturais, nesse sentido o

compartilhamento de informações amplas, oportunas e fidedignas, implicam em uma comunicação não enviesada entre a equipe de saúde e as usuárias, possibilitando a elas maior participação no processo decisório de saúde⁵⁸. Porém, profissionais de saúde revelam que inúmeros fatores dificultam essas atividades, dentre eles o processo de gestão municipal e o processo de trabalho dos profissionais tanto na execução, como priorização das demandas⁵⁹.

A condução de ações de educação em saúde foi identificada pelas usuárias como incentivo na maior utilização do serviço, o que entra em consonância com o princípio de integralidade, que deve ser garantido não apenas por meio das práticas curativas e assistenciais dos profissionais de saúde, mas também, por ações preventivas, como a educação em saúde⁶⁰:

“Para mim eu gostei né, mãe de primeira viagem, tudo é curiosidade, tudo é curioso para gente. E aqui na UBS do bairro, todo dia da mulher, eles fazem um dia voltado para mulher, faz sempre no sábado, aí você fica o dia todo, o sábado todo, aí tem palestra, sobre varias prevenções, muita coisa para mulher. Eles sempre estão fazendo isso e eu adoro participar.” S – JN

A educação em saúde, considerada como um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária, tem como foco o reconhecimento do caráter multidimensional da saúde, possibilitando a participação ativa e autônoma da usuária em seu processo de cuidado⁶¹. O que pode ser potencializado por meio de condutas profissionais alinhadas com as demandas psicossociais e culturais do sujeito, por meio de uma relação horizontal entre prestadores de cuidado e as usuárias⁶².

Ainda, a fim de destacar a importância da informação em todas as dimensões de acesso, a falta de informação, foi considerada por uma usuária, como o motivo que a faria buscar serviços de saúde privado:

“Se hoje eu fosse fazer a mamografia, eu iria pagar com certeza, entendeu? Por falta de informação.” K - JN

Situações como essa, vão contra as diretrizes do governo, que institui a garantia à informação sobre os serviços de saúde, para todas as pessoas, por meio de linguagem e meios

de comunicação adequados. Os usuários devem ter acesso à informação de sobre os seus direitos à saúde, e funcionamento dos serviços de saúde, divulgados por diversos meios de comunicação, no próprio serviço de saúde de forma visível, com informações sobre os responsáveis pelo serviço, horários de atendimento e ações e procedimentos disponíveis de forma clara e compreensiva por toda e qualquer pessoa⁶³. Dentre as várias consequências decorrentes da falha desse processo, os gastos econômicos diretos ou indiretos representam um fardo para as famílias, o que somado a falta de retaguarda terapêutica, principalmente na oferta de serviços especializados, enfraquecem o nível de coordenação da APS, que se configura como um ponto central para a organização das redes de atenção em saúde⁶⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados apresentados nesse estudo, apontam as percepções de mulheres usuárias da APS, no que se refere ao acesso e a utilização dos serviços de saúde. Tanto o acesso quanto a utilização dos serviços da APS por essas mulheres, que em sua maioria são negras, de baixa escolaridade e com baixo poder socioeconômico, foram por vezes relatados sob a influência de marcadores sociais de gênero, socioeconômico, de local de moradia, e até mesmo faixa etária.

A fragmentação dos serviços da rede de saúde surgiu como uma barreira de acesso, em decorrência da deficiência na disponibilidade de serviços e consequente encaminhamento das usuárias da APS para serviços especializados, fazendo com que as UBS fossem por vezes vistas pelas usuárias, apenas como um lugar burocrático de baixa resolutividade. Ao mesmo tempo em que o SUS aparece como a única ou principal forma de acesso e utilização dos serviços de saúde, principalmente pelo seu caráter de gratuidade e capilaridade nas comunidades.

A percepção das usuárias em relação ao atendimento e a organização dos serviços de APS, foi influenciado tanto positivamente quanto negativamente pelas relações interpessoais entre os prestadores de serviço e as usuárias. Os dados revelaram que o acesso aos serviços, são intimamente influenciados por fatores relacionados à aceitabilidade das usuárias que vão

desde a longitudinalidade da atenção, por meio do vínculo entre profissional de saúde e usuária, à comunicação, à organização do serviço, à categoria profissional e até ao sexo do profissional prestador de cuidado de saúde. Além disso, questões relacionadas à morosidade e às falhas de oferta de serviços de saúde e informação, influenciaram na capacidade de pagamento das usuárias direta e indiretamente, em decorrência de perda de dias de trabalho ou tempo de deslocamento para se obter o acesso e utilização dos serviços na própria APS ou encaminhamento à rede especializada.

Tendo em vista esse contexto, as equipes que atuam na APS devem dispor de instrumentos e habilidades que promovam o acesso das usuárias levando em consideração suas necessidades. Por serem as mulheres as que mais utilizam esses serviços e por esses serem socialmente conhecidos como “locais para mulheres”, acredita-se que conhecer como esses locais têm sido acessados e utilizados por elas, constitui-se em uma importante ferramenta no propósito de promover ações que ampliem o acesso à APS.

Essas ações podem ser impulsionadas de diversas maneiras, como a desburocratização da rede de cuidado, adequação nos horários de funcionamento das UBS, ampliação e melhora na comunicação entre os prestadores de serviços e usuárias, flexibilização das agendas de oferta de serviço, estímulo a composição de equipes multiprofissionais, melhoria nos protocolos e processos de encaminhamento para serviços especializado, dentre outras inúmeras ações, que exercidas sob a luz dos atributos da APS, tem plena capacidade de melhorar o acesso das mulheres a uma APS fortalecida. Medidas essas que se fazem necessárias, principalmente, no atual contexto de crise política e econômica, que tem resultado em ameaças à universalidade do SUS, que orienta sobremaneira as políticas de promoção do acesso das mulheres aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cienc Saude Colet* 2018; 23 (6):1751-1762.
2. Melo KMM, Malfitano APS, Lopes RE. Os marcadores sociais da diferença: contribuições para a terapia ocupacional social. *Cad. Bras. Ter. Ocup* 2020; 28(3):1061-1071.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Algumas características de força de trabalho por cor e raça. Rio de Janeiro; 2019.
4. Vescovi JS, Schuelter-Trevisol F. Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de santa catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal. *Rev. paul. Pediatr* 2020; 38 (e2018390).
5. Cruz MC, Irffi G. Qual o efeito da violência contra mulher brasileira na percepção da saúde? *Cienc saude colet* 2019; 24 (7).
6. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, Sousa MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde em Debate* 2016, 40,1(10):264-271.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, MS, 2002.
8. Romero, LS, Shimocomaqui GB, Medeiros ABR. Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comum* 2017; 12(39):1-9.
9. d'Oliveira AFPL. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface* 1999; 3(4):105-122.
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Publica* 2004; 20 (Suppl 2): S190-S198.
11. McIntyre D, Mooney G. *The Economics of Health Equity*. Cambridge University; 2007.
12. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de saúde por idosos brasileiros. *Cienc Saude Coletiv* 2020; 25(6):2213-2226.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo. Brasília; 2011.
14. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AAA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saude Debate* 2014; 38(n. esp.):358-372.

15. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Publica* 2008; 24(5): 1168-1173.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasil: Brasília; 2012.
18. Celin JL. Imigração italiana no Espírito Santo: aspectos históricos e sinais contemporâneos. *Revista GeoNordeste*, São Cristóvão, Ano XXX, n. 3, p. 56-75, jul./dez. 2019.
19. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev. Bras. Enferm* 2020; 73(4): e20180834.
20. Carneiro S. Mulheres em movimento. *Estud. av.* [online], v.17, n.49, p.117-33, 2003.
21. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.
22. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery* 2011;15 (4):802-810.
23. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema único de Saúde do Brasil. *Ciência Saude Colet* 2020; 25(11):4521-4530.
24. Medina MG, Giovanella L; Bousquat AEM, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Publica* 2020, 36(8): e00149720.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS). *Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde*. Brasília; 2020.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
27. Kumar D, Dey T. Treatment delays in oncology patients during COVID-19 pandemic: A perspective. *J Glob Health* 2020; 10(1):010367.
28. Jewell BL, Smith JA; Hallet TB. Understanding the impact of interruptions to HIV services during the COVID-19 pandemic: A modelling study. *The Lancet Regional Health* 2020; 26:100483, 2020.
29. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, Cannon M, Correll CU, Byrne L, Carr S, Chen EYH, Gorwood P, Johnson S, Karkkainen H, Krystal JH, Lee J, Lieberman J, López- Jaramillo C, Mannikko M, Phillips MR, Uchida H, Vieta E, Vita A, Arango C. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 813–24.

30. Bernardino Junior SV, Medeiros CRG, Souza CF, Kich J, Alves AM, Castro LC. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* 2020, 44(126): 694-707.
31. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate* 2018; 42 (spe1).
32. Brasil. Recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama. Instituto Nacional do Câncer (INCA); 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/confira-recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama>.
33. Villar VCFL, Souza CTV, Delamarque EV, Seta MH. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(1):105-114.
34. Castro CP, Sala DCP, Costa Rosa TE, Tanaka OY. Atenção ao Câncer de Mama a partir da suspeita na Atenção Primária à saúde nos municípios de São Paulo e Campinas. *Cien Saude Colet.* 2020.
35. Figueiredo MFS, Borém LMA, Vieira MRM, Leite MTS, Rodrigues Neto JF. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate* 2017; 41(114):729-740.
36. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: atuação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate* 2018; 42 (spe1).
37. Girardi SN, Stralen ACSV, Lauar TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant* 2017; 17(Supl 1): S171-S184.
38. Australian Government, Department of Health. Review of the Australian Government Health Workforce Programs. Canberra: Department of Health; 2013. Disponível em: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/review-australian-government-health-workforce-programs>.
39. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, Leite MTS. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate* 2014; 38 (100): 26-34.
40. Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna NF, Cavalcante AES, Vasconcelos, MAS, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e2.
41. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* 2018;71(Supl 1):704-9.
42. O'Malley AS. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(1):175-83.

43. Almeida ER, Pereira FWA. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. *APS em Revista* 2020; 2 (3):240-244.
44. Travassos C. Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24(5):1159–61.
45. Arruda CAM, Bosi MLM. User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(61):321-32.
46. Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *Ciência e Saúde Colet* 2018; 23(6):2043-2050.
47. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saude em Debate* 2015; 39(105): 514-524, 2015.
48. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2011; 20(4):867-874.
49. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP* 2010; 44(4): 904-910.
50. Santos IS. O Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada [tese]. Rio de Janeiro: Ficoruz; 2009.
51. Holst J, Giovanella L, Andrade G, Carrilho LA. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde debate* 2016; 40 (spe).
52. Giovanella L, Mensonza-Ruiz A, Amand PAC, Cantanhêde RM, Branco MG, Soares SI. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(6): 1763-1776.
53. Turino, F.; Filippin, J. Sodré, F. Siqueira, C.E. Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social health Organization Brazil. *International Journal of Health Services* 2020; 1(11).
54. Oliveira RAS, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(11):e00120718.
55. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saude Debate* 2014; 38(103):733-743.
56. Thiede M, Akewengo P, McIntyre D. Explorando as dimensões do acesso. In: McIntyre D.; Mooney G. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014, p.137-61.
57. Cunha GN, Vianna CMM, Mosegui GBG, Silva MPR, Jardim FN. Rastreamento do câncer de mama: modelo de melhoria do acesso pelo uso de mamógrafos móveis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019; 43: e19.

58. Johnson KB, Serwint JR, Fagan LA, Thompson RE, Wilson MEH, Roter, D. Computer-based documentation: Effects on parent-provider communication during pediatric health maintenance encounters. *Pediatrics* 2008; 122(3), 590-598.
59. Silva JRA, Lemos EC, Hardman CM, Santos SJ, Antunes MBC. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. *Rev Bras Promoç Saúde* 2015; 28(1): 75-81.
60. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19 (03).
61. Vasconcelos MIO, Farias QLT, Nascimento FG, Cavalcante ASP, Mira QLM, Queiroz MVO. Educação em Saúde na Atenção Básica: Uma análise das ações com hipertensos. *Rev. APS* 2017;20 (2).
62. Borges SAC, Porto, NP. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde Debate* 2014; 38(101), 338-346.
63. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde/ Ministério da Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
64. Almeida P, Santos A, Santos V, Silveira Filho R. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):320-335.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS TESE

A compreensão da multiplicidade dos fatores que influenciam as diversas necessidades e realidades vivenciadas por mulheres, no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços de APS, foi o ponto de partida para a condução desse estudo. Em tempos incertos, em que o SUS vem resistindo às constantes ameaças, que colocam seu princípio de universalidade em risco, considera-se como uma importante ferramenta, a identificação das desigualdades que colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade, resultando em barreiras que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Além disso, faz-se necessário medidas propositivas a fim de garantir o acesso e qualidade dos serviços ofertados as mulheres.

Para isso, realizamos um mergulho pelas ondas dos movimentos feministas americano e brasileiro, que após anos de uma representatividade seletiva, as mulheres elevaram suas vozes, e mostraram que elas não se resumiam a um grupo homogêneo, e sim se manifestavam por meio de diferentes rostos, cores, níveis educacionais, identificações de gênero, idades e culturas. E esses marcadores sociais, por décadas ignorados, resultaram em políticas de saúde limitadas, restritas principalmente a questões maternas.

E nesse sentido, os movimentos sociais aqui abordados em mais profundidade o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e os Movimentos Feministas, com destaque ao Movimento Feminista Negro, agiram como combustíveis no processo de criação do SUS, e na defesa de políticas de saúde, que abrangessem as mulheres, em suas multiplicidades de contextos e necessidades. O que foi possível, também por meio da compreensão das interseccionalidades existentes na sociedade.

As políticas de saúde limitadas, que comumente resumiam as necessidades das mulheres às questões materno-infantis, reproduziram por anos um modelo patriarcal, que repercute em desigualdades até os dias atuais. Essas desigualdades, são percebidas diariamente nos agravos de saúde que mais atingem as mulheres, como altos índices de câncer ginecológicos, IST, consequências da violência doméstica, entre outros agravos, que atingem principalmente mulheres negras, de baixo poder socioeconômico e baixo nível educacional. Revelando as facetas do racismo que

historicamente tem estruturado a sociedade brasileira, com tentáculos nas diferentes instituições, inclusas as da saúde (WERNECK, 2010; SANTOS, 2016; DIAS, 2020). Essa é uma preocupação recorrente e que vem se intensificando recentemente, principalmente em decorrência da pandemia da Covid-19, que tem colocado as mulheres em maior posição de vulnerabilidade, acentuando por barreiras no acesso aos serviços da APS.

O SUS, pelo seu caráter universal, integral e gratuito, se apresenta como a principal ou a única alternativa para a maioria de suas usuárias. Nesse sentido, a APS no Brasil, por meio da ESF, surge como um espaço privilegiado, para o primeiro contato dessas usuárias e quando estruturado seguindo seus princípios de longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, focalização da família, orientação comunitária e primeiro contato, está apto a exercer tanto seu papel preventivo, de proteção e promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

De modo a propor medidas que garantam o acesso aos serviços de saúde, primeiramente identificamos, quais os tipos de serviços que tem sido mais oferecidos para as mulheres, a nível de APS, no Brasil. E através dos dados, pudemos observar que esses serviços tem sido mais concentrados na prevenção de cânceres ginecológicos, mais especificamente do colo do útero e de mama, e também no período gravídico puerperal, reafirmando por vezes, um sistema de saúde que assiste a mulher mais comumente em seu período reprodutivo, e em questões ginecológicas.

É inegável, o reconhecimento das inúmeras evoluções no que diz respeito à criação de políticas públicas, que promoveram a ampliação do atendimento as necessidades de saúde das mulheres, nas últimas três décadas, desde a criação do SUS. O mesmo ocorre com sistema de prevenção e diagnóstico de câncer de mama e colo do útero, que hoje é organizado de maneira articulada entre os diferentes níveis de atenção em saúde (BRASIL, 2019, INCA, 2019) assim como a oferta de serviços, a mulheres vítimas de violência doméstica, que tem a sua disposição uma rede multisetorial de comunicação entre sistema de saúde e outros serviços de proteção a mulher (BRASIL, 2006; SCHRAIBER, 2002).

Porém, diante os inúmeros progressos frutos de constantes lutas entre diversos atores aliados ao setor saúde, esse estudo revela falhas ainda existentes no que refere ao

acesso dessas mulheres aos serviços ofertados na APS, que conseqüentemente resulta em prejuízo na utilização desses serviços pelas mulheres. E que por vezes são determinados por marcadores sociais, que as colocam em posição de vulnerabilidade, seja pelo local em que vivem, ou pela cor de pele, status socioeconômico, etc.

Diante desse cenário, esse estudo foi realizado sob a luz do referencial teórico de acesso aos serviços de saúde, proposto por McIntyre e Mooney (2007). Os autores entendem por acesso, a liberdade do indivíduo em relação ao uso do serviço de saúde, baseado pela possibilidade de escolhas e influenciado por fatores inerentes ao sistema de saúde e ao próprio indivíduo. Assim como, a utilização que é vista como o êxito do acesso.

Nesse sentido, por meio de relatos das próprias usuárias da APS no ES, foi possível identificar as dimensões de Disponibilidade, Aceitabilidade, Capacidade de pagamento e Informação, que influenciam no acesso dessas mulheres, a esses serviços de saúde. Essas dimensões foram identificadas em relatos que evidenciam a garantia do acesso, como também revelou barreiras que colocam o acesso e a utilização dos serviços de APS por mulheres, em risco.

A identificação das UBS como um local burocrático e por vezes ineficiente no encaminhamento das usuárias para realização de exames a nível de especialidades, foi por vezes citado como uma barreira de acesso de disponibilidade, com destaque ao encaminhamento das mulheres para outros municípios, principalmente para a realização de mamografia e outros exames diagnóstico resultando também em danos a utilização desses serviços, além do tempo de espera para marcação e recebimento dos resultados de exames diagnósticos.

A falta de profissionais médicos, assim como a alta rotatividade desses profissionais na APS, também se configuraram como barreiras a serem superadas, no sentido de se garantir maior vínculo entre profissionais de saúde e usuárias, refletindo diretamente no princípio de longitudinalidade da APS.

A aceitabilidade como dimensão de acesso aos serviços de APS, foi observada como um fator facilitador ou barreira de acesso e principalmente de utilização dos serviços.

A aceitabilidade, foi por vezes identificadas em relatos que abordam o vínculo entre usuárias e profissionais de saúde, principalmente por meio da relação com as ACS, que atuam como verdadeiro elo de ligação entre as usuárias e as equipes. Essa relação tem sido ainda mais necessária, principalmente em tempos de pandemia, aonde regras de distanciamento social foram impostas, fazendo com que as mulheres frequentassem menos os serviços de APS.

Mesmo o SUS sendo um sistema de saúde gratuito e a única garantia de atendimento em saúde para a maioria das entrevistadas, a categoria capacidade de pagamento, esteve presente nos relatos de mulheres, tanto para aquelas que acessaram todos os serviços gratuitamente, quanto para aquelas que encontraram barreiras para acessar vários serviços, principalmente os diagnósticos. Essas barreiras resultaram em despesas diretas e indiretas, seja na necessidade de pagamento por serviços da rede privada, perda de dias de trabalho, afetando seus rendimentos, como também gastos com deslocamento.

A dimensão informação, surgiu de forma positiva, por meio dos relatos referentes a orientações e educação em saúde, principalmente relacionadas a realização de preventivos do câncer do colo do útero e realização de pré-natal. Porém, se apresentou como barreira, muitas vezes relacionadas a utilização da mamografia e ações ofertadas para mulheres em outras fases a não ser a reprodutiva, como adolescência e menopausa.

Ações propositivas são fundamentais, a fim de elaborar estratégias que garantam o acesso e a utilização das mulheres aos serviços ofertados na APS. Essas estratégias envolvem, o aperfeiçoamento de protocolos de referenciamento e encaminhamento das usuárias da APS para outros níveis de atenção, a fim de desburocratizar o serviço e otimizar a comunicação entre os outros níveis de atenção e a APS.

Percebemos, que a identificação das necessidades de saúde das mulheres, no que vai além das necessidades reprodutivas, fazem-se necessárias, para a proposta de ações. Essas ações podem ser ofertadas por meio de medidas de prevenção e promoção de saúde, voltadas à prevenção de IST, acolhimento a mulheres vítimas de violência doméstica, ações voltadas para a mulher jovem, assim como para mulheres no climatério, e idosas. Do mesmo modo, a APS se encontra em uma posição

privilegiada para a promoção de saúde mental, que vem se revelado, inclusive, nos relatos das participantes desse estudo, como um dos principais agravos indiretos em decorrência da pandemia de Covid-19, e que não pode ser ignorada, devido a gravidade e eminentes consequências para a saúde pública.

Além disso, foi identificada a necessidade do fortalecimento e da valorização do papel do enfermeiro na APS, diante da falta de reconhecimento e de confiança em seu papel. Sugerimos a adoção de medidas de maior estímulo para a composição de equipes multiprofissionais e melhor definição do papel de cada profissional, evidenciando a relevância de outros atores, além do profissional médico, seja na coordenação da atenção, assim como na assistência. Medidas como essas, em conjunto com a participação da comunidade, favorece a formação de vínculos e confiança nas relações usuárias e profissionais.

Outra proposta a fim de sobrepor as barreiras de acesso identificadas, diz respeito a alta rotatividade do profissional médico nos serviços de APS, principalmente nas periferias e municípios remotos. Medidas de incentivo para a permanência do profissional médico, em municípios distantes de grandes centros urbanos são necessárias, a semelhança de programas já existentes em países como Austrália, Canadá e Inglaterra e o extinto modelo do programa brasileiro Mais Médicos. Além de outras medidas, como o fortalecimento de uma assistência horizontalizada, e descentralizada.

A flexibilização das agendas e expansão do horário de atendimento na APS, aparece como uma proposta viável para dirimir a perda de oportunidade de primeiro contato ou até mesmo continuidade de tratamentos. O que pode ser feito por meio da reformulação das agendas dos profissionais, redistribuição de tarefas e readequação de suas cargas horárias. E não menos importante, uma comunicação direta com a comunidade a fim de entender suas necessidades.

Assim, entendemos que medidas são necessárias e ações são cabíveis para a readequação do acesso das mulheres a APS e a garantia de sua utilização. Programas que se propõem a avaliar a APS, a exemplo do PMAQ, se mostraram relevantes, de modo a evidenciar as realidades enfrentadas pelas usuárias em seus

diferentes contextos, sem deixar de ouvir também os profissionais da APS, que por vezes são limitados a reprodução de práticas ultrapassadas, e recursos escassos.

Compreendemos que, por mais que tivéssemos o cuidado de ouvir mulheres em todas as regiões de saúde do ES e na capital Vitória, nosso estudo apresentou limitações, no que diz respeito à diversidade de cenários investigados, que com certeza são diversos até mesmo dentro de uma mesma região de saúde do Estado. Por isso, sugerimos a realização de futuros estudos que possam identificar as diferenças regionais, de modo a propor estratégias ainda mais locais.

Além disso, através dos dados investigados, surgiram questões que vão além das propostas para esse estudo, que dizem respeito às mudanças de paradigmas na utilização da APS em tempos de Covid-19, além de questões relacionadas à violência, sejam elas institucionais ou domésticas. Diante desses achados, consideramos importante, a investigação de como a APS tem sido organizada para atender essas necessidades, nos inspirando a conduzir novas publicações.

Desse modo, concluímos que, mesmo diante de um cenário político sombrio e de constantes ameaças, a garantia da potencialidade do SUS no que diz respeito aos serviços de saúde da mulher, se torna possível por meio da reestruturação de políticas de saúde e propostas de ações realistas, que favoreçam o acesso das mulheres e garantam sua utilização, baseado nos princípios tanto do SUS, quanto da APS.

7. REFERÊNCIAS GERAIS

ADAY, L.A.; Andersen. R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res.** 1974;9(3):208–20.

ADRIAO, K.G.; TONELI, M.J.F.; MALUF, S.W. O movimento feminista brasileiro na virada do século XX: reflexões sobre sujeitos políticos na interface com as noções de democracia e autonomia. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 661-682, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000300002&lng=en&nrm=iso>.

ALBURQUERQUE, M.S.V.; LYRA, T.M.; FARIAS, S.F.; MENDES, M.F.M.; MARTELLI, P.J.L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>

ALAMBERT, Z. **Feminismo: o ponto de vista marxista**. São Paulo, SP: Nobel, 1986.

ALLEN, P.G. **Who Is Your Mother?: Red Roots of White Feminism**, 1986.

ALMEIDA, APSC; NUNES, BP; DURO, SMS; LIMA, RCD; FACHINI LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p. 2213-2226, 2020.

ALCARAZ, C. L.; ROCHE, F. P.; HERNANDEZ, T. H.; MESEGUER, C. B.; RODRIGUEZ, D. P.; ESPARZA, A. O. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 217-226, 2014.

ALDRIGHI, J.D.; WALL, M.L.; SOUZA, S.R.; CANCELA, F.Z. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.3, p.512-21. 2016.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018. 204 p.

ANDRADE, C.L.T.; PEREIRA, C.C.D.A.; MARTINS, M.; LIMA, S.M.L.; PORTELA, M.C. COVID-19 hospitalizations in Brazil's Unified Health System (SUS). **PLoS ONE**, v.15, n.12, e0243126, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243126>.

ANVERSA, E.T.R.; BASTOS, G.A.N; NUNES, L.N.; DAL PIZZOL, T. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.28, n.4, p.789-800, 2012.

ANZALDÚA, G.; MORAGA, CH. **This Bridge Called My Back: Writings by Radical Women of Color**. New York: Kitchen Table, Women of Color Press, 1981.

ASSIS, J.F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n133/0101-6628-sssoc-133-0547.pdf>.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n11, p.2865-2875, 2012.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health and Ageing. National Women Health Policy 2010. AIHW, Canberra, 2010.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health. Primary Health Care in Australia, Canberra, 2013. Disponível em: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/NPHC-Strategic-Framework~phc-australia>

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health and Ageing (2017). National Women Health Policy, AIHW, Canberra, 2017.

BANDEIRA, L. M. “Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação”. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf> .

BANDEIRA, L.; MELO, H.P. **Tempos e Memórias do Feminismo no Brasil**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2010/titulo-e-memorias>>.

BANK, K. **Women of Two Countries: German-American Women, Women’s Rights and Nativism, 1848–1890** (New York: Berghahn Books, 2012), chap. 2, 2012.

BARBOSA, J.P.M.; LIMA, R.C.D.; SANTOS, G.B.M.; LANNA, S. D.; ANDRANDE, M.A.C. **Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID- 19**. INTOFPBY COVID, 2020.

BARBOSA, B.L.F.A.; LEITE, F.M.C.; LIMA, R.C.D.; DAWSON, A. **The prevention of Cervical and Breast Cancer at Primary Health Care level in Brazil**. 23rd World Conference on Health Promotion. [Trabalhos apresentados]. Rotorua: New Zealand, 2019.

BARBOSA, B.L.F.A.; LEITE, F.M.C.; LIMA, R.C.D.; DAWSON, A. **Delivering equitable maternity care using pay for performance at Primary Health Care level in Brazil**. 23rd World Conference on Health Promotion. [Trabalhos apresentados]. Rotorua: New Zealand, 2019.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en&nrm=iso>.

BARROS, R. A Nova Política de Educação e Formação de Adultos em Portugal: crítica à governação neoliberal do sector em contexto de europeização. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.26, n.100, p. 573-594, 2018.

BARROS, F.P.C.; LOPES, J.S.; MEDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300264&lng=en&nrm=iso>.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.18, n.1, p. 3-4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100003&lng=en&nrm=iso>.

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B.; MEDEIROS.; R.A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate**. v.37, n.99, p.681-690, 2013.

BARBOSA, B.L.F.A., GUIMARÃES, J.V., SALGE, A.K.M., FAVARO L.C. The knowledge of health professionals in prophylaxis of HIV vertical transmission in a Brazilian public maternity. **Enfermería Global**, Murcia, v.14, n.3, p.1-28, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.3.202301>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAXANDALL, R.; GORDON, L. **Dear Sisters: Dispatches from the Women's Liberation Movement**, 2002.

BETRÁN, A.P.; YE, J.; MOLLER, A.B.; ZHANG, J.; GÜLMEZOGLU, A.M.; TORLONI MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. **PLoS ONE**, v.11, n.2, e0148343, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, p.104, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.DATASUS. **SINASC: nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo número de consultas de pré-natal**. Brasília, DF; 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Razão de mortalidade materna - C.3 (taxa de mortalidade materna, coeficiente de mortalidade materna), 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana Brasília**. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Ano VI, n. 1. Brasília, 2009.

BRASIL. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Convenção Internacional para Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial/1965; Lei nº 7.437/1985; Lei nº 12.288/2011; portaria do Ministério da Saúde nº 992/2009, 2009.

BRASIL. COVID-19: um olhar para gênero. Promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero, 2020. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Portuguese-covid19_olhar_genero.pdf.

BRASIL. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde, Brasília, 2016. 230 p.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Ano 13, 2019. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2019**. IPEA, Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF, 2004. 104 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2. reimp. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção a Saúde, Ministério da Saúde. Manual instrutivo: saúde mais perto de você - acesso e qualidade. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Disponível

em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMA_Q_AB2013.pdf

BRASIL. Portaria GM/MS No 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf.

BRASIL. Lei no 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BITTENCOURT, G. **Historiografia capixaba e imprensa no Espírito Santo**. Vitória, 1998.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BRYSON, V. **Feminist Political Theory, an Introduction**. The MacMillan Press LTD, London, 1992.

CAÇADOR, S. B.; GRASSI, R.A. A situação da economia do Espírito Santo no início do século XXI: Um Estado desenvolvido e periférico? **Revista Geografares**, n.14, p.107-132, 2013.

CAMARGO, D.S.; CASTANHEIRA, E.R. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à saúde (APS). **Interface**. V. 24, (supl 1), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190600/>

CAMPOS, M.L. Feminismo e movimentos de mulheres no contexto brasileiro: A constituição de identidades coletivas e a busca de incidência nas políticas públicas. **Revista Sociais & Humanas**. v. 30. n. 2, 2017.

CANESQUI, A.M. Antropologia e Alimentação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22(3), 1988.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. av. [online]**, v.17, n.49, p.117-33, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lng=en&nrm=iso.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o Feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**, 2011. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina>>

CARNEIRO. Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado em educação). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <

<https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf>>.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av. [online]**, v.27, n.78, p.7-26, 2013.

CASSIANO, A.C.M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v.65, n.2, p.227-244,2014.

CASTRO, M.C.; MASSUSA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES- FILHO, N.A.; ANDRADE, M.V.; NORONHA, K.V.M.S. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, v.394, n.10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303318/>.

CASTRO, R.C.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços [Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services]. **Cad Saude Publica**, v. 28, n.9, p. 1772-84, 2012.

CAVALCANTI, L. F.; MOREIRA, G.A.R.; VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, R. M. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1079-1091, 2015.

CECILIO, L.C.O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A.; ANDRADE, M.G. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2893-2902, 2012.

CELIN, J.L. Imigração italiana no Espírito Santo: aspectos históricos e sinais contemporâneos. **Revista GeoNordeste, São Cristóvão**, ano XXX, n. 3, p. 56-75, 2019.

COCHRANE, K. **All the rebel women: the rise of the fourth wave of feminism**. Guardian Books, 2013.

COELHO, E. A. A.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: Limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.1, p.154—160, 2009.

COSTA, A.M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e valiação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, v.31, n. 75, p.13-24, 2007.

COSTA, A.A.A.; SARDENBERG, C.M.B. **O feminismo no Brasil: uma (breve) retrospectiva**. Costa, A.A.A.; SARDENBERG, C. M.B (Orgs.). O feminismo no Brasil: reflexões teóricas e perspectivas. Salvador: UFBA/ Núcleo Interdisciplinares sobre a mulher, 2008.

COSTA, A.A.A. O movimento feminista no Brasil: Dinâmicas de uma intervenção Política. **Revista Gênero**, Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense. 2005.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.14, n.4, pp.1073-1083, 2009.

COLLINS, P.H. Learning from the outsider within: the sociological significance of black feminist thought". **Social Problems**. 33 (6): s14–s32, 1986.

COLLINS, P.H. **The Social Construction of Black Feminist Thought**. In: COLLINS, P.H. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. NY: Routledge, p. 1-44, 2000.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANUZZI, P.M. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Em Suzana Cavenaghi (Org.), *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva* (pp. 29-62). Rio de Janeiro, 2003.

CUNHA, C.C.; TEIXEIRA, R.; FRANÇA, E. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. *Epidemiol. Serv Saude, Brasília*, v.26, n.1, p.19-30, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00019.pdf>

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, 10 ed, v. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics**. *The University of Chicago Legal Forum*, Chicago, v. 140, p. 139-167, 1989.

CURTA, J. C.; WEISSHEIMER, A. M. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 41, n. spe, e20190198, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200425&lng=en&nrm=iso.

CONSOLIM, V.H. **A história da primeira onda feminista**. 2017. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2017/09/14/historia-da-primeira-onda-feminista/>.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo, Boitempo, 2016 (1981).

DAVIS, A. **Angela Davis' Women's March speech: "This country's history cannot be deleted."** *The Guardian*. Disponível em: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/jan/22/angela-davis-womens-march-speech-countrys-history-cannot-be-deleted>.

DAVIS, A. **Black Feminisms across the Americas: A tribute to Political Activist Marielle Franco**. Brazil LAB, Princeton University, 2019.

DAVY, C.; HARFIELD, S.; McARTHUR, A.; MUNN, Z.; BROWN, A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. **Int J Equity Health**, v.15, n.163,2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>.

DIAS, JERUSA ARAÚJO. **Infecções sexualmente transmissíveis, alterações citológicas de colo do útero e fatores associados em mulheres quilombolas no Espírito Santo**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2020.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, S.P.L.B.; GRAGLIA, C.G.V.; AGUIAR, J.M.; SOUSA, P.C.; BONIN, R.G. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, v.24,e190164, 2020.

DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J.A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A.P.E.; SCHILITZ, A.O.C.; LEAL, M.C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saude Publica**, v30, Supl. 1, p.S101-S116, 2014.

DOMINGUES, R.M.; LEAL, M.C. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study. **Cad Saude Publica**, v.32, n.6, 2016.

DONABEDIAN, A. **Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them**. The Milbank Memorial Foundation. Cambridge, p. 103-154, 1972.

DUARTE, N.I.G.; SILVA, V.L.M.; PINTO, L.W. A “amiga que já abortou”: um olhar sobre experiências partilhadas em uma comunidade virtual. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 5, 2020.

DUARTE, C.L. Feminismo e literatura no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 151-172, Dec.2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300010&lng=en&nrm=iso.

DUBOIS, E.C. **Woman Suffrage around the World, in Suffrage and Beyond: International Feminist Perspectives**, ed. Caroline Daley and Melanie Nolan (New York: New York University Press, 1994), 254, 1994.

DONKIN, A.; GOLDBLATT, P.; ALLEN, J.; NATHANSON, V.; MARMOT M. Global action on the social determinants of health. **BMJ Glob Health**. 2017; 3 Suppl 1: e000603.

DRUCKER, S.A. **Betty Friedan: The Three Waves of Feminism**. Ohio Humanities, April 27, 2018.

DUARTE, A. R. F. Betty Friedan: morre a feminista que estremeceu a América. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 287-293, 2006.

DULTRA, V.B.D. **Direito das mulheres na Constituinte de 1933-1934: disputas, ambiguidades e omissões**. Universidade de Brasília. Brasília, 2018.

ELLIOT, A. **Is Medicare Universal?** Department of the Parliamentary Library. Canberra, n.37, 2003. Disponível em: <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2003-05/apo-nid6704.pdf>.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**.

In_____. (Org.) DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, p. 15-42, 2006.

DINIZ, Debóra. **Brasil, o pior país do mundo para as mulheres negras grávidas**. El País. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2021-03-29/brasil-o-pior-pais-do-mundo-para-as-mulheres-negras-gravidas.html>

ENTRINGER, A. P; PINTO, M. F.T.; GOMES, M.A.S.M. Mendes. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1527-1536, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401527&lng=en&nrm=iso>.

EIBENSCHUTZ, C., org. Política de saúde: o público e o privado [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Decreto n. 3147-R, de 21 de novembro de 2012. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização de Saúde. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Cobertura da Atenção Primária aumenta no Estado. 2019. <https://www.es.gov.br/Noticia/cobertura-da-atencao-primaria-aumenta-no-estado>

FACCHINI, L.A.; NUNES, B.P.; DURO, S.M.S.; THUMÉ, E.; SIQUEIRA, F.; FRIPP, J.C. et al. **Iniquidades socioeconômicas no acesso e na qualidade da atenção ao diabetes entre idosos brasileiros**. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate: a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: CONASS; 2014. p. 88-106.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**. FGV-EAESP. Florianópolis, v.12, n.1, p.47- 71, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692>.

FERREIRA, L.O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4):1151-1159, 2013.

FERREIRA, V.C; SILVA, M.R.F.; MONTOVANI, E.H.; COLARES, L.G.; RIBEIRO, A.A.; STOFEL, N.S. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. **Rev. bras. educ. Med**, v.44, Supl. 1, e147, 2020. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000500803&lng=en&nrm=iso>.

FERNANDES, B.C. **Cuidado pré-natal e puerperal na rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de Goiás**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

FIGUEIREDO, D.C.M.; FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, T.K.B.; TAVARES, G.; VIANNA, R. P. T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00074519, 2020. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&lng=en&nrm=iso>.

FIRESTONE, S. **The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution**. New York: William Morrow and Company, 1970.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública** [Internet], 24(1):17-27, 2008.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S.N. **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2015.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, A.M.B.; SILVA, J.M.O. Mulheres em situação de vulnerabilidade: um olhar à luz da fenomenologia social. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 875-9, 2016.

FREEDMAN, E.B. **No turning back: The History of Feminism and the Future of Women**. Ballantine Books, 2002.

FRIEDAN, B. **The Feminine Mystique**. New York: Norton, 1963.

FRIEDAN, B. **Mística feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971.

FUNCIA, F.R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. V.24, n.12, p.4405-4415, 2019. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405&lng=en&nrm=iso>.

GANATRA, B.; TUNÇALP, Ö.; JOHNSTON, H.B.; JOHNSON, B.R.; GÜLMEZOĞLU, A.; TEMMERMAN, M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. **Bull World Health Organ**, v.92, n.3, p.155, 2014.

GIAMMATTEI SV. Beyond the Binary: Trans-Negotiations in Couple and Family Therapy. **Fam Process**, v.54, n.3, p.418-434, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso>.

G1. **Menina de 11 anos fica grávida após estupro no ES**. Naiara Arpini, G1 ES, Espírito Santo, G1, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espirito-santo/noticia/2020/08/28/menina-de-11-anos-fica-gravida-apos-estupro-no-norte-do-es.ghtml>.

G1. **Mulher é libertada em MG após 38 anos em condições análogas à escravidão**. G1, 2020.

GUIGINSKI, J.; WAJNMAN, S. A penalidade pela maternidade: participação e qualidade da inserção no mercado de trabalho das mulheres com filhos. **Rev. bras. estud. popul.** São Paulo, v.36, e0090, 2019. Available:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982019000100159&lng=en&nrm=iso>.

GOES, E.F.; MENEZES, G.M.S.; ALMEIDA, M.C.C.; ARAÚJO, T.V.B.; ALVES, S.V. BRITO e ALVES, M.T.S.S. et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00189618, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001305006&lng=en&nrm=iso.

GOES, E.F.; RAMOS, D.O.; FERREIRA, A.J.F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00278110, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso>.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afrolatinoamericano**. São Paulo: Editora Schwarcz. Companhia das Letras, 2019.

GONZALEZ, L. Mulher negra. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin (Org.). *Guerreiras de natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente*. São Paulo: Selo Negro, p. 29-47, 2008.

GOMES, C.B.S.; GUTIERREZ, A.C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&lng=pt&nrm=iso>.

GOHN, M. G. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias.** São Paulo: Cortez, 2005.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

HARZHEIM, E.; MARTINS, C.; WOLLMANN, L.; PEDEBOS, L.A.; FALLER, L.A.; MARQUES, M.C. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do doutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p.2493-2497, 2020.

HENNING, C.E. Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações**, Londrina, v. 20 n. 2, p. 97-128, 2015.

HOOKS, B. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.** [online]. n.16, p.193-210, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522015000200193&lng=en&nrm=iso>.

HOOKS, B. *Ain't I a woman: black women and feminism.* London, Pluto Press, 1982.

HOOKS, B. **Homeplace: a site of resistance.** In: HOOKS, B. *Yearning: race, gender, and cultural politics.* South End Press: Boston, 1990, p.41.50

HOLANDA, Heloisa Buarque (Org.). **Pensamento Feminista: Conceitos fundamentais.** Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2019

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2014 –** microdados da amostra. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Brasil, 2015.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD.** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Rio de Janeiro, 2019.

IBGE. **Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/ IBGE.** Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Rio de Janeiro, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância e Análise de Situação, Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Dossiê Violência Contra Mulheres, 2016.** Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/violencias/violencia-e-racismo/>.

JOHNSON, T.B. **Waves of Feminism and the Media**. Lewis Honors College Capstone Collection. 32, 2017.

LEAL, M. C. SZWARCOWALD, C.L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E.M.L.; BARRETO, E.M.L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1915-1928, 2018.

LEMOS, L.V.P. **Diagnóstico em estágio avançado do câncer de mama na América Latina e Caribe e sobrevida de mulheres tratadas para essa doença pelo Sistema Único de Saúde segundo raça/cor**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

LIBERATO, E. Wollstonecraft, uma defensora dos direitos das mulheres: a propósito do livro*. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 58, e205819, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-8332020000100601&lng=en&nrm=iso>.

LORDE, A. *Sister Outsider*. Berkely, CA: The Crossing Press, 1984.

LOUVISON, M.C.P. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 42, n.4, p.733-740, 2008.

MARIANO, C.M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Rev. Investig. Const. [online]**. v.4, n.1, p.259-281. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392017000100259&lng=en&nrm=iso>.

MARINO, K.M. **Feminism for the Americas: The making of an International Human Rights Movement**. Charlotte, NC, University of North Carolina Press, 2019, 368 pp.

MARIANI, D.; RONCOLATO, M.; TONGLET, A.; DUCROQUET, S. O que o mapa racial do Brasil revela sobre a segregação no país. **Nexo Jornal**, 2015. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/especial/2015/12/16/O-que-o-mapa-racial-do-Brasil-revela-sobre-a-segregação-no-país>>.

MARTINS, A.C.S.; SILVA, L.S. Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev Bras Enferm [Internet]*. v.71, n.1, p.677-83, 2018.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401181&lng=en&nrm=iso>.

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 67-92, jun. 2010.

MATOS, M. A Quarta onda feminista e o Campo crítico-emancipatório das diferenças no Brasil: entre a destradicionalização social e o neoconservadorismo

político. In: ENCONTRO ANNUAL DA ANPOCS, 38., 2014, Caxambu. Anais... Caxambu: ANPOCS, 2014.

MAYORGA, C.; COURA, A.; MIRALLES, N.; CUNHA, V.M. As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: colonialismo, racismo e política heterossexual. **Rev. Estud. Fem. [online]**. 2013, vol.21, n.2, p.463-484. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000200003&lng=en&nrm=iso>.

McAULEY, I. Private Health Insurance: Still Muddling Through. **Agenda: A Journal of Policy Analysis and Reform**, v. 12, n. 2, p. 159–178, 2005. Disponível em: www.jstor.org/stable/43199342.

McINTYRE, D.; MOONEY, G. eds. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L.; FONSECA, S. C.; DOMINGUES, R. M.M. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00197918, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001304001&lng=en&nrm=iso.

MEDEIROS, O.L., BARRETO, J.O.M., HARRIS, M., RUSSO, L.X., da SILVA, E.N. Delivering maternal and childcare at primary healthcare level: The role of PMAQ as a pay for performance strategy in Brazil. **PLoS ONE**, v. 15, n. 10, e:0240631, 2020.

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.17, n.1, p.296, 2009.

MELO, K.M.; MALFITANO, A.P.S.; LOPES, R.E. Os marcadores sociais da diferença: contribuições para a terapia ocupacional social. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** São Carlos, v. 28, n. 3, p. 1061-1071, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000301061&lng=en&nrm=iso>.

MENDONÇA, C. S.; MACHADO, D.F.; ALMEIDA, M.A.S.; CASTANHEIRA, E.R.L. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602247&lng=en&nrm=iso>.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cienc Saúde Colet.** [internet]. v.15, n.5, p.2297-305, 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt.

MENEZES, E.L.C.; SCHERER, M.D.A.; VERDI, M.I.; PIRES, D.P. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária a saúde. **Saúde Soc. São**

Paulo, v.26, n.4, p.888-903, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2017.v26n4/888-903/pt>

MIGUEL, L.F.; BIROLI, F. Teoria política feminista, hoje. In: **Teoria política feminista: textos centrais**. Luis Felipe Miguel e Flávia Biroli (organização) — vinhedo, Editora Horizonte, 2013.

MIGUEL, L.F.; BIROLI, F. **Feminismo e política: uma introdução**, 2014.

MILL, J. S. **The subjection of women**. London: Longmans, Green, Reader and Dyer. 1869.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, p.108, 2007.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.S.; SILVA, M.M.A.; ASSIS, S.G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.6, p.2007-2016, 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G, SILVA, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v.19, n.3, p.507-519, 2016.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.; BARBOSA, R.M. Saúde e direitos da população trans. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.35, n.4, e00047119, 2019. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000400201&lng=pt&nrm=iso>.

MOONEY, G. Australian public health: some history lessons from South Africa. **Aust N Z J Public Health**, v.28, n.6, p. 559-560, 2004.

MORAGA, CH. This Bridge Called My Back: Writings by Radical Women of Color. G. Anzaldúa and Ch. Moraga. Eds. New York: Kitchen Table: Women of Color Press, 1983, p.27-34, 1981.

MOHANTY, C.T. **Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses**. In: MOHANTY, Chandra T.; RUSSO, Ann; TORRES, Lourdes (Ed.). **Third World Women and the Politics of Feminism**. Bloomington: Indiana University Press, p. 51-81, 1991.

MOUFFE, C. **Feminismo, cidadania e política democrática radical**. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flavia. **Teoria política feminista: textos centrais**. Vinhedo: Editora Horizonte, p. 265- 282, 2013.

MORAES, L.M., SILVA, L.I.C. Feminismo Negro e a Interseccionalidade de gênero, raça e classe. In: **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, v. 7, n.13, 2017.

MOURA, S.L.O.; SILVA, M.A.M.; MOREIRA, A.C.A.; FREITAS, C.A.S.L.; PINHEIRO, A.K.B. Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Esc Anna Nery**, v.25, n.1, :e20190325, 2021.

MUNANGA, K. **Kabengele Munanga, o antropólogo que desmistificou a democracia racial no Brasil**. In Lilian Milena, Carta Maior, 2019. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Kabengele-Munanga-o-antropologo-que-desmistificou-a-democracia-racial-no-Brasil/5/44091>.

MUNANGA, K. **Superando o racismo na escola**. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

NAVARRO, Joel Hirtz do Nascimento. **Envelhecer travesti: narrativas de vidas que importam**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2021.

NASCIMENTO, L.C.N.; SOUZA, T.V., OLIVEIRA, I.C.S.; MORAES, J.R.M.M.; AGUIAR, R.C.B.; SILVA, L.F. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.1, p.228-33, 2018.

NEPOMUCENO, B. **Mulheres Negras – “Protagonismo Ignorado”**. In: PINSKY, Carla Bassenezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). Nova História das Mulheres. São Paulo: Editora Contexto, p.382-409, 2013

OLIVEIRA, T.J; RIOS, M.A; TEIXEIRA, P.N. Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.41, n.4, p.711-719.

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

OLIVEIRA, E.; COUTO, M.T.; SEPARAVICH, M.A.A.; LUIZ, O.C. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e180736, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100247&lng=en&nrm=iso

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. v.66, n.esp, p.158-64, 2013.

OMS. **WHO Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva; 2015 (WHO/RHR/15.02)

OMS. **Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: World Health Organization; 2019.

OMS (World Health Organization). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data, 2018.

OMS (World Health Organization). **WHO Statement on Caesarean Section Rates**, 2015.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>.

PACHECO, R. J. C. (2004). **A cultura capixaba: uma visão pessoal**. Vitória: Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo - IHGES.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W.J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. v.19, n.2, p.127-40, 1981.

PERES, E.P. Aspectos da imigração italiana no Espírito Santo: a língua e cultura do Vêneto em Araguaia. **Dimensões**, v. 26, p. 44-59, 2011.

PINTO, C. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PINTO, C.R.J. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polit. [online]**. v.18, n.36, p.15-23, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000200003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4478.

PITILIN, E.B.; SBARDELOTTO, T. Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva: Estudo comparativo entre dois períodos. **J. res.: fundam. care. Online**, v.11, n.3, p.613-61, 2019.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p1903-1913, 2018.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(2), 103-108, jun, 2014.

RIBEIRO, D. Quem tem medo do feminismo negro? São Paulo: Companhia das letras, 2018.

RICH, A. Notes towards a politics of location. In Adrienne Rich: Blood, Bread and Poetry: Selected Prose 1979-1985. London: Little Brown & Co., 1986.

RICH, A. **Notas para uma política da localização**, in Ana Gabriela Macedo (org.), *Gênero, identidade e desejo: Antologia crítica do feminismo contemporâneo*. Lisboa: Edições Cotovia, 15-35, 2002.

RODRIGUES, T. **Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos**. EPSJV/Fiocruz. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acessado em: 25 set 2020.

ROMERO, L.S.; SHIMOCOMAQUI, G.B.; MEDEIROS, A.B.R. Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n.39, p.1-9, 2017.

RONALD, A.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q Health Soc**. v.51, n.1), p.95–124, 1973.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n.3, p.260–8, 2012.

SADDI, F.C.; HARRIS, M.; PARREIRA, F.R.; PÊGO, R.A.; COELHO, G.A.; LOZANO, R.B. et al. Exploring frontliners' knowledge, participation and evaluation in the implementation of a pay-for-performance program (PMAQ) in primary health care in Brazil". **Journal of Health Organization and Management**, v. ahead-of-print, n. ahead-of-print.2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0154>

SANTOS NETO, E.T.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M.; LIMA, R.C.D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno- infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008

SANTOS, R.A.B.G.; UCHÔA- FIGUEIREDO, L.R.; LIMA, L.C> Matrix support and actions on primary care: experience of professionals at ESF and NASF, **Saúde em Debate**, v.41, n.114, 2017.

SANTOS, N.J.S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.3, p.602-618, 2016.

SANTOS, M.P.A.; NERY, J.S.; GOES, E.F.; SILVA, A.; SANTOS, A.B.S.; BATISTA, L.E. et al. (População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n.99, 225-244, 2020.

SARTI, C. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **Cadernos Pagu**, n.16, p.31–48, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100003>.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVA, C.; CAMURÇA, S. **Feminismo e movimento de mulheres**. Recife: Edições SOS Corpo, 2010.

SILVA, E.F. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). **Saúde debate [online]**, v.39, n.106, 2015.

SILVEIRA, OS; PAIM, JS; ADRIAO, KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde debate**, 43 (spe8), p.276-291, 2019.

SILVEIRA, R.S.; NARDI, H.C.; SPINDLER, G. Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. **Psicol. Soc.[online]**. v. 26, n.2, p.323-334, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000200009&lng=en&nrm=iso>.

SOARES, K. K. S.; PRADO, T.N.; ZANDONADE, E.; MOREIRA-SILVA, S.F.; MIRANDA, A.E. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.29, n.1, e2018193, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100312&lng=en.

SOARES, C.S.A.; DA FONSECA, C.L.R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **J Manag Prim Health Care**, v.12, p.1-11, 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>

SOUSA, S.M.M.T.; CARVALHO, M.G.F.M.; SANTOS JUNIOR, L.A.; MARIANO, S.B.C. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. **Saúde debate**, v.43, n.122, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912206>.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc Saúde Colet.** [internet]. v.4 (Supl 1), p.1325-1335, 2009.

SOUTO, K.M.B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v.22, n.22. p.161-182, 2008.

SOUZA, M.F.M., MALTA, D.M., FRANCA, E.B., BARRETO, M.L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.23, n.6, p.1737-1750, 2018.

SOUZA, A.S.S.; SOUZA, G.F.A.; PRACIANO, G. A. F. A saúde mental das mulheres em tempos da COVID-19. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. vol.20, n.3, p.659-661. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000300659&lng=en&nrm=iso>.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.

SZWARCWALD, C.L.; FRIAS, P.G.; JUNIOR, P.R.; SILVA ALMEIDA, W.; NETO, O.L. Correction of vital statistics based on a proactive search of deaths and live births: evidence from a study of the North and Northeast regions of Brazil. **Popul Health Metr**, v.12, n.16, 2014.

TELES, M.A.A. **Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios**. São Paulo: Brasiliense; 1999.

TESSER, C.D., NORMAN, A.H.; VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: atuação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**, v.42, n.spe1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/361-378/>

THIEDE, M., MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saude Publica**, v.24, n.5, p.1168–73, 2008.

THOMPSON, B. **Feminist Studies**, v. 28, n. 2, Second Wave Feminism in the United States (Summer, 2002), pp. 336-360, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso.

TOMAZELLI, J.G.; MIGOWSKI, A.; RIBEIRO, C.M.; ASSIS, M.; ABREU, D.M.F. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. **Epidemiol Serv Saúde**, v.26, n.1, p. 61-70, 2017.

TURINO, F.; FILIPPON, J. SODRÉ, F. SIQUEIRA, C.E. Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social health Organization Brazil. **International Journal of Health Services**, v1, n.11, 2020.

TURINO, F. **Organizações Sociais de Saúde como forma de privatização do Sistema Único de Saúde**. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFES, Vitória, 2020.

UCHOA, S.A.C.; ARCÊNCIO, R.A.; FRONTEIRA, I.S.E.; COELHO, A.A.; MARTINIANO, C.S.; BRANDÃO, I.C.A. et al. Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? **Rev. Latino-Am, Enfermagem**, v.24, e2672, 2016.

VALENÇA, C.N.; NASCIMENTO, J.M.; GERMANO, R.M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saude soc**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 273-285, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005&lng=en&nrm=iso.

VASCONCELOS, M.F.F.; FELIX, J.; GATTO, G.M.S. Saúde da mulher: o que é poderia ser diferente? **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 17, n. 39, p. 327-339, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000200011&lng=pt&nrm=iso.

VARELA, N. **Feminismo para principiantes**. Ediciones B S.A. Barcelona, Spain, 2005.

VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WILLIS, E.; REYNOLDS, L.; KELEHER, H. **Introduction to understanding the Australian health care system.** In Understanding the Australian Health Care System. Elsevier Australia. 3 ed: 1-16, 2016.

WOITOWICZ, K.J.; PEDRO, J.M. **Movimento Feminista durante a ditadura militar no Brasil e no Chile: conjulgando as lutas pela democracia política com o direito ao corpo.** Ano X, n. 21, p. 43-55, 2009.

YE, J.; BETRN, A.P.; GUERRERO, V.M.; SOUZA, J.P.; ZHANG, J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41, n.3, p.237-244, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta aos coordenadores de APS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Carta aos coordenadores de APS, solicitando autorização de participação em pesquisa

Vitória, 01 de agosto de 2019.

Caro Coordenador APS/ESF,

Meu nome é Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, sou Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo e membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC). Estou desenvolvendo em meu Doutorado, uma pesquisa intitulada “Ser Mulher e as (des) igualdades no acesso aos serviços de saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde no Espírito Santo”, sob orientação da Prof^a Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima. Essa pesquisa tem como objetivo, analisar a organização dos serviços voltados a saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde do Espírito Santo, por meio da análise do acesso e utilização dos serviços por mulheres, usuárias da Atenção Primária em Saúde.

Pretendo realizar a entrevista com as usuárias das UBS para abordar questões referentes a oferta e acesso aos serviços voltados a saúde da mulher.

O projeto será conduzido de acordo com os dispositivos da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo todo os critérios éticos, garantindo confidencialidade e anonimato dos entrevistados.

Venho por meio dessa carta, solicitar sua autorização para realização da entrevista com os profissionais e usuárias de uma Equipe de Saúde da Família, de seu município. Posteriormente agendarei a entrevista segundo disponibilidade dos profissionais. E para isso envio em anexo um modelo de autorização de realização de pesquisa, que será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFES. A autorização deverá ser em papel timbrado, assinado e carimbado pelo coordenador de ABS ou cargo equivalente.

Desde já agradeço pela colaboração, e me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICA, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Eu, _____, estou sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa intitulada “Ser Mulher e as (des) igualdades no acesso aos serviços de saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde no Espírito Santo”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que está em duas vias: uma delas será minha e outra será do pesquisador responsável. Se houver dúvidas, poderei solicitar o esclarecimento prévio.

Título da Pesquisa

“Ser Mulher e as (des) igualdades no acesso aos serviços de saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde no Espírito Santo

Instituição Proponente da Pesquisa

Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Espírito Santo.

Pesquisador responsável

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

Justificativa

Acredita-se que os resultados contribuirão para identificar os avanços e as lacunas na assistência, relacionadas a saúde da mulher, que demandam atenção da rede de saúde nos níveis municipais e estaduais, visando cumprir os princípios e diretrizes das políticas públicas acerca dessa temática. Soma-se a isso a produção de evidências científicas, fornecendo aos profissionais de saúde e gestores informações relevantes para intervenções que qualifiquem a atenção a saúde da mulher.

Objetivo

Analisar a oferta de serviço a saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde do Espírito Santo.

Procedimentos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa efetuado por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da ESF que prestam atendimento a mulheres na APS, e usuárias da Atenção Primária a Saúde.

Risco/ desconforto

A pesquisa poderá gerar desconforto decorrentes do ato de responder a um questionário. Porém a minimização dos riscos será garantida pelo conhecimento da pesquisadora sobre o tema da pesquisa antes da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio profissional irá escolher o local da entrevista, bem como a garantia de que seus dados não serão identificados para fins de publicação.

Benefícios

Os benefícios da pesquisa consistem em propiciar ao profissional de saúde que atua em EAF do Espírito Santo, a oportunidade de emitir a opinião sobre o acesso e oferta de serviços a mulher na Atenção Básica em Saúde do Espírito Santo, além de propiciar que a usuária desses serviços exponha suas opiniões sobre o acesso a esses serviços na Atenção Básica

Acompanhamento e assistência

Caso sinta necessidade de abordagem referente à temática, o Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGSC), estará a disposição para orientar o profissional.

Garantia de recusa em participar da pesquisa e/ou retirada de consentimento

Fui esclarecido (a) que minha recusa não trará nenhum prejuízo à instituição e que tenho o direito de interromper livremente a minha participação ou retirar o meu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade

Os pesquisadores se comprometem a resguardar minha identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Fui esclarecido (a) que as informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a minha privacidade e anonimato, uma vez que, não haverá identificação dos participantes e os dados serão analisados em conjunto.

Ressarcimento

Fui esclarecido (a) que esta pesquisa não implica despesa e também que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

Garantia de indenização

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Esclarecimento de dúvidas

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei realizar contato com os responsáveis pela pesquisa: Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa 61 0420297 186 (Whatsapp) e Rita de Cássia Duarte Lima E-mail: ritacd1@gmail.com. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Vitória, _____/_____/_____

Nome participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto da atenção básica no espírito santo”, eu, Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Bruna Almeida

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa

APENDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista: ____/____/____

Município: _____

Unidade de Saúde: _____

Nome da entrevistada: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Idade: _____
2. Raça/ cor (auto declarada):
 - () Branca
 - () Parda
 - () Preta
 - () Amarela
 - () Indígena
3. Estado Civil
 - () Casada
 - () União Estável
 - () Solteira
 - () Divorciada/ Separada
 - () Viúva
4. Escolaridade (IBGE)
 - () Sem instrução
 - () Fundamental Incompleto
 - () Fundamental Completo
 - () Médio Incompleto
 - () Médio Completo
 - () Superior Incompleto
 - () Superior Completo
5. Há quanto tempo você reside nesse município? _____ anos
6. Há quanto tempo você frequenta essa UBS? _____ anos
7. Qual a renda mensal familiar? R\$ _____
8. Status empregatício:
 - () Desempregada
 - () Empregada com carteira assinada
 - () Autônomo
 - () Pensionista
 - () Outras
7. Recebe algum auxílio do governo?
 - () Não
 - () Sim

8. Se sim, qual é o tipo de auxílio?
- Bolsa Escola
 - Bolsa Família
 - Auxílio emergencial
 - Outro transferência (Especifique)
9. Meio de transporte mais utilizado para acessar a UBS. _____
10. Quanto tempo você gasta entre sua residência até a UBS que você é cadastrada? _____ minutos.
11. Aproximadamente quantas vezes por ano a senhora costumava frequentar essa UBS antes da pandemia COVID-19?
- Uma vez
 - Duas a cinco vezes
 - Cinco a 10 vezes
 - Mais de 10 vezes
12. Após a pandemia do COVID-19, aproximadamente quantas vezes a senhora frequentou a unidade de saúde?
- Uma vez
 - Duas a cinco vezes
 - Cinco a 10 vezes
 - Mais de 10 vezes
13. Você recebe visita do Agente comunitário de saúde em sua residência? Se sim, com que frequência?
- Menos de uma vez por mês
 - Uma vez por mês
 - A cada dois meses
 - A cada 3 meses ou mais

CARACTERÍSTICAS DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Pela sua experiência, quais são as diferenças entre os serviços de APS (Unidade de Saúde) e os demais serviços de saúde (hospitais, pronto socorro, PA, ambulatórios, atendimento especializado)?
2. Comente sobre sua saúde.
3. Quando você está doente qual é a primeira coisa que você faz?
4. Que tipo de serviço procura /busca primeiro?
5. Me fale sobre suas maiores necessidades em relação aos serviços de saúde ofertados nessa UBS.
6. Me fale sobre sua experiência utilizando os serviços de saúde neste município. Quais foram os serviços mais utilizados?

7. Você precisou acessar os serviços ofertados por sua UBS no período da pandemia do COVID-19? Se sim, como foi esse atendimento? Se não, teve alguma dificuldade ou barreira ao acessar?
8. Você já utilizou os serviços ofertados exclusivos para mulheres nessa UBS (Pré-natal, preventivo de câncer de colo e de mama, contracepção, planejamento familiar, menopausa)? Se sim, qual e como foi esse atendimento? E se não, aonde você realiza e porque?
9. Os profissionais dessa UBS já te recomendaram ou realizaram exames preventivos de câncer de mama e/ou cervical? Se sim, como foi a abordagem dos mesmo?
10. Como mulher, como você se sente em relação ao que é ofertado na sua UBS e suas necessidades?
11. Fale sobre o trajeto que você costuma fazer para essa UBS.
12. Você já vivenciou alguma situação em que precisou da ajuda de algum conhecido (amigo, vizinho) para conseguir acessar ou utilizar um serviço de Atenção Primária em Saúde? Como foi essa ajuda?
13. Você se recorda de alguma situação em que você não conseguiu comparecer a alguma consulta ou exame nessa UBS, devido a falta de dinheiro para pagar transporte ou exame solicitado em outra rede de atenção, ou alguma consulta especializada? Se sim diga-me como foi essa experiência.
14. Você já precisou pagar alguma consulta, exame ou medicamento indicado ou solicitado pelos profissionais dessa UBS? Se sim, especifique e comente sobre.
15. Baseado em sua experiência, como você considera ser o comportamento da equipe dessa UBS em relação a sua religião, cor, cultura e classe social? Existe alguma situação que tenha lhe chamado a atenção tanto positiva quanto negativamente?
16. Na sua percepção, a sua cor, a sua condição financeira, ou o fato de você ser mulher já influenciou no modo em que você foi atendida?
17. Você se recorda de alguma situação em que você não conseguiu ser atendida nessa UBS, devido a falta de material ou profissional para realização? Se sim como foi essa experiência?
18. Você já vivenciou alguma situação em que se sentiu insultada, humilhada ou intimidada? Se vivenciou você procurou o serviço de saúde? Se sim, como foi sua experiência? Se não, o que você fez?
19. Você já vivenciou alguma situação em que foi agredida fisicamente? Se vivenciou você procurou o serviço de saúde? Se sim, como foi sua experiência? Se não, o que você fez?
20. Você tem alguma sugestão, elogio ou crítica em relação ao atendimento e variedade de serviços ofertados na UBS ao qual você está cadastrada?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso das mulheres aos serviços de Atenção Primária no Espírito Santo

Pesquisador: BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 21452619.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.738.135

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa - doutorado em saúde Coletiva. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa efetuado por meio de entrevistas semiestruturadas com 30 usuárias dos serviços da Atenção Primária em Saúde em três municípios do Estado do Espírito Santo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores facilitadores e/ou barreiras que influenciam o acesso e utilização das mulheres aos serviços de Atenção Primária em saúde no Espírito Santo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS ATENDEM À RES. CNS 466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados

Recomendações:

Toda pesquisa deve sempre atender a Ética em pesquisa e as resoluções vigentes.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com