

APOSTILA 1º MÓDULO **PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA EM SAÚDE INTEGRAL DA MULHER NO CLIMATÉRIO**

Módulo 1- Políticas Públicas e Saúde Integral da Mulher no Climatério

Introdução

Este material aborda, de forma técnica e aprofundada, os principais aspectos das políticas públicas de saúde voltadas à saúde integral da mulher no Brasil. Serão explorados o contexto histórico dessas políticas, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção à saúde feminina, os princípios da atenção primária e estratégias de promoção da saúde da mulher, as diretrizes nacionais para a assistência integral, os desafios em diferentes ciclos de vida e as interfaces entre a saúde da mulher e fatores sociais, econômicos e culturais. Ao final, apresentam-se casos clínicos de alta complexidade para aplicação prática dos conceitos, bem como questões de múltipla escolha para fixação do conteúdo, resumos de cada tópico e as referências utilizadas conforme as normas da ABNT. O objetivo é fornecer um panorama completo que auxilie profissionais de saúde e estudantes de pós-graduação a compreenderem e aplicarem os conceitos de saúde integral da mulher de maneira crítica e informada.

1. Histórico e Evolução das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil

A incorporação da saúde da mulher nas políticas públicas brasileiras tem evoluído significativamente ao longo do último século. Nas primeiras décadas do século XX, as ações de saúde para mulheres estavam restritas quase exclusivamente à atenção materno-infantil, refletindo uma visão limitada do papel feminino atrelado à maternidade e aos cuidados domésticos. Programas dessas épocas focavam em gravidez e parto, vistos como estratégia de proteção de grupos vulneráveis (gestantes e crianças), porém tinham caráter verticalizado e fragmentado, com pouco impacto nos indicadores de saúde feminina (COSTA, 1999). Por exemplo, o Programa Materno-Infantil criado em 1975, influenciado por organismos internacionais como a BEMFAM, englobava assistência pré-natal, parto e puerpério, mas de forma isolada de outras ações e sem considerar as necessidades gerais das mulheres. Como resultado, esse programa apresentou baixo impacto na saúde da mulher, recebendo críticas por seu caráter reducionista.

A partir do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, em meio ao movimento feminista brasileiro e ao processo de redemocratização, cresce a contestação a essa visão restrita. As feministas destacavam que a mulher recebia atenção apenas no ciclo gravídico-puerperal, ficando desassistida na maior parte da vida (BRASIL, 2004). Demandava-se uma abordagem mais ampla, incluindo direitos sexuais e reprodutivos e atenção a problemas até então considerados privados (como planejamento familiar, violência doméstica, aborto inseguro, dentre outros). Esse cenário favoreceu uma mudança de paradigma importante: em 1984, o

Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marco conceitual que rompeu com as políticas anteriores (BRASIL, 1984). O PAISM propôs a integralidade do cuidado à mulher, incluindo ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e reabilitação em diversas áreas: clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério (menopausa), planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo do útero e de mama, entre outras necessidades identificadas. Ou seja, pela primeira vez uma política pública abrangia a mulher em todas as fases e aspectos de sua saúde, indo além da maternidade. Esse programa incorporou também princípios de participação comunitária e enfoque de gênero, muito alinhados com as conferências internacionais da época (como a Conferência do Ano Internacional da Mulher de 1975 e a Conferência de Alma-Ata de 1978 que reforçou a saúde primária).

Com a criação do SUS em 1988, a saúde passa a ser direito de todos, e as políticas para mulheres se consolidam sob os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Nos anos 1990, embora o PAISM existisse, sua implementação variou pelo país. Somente em 2004, após a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, o Ministério da Saúde formalizou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), atualizando e ampliando as diretrizes do PAISM (BRASIL, 2004). Lançada em 28 de maio de 2004, a PNAISM reforçou a humanização e qualidade do atendimento com base em dados epidemiológicos e nas reivindicações de diversos movimentos sociais. Essa política estabeleceu princípios e diretrizes claros (conforme detalhado no Tópico 4), incorporando a perspectiva de gênero e os avanços em direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, acesso ao planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro (dentro do permitido em lei) e combate à violência contra a mulher (BRASIL, 2004). Também passou a contemplar grupos de mulheres antes pouco assistidos, como mulheres negras, indígenas, rurais, quilombolas, em situação de prisão, lésbicas, mulheres com deficiência, entre outras (BRASIL, 2011), numa ótica de equidade.

Em 2011, foi publicada uma 2ª edição revisada da PNAISM (BRASIL, 2011), resultado de ampla parceria entre governo e sociedade civil (movimentos de mulheres, movimento negro, trabalhadores rurais, academia, organismos internacionais etc.). Essa revisão atualizou os objetivos gerais e específicos, adequando a política aos novos desafios e diversidades regionais, mas mantendo os eixos centrais de integralidade, promoção da saúde e enfoque nos direitos humanos das mulheres. Nos anos seguintes, outras iniciativas complementares surgiram, como a Estratégia Rede Cegonha (2011) – voltada à organização da atenção obstétrica e neonatal humanizada – e planos nacionais para redução da mortalidade materna e neonatal. Além disso, marcos legais importantes reforçaram aspectos da saúde da mulher, como a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), garantindo às parturientes o direito a um acompanhante durante o parto, e a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), de enfrentamento à violência doméstica, que integra a rede de proteção à saúde da mulher. Em 2017, chegou a ser proposta uma revisão da PNAISM pelo governo federal, buscando alinhamento com mudanças administrativas e novos consensos, porém a política original de 2004/2011 permaneceu em vigor (SOUTO; MOREIRA, 2021). A partir de 2020, iniciativas como o Programa Previne Brasil inseriram indicadores de saúde da mulher (pré-natal, exames

preventivos etc.) no financiamento da Atenção Primária, reforçando o compromisso contínuo com as metas da PNAISM.

Resumo – Histórico das Políticas de Saúde da Mulher: Início centrado na saúde materna e infantil (décadas de 1930-1970), com programas fragmentados e de baixo impacto; virada conceitual na década de 1980 impulsionada pelo movimento feminista, levando ao PAISM (1984) que introduziu a integralidade do cuidado; consolidação com a criação do SUS (1988) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), ampliada em 2011, incorporando direitos sexuais e reprodutivos, equidade e humanização; desenvolvimento de ações e marcos legais complementares (Rede Cegonha, leis de proteção à mulher) até os dias atuais.

2. Organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção à Saúde Feminina

A organização do SUS prevê uma estrutura descentralizada e hierarquizada de serviços de saúde, com responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios (BRASIL, 1990 – Leis nº 8.080/90 e 8.142/90). A atenção à saúde da mulher insere-se nesse contexto de forma transversal, uma vez que mulheres utilizam todos os níveis de atenção do sistema, do básico ao especializado, conforme suas necessidades ao longo da vida. Os princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade – são especialmente relevantes para a saúde da mulher, dada a diversidade de demandas (preventivas, curativas, reabilitadoras) que esse grupo populacional apresenta.

Níveis de atenção e porta de entrada: A Atenção Primária à Saúde (APS), composta principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), é o primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do SUS. Na APS, as mulheres têm acesso a ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma próxima ao local onde vivem (BRASIL, 2017 – PNAB). Isso inclui consultas de rotina (ginecológicas, pré-natais, puericultura para bebês do sexo feminino etc.), exames de rastreamento (como Papanicolau e mamografia encaminhada), vacinação, orientações de planejamento familiar, entre outros serviços (MINAS GERAIS, 2023). As UBS atuam também como coordenadoras do cuidado: identificando necessidades e, se preciso, encaminhando a mulher para níveis de maior complexidade (atenção secundária ou terciária), bem como acompanhando seu retorno (mecanismos de referência e contrarreferência). Por exemplo, uma gestante de alto risco pode ser referenciada a um ambulatório especializado ou hospital terciário para acompanhamento específico, e depois retornar à UBS para continuidade do cuidado básico e suporte na comunidade.

A Atenção Secundária abrange serviços especializados ambulatoriais (como clínicas de ginecologia/obstetrícia, centros de referência em planejamento familiar, centros de atenção à mulher vítima de violência etc.) e hospitais de média complexidade. Já a Atenção Terciária engloba hospitais de alta complexidade e unidades referenciadas (por exemplo, maternidades terciárias, centros de referência em oncologia ginecológica, UTIs maternas e neonatais).

Nesses níveis, são atendidas as demandas que excedem a capacidade resolutiva da atenção primária – cirurgias ginecológicas complexas, tratamento de câncer, partos de alto risco etc. O SUS, ao ser organizado em rede regionalizada e hierarquizada, busca garantir que as mulheres recebam cuidado no ponto de atenção adequado e oportuno, com integração entre os níveis. A regionalização permite que cada região de saúde disponha de serviços complementares: por exemplo, uma rede típica inclui UBS nos bairros (cuidado básico), um centro de especialidades municipal (secundário) e hospitais regionais (terciário) compondo a linha de cuidado maternal ou oncológica, dentre outras.

Integralidade na prática assistencial: A atenção à saúde feminina no SUS se pauta pela integralidade, ou seja, ofertar cuidados abrangentes que considerem a mulher em suas múltiplas dimensões e necessidades. Isso implica, por exemplo, que uma mesma UBS possa atender desde uma demanda por contracepção até acompanhamento de doenças crônicas, passando por orientações sobre violência doméstica ou saúde mental. Serviços como o pré-natal ilustram a integralidade: envolvem acompanhamento clínico, suporte emocional, ações educativas (preparo para o parto e maternidade) e intersetoriais (assistência social, se necessário). Outro exemplo são os Centros de Parto Normal e casas de gestante, que integram a Rede Cegonha, oferecendo ambiente humanizado e vínculo com a atenção básica e hospitalar. Importante destacar que o SUS garante gratuitamente todos esses atendimentos, medicamentos e insumos essenciais (p. ex. anticoncepcionais, preservativos, suplementos de ferro e ácido fólico na gestação etc.), concretizando o princípio da universalidade.

Equidade e enfoque populacional: A organização do SUS também prevê a identificação de grupos em situação de vulnerabilidade para a oferta de ações mais intensivas ou diferenciadas (princípio da equidade). No caso da saúde da mulher, isso se traduz em programas e serviços dirigidos, por exemplo, à saúde da mulher negra (considerando maiores índices de morbimortalidade materna e de certas doenças), saúde da mulher indígena (respeitando práticas culturais e garantindo intérpretes, quando necessário), saúde de mulheres em privação de liberdade, entre outros. Unidades de referência como o Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM) – popularmente Hospital da Mulher – e as Casas da Mulher Brasileira (equipamentos intersetoriais que incluem serviços de saúde para vítimas de violência) complementam a rede do SUS, facilitando acesso a casos mais complexos ou especializados.

Vale mencionar que a efetividade da organização do SUS na saúde feminina depende também de gestão e financiamento adequados. Nos últimos anos, políticas como o Previne Brasil (2020) alteraram o modelo de financiamento da APS, incluindo indicadores de desempenho – três dos quais relacionados à saúde da mulher (percentual de gestantes com seis ou mais consultas pré-natal; realização de exames citopatológicos; proporção de gestantes com sorologias para sífilis e HIV) – incentivando municípios a melhorarem esses cuidados. Essa integração de financiamento e atenção básica fortalece a priorização da saúde da mulher no SUS.

Resumo – Organização do SUS e saúde da mulher: O SUS oferece atenção à saúde da mulher de forma hierarquizada: a APS (UBS/ESF) é a porta de entrada e resolutiva na maioria das

demandas (pré-natal, prevenção, planejamento familiar, cuidados básicos), articulando-se com níveis secundário e terciário para casos que exigem especialização ou internação (alto risco, cirurgias etc.). O cuidado é integral e contínuo, apoiado em referência/contrarreferência. Há garantia de acesso universal e gratuito a serviços essenciais em todas as fases da vida, e ações de equidade para grupos específicos. A organização em rede visa assegurar que nenhuma necessidade da mulher fique desassistida, do nível local (comunitário) ao hospitalar de alta complexidade.

3. Princípios da Atenção Primária e Estratégias de Promoção da Saúde da Mulher

A Atenção Primária à Saúde (APS), base do sistema de saúde brasileiro, fundamenta-se em princípios operacionais que norteiam o cuidado – muitos dos quais são especialmente relevantes para a saúde da mulher. Dentre os princípios da APS destacam-se: acessibilidade (serviços próximos e disponíveis a todas as mulheres, sem barreiras geográficas, financeiras ou culturais), longitudinalidade/continuidade do cuidado (acompanhamento ao longo do tempo, construindo vínculo entre equipe de saúde e mulher), integralidade (oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, abordando a pessoa como um todo), coordenação do cuidado (a APS organiza o fluxo do atendimento pela rede, garantindo seguimento adequado em outros níveis), orientação comunitária (ações baseadas nas necessidades da comunidade, considerando determinantes sociais locais) e enfoque familiar (entender a mulher em seu contexto familiar e social) – todos esses sustentados pelos valores de universalidade, equidade e participação social (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

Na prática, esses princípios significam, por exemplo, que uma Unidade Básica de Saúde deve acolher qualquer mulher que busque atendimento (porta de entrada aberta) e oferecer cuidados apropriados à sua demanda ou encaminhá-la adequadamente. O vínculo estabelecido (por meio de visitas regulares de pré-natal, puericultura, consultas de planejamento reprodutivo etc.) favorece que problemas sejam identificados precocemente e que a mulher confie na equipe para discutir temas sensíveis (sexualidade, violência, saúde mental etc.). A integralidade na APS evita a fragmentação: em uma mesma consulta, uma enfermeira pode atualizar vacinas, fazer o exame preventivo do colo do útero e orientar sobre planejamento familiar, atendendo múltiplas necessidades. Caso seja identificado um problema mais complexo (digamos, suspeita de câncer de mama), a coordenação garantirá o encaminhamento ágil ao especialista e posteriormente o feedback do caso à UBS, para continuidade do cuidado pós-tratamento.

Promoção da saúde da mulher: Além de resolver problemas de saúde, a APS tem forte papel em promoção da saúde, ou seja, em criar condições para que as mulheres atinjam uma vida saudável e previnam doenças. Estratégias de promoção envolvem educação em saúde, medidas intersetoriais e engajamento comunitário. Alguns exemplos de estratégias efetivas na saúde da mulher incluem:

- Educação sexual e reprodutiva: realização de grupos educativos nas UBS e escolas,

abordando temas como métodos contraceptivos, prevenção de DST/HIV, planejamento familiar, saúde menstrual e direitos sexuais e reprodutivos. Essa estratégia empodera adolescentes e mulheres jovens a fazer escolhas informadas, ajudando a prevenir gravidez não planejada e infecções.

- Incentivo ao pré-natal precoce e de qualidade: campanhas e busca ativa de gestantes para que iniciem o pré-natal no 1º trimestre, conforme preconizado. A APS desenvolve iniciativas como o Pré-Natal do Parceiro (envolvendo os companheiros nas consultas) e o acompanhamento domiciliar de gestantes faltosas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tais ações promovem a saúde materno-fetal e reduzem riscos gestacionais.
- Promoção do aleitamento materno: orientações desde o pré-natal, grupos de gestantes, apoio pós-parto com consultoras de amamentação na UBS, e articulação com hospitais Amigos da Criança. O aleitamento materno exclusivo até 6 meses é incentivado pelos benefícios nutricionais e imunológicos para o bebê e pela proteção à saúde materna (menor risco de câncer de mama, por exemplo).
- Rastreamento e prevenção do câncer de colo do útero e mama: organização de campanhas como o Outubro Rosa (para mamografia) e mutirões do exame de Papanicolau. A APS agenda e realiza o preventivo (Papanicolau) de acordo com o protocolo (mulheres 25-64 anos) e encaminha para mamografia (mulheres 50-69 anos bianualmente, ou conforme indicado). Também promove a vacinação contra HPV em meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14, estratégia recente que visa reduzir o câncer de colo uterino e outras neoplasias relacionadas ao HPV.
- Ações de autocuidado e estilo de vida saudável: programas de atividade física orientada para mulheres (ex: grupos de caminhada, alongamento), oficinas de alimentação saudável (considerando prevenção da obesidade, diabetes, osteoporose pós-menopausa), atenção à saúde mental (grupos de apoio, identificação de depressão pós-parto).
- Prevenção da violência e apoio às vítimas: treinamentos para profissionais da APS reconhecerem sinais de violência doméstica e sexual, estabelecendo fluxos de acolhimento e encaminhamento (notificação compulsória, rede intersetorial de apoio psicológico, social e jurídico). Muitas vezes a UBS é o primeiro local onde a mulher procura ajuda, por isso campanhas de conscientização (como o Agosto Lilás de enfrentamento à violência) e disponibilidade de informação sobre direitos são formas de promoção de saúde e prevenção de agravos graves decorrentes da violência.
- Abordagem comunitária e intersetorial: a APS frequentemente coordena ações com outras políticas públicas – por exemplo, integrando programas de geração de renda para mulheres (impactando determinantes sociais da saúde), articulando com a educação (para manter meninas na escola, o que está associado a melhores indicadores de saúde sexual e reprodutiva), e com a assistência social (identificação de gestantes para inclusão em programas de apoio como o Auxílio Brasil/Bolsa Família, que possui condicionantes de saúde).

Todas essas estratégias se apoiam nos princípios de participação social e empoderamento. Conselhos Locais de Saúde e conferências municipais permitem que mulheres expressem suas necessidades e avaliem os serviços prestados, influenciando a adequação das ações de promoção. A ideia central é reforçar os fatores protetivos e reduzir os fatores de risco na comunidade, criando um ambiente em que a mulher possa viver com saúde plena.

Desafios na APS: Apesar das estratégias existentes, a APS enfrenta desafios para consolidar plenamente a atenção integral às mulheres. Historicamente houve prioridade às ações de saúde reprodutiva (pré-natal, parto, planejamento familiar) e ao rastreamento de cânceres, o que de fato são áreas de grande relevância epidemiológica. Entretanto, garantir que outras necessidades femininas – por exemplo, saúde mental, doenças crônicas, condições musculoesqueléticas, sintomas do climatério – sejam adequadamente acolhidas e manejadas na APS ainda é um processo em consolidação. Outro ponto é assegurar qualidade e humanização em todas as unidades, o que requer educação permanente das equipes e adequação de recursos. A rotatividade de profissionais e a sobrecarga de trabalho podem dificultar a implementação consistente de ações de promoção da saúde em alguns locais. Ainda assim, a APS permanece como o pilar para a saúde integral da mulher, e o fortalecimento de seus princípios e estratégias é fundamental para avançar nos indicadores de saúde feminina.

Resumo – APS e promoção da saúde da mulher: A Atenção Primária opera com princípios de acesso universal, vínculo e cuidado integral, sendo o nível do sistema mais próximo da vida das mulheres. Nela desenvolvem-se diversas estratégias de promoção da saúde, como educação sexual e reprodutiva, incentivo ao pré-natal e aleitamento, rastreamento de cânceres, estímulo a hábitos saudáveis e ações de prevenção da violência. Tais estratégias visam empoderar as mulheres e atuar antes do adoecimento, melhorando a qualidade de vida. Os desafios incluem ampliar o escopo da atenção integral além da saúde reprodutiva e garantir a qualidade uniforme dessas ações. Profissionais de APS bem capacitados e engajados são agentes-chave para o sucesso da promoção da saúde da mulher.

4. Diretrizes do Ministério da Saúde para Assistência Integral à Saúde da Mulher

As diretrizes nacionais para assistência integral à saúde da mulher estão consubstanciadas principalmente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), documento norteador elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004 e revisado em 2011. Essas diretrizes representam o compromisso do Estado brasileiro em garantir os direitos à saúde feminina em todas as fases da vida, de forma equânime e com qualidade. A seguir, destacam-se os principais eixos e diretrizes dessa política e de normativas correlatas, que orientam a organização dos serviços e ações:

- Enfoque de gênero e direitos humanos: A política adota a perspectiva de gênero como estruturante, reconhecendo que desigualdades entre homens e mulheres impactam a saúde. Busca-se, portanto, promover a igualdade de gênero na atenção à saúde, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2004). Isso inclui assegurar autonomia

para decidir sobre reprodução, acesso a métodos contraceptivos eficazes e seguros, atendimento digno e sem julgamentos em casos de aborto previstos em lei, e respeito às orientações sexuais e identidades de gênero (abrangendo mulheres lésbicas, bissexuais, trans, que também enfrentam barreiras específicas no acesso à saúde). O enfoque de direitos humanos também significa tratamento com humanização e sem violência obstétrica, privacidade e confidencialidade nos atendimentos, e participação ativa das mulheres nas decisões sobre sua saúde.

- Integralidade das ações (ampliando além do ciclo gravídico-puerperal): Uma diretriz central é oferecer atenção integral em todas as fases do ciclo de vida da mulher – infância, adolescência, idade adulta (fase reprodutiva), climatério e terceira idade – respeitando as particularidades de cada faixa etária (BRASIL, 2011). Isso rompe com a limitação histórica à saúde materno-infantil. Assim, a política enfatiza ações de saúde da criança e adolescente do sexo feminino (promoção da saúde desde cedo, prevenção de DST na adolescência, vacinação HPV), saúde sexual e reprodutiva na juventude e vida adulta (planejamento familiar, pré-natal e parto seguros, prevenção e tratamento de DST/HIV, assistência ao abortamento nos casos legais, tratamento da infertilidade básica, etc.), saúde no climatério (acompanhamento da menopausa, tratamento de sintomas e prevenção de osteoporose, rastreamento de cânceres) e saúde da mulher idosa (manejo de doenças crônicas, prevenção de incapacidades, cuidados de longa duração se necessários). Em suma, nenhuma faixa etária ou necessidade específica deve ficar negligenciada – a mulher deve ser cuidada de forma integral e contínua.

- Redução da morbimortalidade materna e neonatal: A PNAISM traz como prioridade reduzir as mortes maternas evitáveis e melhorar os indicadores da atenção obstétrica e perinatal. O Brasil se comprometeu com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e agora dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que incluem baixar a Razão de Mortalidade Materna para menos de 30 por 100 mil nascidos vivos. As diretrizes, portanto, reforçam: garantia de acesso universal ao pré-natal (com pelo menos 6 consultas, exames essenciais e vínculo à maternidade de referência), qualificação da assistência ao parto e puerpério (parto humanizado, segurança na atenção hospitalar, presença de acompanhante, prevenção de hemorragias e infecções, manejo adequado de emergências obstétricas), e organização de redes de atenção materna (ex: Rede Cegonha) integrando todos os níveis de cuidado. Inclui-se também a assistência ao abortamento inseguro nos serviços de saúde – ou seja, cuidar de mulheres que chegam com complicações de abortos realizados de forma insegura, ofertando curetagem ou AMIU (aspiração manual intrauterina), suporte clínico e emocional, e orientações de planejamento pós-aborto – evitando julgamentos morais, conforme previsto em normas técnicas (BRASIL, 2005 – Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento). Embora o aborto seja legalmente restrito (permitido apenas em casos de estupro, risco de vida materno ou anencefalia fetal), a diretriz de atender complicações de aborto inseguro é crucial para reduzir mortes maternas por essa causa.

- Planejamento reprodutivo e contracepção: As diretrizes asseguram o direito ao planejamento reprodutivo, conforme a Lei nº 9.263/1996 (Lei do Planejamento Familiar). Isso se traduz em disponibilizar métodos contraceptivos variados no SUS – pílulas, DIU,

preservativos, injetáveis, ligadura tubária e vasectomia (estes últimos seguindo critérios da lei, como idade acima de 25 anos ou dois filhos) – e informação qualificada para que mulheres e casais possam escolher livremente se querem ter filhos, quantos e quando. A ampliação do acesso a contraceptivos de longa duração (como DIU de cobre e implante subdérmico) tem sido recente diretriz para aumentar a eficácia das políticas de planejamento familiar, inclusive entre populações vulneráveis (adolescentes, mulheres no pós-parto imediato etc.). Essa diretriz visa reduzir gravidez indesejada, espaçar gestações e, conseqüentemente, contribuir para menos abortos inseguros e melhor saúde materno-infantil.

- **Prevenção e tratamento de cânceres ginecológicos e de mama:** A política enfatiza a necessidade de fortalecer os programas de rastreamento do câncer de colo do útero e mama, principais neoplasias que acometem mulheres. As diretrizes seguem padrões internacionais adaptados ao país: Papanicolau periódico para detecção de lesões precursoras do câncer cervical, e mamografia de rastreamento para a faixa etária preconizada. Além disso, recomendam assegurar o acesso rápido ao diagnóstico e tratamento oncológico quando há suspeitas – cumprindo a Lei dos 60 Dias (Lei nº 12.732/2012, que garante início do tratamento do câncer até 60 dias após diagnóstico no SUS). Medidas de prevenção como a vacinação contra HPV (implantada a partir de 2014) e campanhas educativas sobre fatores de risco (tabagismo, por exemplo) integram essa diretriz de cuidado oncológico integral.

- **Enfrentamento da violência contra a mulher:** Reconhecendo o enorme impacto da violência doméstica e sexual na saúde física e mental das mulheres, a política nacional incluiu como diretriz a organização de serviços para identificação, acolhimento e atendimento às vítimas de violência (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde estabeleceu a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde (Portaria GM/MS nº 104/2011 e Portaria nº 1.271/2014), criando fluxos para que equipes da APS e hospitais acionem redes de proteção (Delegacia da Mulher, Centro de Referência de Assistência Social, abrigos etc.). Os hospitais de referência devem oferecer o chamado “atendimento do minuto seguinte” para vítimas de violência sexual, conforme a Lei nº 12.845/2013: atendimento emergencial com profilaxia de DST, contracepção de emergência, apoio psicológico e coleta de vestígios, independentemente da decisão de registrar ocorrência policial. Capacitação de profissionais para abordar o tema sem revitimização e a expansão de serviços especializados (como Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual) são ações estimuladas. Tudo isso visa mitigar conseqüências graves como traumas, gravidezes resultantes de estupro, doenças e até homicídios (feminicídios).

- **Incorporação de saúde mental e outras necessidades integradas:** As diretrizes também contemplam atenção às mulheres em sofrimento psíquico, incluindo depressão (especialmente a depressão pós-parto, que deve ser rastreada na APS), transtornos decorrentes de violências e sobrecarga (como o duplo papel trabalho doméstico e emprego, muito comum às mulheres), e transtornos mentais severos onde o recorte de gênero é relevante (por exemplo, o cuidado a mulheres com esquizofrenia ou dependência química, considerando questões como gravidez nessas condições, ou riscos de violência). Há incentivo à articulação entre a rede de saúde mental (CAPS) e os serviços de saúde da mulher.

Igualmente, doenças crônicas não transmissíveis – hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares – recebem atenção especial nas diretrizes, já que após a menopausa as mulheres têm risco igual ou maior que os homens para algumas dessas condições. Programas de controle de hipertensão e diabetes no SUS devem olhar peculiaridades em mulheres (efeitos de medicações, adesão etc.), assim como campanhas de atividade física e alimentação saudável voltadas ao público feminino.

- **Equidade: foco em grupos vulneráveis:** Uma diretriz transversal da PNAISM é promover a equidade, direcionando ações para grupos de mulheres com maior vulnerabilidade social. Assim, foram propostas ações intersetoriais e específicas para mulheres rurais, respeitando seus contextos de vida e garantindo acesso (por exemplo, unidades móveis de saúde para áreas remotas, capacitação de parteiras tradicionais integrando-as ao SUS); mulheres negras, enfrentando o racismo institucional e capacitando profissionais para reconhecer vieses e atender adequadamente (ex.: altas taxas de mortalidade materna entre mulheres negras exigem intervenção direcionada); mulheres indígenas, com respeito à medicina tradicional e presença de intérpretes indígenas nos serviços; mulheres em privação de liberdade, garantindo assistência pré-natal nas prisões, por exemplo; mulheres com deficiência, assegurando acessibilidade física e de comunicação nos serviços de ginecologia/obstetrícia; mulheres LGBTQIA+, com atenção inclusive às homens trans e pessoas não binárias com útero (no tocante a prevenção de câncer e cuidado reprodutivo). Essa diversificação de estratégias de acordo com o público reforça a equidade dentro das políticas de saúde da mulher (BRASIL, 2011).

- **Participação social e controle social:** Por fim, as diretrizes valorizam a participação das próprias mulheres na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas. Recomenda-se estimular a presença de mulheres (e entidades representativas, como conselhos de direitos da mulher, movimentos sociais) nos Conselhos de Saúde e conferências, para que a política de saúde da mulher seja constantemente aperfeiçoada conforme as demandas reais. Essa diretriz coaduna com o princípio da gestão participativa do SUS e com o histórico protagonismo do movimento de mulheres na conquista dessas políticas (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Em síntese, as diretrizes do Ministério da Saúde para a saúde integral da mulher delineiam um conjunto abrangente de ações e metas que visam garantir acesso universal, atenção qualificada e respeitosa e resposta às principais necessidades de saúde das mulheres brasileiras. Documentos complementares, como os Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016), detalham condutas clínicas e organizacionais para implementar essas diretrizes nos serviços, enquanto portarias ministeriais específicas (ex.: Rede Cegonha em 2011; Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em 2011) reforçam aspectos particulares. A constante atualização das diretrizes com evidências científicas e mudanças legais (por exemplo, a incorporação de novas tecnologias como a vacina do HPV, ou novas leis protetivas) é prevista – como indicado na orientação de incluir novas diretrizes legais e científicas relevantes. Um exemplo recente é a discussão sobre mortalidade materna associada à COVID-19, que gerou recomendações adicionais em 2021

para vacinar gestantes e reorganizar fluxos de assistência obstétrica durante a pandemia, demonstrando como as diretrizes são dinâmicas e respondem a novos desafios.

Resumo – Diretrizes nacionais: A assistência integral à saúde da mulher, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, fundamenta-se no enfoque de gênero e direitos, garantindo integralidade do cuidado em todas as fases da vida. As prioridades incluem: reduzir mortalidade materna e qualificar atenção obstétrica (Rede Cegonha, parto humanizado, pré-natal ampliado), assegurar planejamento reprodutivo e acesso a contracepção, prevenir e tratar cânceres prevalentes (colo uterino e mama) com rastreamento e vacinação, enfrentar a violência contra a mulher com acolhimento adequado, integrar a saúde mental e cuidados com doenças crônicas na atenção à mulher, e promover equidade focalizando grupos vulneráveis (rurais, negras, indígenas, presidiárias, com deficiência, LGBTQIA+). Tais diretrizes orientam as ações do SUS e são permanentemente aprimoradas com participação social e evidências científicas, visando à plena efetivação dos direitos à saúde das mulheres.

5. Principais Desafios na Assistência à Saúde da Mulher em Diferentes Ciclos da Vida

Apesar dos avanços nas políticas e na expansão da cobertura de serviços, persistem diversos desafios na garantia da saúde integral da mulher em cada fase da vida. Esses desafios decorrem tanto de questões estruturais do sistema de saúde quanto de fatores sociais e culturais que dificultam o acesso e a efetividade das ações. A seguir, são destacados os principais desafios em cada ciclo de vida da mulher – da adolescência à terceira idade – salientando as peculiaridades e obstáculos de cada fase:

Infância e adolescência: Na fase da infância e especialmente da adolescência, um grande desafio é a prevenção da gravidez precoce e de infecções sexualmente transmissíveis entre meninas e jovens. O Brasil ainda apresenta taxas elevadas de gravidez na adolescência: cerca de 14% de todos os nascimentos ocorrem em mães com menos de 20 anos. Em 2020, foram registrados ~380 mil partos de mães adolescentes (até 19 anos), e a incidência é desproporcionalmente maior nas regiões Norte e Nordeste e entre populações em situação de vulnerabilidade (UNFPA, 2022). A persistência de elevados índices de maternidade precoce reflete dificuldades em prover educação sexual efetiva, acesso a contraceptivos para jovens e, em muitos casos, contextos de baixa escolaridade e pobreza. As adolescentes frequentemente enfrentam barreiras para buscar os serviços (por vergonha, desconhecimento ou falta de acolhimento adequado) e, quando engravidam, têm risco mais alto de complicações obstétricas e abandono escolar. Estratégias como a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência (instituída pela Lei 13.798/2019) e programas como o Saúde nas Escolas vêm sendo aplicadas, mas o desafio permanece integrar educação, saúde e família para adiar a primeira gestação e empoderar as jovens sobre seu corpo. Além disso, violências sexuais na infância e adolescência infelizmente ocorrem, levando a gestações indesejadas em menores de 14 anos (estatisticamente duas meninas de 10 a 14 anos dão à luz por hora no Brasil). Assegurar a aplicação rigorosa do atendimento previsto em lei (profilaxias e possibilidade de interrupção legal da gestação por estupro) e o acompanhamento psicossocial dessas meninas é um desafio adicional nessa fase vulnerável.

Ainda na adolescência, outro desafio é abordar a saúde mental e os transtornos alimentares que afetam desproporcionalmente meninas. Quadros de depressão, ansiedade e anorexia podem surgir ou se agravar na juventude, exigindo serviços sensíveis às questões de gênero (por exemplo, bullying e padrões de beleza podem impactar mais as jovens). O acesso à vacinação HPV também enfrenta desafios de cobertura (como mostrado em Minas Gerais, apenas ~69% das meninas de 9-14 anos completaram a vacina HPV até 2022, abaixo da meta de 80%, muitas vezes por hesitação vacinal ou dificuldade logística), o que compromete a prevenção futura do câncer cervical. Em resumo, garantir informação, acesso a insumos (camisinhas, contraceptivos) e serviços amigáveis para adolescentes (evitando julgamentos) é imperativo, mas culturalmente desafiador em algumas comunidades.

Idade adulta (fase reprodutiva): Nessa fase, que vai aproximadamente dos 20 aos 40-45 anos, os desafios se concentram em oferecer suporte adequado durante a gestação e parto, reduzir a mortalidade materna, ampliar o planejamento reprodutivo e enfrentar a violência doméstica. O Brasil conseguiu avanços na redução da mortalidade materna desde os anos 1990, mas a Razão de Mortalidade Materna (RMM) ainda está em patamar insatisfatório (em 2019, a RMM estimada girava em torno de 55-60 por 100 mil NV, aumentando para >70 em 2020-2021 devido a COVID-19). As principais causas de óbito materno – hipertensão (eclâmpsia), hemorragia, infecção puerperal, complicações de aborto e, recentemente, causas indiretas como COVID – são em grande parte evitáveis com atenção qualificada. O desafio é garantir cobertura e qualidade do pré-natal universalmente, identificar riscos e manejá-los (ex.: síndrome hipertensiva da gravidez ainda é subdiagnosticada em algumas pacientes que têm pré-natal insuficiente), melhorar a estrutura das maternidades (muitas mortes ocorreram por falta de leitos de UTI obstétrica ou demora na transferência) e prover equipe capacitada 24h em todas as salas de parto. Regiões Norte e Nordeste enfrentam carência de serviços, resultando em maiores índices de mortalidade materna – desafio de equidade regional. Além disso, o Brasil enfrenta o desafio de reduzir a altíssima taxa de partos cesáreos desnecessários na saúde suplementar e até em alguns serviços do SUS: a cesariana quando não indicada pode aumentar riscos para a mãe e o bebê. A política nacional tem incentivado o parto normal e humanizado (inclusive com o Projeto Apice-On de qualificação da atenção obstétrica e neonatal), mas mudar uma cultura arraigada de cesáreas é complexo.

No âmbito do planejamento familiar, embora os métodos estejam disponíveis no SUS, persistem casos de demanda não atendida por contracepção – sobretudo entre populações de baixa renda e baixo acesso à informação – levando a gestações não planejadas. Isso é evidenciado pelo dado de que cerca de 55% das gestações no Brasil não são planejadas, segundo pesquisas (ONU, 2016). A dificuldade em acessar consultas ou até preconceitos de profissionais em fornecer métodos para mulheres jovens ou solteiras podem ser obstáculos. Expandir o acesso a métodos de longa duração (DIU, implantes) e ações extramuros (como distribuição de preservativos em eventos, orientação em locais de trabalho) são estratégias para superar esse desafio.

A violência contra a mulher adulta é outro grande desafio transversal. Altos índices de violência doméstica resultam em lesões, transtornos mentais e piora de condições crônicas.

Muitas mulheres silenciam por dependência econômica ou emocional, e o sistema de saúde às vezes falha em identificar os sinais. Fortalecer protocolos de triagem de violência nas consultas (perguntando rotineiramente em ambiente reservado) e articular com a rede de proteção ainda é algo irregular nos serviços – um desafio de implementação e capacitação contínua. Da mesma forma, violência sexual contra mulheres jovens (estupro) permanece um problema grave, com grande subnotificação. Garantir o acesso amplo aos serviços de referência (com profilaxia de HIV, medicação para prevenção de ISTs e contracepção de emergência) é um desafio, especialmente fora dos grandes centros urbanos.

Climatério (perimenopausa) e terceira idade: A partir dos 45-50 anos, as mulheres entram no climatério e posteriormente na pós-menopausa, e tendem a apresentar aumento de incidência de doenças crônicas. Um desafio importante é a continuidade do cuidado na transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva. Muitas políticas e serviços focam intensamente na mulher enquanto ela é mãe ou potencial gestante, mas após a menopausa há risco de certo “abandono” da atenção à sua saúde. Por exemplo, mulheres acima de 50 anos podem ter menos frequência de visitas ao ginecologista, quando na verdade continuam necessitando prevenção (o Papanicolau deve seguir até 64 anos se anteriores normais) e manejo de sintomas do climatério (fogachos, distúrbios do sono, queixas gênito-urinárias). O acesso à terapia de reposição hormonal (TRH), quando indicada, ou a outras medidas para melhora da qualidade de vida no climatério, nem sempre é fácil no SUS e enfrenta até preconceitos (algumas mulheres consideram os sintomas “algo com que devem conviver” e não procuram ajuda). Capacitar as equipes para acolher essas demandas e incorporar protocolos de climatério nas rotinas da APS é um desafio em curso.

Na terceira idade, as mulheres frequentemente vivem mais que os homens (a expectativa de vida feminina no Brasil é cerca de 7 anos maior) e, portanto, enfrentam sozinhas os percalços da velhice. Um desafio notável é a multi morbidade e polifarmácia: idosas tendem a ter múltiplas doenças (hipertensão, diabetes, osteoartrite, osteoporose, depressão etc.) exigindo acompanhamento integrado de diversos especialistas, o que pode ser fragmentado. O SUS busca implementar a Atenção Domiciliar e os Cuidados Continuados Integrados (p. ex. Programa Melhor em Casa) para idosos com limitações, mas a cobertura ainda é insuficiente. Problemas específicos como osteoporose e fraturas em mulheres pós-menopausa são um desafio, pois a taxa de diagnóstico e tratamento preventivo (suplementação de cálcio/Vitamina D, bifosfonatos quando indicados) é baixa, resultando em fraturas de fêmur que causam grande impacto em mortalidade e dependência. Outro ponto é a saúde mental da idosa: muitas vivenciam solidão, perda de parceiros, e podem se tornar cuidadoras de netos ou familiares, acumulando estresse. Reconhecer e prover suporte psicossocial para idosas (como centros de convivência e grupos de terceira idade) precisa ser parte da agenda de saúde, mas ainda é desafiador em muitas localidades.

Ademais, mulheres idosas podem ser vítimas de violência patrimonial, psicológica ou física (às vezes pelos próprios familiares) – a chamada violência contra a pessoa idosa, que exige atenção especial (o Estatuto do Idoso e notificação compulsória de violência contra idoso se aplicam). Idosas também têm sua sexualidade, porém o sistema de saúde raramente aborda

sexualidade segura na terceira idade, o que é um desafio pois há casos de DST em idosos aumentando.

Desigualdades e determinantes sociais nos ciclos de vida: Transversal a todos esses desafios está a questão das desigualdades sociais, econômicas e regionais. Mulheres em situação socioeconômica precária enfrentam múltiplos obstáculos em cada fase: na adolescência, maior chance de gravidez precoce; na vida adulta, menos acesso ao pré-natal e mais risco de mortalidade materna; na terceira idade, menor acesso a cuidados e maior dependência. Por exemplo, a mortalidade materna entre mulheres negras é cerca de 1,5 vez a de mulheres brancas, evidenciando disparidades raciais relacionadas a acesso e qualidade do atendimento (VIANA et al., 2017). Da mesma forma, câncer de colo do útero – doença vinculada à falta de rastreio – ainda é uma das principais causas de morte em regiões carentes (notadamente Norte/Nordeste), enquanto no Sul/Sudeste, com melhor cobertura de Papanicolau, a mortalidade por esse câncer caiu mais rapidamente. Diminuir essas lacunas é um desafio complexo que requer alocar recursos de forma equitativa, priorizando áreas de maior necessidade, e atuar sobre determinantes sociais (discutidos no tópico seguinte).

Resumindo, cada fase da vida da mulher traz riscos e necessidades específicas, e garantir que o sistema de saúde responda adequadamente a todas é desafiador. Requer flexibilidade nas políticas (por exemplo, unidades de horário estendido para atender mulheres que trabalham; atendimento diferenciado para adolescentes), formação contínua dos profissionais para temas emergentes (como diversidade sexual, novas tecnologias, abordagem do envelhecimento ativo), e sobretudo vontade política para manter a saúde da mulher como prioridade, mesmo diante de transições demográficas e epidemiológicas que competem por atenção (como o envelhecimento populacional e as doenças crônicas, que porém também afetam as mulheres).

Resumo – Desafios nos ciclos de vida: Na adolescência, prevenir gravidez precoce e DST, e oferecer educação sexual, ainda enfrenta barreiras culturais e requer ações intersetoriais; na fase reprodutiva, reduzir a mortalidade materna e garantir parto humanizado permanecem metas não completamente atingidas, assim como ampliar o acesso ao planejamento familiar e combater a violência doméstica; no climatério e terceira idade, há desafio de manter a continuidade do cuidado, manejar doenças crônicas múltiplas e dar suporte psicossocial às mulheres idosas, evitando negligência e isolamento. Tudo isso permeado por desigualdades sociais e regionais que agravam os problemas para grupos específicos. Superar esses desafios demanda aprimorar a qualidade da atenção em todos os níveis, investir em ações de equidade e manter políticas de saúde da mulher atualizadas e efetivamente implementadas.

6. Interfaces entre a Saúde da Mulher e Fatores Sociais, Econômicos e Culturais

A saúde da mulher é profundamente influenciada pelos determinantes sociais, econômicos e culturais. Ou seja, não basta oferecer serviços de saúde – as condições de vida, trabalho, educação, renda, meio ambiente, assim como normas sociais e valores culturais, configuram

contextos que podem ampliar ou restringir as oportunidades de uma mulher gozar de boa saúde. A Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres reconhece explicitamente que a saúde é um processo resultado de fatores biológicos e socioeconômicos, culturais e históricos. Isso implica entender que o perfil saúde-doença varia conforme o grau de desenvolvimento e as desigualdades sociais, e que questões de gênero se colocam como determinantes importantes (RIO GRANDE DO SUL, 2020). Nesta seção, exploramos as principais interfaces entre saúde da mulher e fatores extra clínicos:

Educação e renda: Níveis educacionais e econômicos têm forte correlação com indicadores de saúde feminina. Mulheres com menor escolaridade tendem a ter menos acesso à informação sobre saúde, menor poder de negociação em relações sexuais (por exemplo, para uso de preservativos ou contraceptivos) e maiores dificuldades de acesso a serviços. A pobreza material também impacta a nutrição, o estresse e a possibilidade de custear transporte para cuidados de saúde. No Brasil, há uma feminização da pobreza: segundo Corral (2000), as mulheres enfrentam diferenciação salarial significativa – ganhando menos que os homens em trabalhos equivalentes – e observa-se o crescimento de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Dados históricos do IBGE confirmam essa disparidade: em 2003, 71,3% das mulheres trabalhadoras ganhavam até 2 salários mínimos, versus 55,1% dos homens; e apenas 9,2% das mulheres tinham renda acima de 5 salários, contra 15,5% dos homens. Essa desigualdade de renda limita o acesso das mulheres a bens de saúde (por exemplo, uma alimentação saudável, ou mesmo absorventes higiênicos – tema que levou à recente criação de um programa de distribuição de absorventes para combater a “pobreza menstrual”). Ademais, muitas mulheres realizam trabalho doméstico não remunerado em carga muito maior que os homens, o que reduz seu tempo para autocuidado e lazer, afetando saúde mental e física. Famílias chefiadas por mulheres, em geral, têm menos renda e mais dependentes, o que torna as mulheres chefes de família mais vulneráveis a sobrecarga e doenças relacionadas ao estresse. Políticas públicas de transferência de renda condicionada (como o Bolsa Família/Auxílio Brasil) beneficiaram prioritariamente mulheres, reconhecendo esse papel central e buscando melhorar condições de vida – o que, por sua vez, reflete positivamente na saúde (estudos mostraram redução de mortalidade infantil e melhoria nutricional associadas a esses programas, por exemplo).

Desigualdades de gênero e poder: Aspectos culturais relacionados ao papel da mulher na sociedade também exercem grande influência. Em muitas comunidades, persistem valores patriarcais que limitam a autonomia da mulher – por exemplo, mulheres que dependem da autorização do marido para buscar cuidados de saúde ou para usar anticoncepcional. A violência de gênero é uma expressão extrema dessas desigualdades e tem consequências diretas: traumas físicos (desde lesões dermatológicas até deficiência física por agressões), problemas de saúde mental (depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso abusivo de álcool e outras drogas), aumento do risco de doenças (mulheres em relações abusivas podem não conseguir negociar proteção e contrair DST, ou ter gestações frequentes e indesejadas). O machismo estrutural pode se refletir inclusive dentro dos serviços de saúde, no fenômeno conhecido como violência obstétrica: práticas desrespeitosas ou abusivas durante o parto (desde xingamentos até procedimentos realizados sem consentimento, como

episiotomias desnecessárias ou esterilização forçada no passado). Isso afasta mulheres dos serviços e viola direitos. Combater essas atitudes requer mudança cultural e capacitação das equipes de saúde em direitos humanos e empatia.

Cultura e práticas tradicionais: Diferenças culturais também podem impactar a forma como as mulheres percebem saúde e utilizam os serviços. Em algumas culturas/religiões, falar sobre sexualidade é tabu, o que dificulta ações de educação sexual. Certos grupos podem preferir buscar primeiro curas tradicionais (ervas, benzedadeiras, pajés) antes de procurar o médico – o que não é necessariamente negativo, mas demanda que o sistema de saúde valorize e dialogue com essas práticas para estabelecer confiança (por exemplo, integrando parteiras tradicionais nas equipes de saúde em comunidades quilombolas ou indígenas). Questões culturais podem influenciar hábitos alimentares (impactando obesidade, anemia), práticas de atividade física (mulheres de alguns grupos podem ter restrições em praticar exercícios em público), etc. Profissionais de saúde precisam ter competência cultural para compreender e respeitar essas nuances, adaptando intervenções. Um exemplo relatado na literatura é o cuidado às mulheres indígenas durante o parto: muitas preferem posições verticais e a presença de parteiras da comunidade; hospitais que acolheram essas preferências tiveram mais sucesso em atrair essas parturientes e reduzir complicações (LUZ et al., 2014). Assim, adequar o cuidado ao contexto cultural é fundamental.

Raça/etnia: No Brasil, marcadores sociais como raça e etnia se sobrepõem ao gênero para criar desigualdades interseccionais. Mulheres negras e pardas têm, em média, piores indicadores de saúde: maiores taxas de mortalidade materna, maior incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, maior prevalência de HIV/AIDS, entre outros. As causas são multifatoriais: níveis mais altos de pobreza, racismo institucional nos serviços de saúde (que pode levar a menor acesso ou menor qualidade do atendimento oferecido), e acúmulo de discriminações. Conforme levantamento da Rede Feminista de Saúde (2003), 69% da população afrodescendente encontrava-se em situação de pobreza, e as mulheres negras ocupam majoritariamente a base da pirâmide social. Essa posição social se traduz em piores condições de saúde e menor acesso – p. ex., uma mulher negra tem mais chance de depender exclusivamente do SUS (que apesar de universal, na prática pode ter barreiras de oferta), e menos chance de ter diagnóstico precoce de doenças. Reconhecer o racismo como determinante da saúde foi um passo dado com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), e na saúde da mulher surgiram iniciativas como a inclusão da questão racial nas estatísticas de mortalidade materna e capacitações para profissionais combaterem vieses (por exemplo, estudos mostram que a queixa de dor de mulheres negras tende a ser subvalorizada no atendimento). O desafio cultural é imenso: exige mudar mentalidades e treinar equipes para a empatia e igualdade de tratamento. Além disso, garantir representatividade de mulheres negras na formulação de políticas ajuda a direcionar recursos onde mais precisam.

Identidade de gênero e orientação sexual: Outra interface importante é com a questão LGBT. Mulheres lésbicas e bissexuais historicamente enfrentaram invisibilidade nos serviços de saúde da mulher, que são muito centrados na reprodução. Uma mulher lésbica pode evitar ir

ao ginecologista por receio de preconceito ou por achar que não precisa (ex.: algumas acreditavam não precisar do Papanicolau por não terem relação heterossexual – o que é um equívoco, pois o HPV pode ser transmitido por outras formas de contato). Isso levou a menor cobertura de exames preventivos nesse grupo. Culturais heteronormativas nos serviços são um obstáculo; capacitá-los para acolher todas as orientações sexuais com respeito é fundamental. Já mulheres trans (pessoas que foram designadas homens ao nascer, mas se identificam e vivem como mulheres) enfrentam barreiras ainda mais severas – muitas vezes nem são reconhecidas pelo sistema (documentos etc.) e sofrem transfobia nos atendimentos. Essas mulheres têm necessidades específicas (terapia hormonal, cirurgia de redesignação eventualmente, prevenção de câncer de próstata ou acompanhamento do silicone industrial que algumas aplicam por conta própria). A política de saúde integral da população trans e travesti (Política Nacional de Saúde LGBT de 2013) visa abordar isso, mas o desafio cultural de aceitação é grande. Equipes precisam ser treinadas para usar o nome social, respeitar a identidade e oferecer cuidados apropriados.

Determinantes ambientais e laborais: Mulheres também são afetadas de modo particular por fatores ambientais e laborais. Por exemplo, muitas trabalhadoras informais (domésticas, agricultoras) estão expostas a riscos (agrotóxicos no caso de trabalhadoras rurais, produtos de limpeza químicos para domésticas) que podem repercutir em sua saúde (dermatites, intoxicações, câncer). A dupla jornada (trabalho formal e cuidados da casa/filhos) gera sobrecarga de estresse e cansaço crônico, levando a problemas como depressão, distúrbios do sono e hipertensão. Políticas de suporte – como creches, licença-maternidade de 6 meses (conquistada para muitas categorias), divisão das tarefas domésticas (campanhas de mudança cultural para envolver mais os homens) – são medidas fora do setor saúde que têm impacto direto na saúde das mulheres. A segurança pública também dialoga com a saúde: mulheres que vivem em áreas violentas ou em situação de guerra do tráfico têm sua saúde mental abalada, menos oportunidades de atividade física ao ar livre, risco maior de traumas (inclusive bala perdida) e dificuldade de acessar serviços por medo de deslocamento em áreas de conflito.

Participação social e empoderamento econômico: Estudos mostram que sociedades com maior igualdade de gênero apresentam melhores indicadores de saúde para mulheres e crianças. O empoderamento feminino – seja via educação, inserção no mercado de trabalho, participação política – tende a repercutir positivamente em saúde. Um exemplo clássico é: mulheres mais instruídas têm menos filhos e cuidam melhor da saúde deles e da sua (pela maior informação e poder de decisão). Portanto, políticas como incentivo à escolarização de meninas e programas de liderança feminina são indiretamente políticas de saúde. No Brasil, a porcentagem de mulheres no ensino superior já supera a de homens, mas isso não se traduz proporcionalmente em renda ou poder, devido a barreiras de ascensão profissional (teto de vidro) e carga doméstica que recai sobre elas. Esses fatores macro impactam a saúde – por exemplo, o estresse ocupacional e a conciliação trabalho-família são fontes de ansiedade e burnout para muitas mulheres.

Acesso à saúde e qualidade do atendimento: Os fatores culturais e sociais influenciam a forma como a mulher acessa (ou não) o sistema de saúde. Mulheres em áreas rurais isoladas podem

ter dificuldade de transporte até uma maternidade, o que aumenta risco de partos domiciliares inseguros. Barreiras linguísticas afetam indígenas e imigrantes (ex: imigrantes haitianas ou venezuelanas que podem não compreender orientações em português). Atitudes dos profissionais – algumas vezes preconceituosas com mulheres pobres, negras ou trans – configuram barreiras “invisíveis” porém reais. Um sistema de saúde que pretenda ser equânime precisa identificar e remover esses obstáculos. Por exemplo, a implementação de Ouvidorias e pesquisas de satisfação podem ajudar a revelar onde há maus-tratos ou discriminação. A presença de profissionais da própria comunidade (agentes indígenas de saúde, agentes comunitárias em favelas) também facilita a ponte cultural.

Em conclusão, a interface entre saúde da mulher e fatores sociais/econômicos/culturais é um campo complexo, mas vital. Políticas de saúde da mulher efetivas devem atuar não apenas na dimensão biomédica, mas também sobre os determinantes sociais – ou articular-se com políticas de educação, trabalho, justiça e desenvolvimento social para criar um ambiente propício à saúde. Somente com essa abordagem intersetorial e culturalmente informada será possível atingir a saúde integral da mulher em sua plenitude, conforme preconizado. Afinal, muitas vezes a vulnerabilidade feminina a doenças e morte está mais ligada à situação de desigualdade na sociedade do que a fatores biológicos. Reconhecer e enfrentar essas desigualdades – de gênero, raça, classe – é requisito para melhorar os indicadores de saúde feminina no Brasil.

Resumo – Interfaces saúde e contexto sociocultural: A saúde da mulher é influenciada por escolaridade, renda e trabalho (mulheres pobres e com menor instrução têm piores indicadores); por desigualdades de gênero (violência, sobrecarga doméstica, menos poder decisório afetam saúde física e mental); por fatores culturais e étnicos (necessidade de adequar cuidados a tradições, combater racismo e discriminações que geram iniquidades no acesso e na qualidade do atendimento). Políticas intersetoriais – educação de meninas, combate à pobreza, igualdade no trabalho, leis contra violência – são tão importantes quanto as ações de saúde em si. Reduzir disparidades (como as raciais na mortalidade materna ou nas taxas de câncer cervical) exige reconhecer o papel desses determinantes e incorporar estratégias de equidade e respeito cultural em todos os níveis do SUS. Em síntese, a saúde integral da mulher só será alcançada quando houver também equidade social e empoderamento feminino na sociedade.