

## O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA MULHERES NO BRASIL

### THE ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR WOMEN IN BRAZIL

Sharon Osei<sup>1</sup>; Murillo Araujo dos Santos<sup>2</sup>; Caroline Rego Rodrigues<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Contexto:** o acesso igualitário aos serviços de saúde no Brasil é universal, gratuito e sem discriminação. No âmbito da saúde da mulher, foram estabelecidos programas no Sistema Único de Saúde (SUS) para beneficiar as mulheres. **Objetivo:** apontar alternativas disponíveis para o aprimoramento ao acesso aos serviços de saúde para as mulheres. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa. Esse método de investigação foi constituído de seis fases distintas. O levantamento bibliográfico foi realizado durante o mês de junho de 2022. **Resultados:** Identificaram-se dez artigos que foram submetidos à análise temática de conteúdo. Foram consideradas as seguintes categorias analíticas: os principais programas do SUS como um programa garantido e eficaz; conhecimentos e dificuldades das mulheres que enfrentam nesses programas e suporte da equipe de saúde multiprofissional às mulheres. O rastreamento parece eficaz na promoção de crenças positivas de saúde sobre a captação do rastreamento. Também ajuda acreditar que as mulheres correm o risco de contrair câncer do colo do útero, a doença pode ameaçar suas vidas e entender mais vantagens do rastreamento. O aumento da intenção de rastreamento influencia ainda as crenças positivas entre as mulheres, pois ajuda as participantes a perceberem que o rastreamento não é doloroso, caro e demorado. **Conclusão:** o estudo concluiu que o acesso igualitário aos serviços de saúde é essencial para o aperfeiçoamento do atendimento aos usuários do SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Mulher; Programa; Serviços de Saúde.

#### ABSTRACT

**Context:** equal access to health services in Brazil is universal, free and without discrimination. In the context of women's health, programs have been established in the Unified Health System (SUS) to benefit women. **Objective:** to point out alternatives available to improve access to health services for women. **Methodology:** this is an integrative review. This method of investigation consisted of six distinct phases. The bibliographic survey was carried out during the month of June 2022. **Results:** Ten articles were identified that were submitted to thematic content analysis. The following analytical categories were considered: the main SUS programs as a guaranteed and effective program; knowledge and difficulties of the women who face in these programs and support from the multidisciplinary health team to women. Screening seems effective in promoting positive health beliefs about the capture of screening. It also helps to believe that women are at risk of contracting cervical cancer, the disease can threaten their lives and understand more advantages of screening. The increase in screening intention also influences positive beliefs among women, as it helps participants to realize that screening is not painful, expensive and time-consuming. **Conclusion:** the study concluded that equal access to health services is essential for the improvement of care for SUS users.

**KEYWORDS:** Women's Health; Program; Health Services.

#### INTRODUÇÃO

A busca por acesso igualitário aos serviços de saúde para mulheres no Brasil é um imperativo social e de saúde pública. Apesar dos avanços, disparidades persistem, prejudicando o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres.

Alguns anos atrás, a mulher era vista apenas como progenitora. Na década de 1970, com a proposta de controle de natalidade, os chamados programas de controle ganharam visibilidade, ignorando as verdadeiras

necessidades das mulheres da época e colocando-as em segundo plano.

Na mesma década, movimentos feministas buscavam romper com os padrões tradicionais, modificando a visão simplista da mulher e propondo a não-hierarquização de gênero. Dessa forma, surgiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com as propostas anteriores e destacando a saúde sexual e reprodutiva como um direito.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco na história da saúde brasileira, já que antes de sua existência, somente trabalhadores formais tinham direito aos cuidados com sua saúde. Os movimentos sociais e a reforma sanitária tinham como objetivo, na época, a luta pela implementação de um novo modelo de atenção destinado a toda a população, não apenas a quem tinha carteira assinada<sup>1</sup>.

A saúde da mulher começou a ser discutida no século XX, passando a ser incluída nas políticas de saúde no Brasil. Inicialmente, as discussões estavam mais direcionadas à mulher em idade fértil, principalmente na fase gestacional- puerpério. Porém, hoje tem-se uma ideia mais ampliada, trazendo assuntos como prevenção de cânceres, climatério, menopausa, infertilidade e reprodução assistida, entre outras que contemplam integralmente a sua saúde<sup>2</sup>.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 definiu em seu artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”. Embora o direito à saúde esteja assegurado pela Constituição brasileira, o fenômeno da imigração evidenciou a fragilidade da estrutura e o despreparo do país na atenção à saúde do migrante e também a carência de políticas públicas de saúde voltadas a esta população<sup>5</sup>.

Por mais que o direito à saúde esteja assegurado pelo Estado, existe uma frágil estrutura que possui uma carência elevada. Devido à discriminação que ocorre pelos profissionais do serviço da saúde muitas vezes por: falta de dinheiro; sexo; raça/cor; idade; classe social; tipo de doença; preferência sexual; religião/crença; tipo de ocupação ou por outro motivo<sup>5</sup>.

Foi demonstrado que essas vulnerabilidades ainda estão presentes na rede de saúde. Foi evidenciado que as mulheres dentro dos serviços de saúde, durante os atendimentos recebidos na Unidade Básica de Saúde (UBS), relataram percepções diferentes na prestação dos serviços, referentes à classe social, violências de gênero, raça e orientação sexual, sendo esses fatores levados em conta na hora da execução dos serviços prestados a elas, porém relataram que, na presença dos médicos cubanos, através de atendimentos via Programa Mais Médicos (PMM), isso não era percebido, pois sentiam-se como pertencentes a um dos eixos da diretriz do SUS, a equidade<sup>3</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS), possui como objetivo reduzir a quantidade de falta de informação para os pacientes, principalmente para as mulheres. Por mais que existam campanhas na área da saúde que levam informação para todos, muitas vezes o veículo utilizado para transmitir as informações não é eficiente<sup>4</sup>. No Brasil, alguns avanços foram destacados para a saúde da mulher, diversas políticas públicas voltadas para a assistência à mulher:

Os principais programas utilizados pelo SUS<sup>7,8</sup> que são voltados para a saúde da mulher: Programa de rastreamento do câncer de colo uterino; Programa de conscientização do câncer de mama; Programa nacional de qualidade da citologia; Programa nacional de imunização no Brasil; Programa Trabalhando com Partes Tradicionais (PTPT); Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM); entre outros. Os direitos que as mulheres possuem e foram conquistados durante os anos na área da saúde no Brasil.

Na área da saúde da mulher, o programa PAISM foi incorporado às políticas públicas com o (Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher) PNAISM. Políticas destinada à promoção da saúde de forma integral e globalizada, em todo seu ciclo de vida, mas ainda transporta valores assistenciais de cunho curativo, voltados à doença, fugindo dos princípios doutrinários do SUS- Universalidade, Equidade e Integralidade<sup>26</sup>. O presente estudo busca levantar e apontar alternativas disponíveis para o aprimoramento ao acesso aos serviços de saúde para as mulheres.

## METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, a metodologia foi uma revisão da literatura integrativa, cuja proposta foi trabalhar e mapear um determinado fenômeno em particular, neste caso os principais programas do SUS para as mulheres, permitindo traçar uma análise sobre materiais já publicados sobre determinado assunto, com buscas realizadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), contendo acesso livre e gratuito aos conteúdos dispostos em monografias, dissertações, artigos científicos.

Esse método de investigação foi constituído de seis fases distintas: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostra ou pesquisa de literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão; 5) Análise e síntese dos resultados da revisão; e 6) Apresentação da revisão integrativa.

Para a construção de uma Revisão da Literatura Integrativa é necessário que haja a seleção de hipótese ou questão de pesquisa (1ª fase). Dessa forma, a questão norteadora foi constituída tendo como base a estratégia Pico de Araújo, que possui sensibilidade para abranger pesquisas

qualitativas com foco nas experiências humanas e nos fenômenos sociais; sendo P = população (População/Patient/Problem) a ser incluída no estudo, contexto ou situação-problema, I= fenômeno de interesse (Interest) e Co= contexto (Contexto):

**P** – Saúde da Mulher; **I** – Programa; **Co** – Promoção de Saúde

A partir da questão de pesquisa “Quais são os principais programas do SUS na promoção da Saúde da Mulher?” foram utilizados descritores controlados no DeCS/MeSH (Descritores em Ciência da Saúde) em português e (Medical SubjectHeadings) em inglês: “Saúde da Mulher” / “Women’s Health” / “Salud de la Mujer”, “Programa” / “Program” / “Programa”, “Promoção de Saúde” / “Health Promotion” / “Promoción de la Salud” e Mulher para realizar a busca dos artigos. Conforme exposto no [Quadro 1](#).

**Quadro 1.** Descritores controlados empregados na Estratégia PICO para elaboração da questão norteadora e estratégia de busca dos artigos.

ACRÔNIMOS	COMPONENTES	DESCRITORES CONTROLADOS (DeCS/MeSH)
P	População – Saúde da Mulher	Mulher, “Saúde da Mulher”, “Women’s Health”, “Salud de la Mujer”.
I	Fenômenos de Interesse – Programa	“Programa”, “Program”, “Programa”.
Co	Contexto – Promoção de Saúde	“Promoção de Saúde”, “Health Promotion”, “Promoción de la Salud”.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2022.

O levantamento bibliográfico foi realizado durante o mês de junho de 2022, mediante acesso virtual às plataformas de busca: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os artigos selecionados estão indexados nas Bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Índice Bibliográfico *Espanhol em Ciências de Lá Salud* (IBECS) e Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de

Cuba (CUMED).

Para selecionar uma coleta de forma sistematizada, utilizou-se o formulário de busca avançada, respeitando as particularidades e características distintas de cada base de dados. Os descritores utilizados foram unidos entre si por meio do conector booleano “OR”, dentro de cada conjunto de termos da estratégia PICO, e logo após a pesquisa de cada termo, foram cruzados com o conector booleano “AND”, ([Quadro 2](#)).

**Quadro 2.** Demonstração da Estratégia de Busca utilizando os descritores empregados na PICO para busca dos artigos.

PLATAFORMAS DE BUSCA	ESTRATÉGIA DE BUSCA
<b>BVS</b>	<b>Estratégia 1</b> ((saúde da mulher) OR (women’s health) OR (salud de la mujer)) AND ((programa) OR (program)) OR (programa) AND ((promoção de saúde) OR (health promotion) OR (promoción de la salud)) <b>Estratégia 2</b> (“Saúde da Mulher”) OR (“Women’s Health”) OR (“Salud de la Mujer”) AND ((programa) OR (program) OR (programa)) AND (“Promoção de Saúde”) OR (“Health Promotion”) OR (“Promoción de la Salud”) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“BDENF” OR “LILACS” OR MEDLINE” OR “CUMED”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster: [2012 TO 2022]) <b>Estratégia 3</b> ((saúde da mulher) OR (women’s health) OR (salud de la mujer)) AND ((programa) OR (program) OR (programa)) AND ((promoção de saúde) OR (health promotion) OR (promoción de la salud) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “BDENF” OR “MEDLINE” OR “IBECS” OR “CUMED”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster: [2012 TO 2022])
<b>SCIELO</b>	mulher AND network:org AND -network: rve and programa AND network:org AND -network: rve AND network:org AND -network: rve

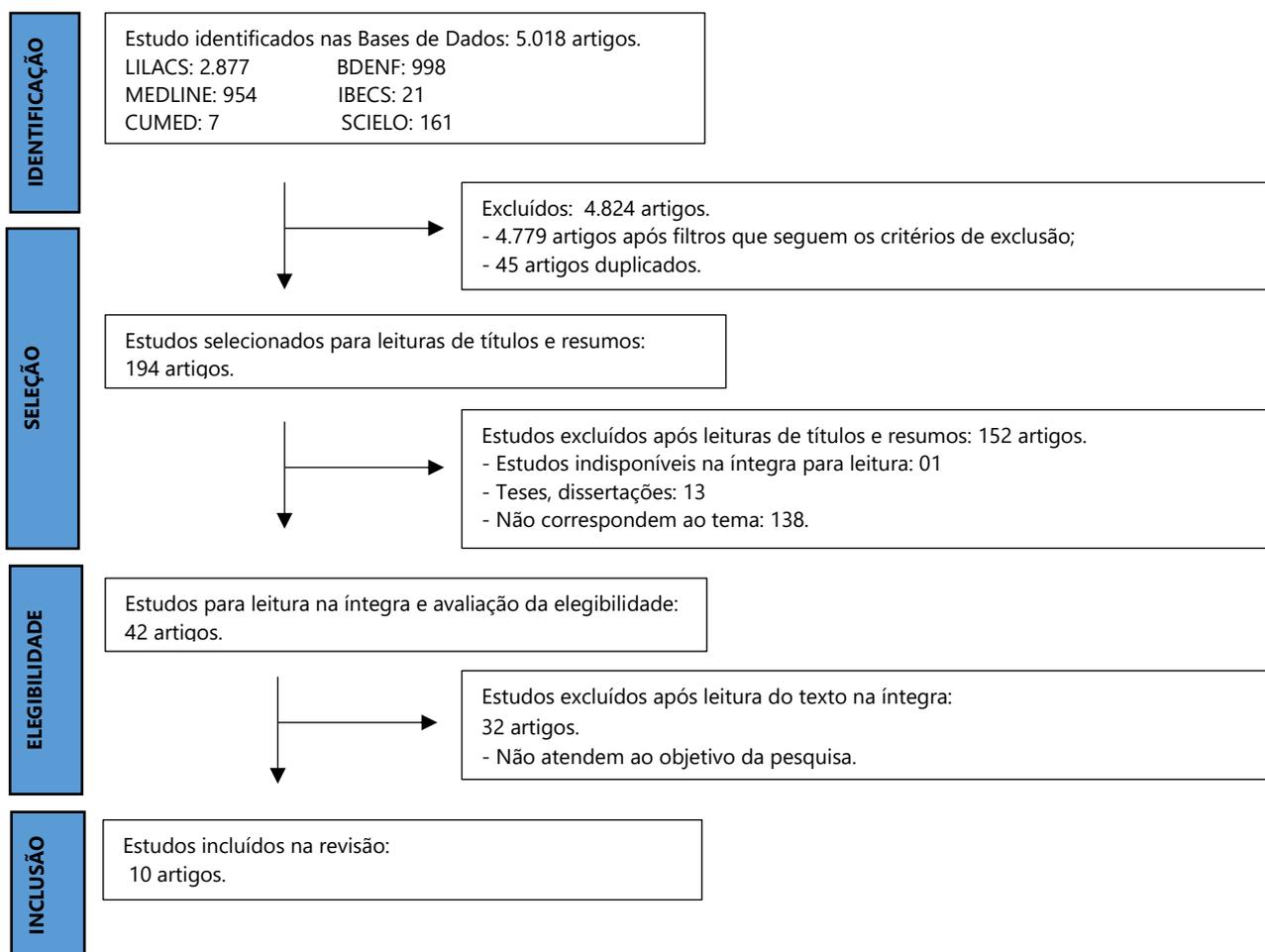
**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2022

Dessa forma, foram incluídos na Revisão da Literatura Integrativa os artigos publicados em português, espanhol e inglês, com resumos disponíveis na íntegra, sem recortes temporais. Foram também excluídas as monografias; documentos de projetos; amostras duplicadas; artigos não disponíveis na íntegra; e artigos com o assunto principal não relacionados ao tema do trabalho.

Das 5.018 publicações identificadas, foram inicialmente selecionados 194 artigos. Para seleção dos artigos foram

consideradas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A seleção ocorreu pela leitura de títulos e resumos de forma independente para garantir que estes obedeceram aos critérios de inclusão. Sendo assim, na segunda fase foram comparados e discutidos por meio de uma leitura completa de cada artigo, para finalmente definir a amostra do estudo, conforme demonstrado no Fluxograma. ([Figura 1](#)).

**Figura 1.** Fluxograma: Seleção dos estudos.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Os 10 artigos selecionados para a amostra foram explorados por meio da seleção de informações encontradas através de um formulário estruturado de categorização de artigos, apresentado em dois eixos: Eixo 1: Título, ano, autores, idioma, base de dados e abordagem; e Eixo 2: Abordou as principais ideias relacionadas ao questionamento sobre os principais programas do SUS na promoção da Saúde da Mulher. Logo após a realização da leitura minuciosa, na íntegra, dos estudos da amostra, favorecendo a extração das principais ideias de cada autor, foram encaminhados ao revisor (orientadora), a fim de análise e identificação de possíveis falhas no processo de produção.

Para um norte desse processo de análise realizado, foram utilizados quadros, por meio da ferramenta Microsoft Office Word, que demonstram detalhadamente todas as questões envolvidas, conforme a categorização determinada no formulário, a fim de expandir o conhecimento acerca da temática envolvida.

## RESULTADOS

A amostra final do estudo, após a aplicação das estratégias de busca, e por meio dos critérios de inclusão e exclusão, resultou em 10 artigos. Estes artigos foram lidos e analisados na íntegra, e os dados foram demonstrados em forma de quadros que caracterizam os artigos com base nas variáveis propostas: Título, ano de publicação, autores, idioma, abordagem do estudo e base de dados. (Quadro 3)

Foi observado uma predominância de artigos encontrados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e o idioma em destaque foi português. A pesquisa mostra artigos encontrados nos anos de 2013 a 2022, sendo que do ano de 2013 a 2017 apresentou um total de 1 artigo, e entre os anos de 2018 a 2022 apresentou um total de 9 artigos. Dessa forma é possível identificar que existem publicações recentes, que abordam a temática. (Quadro 4)

**Quadro 3.** Caracterização dos artigos conforme o Título, ano, autores, idioma, abordagem e base de dados.

Nº	TÍTULO	ANO	AUTORES	IDIOMA	ABORDAGEM	BASE DE DADOS
01	<i>The Effect of Peer-Led Navigation Approach as a Form of Task Shifting in Promoting Cervical Cancer Screening Knowledge, Intention, and Practices Among Urban Women in Tanzania: A Randomized Controlled Trial.</i>	2022	Joanes Faustine Mboineki; Panpan Wang; Kamala Dhakal; Mikiyas Amare Getu; Changying Chen.	Inglês	Quantitativa	MEDLINE
02	<i>Cancer Screening Program Delivered by Community Health Workers for Chinese Married Immigrant Women in Korea.</i>	2022	Jiyun Kim; Yuna Paik; Seungmi Park.	Inglês	Quantitativa	MEDLINE
03	Internações por Neoplasia Maligna da Mama nas Regiões Brasileiras no Período de 2014 a 2018.	2021	Ferrari Y.A.C; Fontes P.J.O; Andrade T.R.S.F; Santos I.H.A; Cavalcante A.B.	Português	Quantitativa	LILACS
04	<i>Calidad de la Mamografía y Tamizaje del Cáncer de mama en Argentina.</i>	2019	Susana Blanco; Daniel Andisco; Pablo Jiménez; Silvana Luciani.	Espanhol	Qualitativa	PAHO-IRIS
05	<i>Breast Cancer Mortality among Patients Attending a Cancer Hospital, Vitoria, ES.</i>	2013	Cristina A. M.A; Maria H. C. A.; Eliana Z.; Kátia V.; Juliana V. Calheiros.	Inglês	Qualitativa	LILACS
06	Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos: Indicadores do Primeiro Exame Citopatológico informado no Siscolo, 2007-2013.	2022	Maria B. K. D; Luciana de M. L. A; Vania R. G; Arn M; Caroline M. R; Jeane T.	Português	Qualitativa	LILACS
07	<i>Evaluation of Quality Indicators of Cervical Cytopathology tests carried out in a municipality of Paraná, Brazil.</i>	2020	Juliana C. M; Leonarda S. F. M; Jacqueline P; Maurício T; Rita G. A.	Inglês	Qualitativa	LILACS
08	Uso do Sistema de Informação de Imunização do Brasil: qual a realidade?	2021	Samuel B. R; Gabriela G. A; Brener S. S; Gabriela C. C. F. de O; Laís O. de M. T; Valéria C. de O; Eliet A. de A. G.	Português	Qualitativa	BDEFN
09	Paradoxos do Programa de Programa de Parteias Tradicionais no Contexto das Mulheres Krahô.	2019	Christine R. G; Douglas A. R; Wilza V.V.	Português	Qualitativa	SCIELO
10	Percepção de saúde, mobilidade e humor de mulheres participantes de caminhada em imersão.	2022	Maria C. J. C; Maria H. M. de A; Eliane A. de O; José E. P; Erika C. G. e; Fátima A. C.	Português	Qualitativa	LILACS

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2022.

**Quadro 4.** Resultados dos estudos encontrados destacando as principais partes.

Nº	TÍTULO	PRINCIPAIS PROGRAMA DO SUS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER
1	<i>The Effect of Peer-Led Navigation Approach as a Form of Task Shifting in Promoting Cervical Cancer Screening Knowledge, Intention, and Practices Among Urban Women in Tanzania: A Randomized Controlled Trial.</i>	O rastreamento parece eficaz na promoção de crenças positivas de saúde sobre a captação do rastreamento. Também ajuda acreditar que as mulheres correm o risco de contrair câncer do colo do útero, a doença pode ameaçar suas vidas e entender mais vantagens do rastreamento. O aumento da intenção de rastreamento influencia ainda as crenças positivas entre as mulheres, pois ajuda as participantes a perceberem que o rastreamento não é doloroso, caro e demorado.
2	<i>Cancer Screening Program Delivered by Community Health Workers for Chinese Married Immigrant Women in Korea</i>	Este estudo usa um programa de prevenção do câncer como uma intervenção para aumentar a alfabetização em saúde e a adesão ao rastreamento por imigrantes casadas. Este estudo avalia a diferença no conhecimento e captação de mamografia e exame de Papanicolau entre os grupos de controle. Além disso, promover a alfabetização em saúde na prática de comportamentos saudáveis, como exames de rastreamento de câncer, pode promover mudanças na cognição e na atitude.

3	Internações por Neoplasia Maligna da Mama nas Regiões Brasileiras no Período de 2014 a 2018.	A compreensão do câncer de mama como um problema de saúde global mostra a necessidade urgente de implementação efetiva de políticas públicas específicas para a doença, para que os profissionais compreendam a importância de uma cultura de promoção, prevenção e diagnóstico precoce de neoplasia maligna da mama e a população conheça seus direitos e deveres relacionados a essa condição.
4	<i>Calidad de la Mamografía y Tamizaje del Cáncer de mama en Argentina.</i>	O controle do câncer de mama deve ser abordado a partir de programas de informações, educação e aconselhamento que aumentem o conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco e os sinais e sintomas que requerem atenção médica imediata. Esses programas devem ser complementados com um rastreamento organizado para detectar o câncer em seus estágios iniciais.
5	<i>Breast Cancer Mortality among Patients Attending a Cancer Hospital, Vitoria, ES.</i>	Diante do exposto, fica evidente que o maior risco associado à baixa nível educacional, estágio avançado e metástase apontam para a chance de atraso diagnóstico em mulheres com baixa escolaridade, o que reforça a necessidade de estratégias que facilitem o acesso dessa população às instituições de saúde, especialmente com em relação ao SUS, uma vez que o risco aumentado para pacientes que são encaminhados a partir deste sistema também foi observado.
6	Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos: Indicadores do Primeiro Exame Citopatológico informado no Siscolo, 2007-2013.	O estudo é relevante ao analisar os indicadores do programa para mulheres da população-alvo examinadas por grandes Regiões. A tendência temporal estacionária da captação e positividade em quase todas as Regiões precisa ser acompanhada cuidadosamente.
7	<i>Evaluation of Quality Indicators of Cervical Cytopathology tests carried out in a municipality of Paraná, Brazil.</i>	Na Citopatologia, o controle de qualidade é baseado na detecção, correção e redução de deficiência na execução procedimentos dentro do laboratório, resultados em Citopatologia testes com maior qualidade e confiabilidade, minimizando erros tanto quanto possível e colaborando para melhorar a fases pré-analíticas e fases analíticas, além de contribuir para saúde pública.
8	Uso do Sistema de Informação de Imunização do Brasil: qual a realidade?	Os sistemas de Informações de Imunizações podem ser utilizados como estratégia de monitoramento das coberturas vacinais; inventivo às vacinas agendas; identificações e atualização de esquemas vacinais em atrasos, assim como a verificação das vacinas em idade recomendada e vigilância de eventos adversos pós-vacinação.
9	Paradoxos do Programa de Programa de Parto Tradicionais no Contexto das Mulheres Krahô.	O Programa Trabalhando com Parto Tradicionais foca principalmente na melhoria de parto domiciliar e parto assistido por parteiras, considerando a cidadania e direitos patrimoniais. Ações e/ou processos de treinamento se configuram como as principais estratégias para sensibilizar os gestores e profissionais de saúde, bem como orientar a encontros com mulheres, visando a troca de conhecimento e a distribuição da parteira conjunto.
10	Percepção de saúde, mobilidade e humor de mulheres participantes de caminhada em imersão.	É importante para entender os efeitos benéficos de um programa de caminhada em imersão da água, no estado de saúde, na mobilidade e no estado de humor de acordo com a percepção subjetiva de mulheres quinquagenárias. Desta forma, é melhor reforçar a necessidade deste tipo de prática para a saúde integral da mulher de meia idade como medida preventiva do processo de envelhecimento saudável.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022

## DISCUSSÃO

As alternativas para aprimorar a saúde da mulher incluem ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres<sup>27</sup>.

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Estudo

realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos<sup>28</sup>.

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a mortalidade materna foi considerada uma prioridade do governo federal e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para reduzi-la. A partir do ano de 1998, diminuíram os óbitos em internações obstétricas no SUS, passando de 34,8 óbitos por 100.000 internações em 1997, para 28,6 óbitos por 100.000 internações em 2001. Nesse período, também caiu o número de mulheres que morreram no parto em relação ao número de partos

realizados, passando de 32,48 para 24 óbitos em 100.000 partos em 2001<sup>29</sup>.

No Brasil, na primeira metade da década de 80, a epidemia HIV/aids manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas da Região Sudeste, aos homens que fazem sexo com homens, aos hemofílicos, transfundidos e usuários de drogas injetáveis. Nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90, a frequência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, observando-se, além disso, um processo de interiorização e pauperização da epidemia do HIV/aids. Apesar da tendência de interiorização da epidemia, o maior número de casos concentra-se nas regiões mais ricas, que também apresentam os mais altos índices de desigualdade social e exclusão econômica, nos seus bolsões de pobreza<sup>30</sup>. Observa-se ainda, a grande redução da transmissão por transfusão, a partir do controle da qualidade do sangue no País.

O total de casos de aids acumulados no Brasil, no período de janeiro de 1980 a dezembro de 2002, chega a 257.780, sendo 68.528 em mulheres, aproximadamente 27%<sup>31</sup>. Em 1986, apenas 5% dos casos de aids notificados eram do sexo feminino. Nos últimos anos, a participação das mulheres chega a 30%. A faixa etária de 20 a 39 anos tem sido a mais atingida e apresenta maior risco de se infectar. Esse aumento da ocorrência de casos no sexo feminino em idade reprodutiva tem como consequência um grande aumento no número de crianças expostas verticalmente ao HIV.

As alterações psicológicas da fase climatérica incluem depressão, irritação, nervosismo, diminuição da libido, intolerância e alterações de humor. Todas essas mudanças são advindas da carência estrogênica, mas o grande responsável é o contexto sociocultural que cada mulher vive. Enfrentar as mudanças corporais e entender que o climatério é apenas uma adequação para a vida não reprodutiva, com certeza, traz uma boa vivência desta fase<sup>32</sup>.

Na área da saúde da mulher, a Nacional Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais<sup>28</sup>.

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectas-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi justificada pelas dificuldades das mulheres ao acesso aos serviços de saúde, seja pela questão étnica, ou de opção sexual ou pelas piores condições sociais e econômicas, ou da zona rural, ou com doença sexualmente transmissível e para as mulheres violentadas.

Têm-se no acesso, a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de seus problemas de saúde o que envolve diversas questões, tais como disponibilidade ou não do serviço na rede, a distância da área de residências do usuário, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviços<sup>33</sup>.

No SUS esse acesso se dá primeiramente nas portas de entradas dos serviços de saúde, tais como a atenção primária, serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais e de acesso aberto<sup>34</sup>. Sendo a saúde um direito de todos, qualquer cidadão residente no Brasil tem direito aos serviços ofertados pelo SUS. Portanto, as condições migratórias não podem ser fatores impeditivos para o acesso à saúde, que é considerada um direito universal<sup>35</sup>.

No Brasil, pessoas que se encaixam nos grupos de renda mais baixa procuram menos os serviços de saúde ou apresentam menor probabilidade de usá-los. A menor demanda dessas pessoas, muitas vezes, não é por falta de necessidade, mas por dificuldade de acesso. As pessoas que apresentam maiores necessidades de saúde são justamente aquelas com maiores dificuldades de acessar e utilizar os serviços. E, quando os acessam, os mais pobres tendem a procurar os serviços por problemas de doença, e não para prevenção ou exames de rotina, como as pessoas de poder aquisitivo. Há iniquidades no acesso ao sistema de saúde pública. Fato associado à desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas populacionais, amparada na dificuldade dos profissionais em escutar as necessidades de saúde da população.

Por ser considerada como o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, é muito importante a avaliação do perfil de utilização de serviços pela população, contribuindo assim para o melhor planejamento de ações e serviços de acordo com as necessidades em saúde.

Este trabalho apontou as alternativas disponíveis para as mulheres, ampliou a nível de informação quanto às questões atreladas à saúde da mulher, bem como os mecanismos disponíveis para o acesso a um atendimento digno, humanizado e de qualidade em toda a rede pública.

Deve-se considerar, entretanto, algumas limitações do presente artigo, pois trata-se de um estudo transversal, que buscou conhecer as características básicas da utilização dos serviços de saúde, não se aprofundando nos condicionantes e determinantes do uso desses serviços e,

portanto, não é possível comprovar quais são as barreiras para uma atenção integral à saúde dessa população. Desta forma, o presente trabalho, através de dados primários, visa a contribuir com alguns apontamentos básicos para o tema.

## CONCLUSÃO

A conclusão sobre o acesso igualitário aos serviços de saúde para mulheres é crucial para promover a equidade de gênero e garantir que todas as pessoas, independentemente do sexo, tenham acesso aos cuidados de saúde de que necessitam. Ao refletirmos sobre esse tema, é evidente que ainda existem desafios significativos a serem superados para alcançar esse objetivo.

Em primeiro lugar, é essencial reconhecer que as mulheres enfrentam barreiras únicas no acesso aos serviços de saúde, incluindo disparidades socioeconômicas, culturais e estruturais. Essas barreiras podem incluir falta de acesso a serviços de planejamento familiar, cuidados pré-natais inadequados, discriminação de gênero por parte dos

profissionais de saúde e estigma em torno de questões de saúde específicas das mulheres.

Para garantir um acesso igualitário aos serviços de saúde para mulheres, é necessário adotar uma abordagem holística que leve em consideração as necessidades específicas das mulheres ao projetar políticas de saúde, alocar recursos e fornecer serviços. Isso inclui investir em educação sexual abrangente, garantir acesso universal a métodos contraceptivos e serviços de planejamento familiar, promover a conscientização sobre questões de saúde específicas das mulheres, como câncer de mama e cervical, e combater a discriminação de gênero no sistema de saúde.

Além disso, é fundamental envolver as próprias mulheres na tomada de decisões sobre sua saúde e garantir que seus direitos sejam respeitados e protegidos. Isso envolve a promoção da autonomia das mulheres, o empoderamento econômico e social e o fortalecimento de sua capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar.

## AFILIAÇÃO

1. Enfermeira pela Universidade Estadual de Goiás, Goiás, Brasil. oseisharon@gmail.com
2. Enfermeiro pela Universidade Estadual de Goiás e Pós-graduando em Enfermagem em Saúde Pública com Ênfase em Vigilância em Saúde
3. Doutora em Ciências da Saúde e Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Goiás, Goiás, Brasil

## ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## REFERÊNCIAS

1. Pavão ALB. SUS: em construção ou desconstrução. RECIIS (Online). 30 set 2016;10(3):1-3.
2. De Freitas GL. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Goiânia: Rev Eletr Enferm. 2009;11(2):424-428.
3. Comes Y, Pereira LL, Simas P, Ribeiro I, Vivas G, Rosales C. Saúde e empoderamento das mulheres: estudo de caso do programa mais médicos em municípios com presença de médicos cubanos. Rev Panam Salud Pública. 2020;44:62.
4. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Cien Saude Colet. 2021;26:4021-4032.
5. Alves JFDS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso. Cien Saude Colet. 2019;24:4677-4686.
6. Dantas MNP, Souza DLBD, Souza AMGD, Aiquoc KM, Souza TAD, Barbosa IR. Associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2020;24.
7. De Souza VA. As Práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher. Chapecó, Santa Catarina: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2019.
8. Gusman CR, Rodrigues DA, Villela WV. Paradoxos do programa de parteiras tradicionais no contexto das mulheres Krahô. Cien Saude Colet. Jul 2019; 24(7).
9. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
10. Guimarães JAF, Aquino OS, Pinheiro AKB, Moura JG. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer do colo uterino. Rev Rene. 2012;13(1):220-30.
11. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
12. Saito OC. As novas armas e rumos da medicina preventiva. Radiol Bras. 2009;42(6):9-10.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União. Dez 2013; (Seção 1): p. 42.
14. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
15. Vale DB, Cavalcante LA, Andrade LALA, Teixeira JC, Do Rio Menin TL, Zeferino LC. Stage and histology of cervical cancer in women under 25 years old. J Gynecol Oncol. Jul 2019;30(4):e55.
16. Collaço LM, De Noronha L, Bleggi-Torres LF, Pinheiro DL. Quality control in cervical cancer screening: brazilian experience. Acta Cytol. 2005;49(6):694-696.
17. Collaço LM, Zardo L. Cytologic screening programs. In: Bibbo M, Wilbur D, editor. Comprehensive cytopathology. 3. ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; c2008. p. 47-58.
18. Porto MY. Uma revolta popular contra a vacinação. Cienc Cult. 2003;55(1).
19. Donegan J. "Safe delivery, but by whom? Midwives and Men-midwives in Early America in: Leavitt JW, editor. Women and Health in America. Madison: University of Wisconsin Press; 1974. p.305-312.
20. Kobrin FE. The american midwife controversy: a crisis of professionalization. In: Leavitt JW, editor. Women and health in America, Madison: University Wisconsin Press; 1984. p. 318-326.



21. Souza MLDBM. Parto, parteiras e parturientes: Mme Durocher e sua época [tese de doutorado em História Social]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
22. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. 224 p.
23. Pereira Neto ADF. Ser médico no Brasil é o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. 231 p.
24. Coelho S, Franco YP. Saúde da mulher. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed; 2009.
25. Costa M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Cienc Saúde Coletiva. 2009;14(4):1073-1083.
26. Coelho EBS, Calvo MCM, Coelho CC. Saúde da mulher: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC; 2006.
27. Ministério de Saúde (BR). Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de documentação do Ministério de Saúde; 1984. (Série B: Textos básicos de saúde, 6).
28. Coelho MRS. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal [dissertação de mestrado em Saúde Coletiva]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2003.
29. Ministério de Saúde (BR). Textos elaborados pela área técnica de saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
30. Ministério de Saúde (BR), Coordenação Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
31. Ministério de Saúde (BR), Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Ministério da Saúde: Brasília; 2002.
32. Frederickson HM, Wilkins-Haug L. Segredos em ginecologia e obstetria. Porto Alegre: Artes Médicas; 2013.
33. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2865-75. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
34. Controladoria-Geral da União (BR). Acesso à Informação Pública: uma introdução à Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília: Controladoria Geral da União; 2011.
35. Marques MCC, Afonso FC, Silveira C, Mota A, Marinho MGSMC, organizadores. Saúde e História de Migrantes e Imigrantes: direitos, instituições e circularidades. São Paulo: Casa de Soluções e Editora; 2014. p. 75.

DATA DE PUBLICAÇÃO: 19 de agosto de 2024