

POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DESIGUALDADES ESTRUTURAIS DE GÊNERO E COR

Nicole Anita Brito Madurro¹;

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

<http://lattes.cnpq.br/3958847254720891>

Vinicius Ferreira Aratani².

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

<http://lattes.cnpq.br/7670064880852298>

RESUMO: Este capítulo discute políticas públicas e dados estatísticos voltados à saúde da mulher no Brasil, com ênfase nas desigualdades de gênero e cor. O principal referencial é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011), que se orienta pelos princípios da integralidade, equidade e perspectiva de gênero. A política abrange os direitos sexuais e reprodutivos, a qualificação da atenção obstétrica, o enfrentamento da violência doméstica e sexual, além da atenção integral a mulheres com HIV/AIDS, doenças crônicas e cânceres ginecológicos. Sua implementação, vinculada ao Plano Plurianual da União 2024–2027, demanda articulação entre diferentes níveis de governo e participação da sociedade civil. Dados do Ministério da Saúde revelam desigualdades persistentes, com destaque para a vulnerabilidade das mulheres negras frente ao acesso aos serviços de saúde. Paralelamente, o IBGE e o DIEESE mostram que, apesar de avanços na inserção feminina no mercado de trabalho, há sub-representação nos cargos de liderança e maior incidência de subocupação entre mulheres negras. Tais dados evidenciam que o aumento da participação laboral não se traduz, necessariamente, em melhores condições de trabalho. As evidências reforçam a necessidade de políticas públicas intersetoriais e interseccionais, voltadas à superação das desigualdades estruturais de gênero, raça e classe.

PALAVRAS-CHAVE: Interseccionalidade. Vulnerabilidade. Trabalho.

WOMEN'S HEALTH POLICIES AND STRUCTURAL GENDER AND RACE INEQUALITIES

ABSTRACT: This chapter discusses public policies and statistical data related to women's health in Brazil, with an emphasis on gender and racial inequalities. The main reference is the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (2011), which is guided by the principles of comprehensiveness, equity, and a gender perspective. The policy addresses

sexual and reproductive rights, the improvement of obstetric care, the fight against domestic and sexual violence, and comprehensive care for women living with HIV/AIDS, chronic diseases, and gynecological cancers. Its implementation, linked to the Federal Government's Multi-Year Plan (2024–2027), requires coordination across different levels of government and active participation from civil society. Data from the Ministry of Health reveal persistent inequalities, particularly highlighting the vulnerability of Black women regarding access to health services. In parallel, data from IBGE and DIEESE show that, despite progress in women's labor market participation, there remains an underrepresentation in leadership positions and a higher incidence of underemployment among Black women. These findings indicate that increased workforce participation does not necessarily translate into improved working conditions. The evidence underscores the urgent need for intersectoral and intersectional public policies aimed at overcoming the structural inequalities of gender, race, and class.

KEYWORDS: Intersectionality. Vulnerability. Work.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Políticas de atenção a mulher

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, a qual adota como princípios norteadores a perspectiva de gênero, a integralidade do cuidado e a promoção da saúde. Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na qualificação da atenção obstétrica, no fortalecimento do planejamento familiar, na abordagem do abortamento inseguro e no enfrentamento da violência doméstica e sexual. Contempla, ainda, ações de prevenção e tratamento para mulheres vivendo com HIV/aids, bem como para aquelas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis e cânceres ginecológicos. Ademais, amplia o escopo das políticas públicas ao incluir, de forma sensível e equitativa, grupos historicamente excluídos, como mulheres indígenas, quilombolas, ribeirinhas, transexuais e outras populações em situação de vulnerabilidade, reconhecendo suas especificidades e necessidades em saúde. Essa política integra o Plano Plurianual da União para o período de 2024 a 2027 (Lei Nº 14.802, DE 10 DE JANEIRO DE 2024) e requer, para sua efetiva implementação, a articulação intersectorial entre diferentes áreas do Ministério da Saúde, demais pastas do governo federal, estados, municípios, o Distrito Federal e a sociedade civil. Nesse contexto, a integração entre os setores da saúde e da educação assume papel estratégico, principalmente no que tange ao enfrentamento da desinformação sobre sexualidade, ampliação do acesso à educação e saúde e na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

No âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) é responsável pela condução das ações por meio da Coordenação-Geral de Atenção à

Saúde das Mulheres (CGESMU), vinculada ao Departamento de Gestão do Cuidado Integral, o qual assume o compromisso de retomar essas pautas com centralidade. O bem-estar de todas as pessoas, livre de preconceitos e de qualquer forma de discriminação, não apenas constitui um direito garantido constitucionalmente, mas também representa um elemento essencial para a construção de uma sociedade coesa e justa.

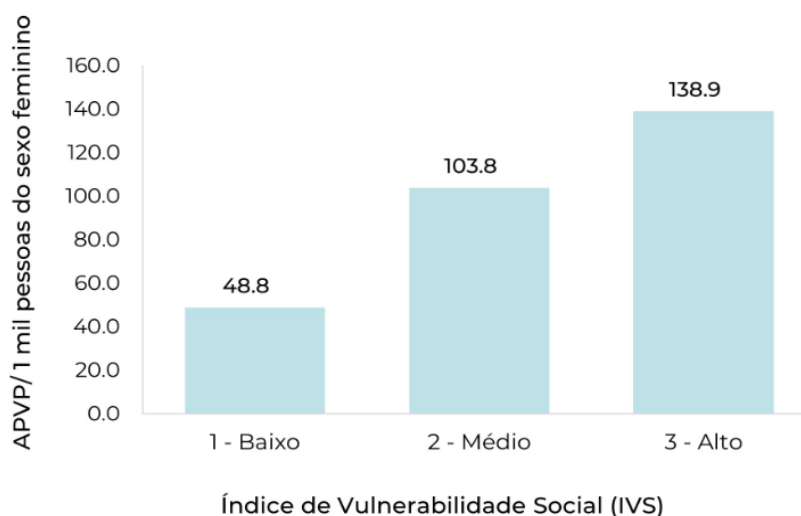
A atenção à saúde das mulheres, no contexto das políticas públicas brasileiras, deve estar fundamentada no princípio da integralidade, entendida como a efetivação de práticas assistenciais que garantam o acesso a ações resolutivas, construídas a partir das especificidades do ciclo de vida feminino e das condições sociais, econômicas e culturais em que essas necessidades se originam. O cuidado integral pressupõe, ainda, o acolhimento qualificado e a escuta sensível das demandas apresentadas pelas mulheres, reconhecendo-se a influência determinante das relações de gênero, raça/cor, classe social e geração nos processos de adoecimento, incluindo os impactos sobre a saúde mental, bem como nas possibilidades de promoção da saúde (OLIVEIRA. 2023; COELHO *et al.*, 2009).

2. Reflexo das desigualdades sociais sobre doenças de alta prevalência na população

No Brasil, em 2016, mulheres negras e pardas representavam 55,9% da população com diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), conforme dados desagregados por sexo. Essa prevalência reflete desigualdades estruturais de gênero e raça, marcadas pelo difícil acesso aos serviços de saúde reprodutiva, pela insuficiência de políticas de educação formal e educação sexual, além de outros determinantes sociais da saúde, como a pobreza, a insegurança alimentar e a violência (SILVA *et al.*, 2019). Mulheres negras lésbicas, por sua vez, enfrentam formas ainda mais agudas de violência institucional em hospitais e centros de saúde, especialmente nos atendimentos relacionados à saúde sexual, física e mental, situação agravada pela intersecção entre racismo e lesbofobia (FERNANDES *et al.*, 2018). Esse trabalho representa uma crítica direta e contundente sobre as lacunas existentes na atenção à saúde das mulheres lésbicas, especialmente no que diz respeito aos princípios do SUS.

Um estudo realizado na região Sul do Brasil reforça que outro fator determinante para o aumento da AIDS está diretamente relacionado ao contexto social em que os indivíduos estão inseridos (FERNANDES *et al.*, 2018), indicado no gráfico de barras apresentado abaixo (Figura 1).

Figura 1. Taxa de anos potenciais de vida perdidos (APVPs) por aids conforme índice de vulnerabilidade social (IVS) dos distritos sanitários, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2007-2017.



Fonte: FERNANDES *et al.*, 2018.

Em 2023, foram notificados 46.495 casos de infecção por HIV no Brasil, o que representa um aumento de 4,5% em comparação com 2022. Dentre esses casos, 63,2% referiam-se a pessoas autodeclaradas negras — sendo 49,7% pardas e 13,5% pretas. Além disso, 53,6% das notificações correspondiam a homens que fazem sexo com homens. Os autores ressaltam que, entre gestantes, foram notificados 166.237 casos de infecção por HIV desde o ano 2000, com uma taxa de detecção em ascensão nos últimos anos, alcançando 3,3 casos por mil nascidos vivos em 2023, o que representa um aumento de 33,2% na última década. Nesse mesmo ano, observou-se predominância de casos entre gestantes negras (53,1% pardas e 14,3% pretas) e entre aquelas com idades entre 20 e 29 anos (51,0%) (Ministério da Saúde, 2024). Todavia, segundo o Ministério da Saúde, em 2023, a taxa de mortalidade por AIDS no Brasil foi de 3,9 óbito, a menor desde 2013 (BRASIL, 2025). Esse resultado deve-se à ampliação do diagnóstico precoce com testes rápidos, à oferta de tratamento universal e acessível pelo Sistema Único de Saúde (SUS), à melhoria na adesão ao tratamento e ao acompanhamento contínuo, bem como à implementação de intervenções eficazes em saúde pública.

Apesar do aumento na taxa de detecção de HIV entre gestantes em 2023, reflexo, em parte, da ampliação do acesso ao diagnóstico no pré-natal, o Brasil registrou no mesmo ano uma taxa de transmissão vertical inferior a 2% e taxa de incidência de crianças infectadas pelo HIV inferior a 0,5 caso por mil nascidos vivos (BRASIL, 2025). Nesse contexto, o Ministério da Saúde entregou relatório à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), representante regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), para obter reconhecimento da eliminação da transmissão vertical do vírus, durante o XV Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST), XI Congresso

Brasileiro de Aids e VI Congresso Latino-Americano de IST/HIV/Aids, no Rio de Janeiro (RJ), como parte do Programa Brasil Saudável. Esse marco deve-se à testagem precoce no pré-natal, ao uso de antirretrovirais, às orientações sobre amamentação, entre outros cuidados garantidos à população brasileira pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de políticas públicas eficazes. Em 2023 e 2024, o Brasil alcançou mais de 95% de cobertura na realização pelo menos uma consulta pré-natal. Houve também a ampliação do acesso aos testes, com a implementação e distribuição de testes rápidos do tipo duo HIV e sífilis, recomendados prioritariamente para gestantes, além do tratamento universal de gestantes vivendo com HIV e/ou AIDS (BRASIL, 2025).

Figura 2: Logotipo Brasil Saudável – UNIR PARA CUIDAR



Fonte: Brasil Saudável – UNIR PARA CUIDAR – Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>.

3. Desigualdade de gênero e seu impacto no setor econômico

Em uma outra abordagem, em 2016 lançou o Programa Política para as Mulheres: Promoção da Autonomia e Enfrentamento à Violência visando promover a autonomia econômica das mulheres urbanas, do campo e da floresta, considerando as desigualdades de gênero, classe e raça. Visa-se o desenvolvimento de ações específicas e exclusivas que contribuam para a superação da divisão sexual do trabalho, com ênfase nas políticas de erradicação da pobreza e na ampliação da participação das mulheres no desenvolvimento econômico e social do país.

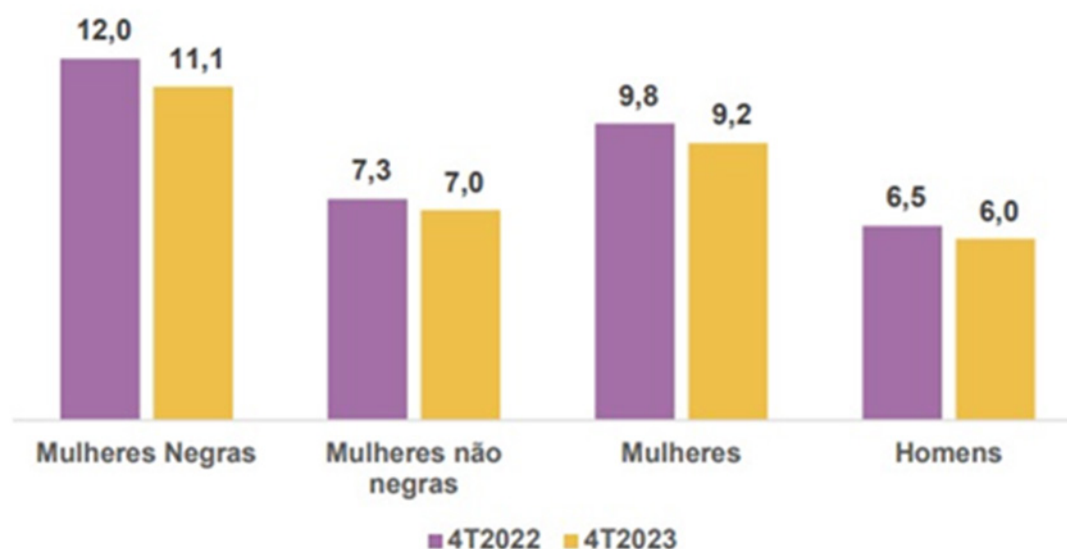
O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), principal órgão responsável pela produção e análise de informações estatísticas e geográficas no Brasil, apto a fornecer dados essenciais sobre a realidade socioeconômica e territorial do país abordou em forma gráfica por amostras de Domicílios Contínua o rendimento médio mensal de todos os trabalhos e a razão de rendimentos.

Esse documento ainda ressalta que a desigualdade de gênero torna-se ainda mais acentuada nos níveis gerenciais. As mulheres ocupam apenas 37,4% desses cargos, e a disparidade salarial em relação aos homens se amplia progressivamente nas faixas de rendimento mais elevadas.

Em 2024, um documento lançado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), uma entidade brasileira criada em 1955 com o objetivo de fornecer assessoria técnica aos trabalhadores e desenvolver pesquisas e atividades educacionais relacionadas ao mundo do trabalho, demonstrou que, sob a ótica da ocupação, a taxa de crescimento entre as mulheres foi de 1,65%, representando um acréscimo de 705 mil mulheres no mercado de trabalho. Dentre elas, o aumento foi mais significativo entre as mulheres negras, com expansão de 2,5% (equivalente a 565 mil novas ocupadas), em contraste com um crescimento de apenas 0,7% entre as mulheres não negras (mais 140 mil ocupadas). No mesmo período, a ocupação masculina cresceu 1,60%, o que corresponde a um acréscimo de 910 mil homens na população economicamente ativa.

Embora os dados apontem para um avanço na inserção laboral das mulheres, especialmente das mulheres negras, tal crescimento não necessariamente reflete melhorias nas condições de trabalho, na qualidade do emprego ou na remuneração. Ao contrário, evidencia a permanência de desigualdades estruturais marcadas por recortes de gênero e raça. A concentração desproporcional de mulheres negras em postos de trabalho mais precários, informais e mal remunerados reforça o caráter interseccional das desigualdades no mercado de trabalho brasileiro, exigindo políticas públicas específicas que enfrentem essas assimetrias históricas de forma estruturada e duradoura. Tais evidências reforçam a necessidade de políticas públicas orientadas pela equidade, conforme preconizado pela Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010) e pelas diretrizes da Política Nacional para as Mulheres. A superação dessas assimetrias demanda ações afirmativas e intersetoriais que considerem, de forma articulada, os recortes de gênero, raça e classe social.

Figura 3: Proporção de mulheres ocupadas em situação de subocupação por insuficiência de horas trabalhadas



Fonte: adaptado de IBGE Pnad Contínua – DIEESE

De acordo com dados do DIEESE, no quarto trimestre de 2023, a proporção de mulheres ocupadas em situação de subocupação por insuficiência de horas trabalhadas, ou seja, aquelas que atuam por menos de 40 horas semanais, mas gostariam de trabalhar mais, foi superior à observada entre os homens: 6,2% das mulheres estavam nessa condição, em comparação a 4,2% dos homens (Figura 3).

A desigualdade se acentua quando os dados são analisados sob a lente da cor/raça. O percentual de mulheres negras subocupadas alcançou 7,3%, enquanto entre as mulheres não negras foi de 4,8%. Tal disparidade evidencia, mais uma vez, a precariedade da inserção da mulher negra no mercado de trabalho, caracterizada por jornadas reduzidas e rendimentos inferiores às suas necessidades e potencial produtivo (Figura 3).

Segundo o DIEESE, esses dados reafirmam a posição estruturalmente vulnerável da mulher negra, que enfrenta barreiras múltiplas de acesso a empregos de qualidade, com impacto direto em sua autonomia econômica e no exercício pleno de seus direitos. A subocupação, nesse contexto, não deve ser compreendida apenas como um indicador estatístico, mas como expressão concreta das desigualdades de gênero e raça que moldam o mercado de trabalho brasileiro.

Em uma outra abordagem, ZANLOURENSI & COLABORADORES (2024), descreveram em um artigo de revisão, onde abordam a associação entre as condições socioeconômicas de gestantes atendidas no pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a insatisfação declarada em relação à qualidade do cuidado recebido. Houve uma

prevalência de 11,4% de insatisfação geral entre gestantes atendidas no pré-natal pelo SUS, com aumento significativo quando avaliados aspectos específicos, como tempo de espera (44,9%) e estrutura física (20,4%). A insatisfação foi mais frequente entre mulheres pardas, com menor escolaridade e baixa renda, especialmente em relação ao acolhimento, deslocamento e tempo de espera, refletindo o impacto das desigualdades socioeconômicas na percepção da qualidade do cuidado recebido. Esse estudo reforça a importância de fortalecer ações que promovam a continuidade do cuidado e reduzam a morbimortalidade materno-infantil e a continuidade do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000). A pesquisa também aponta a escassez de estudos sobre a percepção subjetiva das usuárias e recomenda a realização de novos estudos para aprofundar essa dimensão da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil, especialmente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, evidencia importantes avanços normativos e institucionais orientados pelos princípios da integralidade, equidade e perspectiva de gênero. Contudo, os dados apresentados ao longo deste capítulo revelam que desigualdades estruturais de gênero, raça e classe ainda limitam a efetividade dessas políticas, tanto no acesso quanto na qualidade da atenção prestada. As mulheres negras, em especial, permanecem desproporcionalmente afetadas por barreiras no acesso aos serviços de saúde, à proteção social e à inserção digna no mercado de trabalho.

As evidências estatísticas do IBGE, DIEESE e Ministério da Saúde demonstram que a participação feminina no mercado laboral aumentou, mas sem melhoria proporcional nas condições de trabalho, remuneração ou acesso a posições de liderança. Além disso, a insatisfação de gestantes com o pré-natal no SUS, mais comum entre mulheres pardas, com baixa escolaridade e renda, reforça o papel das desigualdades socioeconômicas na percepção da qualidade do cuidado.

Os dados epidemiológicos sobre a infecção por HIV em mulheres, particularmente em gestantes negras, evidenciam vulnerabilidades persistentes que requerem políticas públicas específicas e sensíveis às desigualdades estruturais. Apesar dos grandes avanços na detecção precoce e redução da transmissão vertical, viabilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os impactos interseccionais de raça e gênero ainda impõem desafios que demandam a continuidade e o fortalecimento de ações intersetoriais, orientadas pela equidade.

Dessa forma, reafirma-se a urgência da implementação de políticas intersetoriais, interseccionais e orientadas pela equidade, que reconheçam e enfrentem as múltiplas dimensões da desigualdade que impactam a saúde e os direitos das mulheres no Brasil,

incluindo os determinantes psicossociais que afetam sua saúde mental e emocional, especialmente entre populações historicamente marginalizadas, como mulheres negras, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e transexuais. Nesse sentido, destaca-se a importância da articulação entre os setores da saúde e da educação, principalmente para promover ações de educação em saúde, enfrentamento da desinformação sobre sexualidade e ampliação do acesso a informações sobre direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Com redução da transmissão vertical do HIV, Brasil avança rumo à certificação internacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 11 jun. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/com-reducao-da-transmissao-vertical-do-hiv-brasil-avanca-rumo-a-certificacao-internacional>. Acesso em: 19 jun. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids – 2024*. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf. Acesso em: 14 jun. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000*. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4–6.

COELHO, E. A. C.; SILVA, C. T. O.; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. *Integrity in women's health care: limits of practice professional*. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154–160, jan./mar. 2009.

FERNANDES, M.; SOLER, L. D.; LEITE, M. C. B. P. *Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades*. Diversidade Sexual e de Gênero, v. 19, n. 2, p. 37–46, 2018.

OLIVEIRA, J. L. de; GIL, F. R.; GUIMARÃES, M. S. A.; AMÂNCIO, N. F. G. *Advances and challenges of public policies related to women's health in Brazil in the last 20 years: a literature review*. Research, Society and Development, v. 12, n. 2, e2812239847, 2023.

ZANLOURENSI, C. B.; TOMASI, Y.; BOING, A. C.; BOING, A. F. *Socioeconomic inequalities in the satisfaction of puerperal women with their prenatal care: analysis of pregnant women exclusive users of the Brazilian Unified Health System*. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 32, n. 4, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432040187>. Acesso em: 14 jun. 2025.