

Saúde da mulher: desigualdades de gênero e o acesso das mulheres à saúde no Brasil

Karoline Cardoso de Lima - Universidade Federal de Goiás

Lucas Seixas Silveira - UFRRJ

Karla Heline Pereira de Mesquita - UFPI

Maila Dayane Capuchinho de Oliveira - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Everton Sant'Ana dos Santos - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jessyca Leite Guimarães Campos Genu - Faculdade de Medicina do Sertão - São Leopoldo Mandic

Elvis Vinicius Silva Lira - Faculdade de Medicina do Sertão - São Leopoldo Mandic

Bruna Costa Camarão Maia - CEUMA

Fernanda Crestina Leitenski Delela - FEEVALE

Samantha Ferreira da Costa Moreira - UFMS

Andréa Lúcia de Melo Campelo - UPE

Sabrina dos Santos Rosa - Universidade de Vassouras

Germina Brito Ferreira da Rocha - UFMA

Vanessa Brachtvogel - Uniguaçu

Resumo: Este estudo teve como objetivo analisar as desigualdades de gênero no acesso à saúde pelas mulheres no Brasil, levando em consideração as diversas barreiras estruturais, sociais e culturais que as mulheres enfrentam cotidianamente ao buscar atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi conduzida com uma abordagem descritiva e qualitativa, visando compreender as experiências dessas mulheres, suas percepções e os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde. As entrevistas foram realizadas com 20 mulheres que utilizam os serviços do SUS, e as respostas obtidas proporcionaram uma visão sobre as dificuldades relacionadas à acessibilidade, à qualidade do atendimento e à sensibilidade dos profissionais de saúde em relação às questões de gênero. Os resultados da análise indicam que as desigualdades de gênero no contexto dos serviços de saúde seguem profundamente enraizadas, afetando de maneira direta e negativa a qualidade do atendimento às mulheres. A violência obstétrica, que se manifesta em práticas desrespeitosas durante o parto, como a imposição de procedimentos sem consentimento, abusos físicos e psicológicos, e a desconsideração das vontades e necessidades da mulher, continua a ser um dos maiores reflexos dessa desigualdade. Esse fenômeno não apenas ilustra a persistente discriminação de gênero dentro do sistema de

saúde, mas também expõe a falta de empatia e humanização nos cuidados. Além disso, a negligência institucional em relação à saúde mental das mulheres, especialmente no que se refere à escassez de serviços adequados e ao estigma enfrentado por mulheres em sofrimento psíquico, aponta para uma visão fragmentada e redutora da saúde feminina, em que as questões emocionais e psicológicas são muitas vezes desconsideradas ou tratadas de maneira superficial. Outro aspecto é a invisibilização das demandas específicas de mulheres negras, indígenas e da comunidade LGBTQIAPN+, grupos cujas realidades e necessidades, marcadas por múltiplas formas de opressão, não encontram representatividade nas políticas públicas ou nos serviços de saúde. Essa exclusão evidencia a falta de uma abordagem interseccional que compreenda as diversas camadas de opressão que essas mulheres enfrentam, agravando ainda mais as desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado. Portanto, os resultados apontam para a necessidade de uma reforma nas políticas públicas de saúde, que considere as especificidades de gênero e as interseccionalidades raciais, culturais e sociais, além de exigir o comprometimento ético dos profissionais de saúde na promoção da equidade, respeitando os direitos e a dignidade das mulheres em todas as suas diversidades.

Palavras-chave: Saúde; Mulher; Gênero.

Date of Submission: 11-06-2025

Date of Acceptance: 24-06-2025

I. Introdução

A saúde da mulher no Brasil é atravessada por diversas dimensões que ultrapassam o campo biológico e adentram os territórios social, econômico e político. O modelo biomédico tradicional ainda exerce forte influência na forma como os serviços de saúde são organizados e prestados, o que muitas vezes inviabiliza a escuta qualificada das necessidades específicas das mulheres (Ferreira et al., 2020).

Além disso, o patriarcado estrutural interfere nas formas de adoecimento feminino e na resposta dos sistemas de saúde às suas demandas. Historicamente, os corpos femininos foram tratados como objetos de intervenção médica, especialmente no campo da ginecologia e obstetrícia. A medicalização excessiva de processos naturais como o parto e a menstruação revela um controle social sobre o corpo da mulher, que, ao invés de ser cuidado de maneira integral, é muitas vezes manipulado por interesses institucionais e normativos. Isso limita o protagonismo feminino sobre suas próprias escolhas em relação à saúde (Guarnaschelli, 2023).

Ademais, a saúde da mulher não pode ser compreendida sem considerar as interseccionalidades que atravessam as identidades femininas. Mulheres negras, indígenas, com deficiência, idosas ou LGBTQIAPN+ enfrentam obstáculos ainda maiores no acesso aos serviços, como o preconceito, o racismo estrutural e a LGBTfobia. Essas desigualdades reproduzem um modelo de exclusão que marginaliza as experiências de milhões de brasileiras (Jorge et al., 2015).

O acesso aos serviços de saúde também é marcado pela desigualdade territorial. Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, a escassez de recursos, de profissionais e de infraestrutura dificulta o acompanhamento contínuo da saúde da mulher, especialmente durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Nas periferias urbanas, as dificuldades de deslocamento, a violência e o trabalho informal também comprometem o direito ao cuidado (Reigada; Smiderle, 2021).

Outro aspecto importante é a desvalorização da saúde mental feminina. A sobrecarga de trabalho, o machismo no ambiente doméstico e laboral, a responsabilidade sobre os cuidados familiares e a desigualdade salarial impactam diretamente o bem-estar emocional das mulheres. No entanto, esses fatores ainda são negligenciados na formulação de políticas públicas voltadas à saúde integral da mulher (Santos; Corrêa, 2022).

A violência obstétrica, a falta de escuta ativa, a dificuldade de acesso a métodos contraceptivos, o preconceito nos atendimentos ginecológicos e a ausência de serviços de saúde voltados à diversidade sexual e de gênero são exemplos concretos da desigualdade de gênero dentro do SUS. Essas barreiras revelam um sistema que ainda falha em oferecer cuidado humanizado, equitativo e respeitoso (Vasconcelos; Felix; Gatto, 2017).

Diante desse contexto, o objetivo desta pesquisa foi analisar como as desigualdades de gênero impactam o acesso das mulheres à saúde no Brasil, considerando a percepção de mulheres que utilizam o SUS, e identificar os principais desafios e estratégias para a promoção de uma atenção integral e equânime à saúde feminina.

II. Materiais e métodos

Esta pesquisa foi delineada como um estudo descritivo com abordagem qualitativa, visando compreender as percepções de mulheres que utilizam o SUS sobre as desigualdades de gênero no acesso à saúde da mulher no Brasil. A escolha por uma metodologia qualitativa se justifica pela necessidade de captar as experiências subjetivas, os discursos e as práticas que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde.

A amostra foi composta por 20 mulheres que utilizam os serviços públicos de saúde, seja em unidades básicas de saúde, hospitais públicos ou em serviços especializados em saúde da mulher. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2025, por meio de entrevistas semi estruturadas, conduzidas presencialmente.

O roteiro das entrevistas abordou temáticas como: acesso à saúde, práticas de acolhimento, experiências com desigualdades de gênero, percepção sobre a violência obstétrica e desafios no atendimento a mulheres em situação de vulnerabilidade.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes, posteriormente transcritas e submetidas à análise de conteúdo. O tratamento dos dados seguiu os princípios da análise temática, permitindo a identificação de núcleos de sentido recorrentes nos relatos. Para garantir o anonimato das respondentes, foram utilizados códigos identificadores (E01 a E20).

III. Resultados e discussões

As entrevistas revelaram um panorama complexo sobre os desafios enfrentados pelas mulheres no acesso à saúde no Brasil, com destaque para o impacto das desigualdades de gênero nas práticas cotidianas do SUS. Um dos temas mais recorrentes foi a violência obstétrica. Segundo a entrevistada E05, “ainda é comum ver mulheres sendo tratadas com frieza durante o parto, como se estivessem incomodando o serviço”. E08 complementa que “há médicos que nem explicam os procedimentos que vão realizar”.

As entrevistas realizadas revelaram um panorama alarmante sobre os desafios enfrentados pelas mulheres no acesso aos serviços de saúde no Brasil, evidenciando como as desigualdades de gênero permeiam as práticas cotidianas no Sistema Único de Saúde (SUS). O relato das entrevistadas demonstra que as mulheres continuam a ser tratadas de maneira desrespeitosa, especialmente no momento mais vulnerável e crítico da experiência de parto, que deveria ser uma vivência de cuidado e acolhimento. O relato da entrevistada E05, ao afirmar que “ainda é comum ver mulheres sendo tratadas com frieza durante o parto, como se estivessem incomodando o serviço”, expõe uma realidade onde as mulheres são percebidas como um incômodo para o funcionamento do sistema de saúde, e não como pacientes que merecem respeito e humanização no atendimento. Isso evidencia uma cultura institucional que, muitas vezes, negligencia a dignidade da mulher, desconsiderando sua experiência e suas necessidades.

A violência obstétrica surge como um tema central nos depoimentos, sendo frequentemente associada ao trato desumano e à falta de comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres durante o parto. Assim, evidencia-se uma falta de empatia e o desrespeito aos direitos das mulheres durante o atendimento obstétrico. Esse comportamento, além de ser uma forma clara de violência psicológica e emocional, contribui para o trauma das mulheres, afetando sua saúde mental e seu bem-estar a longo prazo.

Os relatos, quando analisados, indicam uma falha sistêmica que vai além da negligência individual de alguns profissionais. Eles refletem a perpetuação de uma estrutura de atendimento que não considera a especificidade das necessidades femininas, especialmente no que diz respeito ao parto, um momento de extrema vulnerabilidade e exigência de cuidados humanizados. O desrespeito ao protagonismo da mulher no processo de parto, a falta de informação clara e o uso da força, como descrito pelas entrevistadas, reforçam a importância de se revisar e aprimorar os protocolos e práticas no SUS, com foco na humanização do atendimento. É crucial que políticas públicas e programas de formação continuada para os profissionais de saúde abordem questões de gênero de forma aprofundada, visando garantir um atendimento respeitoso e digno para todas as mulheres, independentemente de sua classe social, raça ou origem.

Outro ponto importante diz respeito ao preconceito racial nas unidades de saúde. A entrevistada E12 afirmou que “as mulheres negras são as que mais sofrem com o descaso. Muitas vezes chegam com dor e demoram horas a serem atendidas, ou não são ouvidas como deveriam”. Esse relato foi reforçado por E19, que acrescentou: “quando a mulher é negra e jovem, parece que já a olham como suspeita ou incapaz de tomar decisões sobre seu corpo”.

Os relatos das entrevistadas E12 e E19 destacam um aspecto profundamente preocupante das desigualdades no acesso à saúde no Brasil: o preconceito racial institucionalizado, que se manifesta de forma explícita nas unidades de saúde. A entrevistada E12 aponta uma realidade em que as mulheres negras são frequentemente alvo de descaso e negligência, afirmando que elas “são as que mais sofrem com o descaso” ao relatarem dificuldades para serem atendidas, mesmo em situações de dor intensa. A descrição de mulheres negras chegando às unidades de saúde e enfrentando longas esperas sem serem atendidas adequadamente reflete um racismo estrutural que se materializa na forma de atendimento desproporcionalmente negligente e insensível. A demora no atendimento e a ausência de escuta ativa das necessidades dessas mulheres não são casos isolados, mas parte de uma lógica racista que desqualifica suas experiências e as vê como menos merecedoras de atenção médica imediata.

A afirmação de E19, ao associar a racialização da mulher negra à desconfiança e à incapacidade de tomar decisões sobre o próprio corpo, expõe uma forma insidiosa de violência racial que se estende para o campo da saúde. Segundo essa entrevistada, “quando a mulher é negra e jovem, parece que já a olham como suspeita ou incapaz de tomar decisões sobre seu corpo”. Esse estigma, presente na percepção de profissionais de

saúde, não só diminui a autonomia das mulheres negras sobre suas próprias escolhas, mas também as coloca em uma posição de vulnerabilidade, onde suas palavras e necessidades são desconsideradas ou minimizadas. Essa deslegitimação do saber da paciente é uma expressão do racismo institucional, onde as mulheres negras são frequentemente tratadas como incapazes ou indesejáveis, resultando em uma negação de seus direitos mais básicos, como o direito à saúde e ao respeito pela sua autonomia.

A ausência de políticas voltadas à saúde da mulher LGBTQIAPN+ também foi evidenciada. A entrevistada E03 relatou: “já vi uma mulher trans em crise de ansiedade que já tinha sido rejeitada em três unidades por preconceito dos profissionais”. E17 apontou que “não há protocolos claros sobre como acolher essa população, e muitos colegas não têm preparo algum”.

Assim, observa-se também uma realidade quanto à exclusão e à marginalização das mulheres LGBTQIAPN+ dentro do sistema de saúde brasileiro, refletindo a falta de políticas específicas e de um preparo adequado dos profissionais para lidar com as necessidades dessa população. A situação relatada por E03, ao relatar o atendimento de uma mulher trans em crise de ansiedade que já havia sido rejeitada em três unidades de saúde devido ao preconceito dos profissionais, é um exemplo claro da discriminação institucional que impede o acesso igualitário e digno à saúde. A rejeição repetida por parte dos profissionais de saúde não só agrava o sofrimento emocional da paciente, mas também cria um ciclo de exclusão, onde as pessoas trans e de outras identidades de gênero não se sentem seguras nem bem-vindas nos serviços de saúde, resultando em um distanciamento cada vez maior desses serviços essenciais.

A falta de protocolos claros, agrava ainda mais essa realidade, já que a inexistência de diretrizes específicas para acolher as mulheres LGBTQIAPN+ revela uma falha no sistema de saúde, que não reconhece as especificidades dessa população. Sem um treinamento adequado, muitos profissionais de saúde permanecem despreparados para oferecer um atendimento respeitoso, inclusivo e humanizado. A ausência de uma abordagem interseccional e da devida capacitação leva à perpetuação do preconceito e do estigma, tornando o ambiente de cuidado um espaço de exclusão e violência simbólica. A falta de protocolos e de uma postura crítica diante da diversidade de gênero e sexualidade reflete uma visão retrógrada e desatualizada dos direitos humanos, comprometendo a efetividade e a acessibilidade dos serviços de saúde para a população LGBTQIAPN+.

O acesso à saúde mental também foi identificado como insuficiente. E11 destacou: “as mulheres chegam esgotadas, com sintomas de depressão ou ansiedade, mas o máximo que conseguimos é encaminhar para um CAPS que está sempre lotado”. Já E06 afirmou: “falta sensibilidade para perceber que a saúde mental das mulheres está adoecendo por conta da sobrecarga e da violência doméstica”.

Verifica-se que o sistema de saúde mental, em particular o atendimento público, é sobrecarregado, com os serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), frequentemente lotados e sem capacidade para atender a demanda crescente. Isso resulta em um ciclo de frustração e falta de cuidados adequados para as mulheres, que, muitas vezes, chegam ao atendimento com sintomas graves de depressão ou ansiedade, mas acabam com soluções paliativas e encaminhamentos para unidades já saturadas, sem o devido acompanhamento e apoio contínuo. A sobrecarga do sistema reflete a escassez de recursos e de infraestrutura para lidar com a alta demanda por serviços de saúde mental, agravada pela falta de uma rede de apoio eficaz que atenda às necessidades específicas da população feminina.

Além disso, constata-se uma carência de sensibilidade e compreensão por parte dos profissionais de saúde quanto às causas estruturais do adoecimento mental das mulheres. Muitas delas, além de enfrentarem as demandas cotidianas de cuidado familiar e profissional, lidam com contextos de violência doméstica, sobrecarga emocional e discriminação, fatores que impactam diretamente sua saúde mental. A falta de sensibilidade para identificar que a saúde mental das mulheres está sendo deteriorada por essas condições externas é um reflexo de uma visão fragmentada do cuidado em saúde, que muitas vezes não leva em conta as causas subjacentes do sofrimento psíquico. Essa visão limitada e a ausência de uma abordagem interseccional contribuem para a negligência de um atendimento mais holístico, que compreenda o impacto das múltiplas esferas da vida das mulheres sobre sua saúde emocional e mental.

Outro achado relevante foi a carência de escuta ativa nos atendimentos ginecológicos. De acordo com E01, “muitas mulheres relatam que os médicos não explicam o que vão fazer, simplesmente realizam o exame e pronto”. E15 complementou: “há pacientes que voltam dizendo que se sentiram invadidas. Isso é inadmissível, falta empatia e preparo”.

A dificuldade no acesso a métodos contraceptivos e ao planejamento familiar também foi recorrente nos relatos. E04 afirmou: “nem sempre temos todos os métodos disponíveis, e quando temos, muitas mulheres não recebem orientação adequada sobre como usar”. E10 complementou: “muita gente ainda acha que mulher que pede anticoncepcional é promíscua”.

A análise dos relatos revela uma significativa dificuldade no acesso das mulheres a métodos contraceptivos e ao planejamento familiar dentro do sistema de saúde, refletindo uma falha no acesso e na informação sobre esses serviços essenciais. O fato de muitos centros de saúde não disponibilizarem todos os métodos contraceptivos ou, quando o fazem, não oferecerem uma orientação adequada sobre o uso correto dos

mesmos, é uma barreira grave que limita a autonomia das mulheres em relação ao controle sobre sua saúde reprodutiva. Isso pode resultar não só no uso inadequado dos métodos, mas também em uma maior vulnerabilidade a gestação não planejada, além de expor as mulheres a riscos de saúde desnecessários. A falta de orientação, aliada à limitação de acesso, compromete o direito das mulheres a um atendimento integral e de qualidade, que as capacite a tomar decisões informadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, o estigma social relacionado ao uso de anticoncepcionais, como descrito na afirmação de E10, também emerge como um fator de exclusão e discriminação dentro do contexto de saúde. A ideia de que mulheres que solicitam anticoncepcionais são vistas como "promíscuas" reflete uma visão retrógrada e moralista que ainda permeia muitas esferas da sociedade, incluindo os profissionais de saúde. Esse preconceito não só contribui para a estigmatização das mulheres, mas também pode influenciar a forma como são atendidas nos serviços de saúde, dificultando o acesso a orientações claras e respeitadas sobre métodos contraceptivos. Esse tipo de julgamento moral não apenas mina a dignidade das mulheres, mas também afasta-as de um sistema de saúde que deveria ser inclusivo, acessível e livre de discriminação. Para superar esses obstáculos, é necessário um compromisso com a educação em saúde sexual e reprodutiva, bem como com a formação de profissionais de saúde que compreendam as mulheres como agentes autônomas, com direito a decidir sobre seus corpos sem serem julgadas ou marginalizadas.

No que se refere à saúde indígena, E13 destacou: "as mulheres indígenas enfrentam um choque cultural ao buscar o SUS. Muitas vezes não são compreendidas em sua cultura, e isso afasta o acesso contínuo". E07 acrescentou que "há barreiras linguísticas e também de compreensão do corpo e da saúde que o sistema não está preparado para lidar".

Verifica-se, assim, a existência de barreiras culturais e estruturais significativas no acesso das mulheres indígenas à saúde no SUS, que se traduzem em um distanciamento entre as necessidades dessas mulheres e os serviços oferecidos pelo sistema de saúde. O "choque cultural" mencionado por E13 revela uma desconexão entre os saberes tradicionais e a abordagem biomédica prevalente nos centros de saúde, o que resulta em dificuldades de comunicação e de entendimento mútuo. Muitas mulheres indígenas, ao buscar atendimento no SUS, enfrentam um ambiente que não respeita suas práticas culturais, seus conhecimentos ancestrais sobre saúde e o cuidado com o corpo, o que dificulta a construção de um vínculo de confiança com os profissionais de saúde. Esse afastamento da prática do cuidado integral e culturalmente sensível não só prejudica o acesso das mulheres indígenas aos serviços, mas também compromete a continuidade do tratamento e a eficácia dos atendimentos.

As barreiras linguísticas e as diferenças no entendimento do corpo e da saúde, como apontado por E07, representam desafios adicionais que o sistema de saúde não tem sido capaz de superar adequadamente. A língua, em particular, é um fator crítico, já que muitas mulheres indígenas não falam português fluentemente ou utilizam dialetos específicos, o que torna a comunicação com os profissionais de saúde ainda mais difícil e propensa a falhas. Essas barreiras linguísticas não são apenas um obstáculo prático, mas também refletem uma falta de preparação do sistema de saúde para lidar com a diversidade cultural presente no Brasil. A falta de capacitação dos profissionais de saúde para entender as particularidades dos corpos e das experiências das mulheres indígenas impede uma abordagem mais sensível e eficaz, o que contribui para a subutilização dos serviços de saúde e perpetua a marginalização dessa população. Para garantir o acesso adequado e respeitoso à saúde, é imprescindível que o SUS adote práticas mais inclusivas, que integrem os conhecimentos indígenas sobre saúde e que ofereçam uma formação culturalmente competente aos profissionais que atendem essas comunidades.

O despreparo dos profissionais também foi apontado como um fator limitador. E02 afirmou que "a formação médica ainda é muito técnica, falta ensino sobre gênero, raça e sexualidade nas universidades". E16 reforçou: "muitos colegas não sabem como conversar com as pacientes sem serem invasivos ou machistas". A falta de privacidade nos atendimentos foi outro ponto levantado. E14 relatou: "já vi pacientes serem atendidas com portas abertas, ou diante de outros profissionais sem qualquer consentimento. Isso gera insegurança e vergonha". Esse fator afasta as mulheres dos serviços e compromete a confiança no SUS.

A sobrecarga de trabalho e a falta de recursos também foram identificadas como obstáculos para a promoção da saúde integral da mulher. E18 desabafou: "a gente quer fazer mais, mas muitas vezes não consegue por falta de tempo, insumos, pessoal. O sistema é excludente, e a mulher é quem mais sofre".

A negligência com o acompanhamento do puerpério foi citada por E09: "muitas mulheres têm o bebê e somem do sistema, não voltam mais. Mas é porque não tem apoio, transporte, ou estão emocionalmente esgotadas". E20 complementou: "não há estrutura para acompanhar a mulher depois do parto, especialmente as mais pobres". A desinformação também aparece como um desafio. E05 comentou: "muitas mulheres não sabem que têm direito a acompanhante no parto, ou a recusar procedimentos. Falta orientação desde a base". E08 alertou: "a gente precisa trabalhar com educação em saúde, porque sem isso, as mulheres continuam vulneráveis".

A falta de apoio adequado, seja no transporte, seja no acompanhamento psicológico, tem levado muitas mulheres a se afastarem do sistema de saúde após o nascimento dos filhos, colocando em risco tanto sua saúde quanto a do bebê. Esse abandono, frequentemente associado à sobrecarga emocional e à falta de recursos, reflete a fragilidade da rede de apoio disponível, especialmente para as mulheres em situação de vulnerabilidade social. Além disso, a desinformação sobre os direitos das mulheres, como o direito a um acompanhante durante o parto ou a recusa de determinados procedimentos, é outro fator que agrava a situação.

Muitas mulheres, especialmente aquelas de classes mais baixas, não têm acesso a informações essenciais sobre os direitos que lhes garantem um parto humanizado e o cuidado necessário no pós-parto. A falta de orientação, desde a base, e a ausência de estratégias de educação em saúde são desafios significativos, pois contribuem para a vulnerabilidade das mulheres, que, sem o conhecimento adequado, acabam por aceitar tratamentos desrespeitosos ou não buscam o suporte necessário durante o puerpério. A solução para essas lacunas passa pela implementação de políticas públicas que garantam não apenas o acesso, mas também a educação contínua sobre os direitos das mulheres e a criação de redes de apoio que favoreçam o acompanhamento integral durante e após a gestação.

Os relatos também evidenciaram o impacto da violência doméstica no cotidiano dos serviços. E17 afirmou: “às vezes a gente percebe que tem algo errado, mas não temos uma rede eficaz para acolher essas mulheres. Falta articulação entre saúde, assistência e segurança”. E03 destacou: “quando conseguimos identificar, muitas mulheres já estão adoecidas psicologicamente”.

A invisibilidade da saúde da mulher na terceira idade também foi mencionada. E01 comentou: “a gente pensa na saúde da mulher só na fase reprodutiva, mas e depois da menopausa? A maioria das mulheres idosas sofre com dores, depressão, solidão, e ninguém olha para elas”. E12 complementou: “o corpo da mulher idosa é ainda mais silenciado”.

Os relatos destacam a ausência de uma rede integrada e eficaz para acolher mulheres vítimas de violência doméstica, um problema que afeta diretamente o acesso e a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. A falta de articulação entre os setores de saúde, assistência social e segurança pública é uma das principais lacunas apontadas, dificultando a criação de um sistema de apoio que consiga identificar e tratar adequadamente as vítimas de violência.

Muitas vezes, os profissionais de saúde percebem sinais de abuso, mas não possuem as ferramentas ou o suporte necessário para encaminhar essas mulheres para um acolhimento adequado. Como resultado, a violência doméstica acaba sendo tratada de maneira superficial ou ignorada, o que agrava o sofrimento físico e psicológico das mulheres. Esse descompasso entre os diferentes setores da assistência contribui para a perpetuação da violência, uma vez que as mulheres se veem sem recursos para buscar ajuda de maneira eficaz. É imprescindível, portanto, que haja uma maior integração entre as áreas de saúde, assistência social e segurança pública, para garantir que as vítimas de violência doméstica tenham acesso a um suporte completo e contínuo.

Outro ponto crítico identificado foi a invisibilidade da saúde da mulher na terceira idade, uma realidade que é frequentemente ignorada dentro dos serviços de saúde. A visão tradicional de saúde da mulher, centrada na fase reprodutiva, exclui as necessidades das mulheres após a menopausa, o que se traduz em um atendimento inadequado e, muitas vezes, negligente para as mulheres idosas.

As dificuldades físicas, emocionais e psicológicas enfrentadas por essa faixa etária, como dores crônicas, depressão e solidão, são frequentemente minimizadas ou não reconhecidas pelos profissionais de saúde, refletindo uma falta de preparação para lidar com as especificidades da saúde da mulher idosa. Essa invisibilidade é uma forma de desvalorização da experiência e do corpo da mulher idosa, que continua sendo silenciado e negligenciado pela sociedade, incluindo os sistemas de saúde. A falta de atenção e de cuidados direcionados para essa fase da vida significa que muitas mulheres idosas não recebem o apoio necessário para viver com qualidade e dignidade. A ausência de um olhar atento para a saúde da mulher na terceira idade também está relacionada à persistência de estigmas e preconceitos em torno do envelhecimento feminino.

O corpo da mulher idosa, como bem apontado, é muitas vezes silenciado e desconsiderado, o que impede a construção de políticas públicas e serviços de saúde mais inclusivos e adaptados para essa fase da vida. Para superar essa lacuna, é necessário que as políticas de saúde da mulher integrem a diversidade etária, reconhecendo que as necessidades de saúde se mantêm ao longo de toda a vida.

Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades do envelhecimento feminino e a promoção de uma cultura de respeito e valorização das mulheres idosas são passos fundamentais para garantir um atendimento mais equitativo e humanizado. A saúde da mulher não pode ser vista apenas em função da maternidade ou da fase reprodutiva, mas precisa abranger todas as etapas da vida, oferecendo um cuidado integral e contínuo.

Outro dado revelador diz respeito à medicalização do corpo feminino. E06 relatou: “as mulheres chegam com dor e já saem com receita de ansiolítico, sem investigar causas mais profundas”. E14 reforçou: “tem muita pressa para medicar e pouca disposição para entender”. A ausência de espaços de escuta coletiva foi um ponto crítico. E11 afirmou: “faltam grupos de apoio, rodas de conversa, espaços onde as mulheres possam

falar e ser ouvidas. Isso faz diferença”. E13 concluiu: “a humanização não pode ser só discurso, tem que virar prática cotidiana”.

A maior parte das entrevistadas reconheceu que há avanços nas políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, mas apontaram falhas em sua efetivação. E19 afirmou: “o papel do Estado ainda é muito burocrático. As diretrizes existem, mas nem sempre são aplicadas na ponta”. Por fim, foi consenso entre as entrevistadas que o enfrentamento das desigualdades de gênero na saúde exige mudanças estruturais e formativas. E16 concluiu: “não basta treinar o profissional, é preciso mudar a lógica de funcionamento do sistema. Saúde da mulher é um direito, e não um favor”.

IV. Conclusão

A pesquisa evidenciou que as desigualdades de gênero ainda representam um desafio significativo para o acesso das mulheres à saúde no Brasil. As práticas cotidianas nos serviços de saúde revelam um cenário de desumanização, preconceito, invisibilização de corpos e subjetividades femininas, e um modelo biomédico que frequentemente ignora as especificidades das mulheres, sobretudo das que pertencem a grupos vulneráveis.

Ficou evidente a urgência de fortalecer políticas públicas com perspectiva interseccional, que reconheçam as múltiplas dimensões da identidade feminina. O cuidado integral à saúde da mulher deve considerar o enfrentamento do racismo, do machismo, da LGBTfobia e da invisibilidade social como parte do processo terapêutico e ético. A atuação dos profissionais de saúde, especialmente nas equipes multiprofissionais, desempenha papel crucial na promoção da equidade.

Contudo, é imprescindível a reestruturação da formação em saúde, com inclusão de conteúdos sobre gênero, diversidade, saúde mental e direitos humanos, para qualificar o atendimento prestado. Conclui-se que o avanço na garantia da saúde das mulheres depende do compromisso coletivo das instituições, da formação crítica dos profissionais e da criação de estratégias que valorizem o protagonismo feminino no cuidado. A luta por equidade na saúde é também uma luta por justiça social.

Referências

- [1]. FERREIRA, V. C. et al. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2020.
- [2]. GUARNASCHELLI, M. E. F. S. Saúde da mulher em um contexto pandêmico dentro do Covid-19: revisão integrativa. **Ciências da Saúde**, v. 8, 2023.
- [3]. JORGE, H. M. F. et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140–14, 2015.
- [4]. REIGADA, C. L. L.; SMIDERLE, C. A. S. L. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [Internet], 2021.
- [5]. SANTOS, C. S.; CORRÊA, G. S. Dificuldade no acesso e uso das redes de apoio e atendimento à mulher durante a pandemia da Covid-19. **Revista Docência e Ciberultura**, v. 6, n. 2, 2022.
- [6]. VASCONCELOS, M. F.; FELIX, J.; GATTO, G. M. S. Saúde da Mulher: o que é poderia ser diferente?. **Psicologia Política**, v. 17, n. 39. pp. 327-339, 2017.