



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social - SER

Emanuelle Souza Maravalho

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DAS MULHERES NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DA COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso

Brasília - DF

2022

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social - SER

Emanuelle Souza Maravalho

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DAS MULHERES NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DA COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do diploma de graduação do curso de Serviço Social junto ao Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – UnB. Orientado pela professora Dra. Andréia de Oliveira.

Brasília – DF

2022

Emanuelle Souza Maravalho

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DAS MULHERES NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DA COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do diploma de graduação do
curso de Serviço Social junto ao Instituto de
Ciências Humanas da Universidade de Brasília
– UnB.

Brasília, 26 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Andréia de Oliveira (Orientadora – SER-UnB)

Professora Dra. Valdenízia Bento Peixoto (Membro Interno – SER-UnB)

Professora Enaire de Maria Sousa da Silva (EDUFOR - MA) e Doutoranda do Programa de
Pós-Graduação em Políticas Sociais (SER- UnB)

AGRADECIMENTOS

Me sinto honrada de ter chegado até aqui e, principalmente, por eu não ter percorrido esse caminho sozinha. Por isso, devo agradecer a Deus por ter estado sempre ao meu lado, me guiando e me dando forças para prosseguir, acalmando meu coração e meus pensamentos para que eu não desistisse.

Agradeço, imensamente, à minha família, por estarem ao meu lado e por terem me formado, me guiando sempre para as melhores escolhas. Em especial, quero agradecer à minha mãe, Dayze, que sempre me coloca em suas orações e, nessa reta final, não poderia ter sido diferente. Agradeço a ela, principalmente, pelos duros sermões quando eu queria desistir, que me faziam lembrar até onde eu já tinha chegado.

Agradeço à minha irmã e amiga Izabella, que sempre foi um exemplo para mim desde criança. Será sempre minha inspiração na vida dentro e fora da academia. Esteve comigo sanando minhas dúvidas e organizando minhas ideias. Obrigada por ser minha companheira em todos os momentos.

Sou grata, também, aos meus amigos que se fizeram presente nessa minha caminhada - aqueles que vibraram comigo em todos os momentos, mas me deram colo quando também precisei. À minha amiga de graduação, Bárbara, agradeço por ter permanecido comigo quando muito precisei e por ter se tornado uma irmã. Foi quem me acompanhou em toda trajetória da academia e fez dessa experiência algo leve e feliz, sendo meu riso em diversos momentos e meu colo quando as incertezas e o cansaço me atingiram.

Gostaria de agradecer, também, ao Pedro, meu namorado, amigo e companheiro de vida e da caminhada universitária. Manteve-se firme na missão de não me deixar desistir. Foi sempre muito solícito com o meu processo de conclusão do curso, mesmo sendo de uma área bem diferente. Fico muito agradecida por ele ter conseguido me amparar em meus momentos mais difíceis.

Agradeço, especialmente, à minha orientadora e professora, Andréia, por todo apoio, dedicação e por ter dividido comigo seu conhecimento. Sou grata por ter te conhecido e por ter me aproximado do tema da saúde através de você. Obrigada pela paciência e pelas orientações, principalmente pela habilidade de me tranquilizar e me guiar pelo caminho certo. Aproveito para te parabenizar pelo esforço e pela dedicação com seu trabalho.

Agradeço em especial a banca de TCC, as professoras Valdenízia e Enaire, por toda contribuição ao meu trabalho e principalmente pela leitura atenta que tiveram, me auxiliando em questões que fugiram a mim, mas que de fato, se fazem essenciais para o debate que aqui me proponho a discutir.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à Universidade de Brasília por ter sido minha segunda casa durante todos esses anos. Sou grata por toda experiência e vivência que tive aqui. Certamente, serão lembranças inesquecíveis e ganhos inimagináveis.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso está centrado na reflexão sobre as repercussões da pandemia da Covid-19 para a saúde das mulheres, a partir da teoria da determinação social do processo saúde e doença. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório – descritivo, por meio de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Como objetivo central, o estudo problematiza as determinações sociais da saúde das mulheres do período da pandemia da Covid-19, considerando o contexto de regressividade das políticas sociais e sobreposição das medidas de contrarreformas ultraliberais e conservadoras. Os resultados da pesquisa sugerem que, para além da conjuntura própria da pandemia da Covid-19, as inflexões na saúde das mulheres são constitutivas de determinações sociais próprias do capitalismo em sua atual fase e de reforço das medidas de contrarreformas ultraliberais e conservadoras, com consequências no sofrimento das mulheres, nas políticas sociais, em especial na política pública de saúde, nas condições de trabalho, na dinâmica dos lares, no desemprego e no exponencial índice de pobreza.

Palavras-chaves: Determinação social da saúde; Pandemia; Covid-19; Saúde das Mulheres; Políticas Sociais.

ABSTRACT

The present end-of-course paper is focused on reflecting on the repercussions of the Covid-19 pandemic for women's health, based on the theory of social determination of the health and disease process. This is a qualitative, exploratory - descriptive study, by means of bibliographic research and documentary research. As a central objective, the study problematizes the social determinations of women's health in the period of the Covid-19 pandemic, considering the context of regressive social policies and the superposition of ultraliberal and conservative counter-reform measures. The results of the research suggest that, beyond the conjuncture of the Covid-19 pandemic itself, the inflections in women's health are constitutive of social determinations proper to capitalism in its current phase and of the reinforcement of ultraliberal and conservative counter-reform measures, with consequences in women's suffering, in social policies, especially in public health policy, in working conditions, in the dynamics of households, in unemployment, and in the exponential rate of poverty.

Keywords: Social Determination of Health; Pandemic; Covid-19; Women's Health; Social Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CF – Constituição Federal

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FGV – Fundação Getúlio Vargas

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

NOIS – Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNA – Pesquisa Nacional de Aborto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	4
CAPÍTULO 1	6
Determinação social da saúde	6
1.1 - O Brasil e o capitalismo dependente: notas introdutórias ao debate da determinação social da saúde.	6
1.2 - Determinação social da saúde: do que estamos falando?	10
CAPÍTULO 2	14
O Sistema Único de Saúde e a saúde das mulheres.	14
2.1 – A política de saúde no Brasil: breve contextualização e os desafios da atualidade para o SUS.	14
2.2 – As políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres e as normativas de amparo à saúde das mulheres.	20
CAPÍTULO 3	25
Pandemia da Covid-19 e seus desdobramentos na vida das mulheres.	25
3.1 – A ocorrência do novo coronavírus e o governo de Jair Bolsonaro.	25
3.2 - A saúde das mulheres em meio ao contexto da pandemia.	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	36

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, que recebe o título “Determinação Social da Saúde das Mulheres no Contexto da Pandemia da Covid-19”, configura-se como objeto de pesquisa para obtenção do diploma do curso de graduação em Serviço Social. O interesse no estudo da temática parte da afeição pelo tema saúde, bem como a inquietação em relação à influência da pandemia da Covid-19 na vida e na saúde das mulheres.

Partindo da teoria da determinação social da saúde, em que são refletidas as análises sobre o modo de produção capitalista e as relações sociais estabelecidas, será pensado o processo saúde e doença das mulheres, sendo importante destacar a formação social do Brasil e sua característica de capitalismo dependente. Na sociedade capitalista, a acumulação do capital é marcada pela superexploração dos indivíduos, e isso acarreta o aumento do sofrimento desses sujeitos. Dessa forma, parte-se do entendimento de que as condições de saúde e doença e sua distribuição estão ligadas ao sistema de produção capitalista e à forma como a riqueza socialmente produzida é apropriada por uma pequena minoria, enquanto se expropria o próprio direito à vida do conjunto da classe trabalhadora.

Analisando o processo saúde e doença a partir de tal teoria, e seguindo a ideia de Breilh (2006) de que as doenças são produzidas no meio coletivo, fica entendido que, para estudar suas causas, se deve observar o contexto ao qual os sujeitos estão inseridos. Dessa forma, é possível compreender que o surgimento das doenças não deve estar ligado apenas ao indivíduo, ou seja, apenas a questões biológicas, mas sim levar em consideração que o ambiente e os fatores externos podem influenciar - e influenciam - diretamente a saúde das pessoas.

O proposto neste trabalho é fazer a análise sobre a saúde das mulheres a partir do entendimento da sociedade brasileira, sobretudo no contexto de aprofundamento das medidas contrarreformistas, de austeridade e conservadoras, assumidas pelo governo federal em momento de emergência sanitária durante a pandemia da Covid-19. Quando se fala de saúde, devem ser observadas as condições de renda, educação, trabalho, habitação, mobilidade, acesso aos serviços de saúde, lazer, empregos, dentre outros fatores. Isso porque as condições de vida de um indivíduo vão caracterizar o seu processo saúde e doença.

Dentro da perspectiva de trabalhar a determinação social da saúde, escolheu-se, como sujeitos de pesquisa, as mulheres, tendo em vista que, segundo estudos OPAS (2021), as mulheres foram as mais prejudicadas no período da pandemia. Tal temática de estudo parte do

interesse em responder de que forma as mulheres têm sido afetadas pela ocorrência da pandemia, numa conjuntura em que se evidenciou a profunda desigualdade social e o processo de destruição dos direitos da classe que vive do trabalho, em especial para as mulheres.

A pandemia da Covid-19 se iniciou, no Brasil, no mês de março de 2020, porém o primeiro caso diagnosticado foi em fevereiro do referido ano. Com o início dela, vieram também novas regras de convívio social e uma nova configuração da sociedade. As orientações para evitar a propagação do vírus mudou o dia a dia dos indivíduos, desde o uso obrigatório de máscaras e higienização, até o distanciamento e isolamento social. Mesmo com essas regras, infelizmente, no Brasil o número de mortes causadas pela infecção do novo coronavírus já somam mais de 683 mil¹, segundo o Painel Coronavírus (2022), afetando, em grande escala, a vida de todos que perderam seus entes queridos.

Outras consequências advindas dessa mudança na sociedade foram o aumento do número de desempregados, o aumento exponencial de pessoas em situação de rua e em situações de extrema vulnerabilidade. Além disso, foi possível verificar as novas mudanças nas estruturas do trabalho, que demonstram as mais diversas precariedades, informalidades e sobrecargas dos trabalhadores. Essa nova organização reflete na saúde dos indivíduos, não se limitando apenas ao campo físico, mas também ao mental.

A pandemia veio para escancarar as mazelas da ordem mundial capitalista, que, em meio a sua estrutura de funcionamento contemporâneo, vem causando muitos prejuízos à saúde dos sujeitos. É a partir desse fenômeno que se objetivou a construção deste trabalho, focando nas influências da pandemia na saúde das mulheres, a partir da teoria da determinação social.

Tendo em vista o exposto, buscou-se responder as inquietações geradas pelo tema. Ou seja, diante dos atuais retrocessos das políticas sociais, como a pandemia da Covid-19 vem influenciando o processo saúde e doença das mulheres?

Parte-se da hipótese de que a ocorrência da pandemia da Covid -19 desde 2020, somada às medidas de contrarreformas ultraliberais e conservadoras do governo federal sob a presidência de Jair Bolsonaro, configuram-se em dimensões das determinações sociais da saúde das mulheres, com repercussões nos processos de adoecimento das mulheres com expressividade nas violências e no feminicídio, agravos de saúde por decorrência do aumento

¹ Dado retirado do Painel Coronavírus. Veículo oficial de comunicação sobre a situação da pandemia da Covid-19. Os dados são divulgados diariamente pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS).

do desemprego e subemprego, sobrecarga de trabalho, responsabilização pelo cuidado com os demais integrantes da família, iniquidades raciais e de gênero.

O objetivo geral da pesquisa foi problematizar as determinações sociais da saúde das mulheres no período da pandemia da Covid-19, considerando o contexto de regressividade das políticas sociais e sobreposição das medidas de contrarreformas ultraliberais e conservadoras. Apresentam-se como objetivos específicos: 1) Contextualizar o conceito de determinação social da saúde e suas expressões no processo saúde e doença dos indivíduos, diante dos retrocessos na política pública de saúde; 2) Contextualizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas voltadas à saúde da mulher, buscando identificar e analisar as principais normativas legais voltadas à saúde de modo a evidenciar como se deu a construção das políticas de saúde das mulheres; 3) Levantar e analisar a produção bibliográfica na área da saúde das mulheres articulando a conjuntura atual da pandemia da Covid-19.

Dito isso, vale ressaltar como esse trabalho está disposto, ou seja, fazem parte da sua composição três capítulos, que serão expostos logo em seguida. O primeiro capítulo traz como debate a contextualização do conceito da determinação social da saúde, sendo iniciado com o debate sobre o capitalismo dependente característico do Brasil. Essa primeira explanação se faz necessária para introduzir o conceito de determinação social da saúde, entendendo que a formação brasileira e as questões específicas da sociedade estão diretamente ligadas às vidas dos indivíduos e ao seu processo saúde-doença.

Logo após, dá-se continuidade com o segundo capítulo, no qual é tratada a saúde das mulheres e o Sistema Único de Saúde. Aqui, é trazida uma breve contextualização do SUS, de modo a evidenciar a política pública de saúde e como a mesma foi concretizada. Ainda nesse capítulo, trabalha-se, de forma mais específica, as políticas públicas de saúde com o foco nas mulheres, entendendo, a partir de normativas legais, como se dá o amparo do SUS a esse público.

Já no terceiro capítulo, são trabalhadas, de forma mais detalhada, as determinações sociais da saúde das mulheres no contexto da pandemia da Covid-19, em que são trazidos para debate a ocorrência da pandemia em meio ao governo Bolsonaro e o que isso significou para a política pública de saúde e os indivíduos. Também se realiza a construção do debate sobre a saúde das mulheres em contexto de pandemia e como o sofrimento das mesmas se tornou mais evidente após esse período. Por fim, finalizando o trabalho, apresenta-se as considerações finais.

METODOLOGIA

Para que fosse possível responder os questionamentos de pesquisa e atender os objetivos delimitados, foi utilizado como método uma análise através de uma perspectiva crítica da realidade, levando em consideração a teoria da determinação social da saúde e os indicadores sociais que influenciam no processo saúde e doença das mulheres, nesse período atual de pandemia. Os procedimentos aqui adotados foram as pesquisas bibliográfica e documental.

A partir de uma pesquisa bibliográfica, foram levantados estudos para contextualizar o conceito de determinação social da saúde, considerando o contexto da pandemia da Covid-19 e os retrocessos nas políticas sociais e seus desdobramentos na saúde das mulheres. Foram usados materiais que tinham como temática a discussão sobre a determinação social da saúde, produções científicas que trabalham o debate sobre os retrocessos nas políticas sociais sobretudo no período da ocorrência da pandemia.

De forma mais sistematizada foram levantadas as produções científicas sobre saúde das mulheres a partir do contexto da pandemia. Para tanto, foi realizada uma busca na base de dados da Scielo, tornando elegíveis estudos publicados no período de 2020 até o mês de julho de 2022, que descreviam o sofrimento das mulheres intensificado pela ocorrência da pandemia. Foram usados como descritores “Saúde da mulher AND covid-19” e “pandemia AND mulheres AND covid-19” sendo encontrados 109 artigos. Foram selecionados de fato aqueles que tinham relação com o tema. Sendo eles apresentados no quadro abaixo:

Nº do Artigo	Autores	Título	Revista	Estado	Ano
1º	REIS, A. P. et al.	Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil	Saúde Debate	Rio de Janeiro	2020
2º	SOUSA A. C. A et al.	Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil	Saúde Debate	Rio de Janeiro	2021
3º	SOUZA E. R., DUMONT-PENA E., PATROCINO, L. B.	Pandemia do coronavírus (2019-nCoV) e mulheres: efeitos nas condições de trabalho e na saúde	Saúde Debate	Rio de Janeiro	2022
4º	CHAGAS E. R., OLIVEIRA F. V. A., MACENA R. H. M.	Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020	Saúde Debate	Rio de Janeiro	2022

5º	NOGUEIRA, C. M., PASSOS, R. G.	A divisão sociossexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do Covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti	Caderno CrH	Salvador	2020
----	--------------------------------	---	-------------	----------	------

Assim, foi possível analisar como vêm sendo influenciada a saúde das mulheres, principalmente nessa conjuntura atual, que se apresentou não só como uma crise humanitária e de saúde, mas também como uma crise econômica. Foram observados nessas produções indicadores como renda, desemprego, condições de trabalho e políticas sociais para atender mulheres, de modo que fosse possível compreender como as mudanças econômicas e sociais causadas pela pandemia vem interferindo na vida e principalmente na saúde das mulheres.

Para além da base de dados da Scielo, foram utilizados materiais não indexados, a fim de, construir a análise dos resultados e construção de debates fundamentais trazidos no trabalho.

Por fim, na pesquisa documental foi feito o levantamento das principais normativas legais, bem como leis e políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres, a fim de contextualizar as políticas de saúde no âmbito do SUS e entender como foi construído e como vem sendo levada adiante as políticas de saúde das mulheres.

CAPÍTULO 1

Determinação social da saúde

1.1 - O Brasil e o capitalismo dependente: notas introdutórias ao debate da determinação social da saúde.

O modo de produção capitalista é marcado pela acumulação do capital, e esta acumulação é realizada através da superexploração do trabalho. Vale destacar que tal modo de produção se configura de diferentes formas a partir das características sócio-históricas dos países, ou seja, na Europa, os países se configuram com um capitalismo central e formas de industrialização avançadas.

No Brasil, é visto um capitalismo dependente, isso por razão da sua formação histórica marcada pelo colonialismo de exploração, de onde eram retiradas as riquezas do país para garantir a acumulação primitiva do capital nos países desenvolvidos. E que segundo Fernandes (1973), tem seu início na conquista espanhola e portuguesa dos países da América Latina. A partir dessa configuração e de uma tentativa de independência desses países em relação as metrópoles da Europa, é que ocorre a evolução do capitalismo nos países latino-americanos quando, de acordo com Marini (2011), a América Latina se insere na chamada divisão internacional do trabalho.

No capitalismo monopolista, a entrada dos países no mercado mundial, se feita de forma tardia, se torna excludente e dita como se dará o desenvolvimento dos países chamados periféricos. Esses países subordinados são responsáveis por “prover os produtos primários a baixo custo no mercado mundial para garantir a reprodução ampliada do capital em favor dos países centrais.” (SOARES e BURGINSKI, 2021, p. 14). Característica essa do Brasil, conhecido como um país de economia agroexportadora. Segundo Florestan Fernandes,

Trata-se de uma economia de mercado capitalista constituída para operar, estrutural e dinamicamente: como uma entidade especializada, no nível da integração do mercado capitalista mundial; como uma entidade subsidiária e dependente, no nível das explicações reprodutivas do excedente econômico das sociedades desenvolvidas; e como uma entidade tributária, no nível do ciclo de apropriação capitalista internacional, no qual ela aparece como uma fonte de incrementação ou de multiplicação do excedente econômico das economias capitalistas hegemônicas (FERNANDES, 2008, p. 36-37).

A dependência se perpetua na medida em que ocorre entre as nações uma certa subordinação, ou seja, segundo Marini (2005), as relações de produção dos países dependentes são ditadas a fim de responder as exigências da acumulação do capital nos países centrais. Tal acumulação é garantida através da superexploração da força do trabalho quase que exclusivamente dos países subordinados. Ainda segundo Marini (2011), a superexploração ocorre a partir da intensificação do trabalho nos países periféricos, do aumento da jornada de trabalho e da diminuição do consumo do trabalhador, de modo que esse não tenha condições de acesso para ter uma vida mais digna por meio do mercado de trabalho, resultando num possível adoecimento. Como isso, os lucros produzidos nos países dependentes são transferidos para as nações independentes e esses também lucram com o barateamento das matérias-primas aqui produzidas às custas da exploração da classe trabalhadora dos países dependentes.

No que diz respeito às dinâmicas de organização da produção do Brasil e suas relações sociais, essas não tiveram mudanças muito significativas. Apenas ocorreu a transferência do poder político e econômico das metrópoles para a burguesia local. Fernandes (1973) afirma que a elite brasileira optou por manter as estruturas econômicas do sistema colonial, ao invés de buscar por uma mudança, de fato, na infraestrutura econômica do país, demonstrando a manutenção de um capitalismo dependente. Ainda, o desenvolvimento do capitalismo no país é controlado pelos países centrais e com auxílio das elites nacionais, caracterizando a parceria que existe entre as burguesias dos países centrais e periféricos.

A revolução burguesa, iniciada, aqui, nos anos 1930, poderia ter significado uma mudança na estrutura do país, entretanto não foi o que ocorreu. Segundo Furno e Gomes (2015), a burguesia industrial brasileira não desfez seus laços com a oligarquia agrária, permanecendo, dessa forma, como uma nação com características do colonialismo e sem condições para ser uma nação com uma economia, de fato, independente. Segundo Fernandes (2005), a burguesia apenas visou ao aumento dos seus lucros, escolhendo um caminho mais fácil ao invés de uma mudança e modernização avassaladora. Dessa forma, possibilitou a consolidação do capitalismo brasileiro, mas não rompeu com as formas do subdesenvolvimento.

Diante disso e ainda tratando do capitalismo no Brasil, vale ressaltar que o Estado, dentro do sistema capitalista, é um forte personagem que possibilita a garantia da manutenção das relações sociais de produção. Além disso, a própria existência do capitalismo se torna ameaçada sem as funções do Estado para garantia de funcionamento do sistema. A formação do Estado brasileiro tem grandes influências da burguesia nacional, a qual não se caracteriza

como revolucionária, ou seja, se configurou de uma forma sem se desligar das estruturas sociais e econômicas do Brasil colônia. Ao contrário disso, observa-se uma burguesia tida como “patrimonialista, reacionária e autoritária.” (SOARES e BURGINSKI, 2021, p. 18). Vale trazer, então, a forma como ocorre o desenvolvimento do país de acordo com tais características da burguesia brasileira.

Portanto, tem-se na sociedade brasileira um padrão de desenvolvimento articulado à autocracia, que possibilitou a redefinição da concepção da democracia, pois essa se manifesta nas condições concretas do capitalismo dependente como uma democracia restrita, operada por um Estado autocrático-burguês e oligárquico afinado com os interesses, necessidades e projetos das classes e frações burguesas para apropriação do excedente econômico nacional. (SOARES e BURGINSKI, 2021, p. 18).

Desse modo, observa-se, então, um padrão de dominação da burguesia com as demais classes da sociedade brasileira. Ou seja, um Estado que, em meio a uma economia dependente, segundo Souza (2016), vai agir em conjunto com a repressão e exclusão das massas, deixando-as suscetíveis às superexplorações e à desproteção social, configurando-se em um Estado antinacional e antidemocrático, respondendo, assim, a impossibilidade ou a dificuldade em se realizar reformas sociais, tendo em vista que o Estado tende a se voltar para os interesses do capital, deixando a classe trabalhadora apenas minimamente protegida.

Segundo Soares e Burginski (2021), a partir dos entendimentos de Florestan Fernandes, cabe aqui apresentar as faces do Estado autocrático-burguês.

A face democrática se manifesta como uma democracia restrita, posto que a maioria do eleitorado não possui poder de decisão ou influência concreta nas decisões políticas. A autoritária revela um Estado que assume funções de legitimação e implementação de uma política econômica de linha dura em consonância com o padrão de acumulação capitalista vigente. Já a face fascista se manifesta “dentro do Estado” para implementar práticas repressivas e opressão sistemática, visando impedir qualquer forma de organização social e assim manter sob ordem e controle as classes populares. (SOARES e BURGINSKI, 2021, p. 18).

A partir desse entendimento sobre a formação sócio-histórica do Brasil, já no século XXI ao analisar o governo do presidente Jair Bolsonaro e suas ações, afirma-se que o mesmo possui afinidades com o Estado autocrático-burguês. A violência, um dos principais mecanismos para a manutenção do sistema atual, não simboliza um objeto para dar espaço a uma nova ordem ou a uma transformação da sociedade, mas sim para se manter como o velho

e autocrático. É diante disso, desse agravamento autocrático, que o bolsonarismo se fez possível.

O desenvolvimento capitalista brasileiro é marcado por uma ofensiva as minorias e isso não é diferente no governo Bolsonaro, que possui fortes influencias neoliberais. Ou seja, Bolsonaro esteve sempre disposto a realizar contrarreformas, como as trabalhistas e previdenciárias, de modo que, o velho e o conservador prevalecessem em seu governo. Em relação às questões econômicas, optou por atacar a classe trabalhadora, “realizou a retirada de direitos dos trabalhadores, aprofundando a superexploração da força de trabalho” (MATTOS, 2020, p. 234).

Ainda como perfil desse governo, têm-se uma subordinação ao capital-imperialismo, que expressa um regresso até mesmo em termos civilizatórios. Segundo Costa e Mendes (2021), o bolsonarismo se configura em caráter neocolonial, justamente por essa submissão ao capital. Por isso, observam-se, no Brasil, suas ações e “políticas de desmonte estatal, privatizações, contrarreformas e um cenário produtivo de reprimarização econômica e intensificação da desindustrialização do país.” (COSTA e MENDES, 2021, p. 81).

O bolsonarismo chega no poder e realiza mudanças até mesmo nas formas de controle da classe trabalhadora, realizado através da autocracia burguesa e deixando claro suas reais afinidades. Sua vitória nas eleições, com o discurso nacionalista, não passava de mais uma forma de esconder sua servidão ao capital-imperialista e aos Estados Unidos. Segundo Ianni (2019), seu *slogan* de governo ‘Brasil acima de tudo, Deus acima de todos’ era mais uma prova da sua ligação e defesa da autocracia burguesa. O uso da religião e de um Deus em seu *slogan* reforça ainda mais seus interesses mercantis, visto que atender ao capital se mostra como seu único objetivo. Foi com o auxílio da religiosidade que sua eleição se tornou possível, sem que houvesse a necessidade de golpes como outrora.

Mas não só o fundamentalismo religioso é característica desse governo, como também “o nacionalismo xenofóbico, o racismo, a milicianização coronelista, dentre outras expressões desse novo-velho” (COSTA e MENDES, 2021, p.83), simbolizando, mais uma vez, seu ataque às minorias brasileiras. Outros fatores que tornaram possível a eleição de Bolsonaro foi o discurso antipetismo e a falsa ideia de um governo que seria anticorrupção, quando na verdade é mostrado uma postura bem diferente. Sua ascensão é marcada por retrocessos e desmontes das políticas sociais, e, além disso, o atual presidente não mede esforços para deixar evidente

seu ódio aos direitos humanos da população negra, LGBTQIA+, às mulheres, às pessoas com deficiência e aos povos indígenas.

Diante do exposto e entendendo um pouco mais as características do Brasil, como um país de economia dependente, marcado pela superexploração dos indivíduos e governado por uma figura que representa todo terror à sobrevivência da classe trabalhadora e das minorias é que se pretende iniciar o debate sobre a determinação social da saúde. De certo, será possível compreender as influências externas à saúde dos indivíduos.

1.2 - Determinação social da saúde: do que estamos falando?

A partir das contribuições da medicina social latino-americana, segundo Breilh (2013), ainda no fim da década de 1960, se inicia o processo de ruptura com o paradigma, até então vigente, da saúde pública. Uma crítica ao modelo predominante da história das doenças, que tratava o adoecimento apenas numa perspectiva biologicista. Essa ruptura objetivava trazer um olhar mais social para a doença, buscando relacionar o adoecimento aos âmbitos social e biológico, inserindo a perspectiva da teoria da determinação social da saúde. A partir disso é que se iniciam o discurso de como a saúde está ligada ao meio social, através dos princípios:

- 1) a saúde das pessoas passa a ser de interesse da sociedade, isto é, a sociedade é obrigada a proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) as condições sociais e econômicas influenciam a saúde e doença e estas precisam ser estudadas cientificamente; 3) as medidas que devem ser tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais quanto médicas. (ROCHA e DAVID, 2015, p. 130)

A medicina social latino-americana possibilitou grandes contribuições para a saúde coletiva, pois apresentou soluções satisfatórias para as questões de saúde que vinham necessitando de enfrentamento. Segundo Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017), ela simbolizou a entrada da visão social na área da saúde a partir de uma nova leitura da saúde pública. Essa leitura partiu da crítica a abordagem positivista que a doença vinha recebendo, pois, o adoecimento era visto apenas a partir de uma perspectiva biologicista. Com a necessidade de entender a relação do processo social e do processo biológico da doença é que se insere a teoria da determinação social.

Diante dessa discussão, a origem da noção da determinação social da saúde tem início nos anos 1960, quando, segundo Laurell (1982), o caráter da doença passa a ser o foco. Isso

porque começa um questionamento sobre como a doença deve ser realmente vista, ou seja, de forma apenas individual e biológica ou numa perspectiva coletiva e social.

Ainda segundo Laurell (1982), o início desse questionamento tem como motivo o paradigma biomédico que, na época, tinha empecilho em encontrar uma solução para os problemas de saúde que atingiam os países industrializados. Outra questão era a crise na prática médica, que, no âmbito da América Latina, não estava mais alcançando melhorias nas condições de saúde da população, demonstrando, assim, que a doença deveria ser vista também como um processo social, ou seja, que a mesma possuíssem um caráter histórico-social. Apenas nos anos 1980 e 1990 é que o campo da medicina social passa a ser analisado na América Latina e, especificamente no Brasil, essas análises sobre a doença a partir de uma visão social data da década de 1950. Com essas aproximações, a perspectiva biopsicossocial é introduzida nos debates.

Diante desses questionamentos é que o estudo sobre a determinação social do processo de saúde e doença ganha espaço em diversos países, entendendo que a saúde e a doença não dependem apenas das questões biológicas, mas também das condições socioeconômicas. Aqui vale ressaltar as ideias de Breilh (2006), que afirma que a ocorrência de doenças se dá em meio social e por isso não deve ser estudada sem levar em consideração o contexto em que os indivíduos estão inseridos. Rocha e David (2015) explicam as abordagens a partir da determinação social:

Estas abordagens concordam que os fatores econômicos (renda, emprego e organização da produção) podem interferir positiva ou negativamente na saúde de grupos populacionais; que os ambientes de convivência e de trabalho podem gerar efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas; e que a cultura e os valores também podem interferir ampliando ou restringindo as possibilidades de saúde das pessoas, pelo valor que se atribui à vida, reconhecimento de cidadania, concepção de saúde, e forma como cada povo lida com as diferenças de gênero, de etnia e até mesmo econômicas. (ROCHA e DAVID, 2015, p.131)

A teoria da determinação social vai focar exclusivamente nas questões coletivas e no caráter histórico-social da doença, não levando como foco apenas questões individuais e biológicas. Segundo Laurell (1982), o caráter histórico-social da doença pode ser afirmado com a observação de sua ocorrência no meio coletivo, de modo que possam ser observadas as características da sociedade em diversos momentos históricos e suas condições de saúde. Outra

questão que a autora afirma é que o caráter social da doença vai se mostrar diferente a depender de como os grupos estão inseridos na produção e como são dadas as relações com os demais grupos da sociedade, ou seja, as diferenças de classes e a desigualdade vivenciadas por elas vão estabelecer o processo social da doença de cada grupo.

Diante do que foi construído até o momento, entende-se a importância de explicar a diferença da determinação social da saúde e da noção de determinantes sociais da saúde. Assim como já citado acima, as contribuições da medicina social latino-americana fizeram com que o foco da medicina se virasse para a saúde ao invés de fazê-lo para a doença, mas, mesmo com esse novo olhar da medicina, a noção de determinantes sociais para alguns autores ainda se manteve, unindo a saúde a uma visão neoliberal.

Esse tema sobre os determinantes retorna aos estudos em 2005, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e parte do princípio de que a saúde estaria ligada apenas à estratificação social, às variáveis sociais as quais os indivíduos estariam inseridos. A análise sobre a saúde a partir dessa noção estaria ligada às desigualdades. De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada no Brasil em 2006, os determinantes sociais seriam “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais” (ROCHA e DAVID, 2015, p. 132). Os determinantes sociais partem da ideia de que as condições de vida e de trabalho estão diretamente ligadas à saúde do sujeito.

Existem alguns modelos que se colocam a estudar os determinantes e como eles se relacionam na vida dos indivíduos e em diferentes escalas. O modelo que auxiliou na conceituação dos determinantes sociais da saúde usado pela CNDSS, foi o modelo de Dahlgren e Whitehead, que, segundo Garbóis e Dalbello-Araújo (2017), organiza os determinantes em camadas, ou seja, desde os níveis mais individuais aos níveis mais gerais. São delimitados pelo modelo quatro níveis que se relacionam. O primeiro diz sobre os fatores individuais, estilos e comportamentos de vida, o segundo diz sobre as redes sociais e às comunidades, o terceiro está relacionado às condições de vida e trabalho; o quarto e último nível refere-se às condições econômicas, culturais e ambientais.

Entretanto, esse modelo, como outros, se mostra restritivo para compreensão do processo saúde-doença. Por isso, a OMS tem recebido críticas em relação à abordagem através da noção dos determinantes sociais da saúde, principalmente pelos debates realizados pela

medicina social. Essas críticas partem do princípio que a perspectiva dos determinantes reforça a visão positivista, sendo simplista e não abrangendo os múltiplos processos que influem na saúde dos indivíduos.

[...] essa perspectiva de abordagem é reducionista, pois oculta categorias analíticas de peso dentro das ciências sociais (como reprodução social, modos de produção, relações de produção etc.) e torna difícil proporcionar um pensamento crítico direto sobre a essência da organização social da sociedade de mercado e do regime de acumulação capitalista, por meio dos processos de geração e reprodução da exploração humana e da natureza e as suas marcadas consequências na saúde. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, P. 69)

Por isso, é importante o retorno dos estudos sobre a determinação social da saúde, uma vez que a visão positivista da saúde deve ser superada. Isso se faz necessário porque o processo saúde-doença dos indivíduos deve ser analisado a partir de um caráter histórico-social, levando em consideração a união entre o campo biológico e social. Ou seja, não cabe em tal análise o interesse na causalidade da doença ou estabelecer relações nas condições de saúde de um indivíduo com os fatores sociais, mas sim trabalhar em nível de coletividade.

(...) Saúde vai além de um fato biológico-natural e do emprego de esquemas epidemiológicos. Faz parte da convivência do indivíduo em sociedade e ao acesso às redes socioeconômicas e de serviços essenciais. Isto é, o contexto social e a história de vida individual e da coletividade irão influenciar positiva ou negativamente na saúde, a qual é um fenômeno eminentemente humano. (ROCHA e DAVID, 2015, p. 134)

Dito isso, faz-se necessário retomar a questão da determinação social da saúde e o caráter histórico-social da doença, uma vez que, para entender o processo de adoecimento dos indivíduos, é importante estabelecer relações ao modo de produção da sociedade capitalista. Como explanado no tópico 1.1 desse capítulo, a sociedade brasileira atual está ancorada no capitalismo dependente, o qual rege a formação social e dita como as relações sociais serão estabelecidas. Compreender o processo saúde-doença e as condições de saúde da população significa realizar análises sobre o capitalismo e as possibilidades e limites impostos aos sujeitos.

O conceito de saúde, segundo a OMS, é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Para Albuquerque e Silva (2014), estar saudável significaria estar em condições de realizar o que tem potencial de realização a partir do que é oferecido pela natureza. Essa realização dos seres humanos se dá a

partir do trabalho, o que possibilita a realização de transformações na natureza para satisfazer suas necessidades.

Na sociedade capitalista, o trabalho não é mais visto apenas como uma ferramenta para satisfazer as necessidades do homem, mas sim uma ferramenta para a acumulação do capital e, dessa forma, se torna um meio de alienação do sujeito em relação aos meios de produção. Então, diante disso, a vida humana vai se produzindo de acordo com a organização da produção e divisão dos meios de sobrevivência.

Por isso, observa-se a importância em entender as relações sociais dadas a partir dessa configuração do modo de produção capitalista, de modo que seja possível observar o caráter social e histórico do processo de saúde-doença dos indivíduos, e que esse processo está posto na notória contradição existente entre o capital e o trabalho. Por fim, vale ressaltar que entender a teoria da determinação social da saúde é observar que a saúde depende das possibilidades de realização do homem, e que isso vai depender das forças produtivas e relações sociais de cada formação social a depender de cada contexto histórico.

CAPÍTULO 2

O Sistema Único de Saúde e a saúde das mulheres.

2.1 – A política de saúde no Brasil: breve contextualização e os desafios da atualidade para o SUS.

As primeiras intervenções do Estado na política de saúde no Brasil se iniciam com campanhas sanitárias que tinham um cunho mais voltado para ações higienistas, de modo que ocorriam de forma bem autoritária. Isso era justificado pelo período que o país vivia, regido por uma economia agroexportadora. Anterior à década de 30, a saúde era ofertada através da assistência médica, por meio de ações filantrópicas para os tidos como mais carentes, ou até mesmo de forma particular e nesse caso apenas os mais ricos eram atendidos. Apenas em 1930, momento de industrialização do país, é que as políticas sociais começam a surgir devido às reivindicações da classe trabalhadora.

Segundo Lima (2018), no início do século XX, a saúde passa a ser vista como uma questão em meio à organização da sociedade capitalista, em que o trabalho assalariado e a divisão do trabalho vinham avançando. É na década de 20, mais precisamente em 1923, que a assistência médica se apresenta de forma previdencialista, tendo a saúde do trabalhador como foco. Nesse mesmo ano são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). As CAPs eram, então, financiadas pela União, as empresas e os empregados e ofereciam benefícios de acordo com a contribuição realizada pelos trabalhadores. Dentre os benefícios ofertados, tinha a assistência médico-curativa e o acesso a alguns medicamentos, mas claro que apenas as grandes empresas conseguiam mantê-las e apenas os trabalhadores formais tinham acesso aos atendimentos médicos.

Diante das mudanças ocorridas no país a partir de 1930, a saúde, de fato, passa a ser entendida como uma questão também política, já que, com a urbanização e o aumento da massa trabalhadora, ampliaram-se, também, as necessidades sociais e, com isso, os acirramentos e as reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de habitação, higiene e de saúde. A partir disso, segundo Bravo (2006), a política de saúde vai se configurar de duas formas, ou seja, de um lado, a saúde pública e, de outro, a medicina previdenciária.

Salienta-se que até a década de 40, os objetivos da saúde pública eram promover campanhas sanitárias, realizar a coordenação dos serviços estaduais de saúde, realizar ações de combate às endemias, tanto em níveis rurais, como urbanos e, por fim, a reorganização do

Departamento Nacional de Saúde. Já a medicina previdenciária surge em conjunto com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e se encarregou por alcançar diversas categorias de trabalhadores para responderem suas reivindicações. A política de saúde se consolida a partir de 1945 e, nos anos 1950, o atendimento hospitalar privado já era uma realidade, de modo que a formação de empresas médicas se fez possível.

Durante a Ditadura Militar, com o modelo assistencial privatista e com o modelo econômico modernizador e conservador daquele período, as necessidades do mercado fizeram com que a saúde tivesse que assumir, de forma mais intensificada, os interesses do capital internacional e a doença passou a ser vista como uma fonte de lucro. A partir disso, a saúde pública tem seu espaço ocupado pela medicina previdenciária, pois com a unificação dos IAPs, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é criado e passa a não dar prioridade para a oferta de saúde pública. Dessa forma, eram realizadas compras de serviços do setor privado, o qual recebeu ainda mais favorecimento.

Segundo Bravo (2006), algumas mudanças são estabelecidas no campo da saúde, como, por exemplo, a prática médica curativa, que era realizada de forma individual, assistencialista e especializada, o aumento do apoio do Estado aos interesses do capital no que diz respeito às indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, a criação do complexo médico-industrial e a organização da prática médica de modo a aumentar o lucro.

Em meio ao período mais traumático vivenciado pela população brasileira, de maior recessão de direitos e de crise econômica, a insatisfação com a oferta de saúde no governo autoritário se torna pauta. Dessa forma, movimentos sociais unidos ao movimento sanitário e aos profissionais de saúde iniciam o Movimento da Reforma Sanitária, a fim de lutar e reivindicar pela saúde como um direito, ofertada de forma pública e de qualidade para todos os cidadãos. Algumas propostas sobre a mudança da política de saúde são:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 9)

Com a proposta da Reforma Sanitária, os debates e as articulações sobre a saúde no Brasil se fortaleceram e, então, em 1979, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é proposta. Vale expressar a importância da 8ª Conferência Nacional da Saúde², ocorrida em 1986, que simboliza um marco para a defesa da saúde pública e da criação, de fato, do SUS, e que tinham como temas: “I A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial” (BRAVO, 2006, p. 9). Segundo Lima (2018), o relatório final da conferência possibilitou a incorporação de propostas e avanços para os direitos sociais no Brasil, aprovados com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A partir de 1988 e com a nova Constituição, a saúde passa a ser um direito social amparado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990. A Constituição aprovou questões, como o direito universal à saúde e, como dever do Estado, a responsabilidade de regular, fiscalizar e controlar as ações e os serviços de saúde. A participação do setor privado se daria de forma complementar e não poderia ocorrer a destinação de recursos públicos para as instituições, ficava proibida a comercialização de sangue e derivados e, por fim, foi aprovada a constituição do SUS.

A nova organização da Política de Saúde brasileira por meio da estruturação do SUS e de seus princípios – intersectorialidade, integralidade, descentralização, universalização e participação social – está ancorada na defesa da universalização das políticas sociais, e a garantia dos direitos sociais, na perspectiva da Seguridade Social. (LIMA, 2018, p. 91)

A partir da década de 90, observa-se um aumento nas disputas ideológicas e na ampliação do projeto neoliberal. É nessa conjuntura que ocorria a consolidação do SUS, realizada com bases muito diferentes daquelas propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária e pelo o que fora aprovado na Constituição Federal de 1988. Nesse momento, o papel do Estado passa por um redirecionamento e a política neoliberal inicia os ataques aos avanços alcançados em 1988. Esse redirecionamento do Estado se configurou como uma contrarreforma³ na

² A 8 Conferência Nacional da Saúde foi realizada em Brasília, em março de 1986. Simbolizou um marco para a política de saúde bem como para construção do Sistema Único de Saúde. Foi a primeira Conferência aberta a sociedade, então teve a participação da sociedade civil e de representantes do governo, um marco para a participação popular em processos decisivos.

³ O conceito de contrarreforma, segundo Behring e Boschetti (2008), parte da análise do momento de reestruturação que o Estado brasileiro passa a partir dos anos 90. Tal redirecionamento parte de um conjunto de “reformas” que favoreciam o mercado, ou seja, respondendo às exigências do capital. Essas mudanças no Estado se concretizam em uma reestruturação produtiva, marcada por altas taxas de lucro, hegemonia política e ideológica,

verdade, ou seja, as funções que eram do Estado, como a responsabilidade pelo desenvolvimento econômico e social do país, são passadas para o setor privado de modo a responder aos interesses do capital.

A Seguridade Social perde os seus recursos com a justificativa da alta inflação e, com isso, as demais políticas, como a previdência social, a saúde e a assistência social, sofrem desmontes. Concorde-se com Bravo (2006) quando a autora afirma que a política neoliberal tem favorecido os ataques aos direitos sociais e trabalhistas, o aumento do desemprego e a ruína das políticas de saúde, previdência e educação.

Segundo Machado, Lima e Baptista (2017), ainda nessa mesma década, no governo de Itamar Franco, o financiamento da política de saúde ainda estava vinculado à Previdência Social. Em 1993, quando ocorre a interrupção dos repasses de recursos do fundo da previdência para a saúde, o setor apresenta um momento de calamidade. Diante disso, ocorreu a mudança para que os estados e municípios fossem responsáveis pela política de saúde local e os recursos seriam repassados de forma direta pelo Fundo Nacional de Saúde. Ainda nessa mesma linha de mudanças na área da saúde, são institucionalizados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), para que as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e famílias fossem priorizadas. Essas mudanças representavam tanto um aumento da cobertura, como uma alteração no modelo de atenção básica.

De fato, a década de 90 possibilitou algumas inovações para a política de saúde, mas as reformas realizadas no Estado não favoreceram a resolução de problemas estruturais que o SUS já vinha apresentando. Segundo Paim (2009), os governos dessa época e também os posteriores não foram capazes de avançar, nem tampouco de defender os princípios da Reforma Sanitária, dando continuidade a uma implantação do SUS com questões mal resolvidas, como:

o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (BRAVO, 2006, p. 14).

bem como privatizações. A contrarreforma se funda na motivação em esvaziar as conquistas obtidas com a Constituição Federal de 1988, em especial, com o foco na Seguridade Social.

Ainda segundo Machado, Lima e Baptista (2017), no governo Lula, observam-se também algumas mudanças na política de saúde, mais especificamente com os avanços na criação de programas, como o Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e a Farmácia Popular⁴. Além disso, ocorre a expansão da cobertura da Estratégia da Saúde da Família⁵ (ESF). Outras iniciativas do governo foram em relação ao complexo industrial da saúde, que fortalecia a produção nacional. Porém, assim como os demais governos, esse também não teve êxito em resolver os problemas do sistema de saúde, principalmente no que diz respeito ao “financiamento, das relações público-privadas, da força de trabalho e das desigualdades territoriais em saúde.” (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p. 153)

Já no outro governo petista, mas agora com a Dilma Rousseff na presidência, continuaram as mesmas desatenções para os problemas estruturais do SUS e continuidades na atenção básica e vigilância. Ademais, foram adotadas, pelo governo, a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e a criação do Programa Mais Médicos,⁶ que possibilitou um maior acesso à saúde para aquelas comunidades em extrema vulnerabilidade, que não tinham médicos por conta da dificuldade em fixar profissionais em determinadas áreas. Contudo, acabou gerando desgastes e conflitos para o governo Dilma Rousseff, porque a elite brasileira e as entidades médicas pressionaram para o fim do programa.

Outras polêmicas envolvendo a saúde e o governo foi a abertura do setor saúde para o capital estrangeiro e, mais tarde, em 2014, a nomeação de um ex-dirigente de hospital psiquiátrico para levar à frente a Coordenação Nacional de Saúde Mental, algo que colocava em risco toda a construção e resistência da luta antimanicomial. E em 2016, com o golpe institucional⁷ sofrido pela presidente Dilma Rousseff, a política de saúde também se encontrou

⁴ A criação do Programa Farmácia Popular foi muito importante para democratizar o acesso a medicamentos básicos e essenciais principalmente para a classe trabalhadora, tendo em vista os altos preços. Mas em contrapartida, também favoreceu o copagamento, ampliando assim o programa para farmácias da rede privada.

⁵ A Estratégia Saúde da Família, antes conhecida como Programa Saúde da Família, recebe esse novo nome a partir do momento em que pensar em programa não conseguia mais responder as necessidades da atenção primária. Dessa forma, a mudança de nomenclatura ocorre em 2006, para que a estratégia agora fosse de fato na reorganização do modelo de atenção básica.

⁶ As críticas feitas pelas entidades médicas sobre o programa estavam em torno do caos da saúde pública. Essas entidades afirmavam que os problemas com a saúde pública não eram a falta de médicos, mas sim problemas de gestão, falta de financiamento e corrupção. Outra questão apresentada pelas entidades era a falta de validação de diplomas dos profissionais que trabalharam no programa.

⁷ Escolheu-se por utilizar golpe institucional ao invés de *impeachment* pois acredita-se que a deposição da presidente Dilma Rousseff foi um ato organizado e bem estruturado, com o auxílio de diversos setores como parlamentares, empresários, a burguesia, mídia, entre outros que favoreceram todo esse processo. Com as consequências da crise de 2008, questões econômicas e políticas estavam mais instáveis e o golpe já tinha estrutura para ocorrer. Iniciado já em 2014, segundo Souza (2018), com a insatisfação do resultado das eleições e, com a

em um momento instável, pois houve propostas que fragilizaram o financiamento do SUS e fortaleceram o mercado em saúde.

Agora, no que diz respeito à política de saúde no governo de Michel Temer – que assumiu a Presidência após um golpe –, essa é marcada por diversas iniciativas de desconstitucionalização do SUS. Tal governo se encarregou de aprofundar as contrarreformas e o desmonte das políticas públicas. Foi um governo que deu continuidade ao discurso de crise da saúde. O ministro da saúde, Ricardo Barros, se encarregou da defesa da ideia de que o SUS deveria ser reduzido, pois o país não possuía condições de arcar com os direitos defendidos na CF de 1988. Ou seja, o direito universal da saúde seria repensado diante da falta de capacidade financeira. Com esse falso discurso, o ministro propõe os Planos de Saúde Acessível.

Além dessa proposta dos planos, o governo Temer foi marcado por mais ataques às políticas sociais, como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) de 2016, que definia o congelamento dos gastos da saúde e da educação durante 20 anos. Segundo Oliveira e Krüger (2018), é possível citar outras mais, como a liberação do capital estrangeiro na saúde, e aproximações com o setor empresarial, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a liberação do uso de agrotóxicos extremamente agressivos, a redução dos blocos de financiamento do SUS, comprometendo a atenção básica e a vigilância em saúde e a redução do Programa Farmácia Popular. Outro feito desse governo foi em relação à política de saúde mental, em que foram feitas propostas de alteração das diretrizes, ameaçando as conquistas da Reforma Psiquiátrica.

Chegando na atualidade, entende-se a importância de falar da saúde no durante o governo Bolsonaro, que, desde a sua campanha, demonstrou total despreparo quando o assunto eram as propostas pensadas para melhoria da política de saúde. Segundo Bravo e Pelaez (2020), poucas eram as vontades em defender o SUS e a saúde como direito. No entanto, não faltaram iniciativas para a continuação do desmonte da política de saúde. Questões, como a reforma do SUS, a revisão da política de saúde para a população indígena, a defesa de um setor privado forte com investidas às privatizações, nenhuma menção aos recursos orçamentários do SUS ou a revogação da EC 95/2016 e mais um pouco de planejamento para avançar nos retrocessos da

crise econômica do país, o governo passa por um processo de desgaste com as notícias de corrupção e inquietação da classe média. A partir de um jogo de interesses estabelecidos pelos setores citados, é que o golpe se faz possível e se torna realidade.

política foram apresentados no primeiro ano de governo Bolsonaro. As propostas de ofensiva a saúde mental, em que fica claro sua tentativa de voltar ao modelo de manicômios.

É diante dessas propostas que se faz claro o entendimento sobre a postura do presidente Jair Bolsonaro em relação à saúde e, principalmente, na pandemia da Covid-19. O governo Bolsonaro dá continuidade para o desmonte do SUS, mantendo seu desfinanciamento e realizando parcerias com o público-privado. Em relação ao seu Ministério, quatro foram os ministros que passaram por lá, e atualmente, leva a frente Marcelo Queiroga. Outra questão que deixa claro para quem o atual presidente governa são suas ações com relação às políticas de combate a HIV - Aids, IST e Hepatites virais, nas quais ele realiza o desmonte com a afirmação de que são infecções de responsabilidade dos indivíduos e que o governo não deveria ser responsabilizado.

Despotencializar a política de enfrentamento ao HIV-Aids, associando o direito ao tratamento à promiscuidade, especialmente por parte da população LGBTQIA+, e “dialogar” com o público de que se deveria investir recurso em outros setores que atuassem para “todos/as” (enquanto que na verdade é o desfinanciamento dos direitos sociais no seu conjunto) é naturalizar a exclusão, por parte do Estado, de sua responsabilidade com segmentos da sociedade. Mais uma vez aqui está explícita a política de eliminação. (MATOS, 2021, p. 32)

No que diz respeito à pandemia da Covid-19, nunca houve uma política de enfrentamento da doença pelo presidente Bolsonaro, muito pelo contrário. O que houve foi uma postura negacionista vinda do presidente da república, pois ele, a todo momento, realizava falas inconsequentes e desprezava pacientes que vinham sofrendo com a crise de falta de oxigênio. Vale lembrar os episódios em que o presidente imitou pessoas com falta de ar. Ele não criou uma política de distanciamento e não defendeu o uso de máscara, mas, em contrapartida, promovia aglomerações. O presidente não foi capaz de defender a política de vacinação, porém tinha a capacidade de defender o uso de medicamentos que tinham sua ineficácia comprovadas.

Por fim, mesmo com todos os desmontes da política de saúde e pretensões em acabar com o SUS, no momento vivido, “a saúde é, sem dúvida, o setor mais atingido pela pandemia, os/as seus/as trabalhadores/as estão exaustos/as frente ao volume de atendimentos, à intensificação da força de trabalho devido ao insuficiente número de trabalhadores/as da saúde” (MATOS, 2021, p. 32). E mesmo sem o apoio dos governos, os profissionais da saúde e os

movimentos sociais seguem lutando contra os desmontes e as privatizações da saúde, além de reivindicar por uma saúde pública, gratuita, de qualidade e para todos.

2.2 – As políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres e as normativas de amparo à saúde das mulheres.

Mesmo as mulheres sendo a maioria da população brasileira e as que mais buscam os serviços de saúde, até os anos 1970, a saúde voltada para esse público tinha como foco a mulher como mãe. Ou seja, as políticas públicas de saúde da mulher focavam no âmbito reprodutivo, voltadas apenas para o ciclo gravídico-puerperal. Isso porque as mulheres eram vistas como as únicas responsáveis pela reprodução e realização de trabalhos domésticos. Os programas de saúde voltados para o público feminino eram os programas materno-infantis que, segundo Santos et al. (2012), foram muito criticados por terem uma visão reducionista da mulher e por simbolizarem um mecanismo de controle demográfico.

Entretanto, a partir das mudanças ocorridas no mundo, ligadas à industrialização, globalização e ao desenvolvimento do capitalismo, a presença da mulher na sociedade passa a refletir mudanças nas famílias, nas desigualdades sociais, na percepção das opressões de gênero e em certos valores. Foi, também, a partir dessas mudanças que as reivindicações por mudanças na assistência à saúde passaram a ocorrer. Segundo Brasil (2004), foi na tentativa de discutir outras questões ligadas à sexualidade, aos direitos reprodutivos, às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e à sobrecarga de trabalho, que movimentos feministas iniciaram as lutas para melhorar as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres.

Segundo Santos et al. (2012), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1984. Esse programa foi fruto das lutas e das reivindicações pela saúde e por políticas específicas para as mulheres, recebendo influências do Movimento da Reforma Sanitária e do Movimento Feminista, que representa um dos protagonistas nessa luta pela saúde da mulher. O PAISM simbolizou uma mudança no pensar sobre a saúde da mulher, de modo que a fase reprodutiva das mulheres não era mais o único foco dos serviços de saúde.

O PAISM é um programa considerado pioneiro no cenário mundial ao propor uma abordagem diferenciada em saúde da mulher, tanto que o termo integralidade, nele discutido, serviu de referência ao processo de construção do SUS. (SANTOS ET AL., 2012, p.16)

O PAISM rompeu com a prática de controle dos corpos femininos e passou a incorporar, no debate sobre a saúde da mulher, questões, como os direitos reprodutivos, direitos à contracepção e a concepção com a devida assistência e segurança. Ainda, trouxe, para o debate, a autonomia feminina sobre seus corpos no que diz respeito à escolha sobre o desejo de ter ou não filhos. Segundo Souto e Moreira (2021), o programa teve auxílio do movimento feminista, se consolidando antes mesmo do SUS. As lutas das mulheres eram orientadas pela igualdade e por políticas públicas que trouxessem os debates das relações de gênero, de trabalho, as desigualdades e que vissem a mulher como cidadã de direitos, principalmente, no que diz respeito à saúde.

a participação do movimento feminista e de lideranças femininas protagonizou a elaboração, a implementação e o desenvolvimento de políticas referentes à saúde da mulher, bem como o enfrentamento de grupos e iniciativas que buscam retirar direitos duramente conquistados. (SOUTO e MOREIRA, 2021, p.833)

Mesmo representando um avanço para as políticas públicas de saúde das mulheres, o PAISM ainda apresentava lacunas e dificuldades na atenção à saúde dessa população. Dessa forma, observou-se a necessidade em criar uma política que, de fato, pudesse trabalhar no preenchimento dessas lacunas e que fosse capaz de oferecer atenção à saúde das mulheres em todas as suas fases da vida, em especial, àqueles segmentos historicamente invisibilizados.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi desenvolvida com o auxílio de diversos segmentos, como:

o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. (BRASIL, 2004, p.5)

Dessa forma, houve, então, uma mudança para que as demandas das mulheres pudessem ser atendidas e as lacunas deixadas pelo PAISM fossem preenchidas. A política se propôs a atingir mulheres em todos os níveis de vida, levando em consideração os grupos populacionais e suas especificidades⁸, ou seja, atendendo as mulheres negras, indígenas, urbanas e rurais, presidiárias, as mulheres com deficiência e as homossexuais.

⁸ No texto oficial da PNAISM, não fora mencionado a saúde das mulheres trans e travestis, porém entende-se que atualmente esse segmento de mulheres deve receber tal visibilidade, já que o tema de saúde se apresenta de forma mais ampla. As pessoas transgênero são cidadãs de direitos, possuem a saúde como demanda e estão presentes nas

A PNAISM foi fundamentada nos princípios do SUS e também insere, em seu conteúdo, as discussões sobre as questões de gênero enfrentadas pelas mulheres. São mencionados nela questões relativas aos direitos sexuais, planejamento familiar, violência doméstica e sexual, doenças crônicas, o enfrentamento ao vírus HIV/Aids e a redução dos índices de morbimortalidade por câncer.

Segundo Paz e Salvaro (2011), a promoção da saúde e a prevenção de doenças necessitam de ações educativas capazes de serem acessadas, tanto individualmente, como coletivamente. Tomando como ênfase a PNAISM, essa realiza a promoção da saúde e também a prevenção de IST, bem como seus tratamentos, como é o caso do HIV/Aids. Outras prevenções realizadas pela política são em relação aos problemas que mais afetam as mulheres, como é o caso de violências, gravidez de risco e o câncer de mama e de colo do útero.

Vale ressaltar que a saúde está diretamente ligada a diversos fatores e, quando levadas em consideração as mulheres, esses fatores se apresentam ainda mais agravados pelas questões de gênero, que historicamente aprofundam as desigualdades sociais por se tratar de uma ferramenta de poder, impondo comportamentos e papéis aos homens e mulheres. Outros condicionantes para a saúde da mulher, também ligados às questões de gênero, são as discriminações mediante classe, raça/etnia, orientação sexual, dentre outros que impulsionam ainda mais as desigualdades enfrentadas por esse grupo de indivíduos.

Como já dito anteriormente, segundo Brasil (2004), a PNAISM se propõe a atender diversos grupos de mulheres e a tratar as questões de saúde enfrentadas por elas em todos os níveis de vida. Dessa forma, é apresentada, em seu conteúdo, a questão da mortalidade materna, ligada a diversos fatores, como a precariedade na atenção obstétrica, o aborto realizado em condições de risco, a precariedade na assistência em anticoncepção. A falta de uma boa assistência de anticoncepção e de conhecimento sobre o assunto pode contribuir para gravidezes de risco ou indesejadas, gerando mais ocorrências de abortos, que, se realizados em condições inseguras, podem configurar um risco para a vida das mulheres, ou até mesmo uma discriminação e atos de violência.

Mesmo o aborto sendo ilegal, ainda é uma prática muito buscada pelas mulheres. Sua ilegalidade não impede que esse seja realizado. Segundo Diniz e Medeiros (2010), os dados da

bandeiras da luta feminista. Infelizmente, ainda nos dias atuais, esse segmento sofre transfobia e discriminação por parte dos serviços de saúde que não as reconhecem como sujeitos pertencentes ao grupo de mulheres diversas e que possuem necessidades de atendimentos em saúde.

Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) mostram que 15% das mulheres entrevistadas já realizaram aborto. E essa prática difere de acordo com a idade, sendo o número de abortos maior em mulheres mais velhas. “O aborto é um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres.” (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 962). Entretanto, os índices dessa prática escancaram as desigualdades sociais, pois as mulheres que possuem melhores condições de vida e melhores índices de escolaridade buscam por serviços e os realizam com uma devida segurança, fato esse que não é observado quando são mulheres em situação de vulnerabilidade e com baixa escolaridade, resultando numa proporção de 23% de mulheres que praticaram abortos.

Os índices de mortalidade materna refletem em problemas maiores como as precárias condições de vida, o baixo grau de escolaridade, as situações de violência sofridas dentro do ambiente familiar. Ainda segundo Brasil (2004), no texto da PNAISM são apresentadas as principais causas de mortalidade materna, que são a hipertensão, hemorragias, infecções puerperais e o aborto. Em relação à atenção obstétrica, é trazido, na PNAISM, que grande parte das mulheres não possuem acesso às consultas pré-natais, e esse número se mostra maior em mulheres residentes em áreas rurais, provando uma assistência precária.

Em relação à assistência à concepção, segundo Leal et al (2018), mesmo essa sendo apresentada na PNAISM como direito das mulheres, muitas ainda enfrentam a gestação sem assistência ou sem vínculo a nenhuma maternidade. Esse fato é visto, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste. Essas ocorrências caracterizam os inúmeros desafios que precisam ser solucionados para que as mulheres, de fato, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

Outra questão que também representa risco para a saúde das mulheres é a violência sofrida por elas, seja doméstica, sexual, moral ou psicológica. São inúmeras queixas de saúde relatadas pelas vítimas de violência, como dores, insegurança, desconforto, problemas de concentração, medo, uso abusivo de álcool e tentativas de suicídio. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2020), em 2017, dos registros de violências realizados, 71,8% das vítimas eram mulheres e, desse número, 40,4% eram mulheres negras. Dentre as violências mais cometidas, estão as físicas (67,7%) e sexuais (15,4%), e os agressores são, em sua maioria, pessoas conhecidas, totalizando 55,8% (parceiros íntimos e familiares). Esses dados demonstram que a violência contra mulher é um problema grave de saúde pública, podendo se configurar como causa da mortalidade feminina.

Um ponto muito importante trazido pela PNAISM é a questão da saúde mental das mulheres, tendo em vista que, pelas desigualdades geradas pelas questões de gênero, as mulheres sofrem “duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem” (BRASIL, 2004, p.44). É imperativo reconhecer que as mulheres são sobrecarregadas por responsabilidades que causam sofrimento mental.

A criação da PNAISM e do PAISM simbolizou uma mudança capaz de superar a ideia excludente e medicalizadora que a saúde da mulher possuía. Essa mudança se configurou em um olhar para além do período reprodutivo da mulher, passando a vê-la como cidadã plena de direitos em meio às suas diversidades. O PAISM, assim como já dito, conseguiu romper com a visão materno-infantil e trouxe para a atenção à saúde da mulher à integralidade.

Esse princípio de integralidade também trazido na PNAISM auxilia na análise da saúde da mulher e o seu contexto social. Entender a saúde a partir da teoria de determinação social, em que o meio social e o contexto ao qual as mulheres estão inseridas interfere na sua condição de saúde, se faz urgente. Estar atento às condições de vida, como a moradia, a educação, o trabalho, o lazer e a alimentação, por exemplo, é necessário para compreender que a saúde não se limita ao campo biológico dos indivíduos.

Ademais, a PNAISM traz para o debate a importância de um atendimento humanizado e de qualidade, isso para que as ações de saúde sejam capazes de resolver os problemas, para que as mulheres estejam satisfeitas com os atendimentos e que sejam capazes de identificar suas demandas, promovendo o autocuidado e reivindicando seus direitos. A qualidade de um atendimento deve estar ligada diretamente à atenção em questões diversas da vida das mulheres, como as psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Desse modo, o caráter biologicista será superado e a saúde poderá ser vista de forma integral e horizontal, atendendo a todos os campos e níveis de saúde.

A PNAISM foi construída e se fortaleceu juntamente com o SUS e ajudou na constituição da saúde como direito de todos e dever do Estado. Todavia, o acesso à saúde ainda se apresenta como privilégio para aqueles indivíduos dos segmentos socialmente mais favorecidos. Esses acessam os serviços de saúde através do mercado e, aos menos privilegiados, encontra-se um sistema de saúde defasado que sofre constantemente ataques e tentativas de

desmontes. Por isso, a defesa da democracia e do SUS faz parte da luta e defesa da PNAISM, para que não haja retrocessos.

A política de saúde voltada para as mulheres e os avanços obtidos nessa área são frutos da participação social na construção de políticas públicas. As mulheres se fazem presentes em espaços de decisão e luta, como comitês, conferências e conselhos, antes mesmo da década de 1970, que foi o ponto de partida das transformações sociais, culturais e políticas. A presença das mulheres nesses espaços públicos e institucionais é característica de um processo histórico em busca da superação das desigualdades de gênero em todos os espaços, sendo públicos ou privados.

Dito isso, a saúde da mulher ainda se apresenta como uma área que está constantemente em avanço e construção. Da mesma forma que anteriormente foram necessárias lutas para a conquista de uma política de saúde específica para as mulheres, ainda hoje faz-se necessário nos processos participativos a presença desse público para defesa e reivindicação dos direitos, movidos por interesses da coletividade, pela justiça social e pela saúde como um direito de cidadania.

CAPÍTULO 3

Pandemia da Covid-19 e seus desdobramentos na vida das mulheres.

3.1 – A ocorrência do novo coronavírus e o governo de Jair Bolsonaro.

Os primeiros casos de Covid-19 no Brasil surgem no mês de fevereiro. Em março, alguns estados passam a adotar medidas para conter a disseminação do vírus. A doença, por si só, já representava uma nova organização social e econômica do país, entretanto a pandemia se depara com um Brasil permeado de mudanças.

Tais mudanças, principalmente as políticas, tiveram início ainda no governo Dilma Rousseff, que foi interrompido pelo golpe de Estado em 2016. Esse golpe, que gerou o processo de *impeachment* da presidenta, foi resultado de um avanço das forças da direita que, em meio a acordos políticos e jurídicos, possibilitou a ocorrência do governo Temer, caracterizando um afastamento da democracia e, em contrapartida, uma aproximação do autoritarismo na política brasileira.

O governo ilegítimo de Michel Temer simbolizou o ataque às políticas públicas e uma mudança no modelo de ajuste rentista neoextrativista, que, segundo Araújo e Carvalho (2021), se trata da lógica do capital financeiro com seus altos lucros e da acumulação através do agronegócio, da expropriação e da mineração. É a partir do governo Temer que esse modelo passa a ter caráter ultraliberal, de modo que o capital estrangeiro passou a ser privilegiado, a classe trabalhadora sofre com a superexploração da sua força de trabalho e inicia-se o desmonte dos direitos sociais e trabalhistas, dentre outras mudanças.

Este governo, forjado a partir do Golpe 2016, instaura, assim, um projeto autoritário, conservador, alicerçado pelo desmonte dos direitos sociais, pela desestruturação do Sistema de Seguridade Social no País, pela redefinição do orçamento público, com a implementação da Emenda Constitucional nº 95, que instituiu, de forma abrupta e arbitrária, o Novo Regime Fiscal (NRF) para a União, pelos próximos vinte anos. (ARAÚJO; CARVALHO, 2021, p. 152)

A EC 95 2016 configurou um dos maiores ataques aos direitos sociais, principalmente no que diz respeito às políticas da seguridade social, como a previdência social, a saúde e a assistência social, produzindo o sentimento de desproteção social. O início das ações de desfinanciamento e das políticas de austeridade fiscal como as privatizações, os cortes dos gastos públicos e as contrarreformas, ainda em 2016, configuraram a forma como a pandemia encontrou o país, no ano de 2020.

É nesse contexto de autoritarismo e de ganho de espaço das forças da extrema direita que, em 2019, o presidente Jair Bolsonaro é eleito. Bolsonaro, desde a sua campanha política, já demonstrava para quem iria governar e quem continuaria sendo as vítimas de uma desproteção social já aprofundada no governo Temer. Bolsonaro foi eleito com apoio da burguesia, da classe média e de segmentos conservadores, fortificando movimentos reacionários que se manifestavam com ataques racistas, sexistas, LGBTfóbicos e misóginos. Em contrapartida, com esse fortalecimento de movimentos reacionários, a participação política dos movimentos populares veio sendo cada vez mais abafada e controlada por meio de medidas antidemocráticas e autoritárias, como o uso abusivo das forças policiais.

Assim como afirma Castilho e Lemos (2021), o governo atual não possui ações de preservação da vida, muito pelo contrário, esse governo possui ações que vão de encontro à morte através do desmantelamento do Estado, visando transformá-lo em um Estado de contenção, com o uso de políticas de ataque à classe trabalhadora, especialmente às mulheres e às populações negra e LGBTQIA+, retirando os direitos anteriormente conquistados.

Outras ações desse governo, que vão de encontro às ações do governo Temer, são referentes ao desmonte do SUS, que se tornou ainda mais evidente após a aprovação da EC 95, que afetou drasticamente o financiamento da política de saúde por representar um congelamento dos orçamentos públicos destinados à seguridade social. Diante disso, o SUS, que já tinha questões no seu financiamento, passa a ser desfinanciado de fato, e a classe trabalhadora encontra-se vivendo em meio a uma desproteção social, gerada pela perversidade das políticas econômicas de austeridade fiscal.

A pandemia da covid-19 encontra o Brasil em meio a privatizações, desmontes e destruição das políticas sociais. Além disso, as terceirizações, contrarreformas da previdência e a trabalhista, que retiraram ainda mais direitos, aumentaram a exploração dos trabalhadores e tornaram realidade um alto índice de desemprego e aumento dos trabalhos informais, gerando, para a população brasileira, mudanças drásticas no cotidiano e uma forte necessidade de luta diária por sobrevivência.

A política e agenda neoliberal têm fortalecido esse pilar de precarização do trabalho, de mercantilização dos direitos sociais duramente conquistados e de privatização dos serviços públicos e da responsabilidade do Estado frente as expressões da questão social. (PESTANA; NOGUEIRA; MATSUNAGA, 2022, p.175)

O Brasil é marcado por históricas desigualdades, entretanto a pandemia se depara com um aprofundamento dessas frente às medidas governamentais. Ricardo Antunes (2020, p. 8) deixa claro que, aqui, “as consequências são ainda mais perversas do ponto de vista social”, porque a pandemia da Covid-19 escancara ainda mais as mazelas da sociedade brasileira em meio às questões de gênero, raça e classe. Além disso, observa-se a existência de uma dupla pandemia, a da Covid-19 e a do Bolsonaro, que, segundo Araújo e Carvalho (2021), agravam exponencialmente a questão social, atingindo, de forma mais rude, os segmentos marginalizados da sociedade.

Assim como já dito, a pandemia da Covid-19 se instaura no país logo no início do mês de março, quando o número de contaminados já passava de 290, e alguns estados passaram a adotar medidas para deter a disseminação do vírus. Abraçados à ideia de que o vírus iguala e atinge os indivíduos da mesma forma, autoridades caíram na ilusão de que a classe trabalhadora possuía a mesma capacidade de se proteger do vírus e se manter em isolamento social. Tal ideia cai por terra quando é percebido que “a população mais pobre está mais disposta à contaminação e à transmissão da pandemia, sem falar da falta de acesso aos equipamentos de proteção e às terapias necessárias ao tratamento.” (SOUZA, 2020, p. 14).

A ocorrência da pandemia aqui no Brasil é marcada pela irresponsabilidade de um Presidente que tratou a doença como apenas uma “gripezinha”, banalizando o número de mortes, que já passa de 683.397⁹, e o número de contaminações atingidas. Aqui é importante relembrar sua fala quando questionado sobre o número de mortes, o mesmo afirma que ele não tem nada a ver com isso, que ele não seria coveiro¹⁰. Além disso, Bolsonaro apresenta uma postura negacionista, “não compreende ou não se importa com a gravidade dessa pandemia e, com suas ações, coloca a população brasileira à beira de uma calamidade humanitária.” (JÚNIOR, 2020, p. 168). E mais, Bolsonaro ainda incitava seus seguidores a agirem como ele, com desrespeito às ordens da OMS, sem respeitar a obrigatoriedade do uso das máscaras ou mesmo do isolamento social.

Além disso, a pandemia se depara com um forte projeto de desfinanciamento do SUS. Bolsonaro constantemente trabalha para a retração do Estado, especialmente em áreas sociais.

⁹ Esse quantitativo foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde no dia 27 de agosto de 2022.

¹⁰ Essa fala do presidente foi noticiada em vários veículos de notícia, sugere-se para leitura a matéria: "Não sou coveiro, tá?", diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus." Notícia do site do G1 e escrita por Pedro Henrique Gomes, em 20/04/2020.

Segundo Sousa, Oliveira e Souza (2020), no ano de 2019, o orçamento do SUS fora diminuído e cerca de 20,19 bilhões já estavam fora dos recursos destinados à saúde. Isso mostra que os 75% da população que dependem exclusivamente do SUS encontram-se desamparados graças ao projeto antissocial de Bolsonaro.

O negacionismo de Bolsonaro prejudicou até mesmo a compra de vacinas, atrasando o processo de vacinação e, conseqüentemente, o aumento das contaminações e mortes pela Covid-19. Mediante ataques contra a vacinação, o atual presidente afirmou, diversas vezes, e defendeu o uso de medicamentos sem comprovação científica e que já tinha sido descartado o uso para combater o vírus da Covid-19, que foi o caso da hidroxicloroquina. Bolsonaro também realizou diversas afirmações sobre as vacinas, contestando sua eficiência, disseminando *fake news* e causando alarde na população, como foi o caso da alegação de que a vacina contra a Covid-19 tinha ligações com a Aids.¹¹

Ademais, para além do comportamento do atual presidente, têm-se um sistema que já apresenta deformidades e incapacidade em se manter senão pela manutenção da exploração da classe trabalhadora. A pandemia da Covid-19 só veio para escancarar as dificuldades do capitalismo em se manter de pé, mas sem desistir e fazendo uso da violência para sua própria manutenção e para lidar com as insatisfações da classe trabalhadora. De acordo com Tavares (2020), alguns gestores agem através da violência para esconderam, ou mesmo camuflarem, sua incompetência, e isso não foge da postura do Bolsonaro, que ataca fortemente as minorias, como já dito anteriormente.

Entendendo a saúde a partir da teoria da determinação social, todas essas mudanças, como precarizações, aumento das contrarreformas e desigualdades agravam ainda mais a saúde da população. Dessa forma, não foi apenas a Covid-19 a responsável por essa piora, mas sim toda a conjuntura de desgovernos e ataques à sobrevivência da classe trabalhadora. Dados demonstram como a sociedade vem sofrendo por conta da pandemia e com as mudanças políticas, econômicas e sociais. Segundo dados da pesquisa da Fundação Getúlio Vargas (FGV) (2022), cerca de 29,6% da população brasileira atingiu o ponto de máxima pobreza, representando um aumento de 9,6 milhões de pessoas desde o levantamento de 2019. Isso

¹¹ Essa afirmação de Bolsonaro sobre a ligação das vacinas com o vírus da Aids, foi noticiada em diversos veículos de notícias. Deixa-se aqui como sugestão para leitura: “PF diz ao Supremo Tribunal Federal que Bolsonaro cometeu incitação ao crime quando associou vacina da Covid à Aids”, Por Márcio Falcão e Fernanda Vivas, G1.

monstra que a condição de vida dos brasileiros apresentou uma piora desde o início da pandemia.

A desigualdade social, em 2019, já era uma realidade cruel para boa parte da população, e essa mesma população teve que se manter com os 600 reais de auxílio emergencial, ofertado pelo governo de Bolsonaro durante a pandemia - um valor que claramente não é suficiente para a sobrevivência da classe trabalhadora. A existência desse valor já indigna muita gente, mas essa indignação fica pior quando é noticiado que, na verdade, foi julgado suficiente pelo governo a quantia de 200 reais para o auxílio.

De acordo com Eurico, Silva e Vieira (2022), a questão racial também se faz presente quando levantamos os dados sobre a pandemia. A população negra vivencia a pandemia de uma forma diferente, e isso se torna evidente ao observar os números de mortos, o aumento do desemprego e as dificuldades enfrentadas no uso das tecnologias para o acesso às políticas e aos direitos sociais. No que diz respeito à saúde, o acesso aos serviços ainda é uma questão. Em 2020, o Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), realizou uma análise a partir de 30 mil casos de Covid-19 e verificou que, dentre os óbitos, 55% eram de pessoas negras, enquanto 38% eram brancas. Esses dados permitem observar como a população negra se encontra como a mais acometida pelo novo coronavírus.

Não precisa ir tão longe para explicar tais dados quando se sabe que a população negra e pobre ocupa majoritariamente campos de trabalhos precarizados e informais. Diante da crise sanitária e social vivida pela população brasileira, causada pela pandemia e por medidas do governo atual, é observado o segmento que mais sofre com essa conjuntura. A taxa de desocupação em 2020 era 12,3%, representando, também, aqueles trabalhadores que foram afastados de suas funções sem nenhuma remuneração. “Os trabalhadores e trabalhadoras, nesse cenário desumano e perverso, oscilarão entre o desemprego total e o privilégio de ter um emprego precário.” (PESTANA; NOGUEIRA; MATSUNAGA, 2022, p.172)

Outra questão são os campos de trabalho que não puderam ‘parar’, já que alguns governos estabeleceram o trabalho doméstico como essencial, gerando sobrecarga a essas trabalhadoras. Outros trabalhos informais também não tiveram o privilégio de trabalhar remotamente, tendo em vista que faltava para a população as condições de trabalho para realização do *home office*. Essa população se viu tendo que enfrentar o transporte público lotado e sucateado para

sobreviver, mesmo que isso significasse correr o risco de ser contaminado. A classe trabalhadora precisou continuar indo às ruas na luta pela sua sobrevivência e da sua família.

Em relação ao trabalho, no segundo ano da pandemia, segundo o IBGE (2022), o número de pessoas que se encontram em trabalhos informais já ultrapassa 39 mil pessoas. E em relação às pessoas que estão fora da força de trabalho, ou seja, pessoas que não estavam ocupadas nem desocupadas, ultrapassavam os 64 mil habitantes. São números assustadores e explicativos quando se pensa em todos os ataques sofridos pela classe trabalhadora, com seus direitos trabalhistas arrancados por desgovernos, como o atual.

Esses elementos aqui citados, como os índices da pobreza, as questões trabalhistas e do desemprego, bem como as questões de raça, simbolizam algumas das determinações sociais da saúde. É fato que as condições de vida da população afetam no seu processo saúde e doença, ou seja, as condições de moradia, de trabalho e a renda vão ditar as condições de saúde das pessoas. Em meio a pandemia da Covid-19, a saúde já se apresenta como uma área que deve ser colocada em foco, entretanto não apenas ela, já que as demais áreas como educação, habitação e trabalho interferem na qualidade de vida da população. Dessa forma, faz-se urgente a defesa das políticas de todas as diversas áreas que afetam diretamente a saúde do indivíduo.

3.2 - A saúde das mulheres em meio ao contexto da pandemia.

A pandemia da Covid-19, assim como já dito, causou diversas mudanças na vida das pessoas. Dentre essas mudanças, a casa passa a ser invadida por outras atividades, como é o caso do trabalho, o famoso *home office*. Além disso, nas famílias com crianças, outra mudança são as aulas de forma remota, que passam a ser uma realidade. Em relação ao ambiente familiar e à moradia, historicamente, existe uma personalidade responsável pelos cuidados e pela manutenção da residência: a mulher.

O espaço privado está para a mulher assim como o espaço público está para os homens. Segundo Leal (2011), as atividades que tem relação com a família ou com a prática de tarefas domésticas historicamente são realizadas pelas mulheres. Mesmo com as mudanças que tiveram com o passar dos anos, ainda hoje é observado uma predominância da mulher ocupando essa tarefa.

As questões de gênero determinam os papéis feminino ou masculinos que devem ser cumpridos na sociedade. Dessa forma, segundo Pestana, Nogueira e Matsunaga (2022), coube

à mulher ocupar esse lugar de cuidado e atenção com os demais, seja a família ou até mesmo outros indivíduos, ficando responsável pelo âmbito doméstico e pela esfera reprodutiva, enquanto os homens são os responsáveis por prover o lar a partir do trabalho realizado no espaço público.

Esse papel de mãe, esposa e cuidadora gera, nas mulheres, uma sobrecarga imposta pela divisão sexual e social do trabalho. A mulher fica responsável, na maioria das vezes, pelo cuidado com a casa, com a família e também com seu trabalho no espaço público, cumprindo uma dupla jornada de trabalho. Porém, “no mundo do trabalho continuamos enquanto força de trabalho sub-remunerada, intensamente precarizada, e ocupando, majoritariamente, os trabalhos mais precários, como é o caso do trabalho doméstico e de cuidado assalariado.” (NOGUEIRA; PASSOS, 2020, p. 8). A distribuição de tarefas com o parceiro durante a pandemia não simbolizou uma realidade, pelo contrário, significou uma maior sobrecarga além de ofertar, à vida das mulheres, um risco, já que a residência representa mais um lugar para o homem exercer seu poder sobre a mulher.

As mulheres são os indivíduos mais explorados e oprimidos pela sociedade. Essa afirmação se torna ainda mais severa quando cruzamos informação sobre raça e classe. Segundo um levantamento realizado por Mesquita et al. (2021), boa parte das mulheres brasileiras estão inseridas em trabalhos informais, sendo 47,8% mulheres negras e pardas. Seguindo essa mesma linha, 92% das trabalhadoras exercem a função de empregadas domésticas, sendo que mais da metade se encontram sem carteira assinada, ou seja, privadas de seus direitos. Essa realidade pode ser explicada a partir de uma observação do desenvolvimento do capitalismo e da reestruturação econômica, pois segundo Leal (2011), esse desenvolvimento coloca as mulheres inseridas em trabalhos precarizados e informais buscando certa independência e meios para prover o sustento da família. Mais uma vez, comprova-se que, numa sociedade construída nas raízes do patriarcado, a mulher tem um lugar inferior a ser ocupado.

Quando se fala de pandemia da Covid-19 e mulher, é impossível não recordar que, no Brasil, umas das primeiras mortes confirmadas causada pela doença foi de uma mulher idosa¹², negra, empregada doméstica, moradora da periferia, que foi contaminada porque seus empregadores, recém-chegados de uma viagem do exterior, estavam contaminados. Além

¹² A morte da Cleonice ocorreu em 19 de março de 2022. A mesma estava trabalhando na casa dos empregadores e se sentindo mal, retornou para sua cidade. Logo foi levada ao hospital e depois de 3 dias que estava internada, veio a falecer. Por Fantástico, G1.

disso, de acordo com Mesquita et al. (2021), durante todo o enfrentamento da pandemia, as mulheres também estavam à frente, representando 85% dos trabalhadores de enfermagem, técnicos e auxiliares em enfermagem, enfrentando uma sobrecarga tanto no ambiente de trabalho, como em suas casas.

A pandemia de COVID-19 escancarou as desigualdades já existentes no Brasil, além de ter aumentado significativamente a violência contra a mulher. As mulheres, assim, enquanto grupo que ocupa os empregos mais precários e a linha de frente nos serviços de saúde no combate ao novo coronavírus – e estão diretamente no cuidado doméstico ou institucional – representam um grupo de grande vulnerabilidade e que carece de políticas públicas voltadas à eliminação dessas desigualdades. (MESQUITA et al., 2021, p. 36)

De acordo com as publicações elencadas para análise desse tópico, encontraram-se amplos debates sobre as principais áreas da saúde da mulher e como a pandemia tem influenciado nesses campos. Uma das questões levantadas diz respeito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, que, em 1983, com o PAISM, fora trazida como campo essencial para a vida desse público. Assim como afirma Reis et al. (2020), a atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, com a chegada da pandemia, já corria o risco de descontinuidade na oferta de contraceptivos e no atendimento à população por afastamento de profissionais ou até mesmo pelo desvio de recursos para conter a pandemia.

As autoras observaram que a diminuição dos serviços para essa área tem impacto maior em áreas de vulnerabilidade e, ainda que por conta da recessão econômica e pelo medo de contaminação, as mulheres diminuíram a procura por esses serviços. Diante dessas mudanças, algumas consequências são esperadas, como o aumento de gravidez indesejada, bem como a prática de abortos inseguros, causando um aumento da mortalidade materna. Além disso, existe o risco enfrentado pelas grávidas com comorbidades, que sofrem com maiores chances de contaminação, representando um risco para vida da mulher e da criança.

A procura pelo aborto, segundo as mesmas autoras, tem aumentado durante a pandemia, muito provavelmente pela diminuição na procura pelos contraceptivos ou pelo medo de manter uma gravidez diante do cenário atual. Entretanto, ocorre, paralelamente a isso, um aumento dos questionamentos sobre a legitimidade desse serviço por parte de governos conservadores. Aqui, no Brasil, a abordagem sobre os direitos reprodutivos das mulheres se encontra como um assunto de pouca visibilidade, demonstrando que, em se tratando dos direitos femininos, existe uma grande dificuldade de romper com o conservadorismo e com o sistema patriarcal.

A violência contra mulher nesse período de pandemia tem aumentado de forma assustadora. Esse aumento pode estar ligado ao período de isolamento social, em que as mulheres tiveram que ficar confinadas com seus agressores. Esse assunto também foi muito trazido nas publicações elegidas para construção do debate sobre a saúde das mulheres, isso porque a violência contra mulher se caracteriza como uma questão de saúde pública, entretanto encontra-se a falta de políticas para sanar as questões derivadas desse problema. O PAISM representou a primeira política a tratar sobre o assunto a partir de uma noção de saúde ampliada, estando ligada às determinações da saúde.

A violência contra a mulher, em sua maioria, é praticada por pessoas do próprio convívio da vítima, ou seja, os agressores são companheiros ou ex-companheiros. A casa apresenta uma dicotomia para as mulheres, pois, para se proteger da Covid-19, elas deveriam se manter nela, em isolamento social. Todavia, a casa não se configura, para muitas mulheres, como um lugar seguro, já que lá correm risco por estarem as 24 horas do dia com quem as agride de forma física, sexual ou psicológica.

A continuidade das violências contra a mulher, nesse período, pode ser explicada pelo impacto econômico, em que muitas mulheres vivem uma situação de dependência financeira com seus parceiros. Outro fator para o não rompimento com esses ciclos de violência e de abusos nos relacionamentos está ancorado no medo de que essas violências se virem contra os filhos. E segundo Sousa et al. (2021), o isolamento também representou uma dificuldade no acesso a serviços de informações e ajuda para as mulheres, já que muitos também adotaram medidas de segurança para evitar o contágio.

O isolamento ampliaria a margem de ação do parceiro na manipulação psicológica da mulher e na vigília de sua comunicação com a rede de apoio, ao mesmo tempo que o acesso a essa rede, particularmente nos setores de assistência social, saúde, segurança pública e justiça, foi reduzido por causa do medo do contágio. (SOUSA et al., 2021, p. 178)

Entendendo que a violência deve ser observada e que é papel das autoridades e de governos adotarem medidas para resolução do problema, vê-se uma postura vergonhosa do governo Bolsonaro em relação às políticas públicas voltadas às mulheres. Durante seu governo, diminuiu, em nível exorbitante, o orçamento para a Secretaria da Mulher - de 119 milhões para 5,3 milhões -, demonstrando, mais uma vez, o seu caráter misógino e provando, de fato, que seu governo não possui compromisso com as mulheres, mesmo que elas representem mais da

metade da população brasileira (51,1%), segundo o IBGE, e que sejam vítimas de uma epidemia de gênero, assim como afirmado por Reis et al. (2020).

Além do aumento de casos de violência, ainda de acordo com Sousa et al. (2021), a pandemia também representou um aumento do desemprego feminino, aumento de transtornos mentais e sobrecarga. Esses aumentos estão ligados a um enfrentamento da pandemia, sem levar em consideração as desigualdades de gênero, causando mais injustiça social para os segmentos mais vulnerabilizados, como as mulheres.

Os casos de feminicídio¹³ têm aumentado exponencialmente desde 2018. Em 2020, segundo Chagas, Oliveira e Macena (2022), a taxa de morte feminina por arma de fogo ultrapassava 78%. O aumento dos casos de feminicídio pode estar ligado à flexibilização do porte e da posse de armas a partir do Projeto de Lei 3.723/2019¹⁴. Não coincidentemente, tal flexibilização é uma medida realizada pelo governo de Bolsonaro. Sem se ater para o fato que a maioria dos casos de violência contra a mulher envolvem a arma de fogo como objeto usado. Vale ressaltar que o Estado tem sua parcela de responsabilidade na morte dessas mulheres quando não oferece mecanismos para a segurança delas.

Já em relação às consequências da pandemia da Covid-19 na saúde mental das mulheres, foi verificado, por Sousa et al. (2021), que as mulheres são o público mais acometidos pelo adoecimento mental. Elas estão mais favoráveis a sofrerem com questões de ansiedade, depressão, solidão, traumas, perda de apoio e isolamento. A partir do levantamento feito pelas autoras, esses problemas estão ligados a uso de drogas, problemas no sono, bem como aumento do desemprego e da sobrecarga doméstica, que afetam a saúde mental e emocional das mulheres, principalmente daquelas que já enfrentam uma realidade de vulnerabilidade social.

Aspectos como ser de raça negra, pertencer às classes populares, ter baixa escolaridade, ser mãe solo e não ter contato com a família aumentavam as chances dessas mulheres para o desenvolvimento de transtornos psíquicos. (SOUSA et al., 2021, p. 175)

¹³ Morte de mulheres em razão da condição de gênero, em que o homem é o responsável pelo crime. A Lei do feminicídio nº 13.104/2015 caracteriza tal crime de homicídio como fruto das condições de desigualdade de gênero dentro da sociedade, numa condição de desprezo e discriminação à condição de mulher. As características típicas desse crime são o ódio e a aversão a mulheres.

¹⁴ Em setembro de 2022, o Supremo Tribunal Federal derrubou os decretos federais do governo de Jair Bolsonaro, por entender que o acesso às armas simboliza um risco para a manutenção da democracia tendo em vista o aumento da violência política.

Diante do exposto, pôde ser verificado que a pandemia da Covid-19 afetou, de forma rigorosa, a vida e a saúde das mulheres. Tal realidade se configurou de forma mais perversa pelo fato de o Brasil estar sendo governado por uma figura que nega a ciência e a realidade escancarada em sua frente. As mulheres se configuram como o público mais afetado pela pandemia, principalmente as negras e pobres, por todo histórico de desigualdade de gênero, classe e do racismo estrutural por elas enfrentado, e isso se torna pior quando o governo federal não governa e tampouco apresenta medidas para amenizar essas desigualdades.

Além disso, as determinações sociais da saúde influenciam o processo de adoecimento das mulheres como aqui fora exposto, tendo em vista que viver em meio a desigualdades e extrema vulnerabilidade afeta exponencialmente as condições de vida e saúde dos indivíduos, em especial, das mulheres. Por isso, a necessidade de construção de políticas públicas voltadas para esse público, em que pese uma atenção maior para a vida dos indivíduos do que para o lucro, é urgente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À face do exposto até aqui, foi percebido que, em meio a todos os retrocessos das políticas sociais, em especial da política pública de saúde, o processo saúde e doença das mulheres sofreu grandes influências da pandemia da Covid-19. Ficou claro, a partir da pesquisa realizada, que as mulheres foram um dos indivíduos mais atingidos nesse período vivenciado.

Como já relatado anteriormente, as mulheres foram afetadas pela mudança no convívio, imposta para evitar a propagação da Covid-19. Historicamente, as mulheres ocupam um lugar de cuidado com família, filhos e marido. Diante desse papel que as mulheres assumem há anos, fruto de uma sociedade construída nas bases do patriarcado, observa-se uma naturalidade em encontrá-las, também, em profissões que simbolizam o cuidado com os demais. Por isso, observa-se que as elas representam boa parte do quadro profissional em Medicina e Enfermagem.

Tais profissões se apresentaram como linha de frente no tratamento das vítimas da Covid-19. Sendo assim, muitas mulheres se encontraram nesse espaço enfrentando o risco de contaminação no ambiente de trabalho e lidando com o pavor de colocar em risco aqueles com quem dividem a vida pessoal.

Para além das mulheres empregadas, foram observadas as consequências da pandemia na vida das mulheres que tiveram que enfrentar uma dura realidade frente ao desemprego ou aos trabalhos precarizados. Essas consequências se fizeram ainda mais árduas principalmente quando observadas as questões de raça, uma vez que, historicamente, as mulheres negras vêm ocupando, em sua maioria, os postos dos trabalhos precarizados e informais. O desemprego para as famílias dessas mulheres dificultou, em larga escala, a manutenção dos lares, bem como a criação e o cuidado com os filhos, justamente por elas não possuírem o privilégio de poder trabalhar de casa e/ou manter seus empregos.

Além do ambiente de trabalho, grandes foram os desafios dentro das casas. Primeiramente, por estarem sempre com a responsabilidade do cuidado da família, muitas mulheres se viram no dever de auxiliar os filhos nas novas configurações das aulas, e o marido a se adaptar com as novas ferramentas de trabalho e, além disso, com a manutenção da casa. Infelizmente, as cargas não pararam por aí, principalmente para aquelas mulheres que tiveram que enfrentar a obrigatoriedade do isolamento social com parceiros que eram seus abusadores e agressores.

O aumento da violência doméstica sofrida pelas mulheres simboliza mais um fator que comprova como a pandemia da Covid-19 tem causado grandes sofrimentos para as mulheres. Alguns fatores, como renda, trabalho, violência, condições de moradia, bem como diversos outros fatores sociais, interferem na saúde das mulheres, dificultando ou facilitando para que as mesmas enfrentem seus processos de adoecimento.

As consequências da pandemia da Covid-19 na vida e saúde das mulheres ainda não se esgotaram. Isso porque a conjuntura política, econômica e social do Brasil se apresenta muito conflituosa e sem esperanças. São tempos de superexploração da classe trabalhadora, desfinanciamento de políticas públicas essenciais e de desgoverno, visto que todas as ações de Bolsonaro vão de frente ao ataque das minorias e dos mais vulneráveis.

A partir do trabalho realizado, verificou-se que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, ao passo que a hipótese de que a pandemia, vivida em meio ao governo Bolsonaro e que influenciou diretamente o sofrimento das mulheres, foi confirmada, a partir de uma análise dos indicadores sociais que comprovaram tal influência.

Sendo assim, para novos trabalhos que possam surgir nessa mesma linha de debate, entende-se que as pesquisas devem ser mantidas para entender em que medida a saúde das mulheres se apresenta em risco com toda a conjuntura atual e para que, dessa forma, os retrocessos na saúde possam receber mais visibilidade, a fim de encontrar soluções para que a vida e a saúde dos indivíduos sejam colocadas à frente dos lucros do capital.

“Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.” Simone de Beauvoir

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza C. de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, nov. 2014.

ANTUNES, b, Ricardo. Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2020. [recurso digital].

ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de; CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Autoritarismo no Brasil do presente: bolsonarismo nos circuitos do ultraliberalismo, militarismo e reacionarismo. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 146-156, abr. 2021.

_____. Atlas da Violência. IPEA. Disponível em:
<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. 1-16, 6 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2020. Disponível em:
<https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, p. 1-24, 2006

BRAVO, Maria Inês Souza; PALAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018.

BREILH, Jaime. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, p. 13-27, 2013.

BRETTAS, Tatiana. Capitalismo Dependente, Neoliberalismo e Financeirização das Políticas Sociais no Brasil. **Temporalis**, Brasília, n. 34, p. 53-76, 2017.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálisis**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 269-279, ago. 2021.

CASTRO, Daniel. Capitalismo e a Covid-19/ organizadores: Daniel Castro, Danillo Dal Seno, Marcio Pochmann. São Paulo: 2020. 268 p.

CHAGAS, Elisângela Rodrigues; OLIVEIRA, Fernando Virgílio Albuquerque de; MACENA, Raimunda Hermelinda Maia. Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 46, n. 132, p. 63-75, mar. 2022.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kísila Teixeira. Autocracia burguesa e bolsonarismo: um ensaio. **Marx E o Marxismo**, v. 9, n. 16, p. 75-95, jun. 2021.

_____. COVID-19 tem impactos “devastadores” sobre as mulheres, afirma diretora da OPAS. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-5-2021-covid-19-tem-impactos-devastadores-sobre-mulheres-afirma-diretora-da-opas>. Acesso em: 30 abr. 2022.

_____. Diferenças sociais: pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos, segundo NT11 do NOIS. Centro Técnico Científico / PUC-RIO, 2020. Disponível em: <https://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 959-966, maio 2010.

FALCÃO, Márcio; VIVAS, Fernanda. **PF diz ao Supremo Tribunal Federal que Bolsonaro cometeu incitação ao crime quando associou vacina da Covid à Aids**. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/08/17/pf-ve-crime-de-bolsonaro->

por-live-em-que-o-presidente-associa-vacina-da-covid-com-risco-de-pegar-hiv.ghtml. Acesso em: 28 set. 2022.

FARIAS, Danilo Ferreira; OLIVEIRA, Licyery da Silva; SALU, Mariana de Aquino; WEBSTER, Rita Maria. Evolução das Políticas Públicas voltadas para a atenção obstétrica no Brasil: Uma revisão da literatura. 13p., 2020.

_____. Fundação Getúlio Vargas. Mapa da Nova Pobreza. 2022. Disponível em: <https://cps.fgv.br/MapaNovaPobrezaV>. Acesso em: 27 ago. 2022

FURNO, Juliane da Costa; GOMES, Beatriz Passarelli. Florestan Fernandes: Capitalismo dependente, revolução burguesa e sistema político brasileiro. **Revista Florestan**, p. 131-141, 2015.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017.

GOMES, Ana Vannise de Melo; SILVA, Danylo Rafael Costa; SÁ, Maria Augusto Amorim Franco de; OLIVEIRA, Maria da Conceição Barros; BARBOZA, Nayla Andrade; MENDES, Priscyla Maria Vieira. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 27-35, 2017.

GOMES, Pedro Henrique. '**Não sou covheiro, tá?**', diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/20/nao-sou-coveiro-ta-diz-bolsonaro-ao-responder-sobre-mortos-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2022.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, p. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. , p. 1-8, 2016.

LEAL, Caroline Maria. DIVISÃO SEXUAL E SOCIAL DO TRABALHO: REPRODUÇÃO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO? **Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital**, São Luís, p. 1-9, ago. 2011.

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia Landmann; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; AQUINO, Estela Maria Leão; BARRETO, Mauricio Lima; BARROS, Fernando; VICTORA, Cesar. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018.

LIMA, Aruã Silva. CORREIA, Maria Valéria Costa. Determinação Social da saúde e enfrentamento da covid-19: [recurso eletrônico]: o lucro acima da vida / Aruã Silva de Lima, Maria Valéria Costa Correia (org.). – Maceió, AL: EDUFAL, 2021. 112 p.

LIMA, Joseane Barbosa de. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das organizações sociais. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 88-101, 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 142-161, 2 out. 2017.

MARQUES, Morena Gomes. Capitalismo dependente e cultura autocrática: contribuições para entender o Brasil contemporâneo. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 137-146, jan. 2018.

MATOS, Maurílio Castro de. O Neofascismo Da Política De Saúde De Bolsonaro Em Tempos Perigosos Da Pandemia Da Covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 35, p. 25-35, fev. 2021.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

_____. MERCADO de Trabalho: Painel Pnad Contínua - IBGE. Painel Pnad Contínua - IBGE. 2022. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei; PASSOS, Rachel Gouveia. A Divisão Sociossexual E Racial Do Trabalho No Cenário De Epidemia Do Covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Caderno Crh**, Salvador, v. 33, p. 1-9, 2020.

NOZABIELLI, Sônia Regina. Questão social em tempos de pandemia. Organizadores: Sônia Regina Nozabielli, Daniel Arias Vazquez, Claudia Mazzei Nogueira. – Assis: Gráfica & Editora Triunfal, 2022. 264p.

OLIVEIRA, Andréiade; KRÜGER, Tania Regina. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAZ, Ana Paula Bazo; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Propostas educacionais em foco. **Revista REID**, p. 121-133, 1 jan. 2011.

RAMALHO, Katiane de Souza; SILVA, Silvaneide Tenório da; LIMA, Silvania Maria de; SANTOS, Marli de Araújo. Política de Saúde da Mulher à integridade: Efetividade ou Possibilidade? **Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais Fins**, Maceió, p. 11-22, 2012.

REIS, Ana Paula dos; GÓES, Emanuelle Freitas; PILECCO, Flávia Bulegon; ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; DIELE-VIEGAS, Luisa Maria; MENEZES, Greice Maria de Souza; AQUINO, Estela M. L. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, p. 324-340, 2020.

_____. Relembre ataques de Bolsonaro contra as vacinas em 2021. O Globo, 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/epoca/noticia/2021/12/relembre-ataques-de-bolsonaro-contra-as-vacinas-em-2021-25334915.ghtml>. Acesso em: 27 ago. 2022.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 49, n. 1, p. 129-135, fev. 2015.

SILVA, Letícia Batista. Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Organizado por Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. 245 p.

SILVA, Sabrina Aparecida da. Autoritarismo e crise da democracia no Brasil: entre o passado e o presente. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 119-126, abr. 2021.

SOARES, Raí Vieira; BURGINSKI, Vanda Micheli. Estado E Política Social No Capitalismo Dependente: Diálogos Com Ruy Mauro Marini E Florestan Fernandes. **Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 39, p. 8-21, 2021.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, set. 2021.

SOUSA, Ana Cristina Augusto de; COSTA, Delaine Martins; PEREIRA, Sabrina Rodrigues; LAGO, Regina Ferro do. Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no brasil. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 2, p. 171-186, dez. 2021.

SOUZA, Érica Renata; DUMONT-PENA, Érica; PATROCINO, Laís Barbosa. Pandemia do coronavírus (2019-nCoV) e mulheres: efeitos nas condições de trabalho e na saúde. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 1, p. 290-302, 2022.

_____. **'Uma pessoa muito batalhadora', diz sobrinho de empregada doméstica que morreu de coronavírus**. 2020. Disponível em:

<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2020/03/22/uma-pessoa-muito-batalhadora-diz-sobrinho-de-empregada-domestica-que-morreu-de-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 28 set. 2022.

VIAPIANA, Vitória Nassar; GOMES, Rogério Miranda; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 175-186, dez. 2018.