XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO E SAÚDE II

CLEIDE CALGARO

LITON LANES PILAU SOBRINHO

THAIS JANAINA WENCZENOVICZ

REGINALDO DE SOUZA VIEIRA

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597

Direito e saúde II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Cleide Calgaro; Liton Lanes Pilau Sobrinho; Reginaldo de Souza Vieira; Thais Janaina Wenczenovicz.

– Florianópolis: CONPEDI, 2022.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-645-1
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constitucionalismo, Desenvolvimento, Sustentabilidade e Smart Cities

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXIX Congresso Nacional do CONPEDI Balneário Camboriu - SC (3: 2022: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO E SAÚDE II

Apresentação

Pensar o Direito e a saúde em um período antecedido por uma pandemia traz à luz inúmeras dialogicidades. Nesse contexto, o GT contou com apresentação de 11 artigos.

A abertura do livro realiza-se com a reflexão de Eduardo Augusto Fernandes , Letícia Machado e Jonatas Matias Xavier sob o título de O DIREITO À SAÚDE, O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FUNDAMENTO NA JUDIACIALIZAÇÃO DA SAÚDE. Tem como tema o direito à saúde, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento na judicialização da saúde. O objetivo geral consiste em analisar a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana na fundamentação da judicialização da saúde para a tutela do direito à saúde. Frente a reflexão foi possível antever que a judicialização da saúde envolve uma atuação do Judiciário tanto em relação ao Executivo quanto ao Legislativo, e tudo dentro do sistema de freios e contrapesos entre os poderes que caracteriza o Estado Democrático de Direito, mas também quando há violação de direitos saúde, pois a atuação do Judiciário tem por obrigação assegurar o cumprimento dos direitos fundamentais, utilizando de suas atribuições específicas para alcançar este fim.

O segundo artigo intitulado SUICÍDIO DE IDOSOS NO BRASIL E SEU AUMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 com autoria de Maíla Mello Campolina Pontes dialoga com os eixos temáticos envelhecimento, suicídio e saúde mental. A reflexão analisa os principais fatores motivadores do suicídio entre os idosos. Em momento subsequente, o objetivo foi verificar se a pandemia de COVID-19 promoveu o aumento do autoextermínio entre os idosos. Para esse fim, foram utilizados os resultados de duas pesquisas recém-publicadas, que compararam o número de suicídios em idosos no ano de 2020, com aquele que seria estimado para o período, em um contexto de normalidade, com base nas taxas dos últimos anos. Os resultados obtidos pelas duas pesquisas tiveram divergências, mas ambos mostraram que os efeitos da pandemia de COVID-19 ocasionaram o agravamento de fatores relacionados ao autoextermínio entre os idosos. Também causaram impactos de proporções diferentes nas cinco macrorregiões brasileiras. Ao final, foram sugeridas propostas para mitigação desse problema.

O terceiro texto escrito por Dani Rudnicki , Valdir Florisbal Jung e Bruna Vidal da Rocha analisa o funcionamento do Complexo Penitenciário de Canoas, instalado na região

metropolitana de Porto Alegre (RS) sob o ponto de vista da saúde pública do encarcerado. A instituição foi arquitetada para ser uma prisão modelo, que inclui sistema de bloqueador de sinal de celular. Existe, nela, a política de não receber presos ligados a grupos criminosos e, também, parcerias com a sociedade civil e poder público para oportunizar vagas de trabalho. A Superintendência de Serviços Penitenciários do RS (SUSEPE), subordinada à Secretaria da Administração Penitenciária (SEAPEN), é o órgão Estadual responsável pela execução administrativa das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança. Entre as casas prisionais que administra, está o Complexo Penitenciário de Canoas.

Na sequência encontra-se o estudo denominado OS LIMITES PARA DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO E A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL NOS CASOS DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS e tem como autoria Márcia Silveira Borges e Flavia De Paiva Medeiros De Oliveira. O texto traz como problemática reflexionar questões da autonomia privada e autonomia da vontade em relação aos direitos da personalidade, observando os limites existentes para disposição do próprio corpo, em especial nos casos que versam sobre transplante de órgãos, apresentando os aspectos da responsabilidade civil envolvidos. A problemática que orienta a trajetória de escrita é verificada principalmente no conflito entre autonomia da vontade e a dignidade humana.

O quarto artigo escrito por Erika Araújo de Castro , Danilo Rinaldi dos Santos Jr. e Clarindo Ferreira Araújo Filho tem como título TESTAMENTO VITAL: GARANTIA DE FINAL DE VIDA DIGNO E EFETIVIDADE DOS FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO que tangencia debates sobre o testamento vital, suas características e a viabilidade de sua aplicação mesmo no silêncio do ordenamento jurídico brasileiro frente ao constitucionalismo contemporâneo. O trabalho alinha-se na temática voltada ao desenvolvimento de um estudo que traz sua importância e implicações para o indivíduo ao final de sua vida e a necessidade de debate diante da falta de regulamentação específica, em um momento em que as evoluções técnicas e científicas têm possibilitado estender os dias de vida de pacientes com doenças graves e incuráveis, considerando os impactos dessa sobrevida para a dignidade e certa qualidade de vida. O presente estudo traz uma pesquisa exploratória bibliográfica que promove a intersecção dos aspectos éticos-médicos e jurídicos em torno do testamento vital, com destaque para os princípios constitucionais da autonomia, liberdade e dignidade. Tem-se como objetivo solidificar a legalidade e a importância na utilização do instrumento, diferenciando-o das práticas ilegais, bem como promover a conscientização sobre sua utilização visando garantir a dignidade ao final da vida.

Sob autoria de Letícia Machado , Eduardo Augusto Fernandes e Lauriane Ferreira da Silva mostra por meio de uma pesquisa bibliográfica o reforço da indispensabilidade da utilização das Soft Skills para melhor gerir a comunicação e empatia nas relações da saúde, sem excluir a importância, também, das Hard Skills. Assevera a necessidade do profissional da área da saúde em desenvolver tais habilidades comportamentais, sendo considerada aptidão necessária para o profissional do futuro. Tem o propósito de ressaltar os problemas que são causados por falta das habilidades sociais de empatia e comunicação assertiva, o que culmina em desgastes, preocupações, desrespeito a dignidade humana e possíveis demandas judiciais. Por fim, o estudo com o avanço tecnológico demonstrando que a fórmula futura do sucesso é o desenvolvimento das capacidades e habilidades comportamentais, não somente para o profissional da área da saúde, mas também para todo e qualquer profissional que queira se destacar no mercado de trabalho competitivo, tendo em vista o constante avançar da quarta revolução industrial.

O estudo nominado A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E OS MODELOS PRIVADOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS sob autoria de Gustavo Assed Ferreira , Carolina Assed Ferreira , Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho analisa os modelos de regulação dos seguros de saúde existentes no sistema capitalista e o papel da saúde suplementar adotado pelo Brasil para que se possa, assim, determinar possibilidades para o seu desenvolvimento sob uma perspectiva comparativa. O mercado de saúde privado está desempenhando um papel cada vez mais importante em países de alta e baixa renda, mas é mal compreendido por pesquisadores e formuladores de políticas. Este artigo mostra que a distinção entre seguro saúde público e privado é frequentemente exagerada, uma vez que mercados de seguro privado bem regulados compartilham muitas características com sistemas de seguro público. Observa que o seguro-saúde privado precedeu muitos sistemas modernos de seguro social na Europa Ocidental, permitindo a esses países desenvolver os mecanismos, instituições e capacidades que posteriormente possibilitaram o acesso universal aos cuidados de saúde. Por fim, revisa-se experiências internacionais com seguros privados, demonstrando que seu papel não se restringe a nenhuma região ou nível de renda nacional em particular. Na medida em que o seguro saúde privado fornece proteção financeira primária para os trabalhadores e suas famílias, enquanto os fundos de saúde pública são direcionados para programas que cobrem as populações pobres e vulneráveis, analisa-se a regulação da saúde suplementar e seu enquadramento dentro dos modelos apresentados.

Os autores Danilo Henrique Nunes , Raul Lemos Maia , Vitor Comassio de Paula Lima versam sobre o Direito à Saúde na sua perspectiva constitucional coletiva e de proteção intergeracional, tendo em vista que – de acordo com a Organização Mundial de Saúde - a vacinação é meio estratégico de imunização de populações contra endemias e pandemias,

especialmente no tocante às crianças. Também teve como objetivo investigar os efeitos sistêmicos de médio e de longo prazo em ações de desestimulo à vacinação infantil, uma vez que, por meio da educação em saúde a partir da primeira infância, inúmeras patologias que já foram consideradas extintas, passaram a ter casos confirmados nos primeiros anos da década de 2020 e os números crescem dia a dia. Assim, com relação à problemática, resta comprovado que há sim, neste sentido, aparente conflito de normas de Direitos Humanos e normas de Direitos Fundamentais, além de constitucionais a serem trazidas. Sim, aparente conflito e não evidente, pois, a escolha do legislador Constituinte Originário de 1988 é a de que o Direito à Saúde é uma forma de concreção do próprio Direito à Vida. Ao final, confirmará a imprescindibilidade da vacinação infantil como política pública de saúde, visando minimizar doenças para as futuras gerações.

O penúltimo texto nomeado PARTICIPAÇÃO POPULAR DAS COMUNIDADES INDÍGENAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS e resultado do trabalho de Reginaldo de Souza Vieira e Jesser Rodrigues Borges teve como objetivo verificar em que medida o ordenamento jurídico brasileiro permite/estimula a participação popular das comunidades indígenas nos processos de tomada de decisão que envolvem as políticas públicas do Sistema Único de Saúde - SUS a elas direcionadas. A reflexão promoveu-se uma breve retomada histórica do direito à saúde indígena no Brasil, abordando os principais instrumento normativos que tratam da temática, bem como dos órgãos e entidades que compõem o Subsistema de Saúde Indígena. Na sequência, buscou-se identificar os espaços destinados à participação popular de comunidades indígenas no âmbito do SUS. Por fim, concluiu que a participação popular das comunidades indígenas foi resultado de inúmeros movimentos sociais que proporcionaram a sua inclusão na Constituição Federal de 1988 como forma de promover o Estado Democrático de Direito. Contudo, mais recentemente, identificou-se uma série de entraves para a concretização efetiva da participação popular dos povos originários nos processos de tomada de decisão, visto que muitos órgãos colegiados foram extintos por decreto presidencial, bem como que as espaços destinados a este fim são poucos e contam com estrutura limitada.

O último texto denominado A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E SUA RELAÇÃO COM O MÍNIMO EXISTENCIAL com autoria de

Fernando Gustavo Knoerr , Adriane Garcel e João Marcos Lisboa Feliciano apresenta como tema o direito à saúde, o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento na judicialização da saúde. O objetivo geral circunda na aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana na fundamentação da judicialização da saúde para a tutela do direito à saúde.

Excelente leitura.

As/os organizadores

DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL À SAÚDE E MULHERES: REGULAÇÕES ESPECÍFICAS E ANÁLISE DE DADOS E ORÇAMENTO BRASILEIROS

HEALTH FUNDAMENTAL SOCIAL RIGHT AND WOMEN: SPECIFIC REGULATIONS AND BRAZILIAN DATA AND BUDGET ANALYSIS

Thais Janaina Wenczenovicz [1]
Carola Cristofolini [2]

Resumo

O presente artigo dialoga com o direito social fundamental à saúde e mulheres. Reflexiona sobre regulações específicas que tratam dos direitos humanos fundamentais das mulheres, aponta dados relacionados à saúde da mulher e previsões/realizações orçamentárias brasileiras sobre o mesmo direito afeto a elas. Primeiramente, indicam-se normas nacionais e internacionais que regulamentam os direitos humanos fundamentais das mulheres, sobretudo no tocante ao direito social à saúde. Na segunda parte do artigo, apresentam-se estatísticas relacionadas à saúde da mulher extraídas do Our World in Data , que realiza pesquisas e levantamento de dados mundiais sobre os principais problemas existentes no mundo a partir da coleta de informações de todos os países do globo, e extraídas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por conseguinte, indicam-se dados relacionados à saúde da mulher disponíveis no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal (SIOP), o qual trata-se de um sistema on-line que apresenta o painel do orçamento federal brasileiro e disponível para consulta pública. O procedimento metodológico é o bibliográfico-investigativo, acrescido de levantamento de dados estatísticos. A partir dos resultados apresentados, constata-se que o Brasil apresenta desigualdades no que tange à saúde da mulher, atravessadas pelo marcador social raça, e minimamente contempla orçamento previsto/realizado para programas e ações da saúde da mulher no Brasil. Argumenta-se para a necessidade de aplicação de investimentos nesta área a fim de eliminar desigualdades.

Palavras-chave: Direitos humanos fundamentais, Mulheres, Orçamento federal, Direito à saúde, Brasil

Abstract/Resumen/Résumé

This article dialogues with health fundamental social right and women. It reflects on specific regulations that deal with women's fundamental human rights, points out data related to women's health and Brazilian budget forecasts/achievement on the same right affecting them. First, national and international norms that regulate women's fundamental human rights are

---

[1] Docente adjunta/pesquisador sênior da UERGS. Professora Titular no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito/UNOESC.

[2] Mestranda em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Chapecó/SC; Especialista em Marketing e Sistema de Justiça: Conciliação, Mediação e Justiça Restaurativa; Psicóloga Policial Civil de Santa Catarina; Jornalista

indicated, especially to health social right. In second part of the article, statistics related to women's health are presented, extracted from Our World in Data, which carries out global research and surveys data on the main existing problems in the world collected by information from all countries around the globe, and extracted from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Therefore, data related to women's health available in the Integrated System of Federal Government Planning and Budget (SIOP) are indicated, which is an online system that presents the Brazilian federal budget panel and available for public consultation. The methodological procedure is the bibliographic-investigative, plus statistical data collection. Based on the results presented, it appears that Brazil has inequalities in terms of women's health, crossed by the social marker race, and minimally contemplates the budget foreseen/realized for women's health programs and actions in Brazil. It is argued for the need to apply investments in this area in order to eliminate inequalities.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Federal budget, Fundamental human rights, Health right, Women, Brazil

INTRODUÇÃO

As mulheres conquistaram direitos em sua trajetória histórica. Conforme apontam cartas nacionais e internacionais que preveem direitos humanos fundamentais, dentre as conquistas das mulheres, encontra-se o direito social fundamental à saúde. Hodiernamente tem-se a continuidade para a efetivação de direitos para elas. Em face desse cenário, o presente artigo objetiva apresentar direitos das mulheres previstos em regulações específicas, apontar estatísticas de saúde e indicar dados do orçamento federal brasileiro no que tange esse direito afeto às mulheres.

Nessa toada, o artigo divide-se em 3 partes. A primeira aborda normas legais garantidoras dos direitos humanos fundamentais das mulheres, de modo mais específico do direito à saúde. Apresentam-se documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário, sendo eles a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Alude-se ao Comentário Geral nº 14 da ONU (NAÇÕES UNIDAS, 2000) que versa sobre o direito fundamental à saúde previsto no PIDESC. Abordam-se também direitos previstos na Constituição Federal do Brasil (CF) (BRASIL, 1988).

Na segunda parte do artigo, apontam-se estatísticas referentes ao direito à saúde das mulheres no Brasil no tocante a doenças mentais, à gravidez, condições de vida, despesas em saúde atravessadas pelo marcador social raça, gastos com planos de saúde e realização de consultas médicas. Por sua vez, na terceira parte, é indicado o orçamento federal brasileiro previsto/realizado dedicado à saúde da mulher nos anos de 2001, 2018 e 2021, períodos liderados por diferentes governantes. Analisam-se os programas e ações alusivos à saúde, suas dotações iniciais e pagamentos realizados, tendo por base de pesquisa como órgão orçamentário o Ministério da Saúde, como unidade orçamentária o Fundo Nacional da Saúde, a Função Saúde e as Esferas do Orçamento da Seguridade Social e do Orçamento Fiscal.

Insta destacar que os indicadores sociais produzidos a partir de pesquisas demográficas têm sido capazes de demonstrar desigualdades socioeconômicas relevantes entre mulheres e homens, assim como entre brancos, indígenas e negros. Por exemplo, as publicações “Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil” e “Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil” são alguns exemplos. Produzidas periodicamente pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, atestam a necessidade de enfrentar estas vulnerabilizações e subalternizações empreendidas contra milhares de pessoas no Brasil.

O procedimento metodológico é o bibliográfico-investigativo, acrescido de levantamento de dados estatísticos. A partir dos resultados apresentados, constata-se que o Brasil apresenta oportunidades de melhorias para eliminar as desigualdades sociais sofridas pelas mulheres de modo a garantir os direitos humanos fundamentais delas, mormente a saúde.

2 DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS E DIREITO SOCIAL À SAÚDE ATINENTES ÀS MULHERES

A saúde é um direito social fundamental previsto em cartas regulamentares internacionais e nacionais. Ao reflexionar sobre saúde e gênero tem-se previsões legais afetas às mulheres. Dentre os documentos que preveem os direitos humanos e fundamentais das mulheres, incluindo artigos relacionados à saúde, estão a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) (NAÇÕES UNIDAS, 1948), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres[1] (CEDAW) (NAÇÕES UNIDAS, 1979) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais[2] (PIDESC) (NAÇÕES UNIDAS, 1966). A Constituição da República Federativa do Brasil (CF) (BRASIL, 1988) também abarca previsões em relação às mulheres e ao direito social fundamental à saúde.

Na DUDH (NAÇÕES UNIDAS, 1948) prevê-se a igualdade entre mulheres e homens abarcando todos os povos e todas as nações, com respeito às liberdades de modo universal. Dentre as previsões de igualdade tem-se a livre escolha da constituição ou da dissolução matrimonial, sem restrição por raça, nacionalidade ou religião. Estabelece-se igualdade nos direitos à propriedade, a assumir funções públicas, à segurança social, ao trabalho, à saúde, à maternidade e à infância e à educação. Enquanto deveres dos sujeitos para com suas comunidades tem-se a promoção e o respeito dos direitos do próximo como ato contínuo de todos os seres humanos, independentemente do contexto em que estão inseridos. A liberdade não pode ser cerceada de um indivíduo para outro sem a devida aplicabilidade legal para estabelecer a moral, a ordem pública e o bem-estar social.

NA DUDH (NAÇÕES UNIDAS, 1948) o artigo 25 versa sobre o direito, a todas as pessoas, “a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar,

[1] Promulgada no Brasil conforme o Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002.
[2] O Brasil adere conforme Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992.

principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica" e aos serviços sociais necessários. Prevê o direito à "segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade". Maternidade e infância têm direito à "ajuda e a assistência especiais".

A CEDAW (NAÇÕES UNIDAS, 1979) aponta que a discriminação contra a mulher trata-se de "toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo" de modo a prejudicar ou anular o "reconhecimento, gozo ou exercício" delas em seus direitos humanos e fundamentais nos campos "político, econômico, social, cultural e civil". Os Estados partes devem agir para modificar padrões sociais e culturais de modo a eliminar preconceitos e práticas baseados na superioridade que violem os direitos da mulher. Na educação familiar compreende a maternidade como "função social" e reconhece a responsabilidade de homens e mulheres quanto ao desenvolvimento dos filhos. Prevê-se igualdade de direitos entre homens e mulheres na educação, no trabalho e na seguridade social, sendo os dois últimos apontados para serem revisados científica e tecnologicamente.

Destacam-se as alíneas (e) e (f) do artigo 11 da CEDAW (NAÇÕES UNIDAS, 1979) que preveem, respectivamente, o "direito à seguridade social, em particular em casos de aposentadoria, desemprego, doença, invalidez, velhice ou outra incapacidade para trabalhar, bem como o direito a férias pagas" e o direito à "proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função de reprodução". Por sua vez o artigo 12 da mesma Convenção prevê a não discriminação em cuidados e acessos a serviços médicos e em planejamento familiar. Garantem-se condições gratuitas e adequadas durante e após a gravidez, pelo tempo necessário, e "nutrição adequada durante a gravidez e a lactância".

O PIDESC (NAÇÕES UNIDAS, 1966) assegura direitos iguais para homens e mulheres nas esferas econômica, social e cultural, sem discriminações para o bem-estar geral em uma sociedade democrática. Estados membros deverão garantir para a sua população a livre escolha ao trabalho com igualdades remuneratórias, incentivos de aperfeiçoamento, sem classificações e reconhecer o direito de todos à previdência e ao seguro social. O matrimônio deve ser de livre consentimento e às mães é garantida proteção antes e após o parto conforme necessidades.

Em seu artigo 12 o PIDESC (NAÇÕES UNIDAS, 1966) estabelece o desfrute de saúde física e mental elevada. Aponta-se o desenvolvimento saudável das crianças com vistas à diminuição da mortalidade infantil, a melhoria de aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente, a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas e profissionais e a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de

enfermidade. Cabe apontar o Comentário Geral nº 14 da ONU[3] (NAÇÕES UNIDAS, 2000) que discorre sobre o direito fundamental à saúde previsto no PIDESC.

No Comentário (NAÇÕES UNIDAS, 2000) destaca-se que a saúde é fundamental e indispensável para o exercício de outros direitos humanos e fundamentais como trabalho, moradia, alimentação e educação, tratando-se de componentes integrais do direito à saúde. Outrossim a saúde é necessária para o exercício de liberdades como a vida privada, ter acesso à informação e liberdade de associação, reunião e circulação. O item 4 do Comentário aponta a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade.

Ao tratar sobre o conteúdo regulamentar do PIDESC, o aludido Comentário (NAÇÕES UNIDAS, 2000) aponta que o direito à saúde abrange vários elementos que se inter-relacionam. No item 12, em relação à acessibilidade física, especifica que as instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, especialmente grupos vulneráveis ou marginalizados, como as mulheres. No item 20 recomenda que os Estados membros incorporem a perspectiva de gênero em suas políticas e pesquisas de saúde, bem como em seus planejamentos e programas para melhor promover a saúde de mulheres e homens. O enfoque baseado em gênero reconhece que fatores biológicos e socioculturais exercem importante influência sobre a saúde de homens e mulheres.

O Comentário (NAÇÕES UNIDAS, 2000) em seu item 21 estabelece que, para eliminar a discriminação contra as mulheres, é necessário desenvolver e implementar uma estratégia nacional abrangente visando à promoção do direito da mulher à saúde ao longo da sua vida. Essa estratégia deve incluir, em particular, intervenções para a prevenção e tratamento de doenças que afetam as mulheres, bem como políticas destinadas a fornecer às mulheres acesso a uma ampla gama de cuidados de saúde acessíveis e de alta qualidade, incluindo serviços em matéria sexual e reprodutivos.

De acordo com o documento em tela, deve-se promover a redução dos riscos para a saúde das mulheres, em particular a redução das taxas de mortalidade materna e a proteção da mulher contra a violência doméstica. O exercício do direito da mulher à saúde exige a remoção de barreiras ao acesso da mulher aos serviços de saúde, educação e informação, particularmente na área da saúde sexual e reprodutiva. Importa tomar medidas preventivas, promocionais e corretivas para proteger as mulheres contra práticas culturais tradicionais prejudiciais e normas que lhes negam seus direitos reprodutivos.

[3] Texto original em espanhol.

Dentre as obrigações o Comentário (NAÇÕES UNIDAS, 2000) no item 35 prevê que os Estados membros do PIDESC devem impedir que terceiros induzam as mulheres a se submeterem a práticas tradicionais, como a mutilação genital feminina. Prevê a adoção de medidas para proteger todos os grupos vulneráveis ou marginalizados da sociedade, em particular mulheres, crianças, adolescentes e idosos, levando em consideração os atos de violência na perspectiva de gênero. Dentre as violações da obrigação de proteção tem-se no item 51 o não proteger as mulheres da violência e em processar os perpetradores da mesma.

A CF (BRASIL, 1988) prevê no artigo 6 a saúde como direito social, extensiva igualmente a homens e mulheres, sem discriminações por raça ou classe. O artigo 194 estabelece a seguridade social que "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Universalidade na cobertura e no atendimento, bem como "uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais" devem ser observadas. Por sua vez o artigo 195 estabelece que seguridade social "será financiada por toda a sociedade" por meio de "recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios" e de contribuições sociais.

Também é importante destacar que os direitos das mulheres dentro da categoria Direitos Humanos representam um conjunto de direitos que são passíveis de ampliação, interpretação e reconstrução. Isso porque a sua construção foi baseada nas demandas e luta de movimentos sociais, em denúncia as desigualdades existentes entre as experiências sociais de homens e mulheres, com o propósito de afirmar as mulheres como um ator político, com o direito de ocupar o espaço público e ter participação social.

No contexto ocidental, os direitos das mulheres passaram a integrar as discussões públicas no século XVIII, quando eclodiu a Revolução Francesa, em 1789, exigindo por liberdade, igualdade e fraternidade. A revolução impulsionou diversos questionamentos em relação aos direitos civis e políticos da humanidade.

Como consequência, em 1791 Olympe de Gouges publicou a sua obra Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã como uma resposta à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, principal documento da Revolução Francesa, que representou um avanço para os Direitos Humanos da época, mas esqueceu das mulheres em suas disposições.

Em seu documento, de Gouges denunciava a desigualdade entre homens e mulheres e criticava a condição de opressão em que as mulheres viviam. A história da luta das mulheres por direitos é certamente longa e complexa. Por isso, você pode saber mais sobre todo esse processo no nosso texto sobre a história dos direitos das mulheres.

A elaboração e aprovação de legislações de proteção aos direitos das mulheres é um reconhecimento formal da luta histórica por melhores condições de vida e representam a conquista da cidadania para as mulheres.

Direitos essenciais como o direito à vida, à igualdade, à liberdade e os direitos civis e políticos conquistados internacionalmente garantem que políticas públicas sejam desenvolvidas para tornar o espaço público mais democrático, com maior participação das mulheres na sociedade.

Nesse contexto, a importância dos direitos das mulheres consiste em servir como um mecanismo jurídico que além de proteger as mulheres de discriminação em vista de suas vulnerabilidades, permite que ações práticas nos âmbitos social, político e econômico sejam implementadas a partir de medidas governamentais.

Além disso, a igualdade de gênero contribui para o fortalecimento da democracia. Em muitas sociedades, as mulheres representam aproximadamente a metade de suas populações. Se as mulheres não possuírem direitos civis e políticos considerados fundamentais, certamente essas sociedades não podem ser consideradas democráticas, pois estariam excluindo grande parte da população de ter participação política, como o direito ao voto.

Desse modo, pode-se considerar que os direitos das mulheres e a luta pela igualdade de gênero são importantes fatores no processo de fortalecimento das instituições democráticas de um país. Ou seja, insta enfatizar a necessidade de políticas públicas que buscam estabelecer a igualdade de oportunidades e tratamento entre homens e mulheres e continuamente devem ser reforçadas e exigidas.

3 ESTATÍSTICAS SOBRE A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Observa-se a partir da exposição das cartas internacionais das quais o Brasil é signatário, bem como a partir da CF (BRASIL, 1988) dispositivos que preveem o direito à saúde como fundamental, maximizando sua importância em razão da inter-relação com outros direitos sociais fundamentais como segurança, educação, moradia, alimentação, dentre outros. Ou seja, a saúde é afetada ou afeta outros direitos sociais fundamentais. Como apontado no Comentário Geral nº 14 da ONU (NAÇÕES UNIDAS, 2000), situações de violência contra a mulher podem impactar a saúde, portanto devem ser impedidas de ocorrerem. A falta de acesso à saúde pode gerar problemas físicos ou mentais impeditivos de estudar com qualidade, mesmo que haja acesso, afinal sem saúde estudar fica em segundo plano. Uma alimentação nutricional baixa

levará a problemas de saúde, logo deve-se ter uma alimentação de qualidade para um desenvolvimento saudável.

Apesar das previsões legais elencadas anteriormente, ao analisar dados estatísticos do direito à saúde afeto às mulheres observa-se que no Brasil há espaço para melhoria. Mesmo com as previsões de artigos regulamentares dirigidos a elas, observa-se que as mulheres são impactadas com a precarização de acesso a serviços de saúde ou com a precarização da saúde em si. Para além da categoria gênero, analisa-se que mulheres brancas e negras têm ingresso diferente nesse campo. Ainda, percebe-se que o Estado brasileiro estabelece baixo orçamento ou não dedica investimento específico para tratar da saúde da mulher que, como destacado no presente trabalho, por seu histórico de discriminação, faz-se urgente um olhar específico e diferenciado para elas.

O *Our World in Data*[4] realiza pesquisas mundiais sobre os principais problemas existentes no mundo, levantando dados de todos os países do globo. Em 2019 publicou pesquisa[5] em que estabelece a prevalência de doenças mentais em homens e mulheres, sem incluir distúrbios por álcool ou outras drogas. Considerando a população brasileira em 2019 no montante de cerca de 211 milhões, aponta que 18,44% das mulheres sofrem com doenças mentais contra 14,78% dos homens. Recorda-se que um dos tripés para uma vida saudável, além de condições físicas e sociais adequadas, é ter saúde mental. De acordo com outra pesquisa mundial[6], as mulheres continuam morrendo por causas relacionadas à gravidez que poderiam ser prevenidas. No Brasil, no ano 2000 morreram cerca de 2.400 mulheres contra 1.700 no ano de 2017. Apesar de uma redução de 29% na mortalidade de mulheres em decorrência de gravidez, observa-se espaço para melhoria.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2021) emitiu publicação com síntese de indicadores sociais avaliando as condições de vida da população brasileira, o que inclui análise sobre a saúde. Em 2017-2018 as famílias tiveram despesa monetária média mensal de R$ 133,23 em saúde, o que representou 9,7% da despesa de consumo, a quarta maior, precedida de habitação (34,0%), transporte (17,1%) e alimentação (16,0%). As despesas ocorrem, principalmente, pelo acesso gratuito a partir do sistema público. Considera-se que uma maior despesa pode significar saúde mais debilitada, melhor qualidade de acesso ou indicar o comprometimento do orçamento e/ou impedimento de arcar com outras despesas importantes para a saúde das pessoas.

---

[4] Disponível em https://ourworldindata.org/
[5] Disponível em https://ourworldindata.org/grapher/share-with-mental-health-males-vs-females
[6] Disponível em https://ourworldindata.org/maternal-mortality

Ainda em relação à análise de despesa monetária em saúde, os dados do IBGE (BRASIL, 2021) apontam que a média mensal de gastos entre mulheres brancas no período de 2017-2018 é de R$ 188,05 contra R$ 98,99 para mulheres pretas e pardas. Ao comparar os dados dessas últimas com homens brancos, também ficam abaixo, sendo que eles gastam em média R$ 168,54. Ou seja, observa-se que mulheres pretas e pardas são impactadas pelos marcadores sociais gênero e raça. Os homens pretos ou pardos gastam, em média, R$ 91,29.

A proporção de pessoas com plano de saúde também foi analisada pelo IBGE (BRASIL, 2021) no período 2017-2018. Sobre esses dados, 37,1% das mulheres brancas têm plano de saúde contra 18,3% das mulheres pretas ou pardas. Essas últimas têm índice abaixo dos homens brancos, os quais 34,1% deles contam com plano de saúde. Dado de 2019 do Instituto aponta a distribuição percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade que consultaram médico. Segundo esse percentual 7,3% das mulheres pretas ou pardas estavam sem realizar uma consulta a mais de dois anos ou nunca tinham realizado uma consulta contra 5,5% das mulheres brancas.

4 ORÇAMENTO FEDERAL BRASILEIRO E SAÚDE DA MULHER

Dados do SIOP[7] (BRASIL, 2022), sistema *on-line* que apresenta o painel do orçamento federal brasileiro e disponível para consulta pública, mostram que até 2001 havia o programa Saúde da Mulher, não havendo orçamento previsto e/ou realizado após esse ano para o mesmo programa. A análise refere-se tendo como órgão orçamentário o Ministério da Saúde, como unidade orçamentária o Fundo Nacional da Saúde, a Função Saúde e as Esferas do Orçamento da Seguridade Social e do Orçamento Fiscal. Naquele ano, dentro do programa Saúde da Mulher foram previstos R$ 8.768.000,00 e pagos R$ 8.298.560,00, sendo os gastos realizados em ações com campanha educativa em atenção à saúde da mulher e na promoção de eventos sobre saúde da mulher. Outras 3 ações com previsão orçamentária não foram pagas. O detalhamento verifica-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Ministério da Saúde - Programa Saúde da Mulher - 2001

Ação	Dotação Inicial	Pago
3879 - Campanha Educativa em Atenção à Saúde da Mulher	7.663.600	8.203.600
3900 - Estudos e Pesquisas Sobre Saúde da Mulher	188.000	0
3929 - Promoção de Eventos Sobre Saúde da Mulher	384.000	94.960

[7] Para consulta de base de dados do SIOP, disponível em https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06

4371 - Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Insumos Estratégicos para Planejamento Familiar	100.000	0
7841 - Capacitação de Recursos Humanos para Promoção do Planejamento Familiar e da Saúde da Mulher	432.400	0
Total	**8.768.000**	**8.298.560**

Fonte: SIOP (2022)

Considerando a mesma base de dados do SIOP (BRASIL, 2022) anteriormente citada, porém em análise de dados do ano 2018, tem-se destinado à saúde uma dotação inicial e pagamento conforme a Tabela 2. Em pesquisa por programas e ações específicos para mulheres, não foram encontradas referências e previsões monetárias. Também não encontram-se previsão e realização de ações em saúde para mulheres pretas e pardas, as quais sofrem duplamente com os marcadores sociais gênero e raça e têm necessidades diferentes de mulheres brancas. A tabela a seguir indica os programas governamentais em saúde em 2018. Os valores da dotação inicial e pago correspondem ao somatório das ações desenvolvidas em cada programa em 2018.

Tabela 2 - Ministério da Saúde - Orçamento Função Saúde - 2018		
Programa	**Dotação Inicial**	**Pago**
0903 - Operações Especiais: Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica	0	1.000.000.000
0909 - Operações Especiais: Outros Encargos Especiais	44.000.000	33.830.665
2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	104.870.357.849	93.643.733.693
2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	1.422.242.592	1.399.668.441
2069 - Segurança Alimentar e Nutricional	72.922.500	26.097.612
2115 - Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde	8.371.730.826	7.075.079.695
Total	**114.781.253.767**	**103.178.410.106**

Fonte: SIOP (2022)

Em 2021, conforme dados do SIOP (BRASIL, 2022) na base selecionada, o Ministério da Saúde previu uma dotação orçamentária e pagamentos conforme a Tabela 3 abaixo apresentada. Observa-se que o órgão, em relação às necessidades das mulheres, promoveu como ação a construção do Hospital Materno Infantil da Serra – ES, porém não apresenta programas específicos para mulheres, o que inclui pretas e pardas, evidenciando a invisibilidade da mulher. A seguir, a Tabela 3 aponta as aplicações do governo em programas de saúde em 2021. Os valores da dotação inicial e pago correspondem ao somatório das ações desenvolvidas em cada programa naquele ano. Por sua vez, na Tabela 4 foram detalhadas as ações do programa de atenção especializada à saúde onde consta a construção do hospital anteriormente referenciado.

Tabela 3 - Ministério da Saúde - Orçamento Função Saúde - 2021		
Programa	**Dotação Inicial**	**Pago**
0032 - Programa de Gestão e Manutenção do Poder Executivo	6.619.074.041	5.494.004.212
5017 - Assistência Farmacêutica no SUS	14.259.945.983	11.778.977.128
5018 - Atenção Especializada à Saúde	62.907.943.484	87.792.181.711
5019 - Atenção Primária à Saúde	30.998.311.781	32.662.026.660
5020 - Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Produtivo em Saúde	300.582.581	165.516.531
5021 - Gestão e Organização do SUS	1.991.831.750	1.800.076.806
5022 - Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena	1.493.045.000	1.453.392.733
5023 - Vigilância em Saúde	6.748.208.815	10.485.928.663
5033 - Segurança Alimentar e Nutricional	56.000.000	56.636.183
Total	**125.374.943.435**	**151.688.740.626**

Fonte: SIOP (2022)

Tabela 4 - Ministério da Saúde - Orçamento Função Saúde - 2021			
Programa	**Ação**	**Dotação inicial**	**Pago**
5018 - Atenção Especializada à Saúde	2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas	5.887.567.970	4.230.763.874
5018 - Atenção Especializada à Saúde	2F01 - Reforço de Recursos para Emergência Internacional em Saúde Pública – Coronavírus	619.543.499	648.978.580
5018 - Atenção Especializada à Saúde	15EG - Implantação da nova Sede do Instituto Nacional de Cardiologia - INC	4.000.000	0
5018 - Atenção Especializada à Saúde	**15W0 - Construção do Hospital Materno Infantil da Serra – ES**	**1.000.000**	**7.306.058**
5018 - Atenção Especializada à Saúde	15W1 - Construção do Hospital do Sangue do Amazonas	1.000.000	4.801.394
5018 - Atenção Especializada à Saúde	15W2 - Construção do Hospital Público Regional de Palmeira das Missões – RS	2.000.000	0
5018 - Atenção Especializada à Saúde	20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde	2.000.000	0
5018 - Atenção Especializada à Saúde	20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes	38.100.000	14.648.223
5018 - Atenção Especializada à Saúde	21C0 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavirus	0	17.111.577.952
5018 - Atenção Especializada à Saúde	21CD - Implementação de Políticas de Atenção Especializada à Saúde	47.600.000	10.437.952
5018 - Atenção Especializada à Saúde	125H - Construção do Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer – INCA	3.914.073	0

5018 - Atenção Especializada à Saúde	6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde – Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação	1.103.260.251	1.095.000.000
5018 - Atenção Especializada à Saúde	6217 - Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde	806.100.000	548.720.131
5018 - Atenção Especializada à Saúde	6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia	11.000.000	4.712.090
5018 - Atenção Especializada à Saúde	7690 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia	6.850.000	956.103
5018 - Atenção Especializada à Saúde	8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde	1.782.162.377	427.505.682
5018 - Atenção Especializada à Saúde	8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	51.651.867.894	62.969.366.680
5018 - Atenção Especializada à Saúde	8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da atenção à Saúde	37.000.000	15.000
5018 - Atenção Especializada à Saúde	8755 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia-INC	110.448.000	82.018.699
5018 - Atenção Especializada à Saúde	8758 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia – INCA	422.250.041	315.174.677
5018 - Atenção Especializada à Saúde	8759 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia – INTO	196.600.000	155.933.136
5018 - Atenção Especializada à Saúde	8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial	173.679.379	164.265.480
Total		**62.907.943.484**	**87.792.181.711**

Fonte: SIOP (2022)

Com vistas a pesquisa, constata-se que a austeridade, aqui identificada e examinada, refere-se, portanto, ao modo de agir do Estado brasileiro no que concerne a tutela dos direitos sociais, que passa a realizar cortes no empenho do orçamento para tais áreas, bem como adota legislações que precarizam as relações de saúde e seguridade social, bem como pugnam pela reforma na previdência, ao passo que implementam o modelo liberal de mercado. Assim, entende-se que a austeridade fiscal não pode ser examinada como algo estanque e atomizado, vez que conforma uma multiplicidade de postura estatais no que tange os direitos sociais, sendo

um dos instrumentos de um programa de gestão de recursos e concessão de direitos. Ou seja, a alocação da receita revela as prioridades do Estado.

Nesse sentido, convém observar que no texto da proposta de emenda à Constituição, que culminou na Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (marco normativo da austeridade no Brasil), nas oito páginas que conformam o documento, o vocábulo "crescimento" fora utilizado dezenove vezes, sendo essa a opção do agir estatal: o crescimento econômico, mesmo que às custas, em sentido literal, dos direitos sociais.

Insta destacar, que a razão de ser do instituto, que realizou o maior corte no orçamento que, anteriormente, havia sido constitucionalmente destinado aos direitos sociais (mais especificamente saúde e educação), foi exatamente o crescimento econômico, uma vez que esse instrumento é primordial para a movimentação da economia. Há, constância na hermenêutica da defesa do crescimento econômico, o ideário de que o déficit orçamentário do Estado se deve aos direitos sociais, vez que, esses, por custarem em 'demasiado', comprometem todo o orçamento público.

Segundo Dweck (2018), há mais dois fundamentos para a austeridade e dentre eles destaca-se: a fada da confiança[8] e a metáfora do orçamento doméstico, todavia, estes também não resistem à confrontação. Já a metáfora do orçamento doméstico é a veiculação constante da comparação entre o orçamento doméstico e orçamento público. Partindo da premissa de que, para atingir o equilíbrio econômico e o crescimento, o Estado precisaria diminuir despesas, tal qual, as pessoas fazem na gestão individual de seus orçamentos domésticos.

Nesse cenário, economia, política fiscal e seguridade social devem ser observadas de forma conjunta, uma vez que se influenciam mutuamente, bem como é fundamental refletir os impactos sociais da austeridade fiscal adotada no Brasil, com as Emendas Constitucionais que tem como escopo promover o crescimento econômico. Especialmente pelo fato de que comumente o pacote da austeridade exige ajuste fiscal e contenção de gastos com programas sociais, o que faz com que os arranjos e realocações se investimentos sejam intensificados. Esses arranjos nem sempre priorizam as políticas sociais. E, nesse caso em específico - mulheres, por serem um grupo vulnerabilizado, necessitam dessas políticas públicas eficaciais e assertivas. Já que ao reduzir os gastos com os programas sociais, o governo gera uma

[8] Discurso de que, ao executar um ajuste fiscal enxugando os gastos com direitos sociais, obtendo superávit econômico, irá restabelecer a confiança dos investidores e por consequência haverá crescimento econômico, de modo que, se retomam os gastos com direitos sociais

sobrecarga para as mulheres e, elas são culturalmente responsáveis pelo trabalho do cuidado de crianças e idosos.

CONCLUSÃO

Os documentos internacionais e a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) contemplam o direito fundamental à saúde e a necessidade em atentar para a saúde das mulheres considerando suas especificidades como aspectos relacionadas à gravidez e maternidade, à violência contra elas, à saúde física e mental, à raça. Observa-se que o comentário Geral nº 14 da ONU (NAÇÕES UNIDAS, 2000) discorre sobre o direito fundamental à saúde previsto no PIDESC (NAÇÕES UNIDAS, 1966) contemplando previsões específicas no tocante à saúde das mulheres, obrigações e violações em caso de não cumprimento do conteúdo regulamentar.

As estatísticas e os orçamentos mostrados no presente estudo apontam para invisibilidades vivenciadas pelas mulheres hodiernamente no âmbito do direito à saúde. Conforme os dados apontados, as mulheres sofrem no Brasil mais do que os homens no que se refere à saúde mental. As mulheres ainda morrem em decorrência de gravidez, apesar de evoluções no índice, o que aponta lacunas para melhorias. A saúde é a quarta despesa monetária das famílias no Brasil, porém mulheres brancas apresentam mais gastos, planos de saúde e consultas médicas do que mulheres negras. Com isso, observa-se que as mulheres negras são atravessadas duplamente pelos marcadores sociais gênero e raça.

No que concerne ao orçamento federal brasileiro, observa-se programa específico de saúde para mulheres em 2001, embora com previsões de valores baixos e que não foram pagos em sua totalidade. Não há programa e ações específicos em 2018 referente à saúde delas, o que denota a invisibilidade da mulher no orçamento federal brasileiro na pesquisa realizada. Há uma ação que refere-se a elas em 2021, a construção do hospital materno-infantil, refletindo a baixa ou quase inexistente previsão de programas e ações de saúde para o grupo feminino. O Estado, ao ser signatário de convenções e pactos, tem obrigações a cumprir sob pena de arcar com as violações previstas. Planejar, prever e executar orçamentos em programas e ações de saúde específicos para mulheres, mulheres pretas e pardas, é um caminho sugerido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL (BM). **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 2012 - Visão Geral: Igualdade de Gênero e Desenvolvimento**. BM: Washington DC, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF).** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 02.07.2021.

BRASIL. **Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira.** IBGE. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf. Acesso em 03.07.2022.

BRASIL. **Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento. Painel de Orçamento Federal.** Disponível em: https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06. Acesso em 16.08.2022.

COELHO, M. R. S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da
Bahia, Salvador, 2003b.

DWECK, E., OLIVEIRA, A. L. M. de, ROSSI, P. (Orgs). **Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasi**l. São Paulo: Brasil Debate; Fundação Friedrich Ebert, 2018.

NAÇÕES UNIDAS. **Comentário Geral nº 14 da ONU.** Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 2000. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symolinho=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=em. Acesso em 02.07.2022.

NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW).** Assembleia Geral das Nações Unidas. 1979. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf. Acesso em 02.07.2022.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH).** Assembleia Geral das Nações Unidas. 1948. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf. Acesso em 02.07.2022.

NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC).** Assembleia Geral das Nações Unidas. 1966. Disponível em:

https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf. Acesso em 02.04.2022.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

STROMQUIST, Nelly. Políticas públicas de Estado e equidade de gênero: perspectivas comparativas. **Revista Brasileira de Educação**, nº 1, p. 27-49, 1996.