

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

LORENA ÁVILA SOARES FONSECA

**OFENSIVA ANTIGÊNERO, NEOLIBERALISMO E O DESMONTE DA POLÍTICA
DE SAÚDE DAS MULHERES NO BRASIL (2011-2022)**

BELO HORIZONTE

2026

Lorena Ávila Soares Fonseca

**Ofensiva antigênero, neoliberalismo e o desmonte da política de saúde das mulheres no
Brasil (2011-2022)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGCP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Ciência Política.

Linha de pesquisa: Estado, Gestão e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. José Angelo Machado

Belo Horizonte

2026

320 Fonseca, Lorena Ávila Soares.
F676o Ofensiva antigênero, neoliberalismo e o desmonte da
2026 política de saúde das mulheres no Brasil (2011-2022)
[recurso eletrônico] / Lorena Ávila Soares Fonseca. - 2026.
1 recurso online (194 f.): pdf.
Orientador: José Ângelo Machado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Ciência política – Teses. 2. Neoliberalismo - Teses.
3. Serviços de saúde para mulheres - Teses. 4. Saúde pública – Brasil – Teses. I. Machado, José Ângelo. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ATA

FAFICH - COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA - SECRETARIA

ATA 04ª/2026 DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LORENA ÁVILA SOARES FONSECA

Realizou-se, no dia 10 de fevereiro de 2026, às 14:00 horas, na Sala 2094 da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa da dissertação, intitulada "Ofensiva antigênero, neoliberalismo e o desmonte da política de saúde das mulheres no Brasil (2011-2022)", elaborada e apresentada por LORENA ÁVILA SOARES FONSECA - número de registro 2024664550, graduada no curso de RELAÇÕES ECON.INTERNACIONAIS. A defesa é requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em CIÊNCIA POLÍTICA, e foi submetida e analisada pela seguinte Comissão Examinadora: Prof. José Ângelo Machado - Orientador (DCP/UFMG), Profa. Telma Maria Gonçalves Menicucci (DCP/UFMG), Profa. Daniela Leandro Rezende (UFOP). A Comissão considerou a dissertação APROVADA. Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente pelos membros da Comissão. Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2026.



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Leandro Rezende, Usuário Externo**, em 10/02/2026, às 19:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jose Angelo Machado, Professor do Magistério Superior**, em 10/02/2026, às 20:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Telma Maria Goncalves Menicucci, Professora do Magistério Superior**, em 11/02/2026, às 17:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4945315** e o código CRC **A81E2BA1**.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação foi atravessada por múltiplas dimensões intelectuais, afetivas, acadêmicas, institucionais e políticas e só foi possível graças ao apoio direto e indireto de muitas pessoas e instituições, às quais registro aqui minha meus agradecimentos.

Em primeiro lugar agradeço aos meus pais, *Betânia* e *Paulo Roberto*, pela vida que me foi dada, pelo amor e dedicação na formação ética e afetiva recebida e pelo incentivo permanente para que eu siga construindo meus próprios caminhos. Agradeço também por terem acreditado no potencial transformador da educação e por sempre terem investido na minha como uma prioridade.

Agradeço ao *Leo*, meu companheiro, pela parceria de vida, pelo amor e cuidado cotidianos, pela escuta atenta, pelo entendimento das ausências, pelas águas, lanches e docinhos que nunca faltaram na minha mesa nos dias intensos de trabalho, pela vibração a cada conquista e pelo suporte nos momentos de dificuldade, sempre com afeto e presença.

Agradeço à *Flora*, minha cachorra e companheira fiel, pelo amor incondicional, pela lealdade e pela presença e conforto cotidianos que tornaram mais leves as longas manhãs, tardes, noites e madrugadas dedicadas à escrita.

Agradeço à minha família e amigos, como um todo, pela compreensão das ausências, apoio às minhas escolhas e celebração sincera das conquistas. Em especial, agradeço à minha tia *Zilda*, que participou ativamente da minha formação como pessoa e cidadã, me apresentou à UFMG ainda criança e, de muitas formas, me conduziu até aqui; à minha madrinha *Dani* e à minha prima *Ana Lydia*, que sempre estiveram presentes, apoiando e vibrando comigo a cada etapa; e à *Isabella*, amiga de longa data, pelo amor fraterno e por sempre me incentivar a ser a minha melhor versão.

Agradeço também ao Estado brasileiro e às políticas públicas de educação superior que, mesmo diante de tantos desafios, garantem o acesso ao ensino público, gratuito e de qualidade. A educação pública transforma vidas, amplia horizontes e possibilita a construção de novos futuros — e eu sou beneficiária e defensora desse projeto coletivo. Em especial, agradeço ao Ministério da Educação (MEC) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da bolsa de mestrado ao longo desses dois anos de formação, fundamental para a realização desta pesquisa.

Agradeço à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), minha segunda casa desde 2016, pelo acolhimento, pela formação humana e acadêmica e pela experiência transformadora que vivi ao longo desses anos. A universidade pública é um espaço de produção de conhecimento, crítica e compromisso social, e deve ser defendida como direito de todas e todos.

Agradeço ao meu orientador, *Prof. Dr. José Angelo Machado*, pela orientação cuidadosa, pela disponibilidade constante, pelo rigor intelectual e pela confiança ao longo de todo o processo. Sua leitura atenta, provocações teóricas e metodológicas e postura generosa tornaram este percurso possível e foram fundamentais para a minha formação e para a construção desta pesquisa.

Agradeço à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) e ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGCP) pelo ambiente de excelência acadêmica e pelas inúmeras oportunidades de formação. Agradeço, de modo especial, aos professores que participaram mais diretamente da minha formação: *Prof. Dr. José Angelo Machado, Profa. Dra. Telma Menicucci, Profa. Dra. Natália Sátyro, Profa. Dra. Marlise Matos, Prof. Dr. Ricardo Fabrino e Prof. Dr. Manoel Santos*, assim como aos demais professores do Programa, cujas contribuições acadêmicas e pedagógicas foram fundamentais. Agradeço também aos funcionários do PPGCP, *Alessandro Magno, Leandro Castella e Marlene Maciel*, pelo apoio e disponibilidade ao longo de todo o percurso.

Aos colegas de mestrado, que caminharam comigo e contribuíram para meu crescimento acadêmico e pessoal, agradeço pelas trocas, discussões, leituras compartilhadas e pelo companheirismo ao longo dessa trajetória. Em especial, agradeço à *Maria Elisa, Leopoldina e Rafaela* pela parceria na representação discente e pelo apoio no dia a dia.

Agradeço ao *Breno*, que desde a graduação tem sido mentor, interlocutor e incentivador, acreditando no meu percurso acadêmico e no potencial transformador da educação, e quem hoje posso chamar de amigo.

Agradeço ao grupo de pesquisa Publicus, em especial a equipe da “Pesquisa de Avaliação do Proadi-SUS, triênio 2021-2023”, pelo trabalho e aprendizado coletivo e pela convivência acadêmica: *Amanda Sena, Ana Luísa Paixão, Profa. Dra. Ana Paula Karruz, Breno Cypriano, Brunah Schall, Eduardo Rodrigues, Fabio Henrique de Lima, Gabrielle de Souza, Isadora Cristina, Johnny Vinicius, Prof. Dr. José Angelo Machado, Kayque Edgar,*

Livia de Souza, Marily Canassa, Rayane Stephanie, Rogerio Silva, Rosiene Guerra, Samuel Rodrigues, Profa. Dra. Telma Menicucci e Vanda Duarte.

Aos(às) entrevistados(as) desta pesquisa, meu sincero agradecimento pela generosidade em compartilhar trajetórias, experiências e reflexões. Para além da contribuição para a pesquisa, suas atuações profissionais e políticas demonstraram o compromisso que possuem com a ciência, com a saúde pública e com a luta histórica pelos direitos das mulheres, expressando o trabalho cotidiano e o engajamento contínuo na defesa de um projeto coletivo de justiça social.

Agradeço também aos membros titulares da banca examinadora, *Prof. Dr. José Angelo Machado, Profa. Dra. Telma Menicucci e Profa. Dra. Daniela Rezende*, assim como a suplente *Profa. Dra. Natália Sátyro*, pela disponibilidade em participar desse momento, pela leitura criteriosa e pelas contribuições qualificadas que certamente enriqueceram esta dissertação.

Por fim, à todas e todos que, ainda que não citados nominalmente, de alguma forma tornaram essa caminhada mais leve, com afeto, escuta, incentivo e presença, e contribuíram para que este trabalho fosse possível, meu muito obrigada. Esta pesquisa é fruto de um esforço coletivo e carrega um pouco de cada encontro, apoio e troca vividos ao longo desse percurso.

Eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos de não morrer:

(Conceição Evaristo)

No princípio, eu era a Eva. Nascida para a felicidade de Adão. E meu paraíso tornou-se trevas. Porque ousei libertação. Mais tarde, fui Maria. Meu pecado redimiria. Dando à luz aquele que traria a salvação. Mas isso não bastaria. Para eu encontrar perdão. Passei a ser Amélia. A mulher de verdade. Para a sociedade. Não tinha a menor vaidade. Mas sonhava com a igualdade. Muito tempo depois, decidi: Não dá mais! Quero minha dignidade. Tenho meus ideais! Hoje, não sou só esposa ou filha. Sou pai, mãe, arrimo de família. Sou caminhoneira, taxista, piloto de avião. Policial feminina, operária em construção. Ao mundo, peço licença. Para atuar onde quiser. Meu sobrenome é competência. O meu nome é mulher!

*Poema “Meu nome é mulher” de Fátima
Aparecida Santos de Souza (Pérola Neggra)¹*

¹ Registro aqui um agradecimento especial ao(a) Entrevistado(a) 4 que, com grande generosidade, me apresentou este poema ao final da nossa entrevista.

RESUMO

Esta dissertação investiga se, e em que medida, o desmonte da política de saúde das mulheres – analisado a partir da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PNAISM) – foi efetivo no governo Bolsonaro (2019-2022), considerando as especificidades de sua gestão e os retrocessos legados das gestões de Temer (2016-2018) e Dilma (2011-2016). No Brasil, esse período entre 2011 e 2022 foi marcado pelo desenrolar da crise político-econômico e de processos de desmonte de diversas políticas sociais, os quais, articulados com o avanço da ofensiva antigênero e da agenda neoliberal, passaram a reduzir o papel do Estado e reorientar agendas públicas em torno de medidas conservadoras, de caráter austero e religioso. Na política de saúde das mulheres, esse processo se inseriu também em uma disputa histórica entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil, que desde a década de 1980 tem estruturado os sentidos, limites e possibilidades de atuação estatal na política. Frente à esse cenário, esta pesquisa analisa as condições, estratégias adotadas e efeitos do desmonte, considerando as especificidades desse processo em contextos de ofensiva antigênero e neoliberalismo e mobilizando dimensões e indicadores das capacidades estatais envolvidas na sustentação da PNAISM ao longo do tempo. Para tal, estrutura-se a partir de um estudo de caso único, qualitativo e longitudinal, sustentado pela triangulação de dados documentais, orçamentários e entrevistas semiestruturadas, que permitiram a análise de continuidades e rupturas nas capacidades regulatória, político-relacional, fiscal e burocrática da PNAISM, e a consequente interpretação dessas mudanças em termos do desmonte. Os resultados indicaram um efetivo desmonte da política de saúde das mulheres que, ainda que não tenha extinguido formalmente a PNAISM enquanto Política Nacional, promoveu retrocessos multidimensionais, graduais, cumulativos e ideologicamente orientados que, a partir da gestão Bolsonaro, consolidaram-se e corroeram o acesso das mulheres à saúde integral no país.

Palavras-chave: desmonte; ofensiva antigênero; neoliberalismo; integralidade; política de saúde das mulheres; Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PNAISM).

ABSTRACT

This dissertation investigates whether, and to what extent, the dismantling of women's health policy — analyzed through the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM) — was effective during the Bolsonaro administration (2019-2022), considering the specificities of that government and the setbacks inherited from the Temer (2016-2018) and Dilma (2011-2016) administrations. In Brazil, the period from 2011 to 2022 was marked by the unfolding of a political-economic crisis and by dismantling processes affecting multiple social policies. In conjunction with the advance of the anti-gender backlash and the neoliberal agenda, these dynamics reduced the role of the state and reoriented public agendas around conservative, austerity-driven, and religiously inflected measures. In women's health policy, this process also unfolded within a long-standing dispute between the paradigms of comprehensive care and the maternal-child approach, which since the 1980s has shaped the meanings, limits, and possibilities of state action in the field. Against this backdrop, the study examines the conditions, strategies, and effects of dismantling, considering the specificities of such processes in contexts of anti-gender backlash and neoliberalism, and mobilizing dimensions and indicators of state capacities involved in sustaining PNAISM over time. Methodologically, the research is structured as a single, qualitative, and longitudinal case study, supported by the triangulation of documentary and budgetary data and semi-structured interviews. This design enables the analysis of continuities and ruptures in PNAISM's regulatory, political-relational, fiscal, and bureaucratic capacities, and the subsequent interpretation of these changes in terms of policy dismantling. The findings indicate an effective dismantling of women's health policy which, although it did not formally abolish PNAISM as a national policy, produced multidimensional, gradual, cumulative, and ideologically oriented setbacks that, under the Bolsonaro administration, became consolidated and eroded women's access to comprehensive health care in the country.

Keywords: dismantling; antigender backlash; neoliberalism; comprehensive health care; women's health policy; National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	O estudo do desmonte de políticas: principais elementos analíticos, Bauer e Knill (2012).....	55
Figura 2	Conjunção de fatores do fenômeno de interesse: o modelo de análise do desmonte da política de saúde das mulheres.....	64
Figura 3	Operacionalização do conceito de capacidades estatais enquanto dimensão analítica do modelo de análise do desmonte da PNAISM.....	65
Figura 4	Conjunção de fatores do fenômeno de interesse: a análise do desmonte da política de saúde das mulheres (2011-2022).....	157

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipologia das estratégias do desmonte, Bauer e Knill (2012).....	57
Quadro 2	Dimensões e indicadores do desmonte de políticas, Bauer e Knill (2012).....	58
Quadro 3	Estratégias do desmonte e seus respectivos efeitos, Bauer e Knill (2012).....	59
Quadro 4	Sistematização das premissas de pesquisa.....	62
Quadro 5	Sistematização das hipóteses específicas da pesquisa.....	69
Quadro 6	Cesta de Ações e Planos Orçamentários da LOA para análise orçamentária....	73
Quadro 7	Documentos selecionados e fontes dos dados da pesquisa documental.....	75
Quadro 8	Entrevistas focais realizadas.....	77
Quadro 9	Conjunção de fatores do fenômeno de interesse: continuidades e rupturas das capacidades da PNAISM em termos presumidos do desmonte (2011-2022)...	154

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Execução orçamentária da PNAISM (2011-2022).....	117
Gráfico 2	Taxa de execução orçamentária da PNAISM (2011-2022).....	118
Gráfico 3	Participação do orçamento da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres (2011-2022).....	123
Gráfico 4	Participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS (2011-2022).....	126
Gráfico 5	Corpo técnico alocado na estrutura organizacional da PNAISM no MS (2011-2022).....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APICEON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CEP-UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGCIVI	Coordenação-Geral de Ciclos da Vida
CGSMU	Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo
CISMU	Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher
CMM	Conferência Mundial das Mulheres de Pequim
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNMB	Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNS²	Conselho Nacional de Saúde
CNS³	Conferência Nacional de Saúde
CNSMu	Conferência Nacional de Saúde das Mulheres
COP	Conferência das Partes
COSMU	Coordenação de Saúde da Mulher
CT&I	Política de Ciência, Tecnologia e Inovação
DAPEs	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DECIV	Departamento dos Ciclos da Vida
DEPROs	Departamento de Promoção da Saúde
DESF	Departamento de Saúde da Família

² Embora siglas idênticas (CNS) tenham sido adotadas para representar o Conselho e a Conferência Nacional de Saúde, a diferenciação pode ser feita no contexto do seu uso pelo artigo definido que o precede. Além disso, quando a sigla se refere à Conferência, vem acompanhada da identificação de sua edição. Ex.: “a 8ª CNS”.

³ Idem.

DESMI	Departamento de Saúde Materno Infantil
EC	Emenda Constitucional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FNPLA	Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto
GM	Gabinete do Ministro
IML	Instituto Médico Legal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IFF	Instituto Fernandes Figueira
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAI	Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011)
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e outras identidades e orientações de gênero
LOA	Lei Orçamentária Anual
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MESP	Movimento Escola Sem Partido
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MMulheres	Ministério das Mulheres
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPMs	Organismos de Políticas para as Mulheres
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC	Proposta de Emenda à Constituição

PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PP	Partido Progressista
PPA	Plano Plurianual
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PT	Partido dos Trabalhadores
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RC	Rede Cegonha
RCC	Renovação Carismática Católica
RFS	Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIOP	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TED	Termo de Execução Descentralizada
Teto de Gastos	Novo Regime Fiscal conhecido como “Teto de Gastos” (EC nº 95/2016)
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
VIVA SINAN	Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher
HIV/Aids	Vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 - OFENSIVA ANTIGÊNERO, NEOLIBERALISMO E A DISPUTA EM TORNO DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES.....	20
1.1. Ofensiva antigênero e o neoliberalismo como fenômenos globais na erosão de direitos das mulheres.....	20
1.2. A articulação entre ofensiva antigênero e neoliberalismo no Brasil.....	23
1.3. Do materno-infantilismo à integralidade: tensões normativas na institucionalização da política de saúde das mulheres no Brasil.....	29
CAPÍTULO 2 - A TEORIA DO DESMONTE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES.....	38
2.1. Da mudança política ao desmonte das políticas públicas.....	38
2.2. Abordagens sobre o desmonte no Brasil.....	41
2.3. O desmonte das políticas de saúde e das políticas para as mulheres no Brasil.....	47
2.4. A proposta analítica do desmonte de Bauer e Knill (2012).....	54
CAPÍTULO 3 - CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA A ANÁLISE DO DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES.....	60
3.1. Premissas, modelo de análise e hipóteses de pesquisa.....	60
3.2. Refinando objetivos e definindo a estratégia de pesquisa.....	69
3.3. Técnicas de coleta e análise dos dados.....	72
CAPÍTULO 4 - CAPACIDADES ESTATAIS E O PROCESSO DE DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES ENTRE 2011 E 2022.....	80
4.1. Capacidade regulatória: a disputa entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil.....	80
4.2. Capacidade político-relacional: a disputa entre movimentos feministas e grupos antigênero e neoliberais.....	94
4.3. Capacidade fiscal: a (não) priorização da PNAISM no orçamento da saúde das mulheres e do SUS.....	116
4.4. Capacidade burocrática: o papel da estrutura burocrática e dos instrumentos de gestão e coordenação federal da PNAISM.....	128
4.5. O processo de desmonte: condições, estratégias e efeitos do desmantelamento multidimensional, gradual, cumulativo e ideologicamente orientado da política de saúde das mulheres.....	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
REFERÊNCIAS.....	172
APÊNDICES.....	180

INTRODUÇÃO

No Brasil, a década de 2010 representou uma inflexão no crescimento econômico e nos avanços sociais que vinham sendo construídos nos anos anteriores pelos governos Lula 1 e 2 (2003-2010), sendo marcada por uma crise político-econômica que, em 2016, culminou no *impeachment* de Dilma Rousseff (Sátyro, 2024; Almeida e Amaral, 2020). Isso porque, frente à pressão política de grupos conservadores, assim como à recessão econômica em curso, ainda dentro do primeiro mandato de Dilma (2011-2014) houve uma reorientação do espaço fiscal que priorizou subsídios para o setor privado, ao passo que os investimentos públicos foram estagnados. Esse cenário se intensificou no segundo mandato (2015-2016) com a adoção do *ajuste fiscal* e o aprofundamento da contenção das despesas públicas, entre elas aquelas destinadas ao SUS (Sátyro, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023).

Na esteira dessas transformações, a partir do governo de Michel Temer (2016-2018) teve início um processo de desmonte em diversas políticas públicas, sendo este aqui entendido enquanto tipo de mudança que envolve a redução, extinção e/ou reformulação de políticas e seus instrumentos (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020), algo ampliado e aprofundado no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) (Faria e Lima, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023; Nicolás e Gaitán, 2021). Sob um discurso neoliberal e centrado em reformas estruturais, Temer institucionalizou a austeridade fiscal com a adoção do Teto de Gastos (EC nº 95/2016), reorientando a direção programática do Estado em uma aliança com grupos conservadores que se consolidou no governo Bolsonaro (Sátyro, 2024; Junqueira, 2022). No entanto, tais tentativas de desmonte desencadearam a retração de algumas políticas e o desmonte de outras, mas não foram efetivas quando analisamos o sistema como um todo, uma vez que as instituições demonstraram resiliência e, ao final do governo Bolsonaro, o Estado de Bem-Estar Social brasileiro estava de pé — ainda que fragilizado (Sátyro, 2024).

Especificamente na pasta da saúde, o desfinanciamento do SUS foi iniciado no segundo governo Dilma (2015-2016), especialmente a partir do *ajuste fiscal*, sendo possível identificar tentativas de desmonte já neste momento (Machado e Jerônimo, 2024; Menicucci, 2024). Sob o governo Temer (2016-2018), o Ministério da Saúde (MS) passou por uma mudança de orientação política, sendo entregue ao Partido Progressista (PP), que se aproximou dos grupos médicos privados em detrimento do Movimento da Reforma Sanitária

Brasileira (MRSB)⁴ ao mesmo tempo em que aprofundou a participação relativa dos gastos privados na saúde frente aos gastos públicos (Machado e Jerônimo, 2024). Com a ascensão da extrema direita ao Poder Executivo no governo Bolsonaro (2019-2022), em consonância com a agenda de austeridade do Teto de Gastos da gestão anterior, as tentativas de desmonte foram intensificadas, “abrindo uma nova janela de oportunidades para destravar mudanças no SUS que vinham sendo desejadas e delineadas durante o governo Temer” (Machado e Jerônimo, 2024, p. 162, tradução livre) no sentido de “rever o tamanho do SUS”⁵.

Todavia, esse desmonte foi de fato efetivo apenas em algumas políticas específicas, como foi o caso da política de saúde mental que, através da aproximação do MS com gestores da saúde privada e grupos de orientação religiosa, reduziu direitos e retomou orientações já historicamente superadas pelo avanço científico (Machado e Jerônimo, 2024, Menicucci, 2024). Mas não houve mudanças institucionais estáveis no SUS como um todo, até porque, com o início da Covid-19 no Brasil em 2020, a alta visibilidade da política da saúde freou os retrocessos seletivos e graduais em curso, frutos da agenda reformista de extrema direita presente no MS e da descoordenação promovida pelo governo federal (Machado e Jerônimo, 2024). Nesse sentido, a pandemia, de certa forma, legitimou o SUS, dificultando seu desmonte enquanto sistema (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024).

Simultaneamente, desde o governo Temer (2016-2018), que vinha implementando os compromissos de austeridade firmados com setores neoliberais durante o *impeachment* de Dilma em 2016, houve um impulsionamento da ofensiva antigênero em curso no país, promovida por grupos religiosos e pela extrema direita (Junqueira, 2022). Enquanto parte de um movimento reacionário transnacional de contenção de avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos e à igualdade de gênero (Maracci e Prado, 2022), a ofensiva antigênero “preconiza uma política ancorada no fundamentalismo religioso, hiperconservadora no terreno da moralidade privada” (Junqueira, 2022, p. 47), através da deslegitimação discursiva e da erosão dos mecanismos de responsabilização e inclusão das políticas de gênero, assim como pelo desmonte de seus objetivos e capacidades de implementação (Roggeband e Krizsán, 2020).

⁴ Enquanto o MRSB historicamente defendeu a universalidade, a integralidade e o fortalecimento do SUS como sistema público, os grupos médicos se organizaram majoritariamente em torno de interesses corporativos e da expansão do mercado privado de saúde, sendo a inflexão da mudança de diálogo com MS com esses grupos um indício do deslocamento do projeto universalista da saúde para uma lógica mais favorável à mercantilização e à complementaridade privada do Sistema (Machado e Jerônimo, 2024).

⁵ Declaração dada pelo então Ministro da Saúde Ricardo Barros (PP) em 2016 (Machado e Jerônimo, 2024).

No Brasil, a ofensiva antigênero se manteve mais restrita, até a década dos 2000, aos grupos católicos, ascendendo à agenda nacional na década de 2010 a partir da adesão de grupos evangélicos fundamentalistas que impulsionaram sua força política e social (Corrêa e Kalil, 2020). Assim, ancoradas nas históricas campanhas antiaborto e nas disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é possível identificar reações à agenda de igualdade de gênero já nos governos petistas de Dilma (Corrêa e Kalil, 2020; Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024). Nesse momento, no debate sobre a saúde das mulheres, a ofensiva antigênero se manifestou na circulação de discursos conservadores em defesa da “família” e contra o aborto promovidos por grupos religiosos, assim como na retomada do paradigma materno-infantil com a criação da Rede Cegonha (RC) — abordagem esta que, ainda que latente, vinha sendo neutralizada pela institucionalização da integralidade como princípio orientador da política de saúde das mulheres desde à década de 1980 (Rosa e Cabral, 2024; Junqueira, 2022).

Com importante influência no Poder Legislativo desde então, os grupos evangélicos fundamentalistas ganharam ainda mais espaço na gestão Temer (2016-2018), quando consolidaram seu alinhamento político com grupos neoliberais instalados no governo em prol da desarticulação de políticas sociais, aliança essa que pautou o processo eleitoral em 2018 (Junqueira, 2022; Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024). Foi na gestão Bolsonaro (2019-2022), entretanto, que atores antigênero ocuparam posições no Estado de forma mais contundente, o que gerou efeitos distintos dos promovidos até então pela atuação majoritariamente legislativa (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024). Além dos “projetos de lei contra gênero e contra o direito ao aborto [que] multiplicaram-se no Congresso Nacional” (Corrêa e Kalil, 2020, p. 86, tradução livre), a ofensiva antigênero transcendeu da mobilização política para as diretrizes das políticas públicas ao passo que excluiu dos processos políticos os movimentos feministas que historicamente atuaram em prol de avanços na saúde das mulheres (Corrêa e Kalil, 2020; Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024).

Neste momento, as políticas para as mulheres promovidas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), órgão responsável por essa agenda de forma transversal, passaram por um processo que incluiu não apenas a redução de políticas e seus instrumentos, como também mudanças nas suas capacidades administrativas e procedimentais, “[desmontando] o que até então chamávamos de política para as mulheres no Brasil” (Tokarski *et al.*, 2023a, p. 53). Esse desmonte se deu principalmente a partir de 2019 no Ministério da Mulher, Família e

Direitos Humanos (MMFDH), sob a gestão de Damares Alves⁶, onde passou a se localizar a SPM e onde, além do subfinanciamento, foi implementada uma “nova política de gênero” de viés religioso, responsável por transversalizar a institucionalização da ofensiva para as demais pastas, entre elas a saúde (Tokarski *et al.*, 2023a; Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024).

O ataque ao direito ao aborto se colocou como tema transversal da ofensiva e, a partir de 2019, foram disseminadas no MS agendas “pró-vida” e contra os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ademais, para além do negacionismo científico, a ofensiva antigênero foi adotada abertamente como uma diretriz política em 2020 na gestão do então Ministro General do Exército Eduardo Pazuello (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024). Nesse sentido, diferentes iniciativas foram tomadas, como a indicação de ativistas anti-aborto para as Secretarias e a extinção da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) enquanto a estrutura organizacional do MS responsável pela política de saúde das mulheres (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024).

Logo, se a década de 2010 foi marcada pelo avanço e consolidação da ofensiva antigênero e do neoliberalismo, a política de saúde das mulheres emerge como um objeto particularmente relevante de investigação de desmonte e ainda não estudado no recorte aqui proposto. Isso porque tal desmonte não decorre apenas do ideal de redução do tamanho e papel do Estado, como também engloba agendas centrais na disputa ideológica em curso: os direitos das mulheres e a igualdade de gênero (Roggeband e Krizsán, 2020).

Assim, considerando as especificidades da política de saúde das mulheres, o objetivo dessa pesquisa é investigar qual teria sido o grau de sucesso desse desmonte a partir da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulheres (PNAISM), verificando sua efetividade no governo Bolsonaro (2019-2022) frente às continuidades e rupturas herdadas das gestões Temer (2016-2018) e Dilma (2011-2016). Nesse sentido, teria a política de saúde das mulheres, de alto teor ideológico, sido efetivamente desmontada na gestão Bolsonaro (2019-2022) a partir da consolidação da aliança entre ofensiva antigênero e neoliberalismo no Estado brasileiro? Caso positivo, em que medida esse desmonte foi um aprofundamento das mudanças que vinham sendo promovidas pelas gestões anteriores ou uma especificidade de sua gestão? Esses questionamentos orientaram a análise desta pesquisa.

⁶ Advogada e pastora evangélica, filiada ao partido Republicanos.

Para responder a essas e outras questões relacionadas e alcançar o objetivo desta pesquisa, foi realizada uma análise multidimensional das continuidades e rupturas nas capacidades estatais envolvidas na PNAISM ao longo das quatro gestões federais entre 2011 e 2022 (Gomide, 2016). Para tal, adotou-se um modelo de análise do desmonte de políticas públicas (Bauer e Knill, 2012) sensível ao contexto de ofensiva antigênero e de austeridade neoliberal (Roggeband e Krizsán, 2020), bem como às disputas históricas entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil na política de saúde das mulheres (Rosa e Cabral, 2024; Souto e Moreira, 2021). Em termos metodológicos, optou-se por uma abordagem qualitativa e longitudinal e pela estratégia de estudo de caso único, combinando a construção de indicadores analíticos com a triangulação de dados orçamentários, documentais e de entrevistas focais com roteiro semiestruturado.

Além desta introdução, esta dissertação se organiza em cinco capítulos. O Capítulo 1 apresenta o contexto político-institucional e ideológico-normativo que moldou a trajetória das políticas para as mulheres, apresentando a ascensão da ofensiva antigênero e do neoliberalismo na agenda política, assim como a trajetória de institucionalização da política de saúde das mulheres no Brasil. O Capítulo 2 desenvolve o referencial teórico, abordando o debate da literatura internacional e brasileira sobre mudança política e desmonte, com destaque para a contribuição analítica de Bauer e Knill (2012), na qual esta pesquisa se embasa. O Capítulo 3 expõe o percurso metodológico, detalhando as premissas e o modelo de análise, as hipóteses, objetivos e estratégias de pesquisa, bem como as técnicas de coleta, tratamento e análise dos dados. O Capítulo 4 apresenta os resultados, analisando as continuidades e rupturas nas capacidades estatais da PNAISM entre 2011 e 2022 e interpretando-os, a partir da discussão com a literatura, em termos de condições, estratégias e efeitos do processo de desmonte da política de saúde das mulheres. Por fim, o último capítulo sintetiza os principais achados, contribuições e lacunas desta pesquisa, assim como joga luz sobre possíveis agendas futuras para abordagem do tema.

CAPÍTULO 1 - OFENSIVA ANTIGÊNERO, NEOLIBERALISMO E A DISPUTA EM TORNO DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES

Reconhecendo que o desmonte das políticas públicas de gênero e para mulheres não emerge de forma isolada, mas se insere em um contexto mais amplo de transformações ideológicas e normativas em escala global, este primeiro capítulo apresenta como a ascensão internacional da ofensiva antigênero e a consolidação do neoliberalismo se entrelaçaram na produção de um ambiente político hostil à agenda de igualdade e aos direitos sexuais e reprodutivos. No Brasil, esse entrelaçamento se expressou tanto na erosão de estruturas institucionais quanto na ressignificação das narrativas sobre família, maternidade e gênero, repercutindo diretamente na política de saúde das mulheres. Assim, ao situar tal política nesse cenário, tensionada por disputas normativas históricas entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil, evidenciam-se as raízes e os contornos da conjuntura que antecede o período de análise desta pesquisa e sob a qual a aliança entre austeridade fiscal e conservadorismo moral se desenvolveu na década de 2010.

1.1. Ofensiva antigênero e o neoliberalismo como fenômenos globais na erosão de direitos das mulheres

Na década de 1990, a partir de uma ofensiva antigênero de base conservadora e religiosa⁷, foram mobilizados no cenário internacional deliberados “esforços de contenção de debates e ações relacionadas à diversidade sexual e de gênero, bem como aos direitos reprodutivos” (Maracci e Prado, 2022, p. 1374, tradução livre). Em uma oposição direta ao conceito de gênero⁸ e às políticas de igualdade, diversidade sexual e direitos reprodutivos, atores como o Vaticano e ONGs conservadoras passaram a se organizar em redes transnacionais, defendendo os valores da “família tradicional” e questionando conquistas

⁷ Na literatura internacional, o contramovimento antifeminista, derivado do antisufragismo, começou a ser estudado na década de 1970 nos Estados Unidos a partir da instalação de uma ofensiva contra a aprovação da *Equal Rights Amendment* que garantiria a igualdade constitucional entre homens e mulheres. Tal ofensiva, posteriormente chamada de *backlash* antifeminista por Faludi (1991), se deu como uma resposta ao avanço das conquistas de direitos para as mulheres. Assim, com a emergência da agenda de gênero, a ofensiva antigênero, por sua vez protagonizada por grupos religiosos, apareceu como um desdobramento mais específico do contramovimento antifeminista na década de 1990 (Bonet-Martí, 2021).

⁸ Gênero é, simultaneamente, um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primária de significar relações de poder, articulando símbolos, normas, instituições e identidades subjetivas (Scott, 1986).

históricas ligadas aos direitos das mulheres e à agenda LGBTQIA+ (Roggeband e Krizsán, 2020). Naquele momento, as Conferências da ONU de Cairo (1994)⁹ e Pequim (1995)¹⁰, ao adotarem a “linguagem de gênero”, tornaram-se o palco central dessa disputa e da articulação de atores conservadores e religiosos em torno de uma retórica antigênero que se consolidou sob o rótulo da “ideologia de gênero” (Roggeband e Krizsán, 2020).

Divulgado como uma ameaça civilizacional, o neologismo da “ideologia de gênero” materializou discursivamente a “crítica ao conceito de gênero [promovida por esses grupos conservadores], que o entendem como uma ideologia e estratégia política, uma espécie de conspiração destinada a tomar o poder e impor valores desviantes e minoritários às pessoas comuns” (Roggeband e Krizsán, 2020, p. 7, tradução livre), legitimando sua repressão em nome da “ordem natural” e da “proteção da família”. Após as conferências, e especialmente a partir da década de 2000, tal ofensiva se expandiu pela Europa, Estados Unidos, América Latina e outras regiões, envolvendo, além da Igreja Católica, a atuação de igrejas ortodoxas, evangélicas e pentecostais, que passaram desempenhar um papel central em suas articulações nacionais (Roggeband e Krizsán, 2020).

Nesse contexto, o papel dos governos na mediação dos interesses e objetivos dos movimentos de mulheres e da ofensiva antigênero, enquanto oponentes, tornou-se fundamental na transposição dessas agendas em ações institucionais, determinadas pelo grau de imbricamento de ambos os movimentos com o Estado (Roggeband e Krizsán, 2020). Esse processo ampliou a capacidade de incidência da agenda antigênero, transformando-se, com o tempo, em uma força política capaz de incidir sobre legislações e políticas nacionais (Roggeband e Krizsán, 2020; Serrano, 2017).

Em 2008, a crise financeira global¹¹ foi um ponto de inflexão desse avanço da ofensiva antigênero no mundo, uma vez que, após um período de expansão das políticas de gênero e para mulheres, os Estados intensificaram a adoção de políticas de austeridade que se entrelaçaram, nos anos seguintes, com processos de desdemocratização e desmonte de políticas públicas (Roggeband e Krizsán, 2020; Corrêa e Kalil, 2020). Em uma convergência ideológica, a agenda antigênero passou a operar como um discurso complementar à retração

⁹ Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD, 1994).

¹⁰ 4ª Conferência Mundial das Mulheres de Pequim (4ª CMM, 1995).

¹¹ A crise do subprime, ou crise de 2008, que contou com um repique em 2011, teve início no mercado imobiliário dos Estados Unidos e rapidamente se expandiu para o sistema financeiro internacional, desencadeando processos de recessão econômica, políticas de austeridade e instabilidade política em várias regiões do mundo (BBC News Brasil, 2021).

do Estado promovida pela lógica neoliberal dominante na economia ocidental naquele momento, legitimando cortes em políticas sociais e a transferência de responsabilidades sociais para a família e para o mercado (Roggeband e Krizsán, 2020; Serrano, 2017). Funcionando, portanto como um complemento “cultural” do ajuste neoliberal, a ofensiva antigênero pautou não apenas a privatização da vida pelo reforço da centralidade da família tradicional como unidade de proteção, como também criou um terreno fértil para o avanço de grupos de extrema direita em uma reação articulada contra os direitos das mulheres e a igualdade de gênero (Corrêa e Kalil, 2020; Serrano, 2017).

Na década seguinte, de 2010, a ofensiva antigênero deixou de ser apenas reação “cultural” e se consolidou como uma estratégia política central na legitimação de projetos autoritários e conservadores, que estabeleceram a “ideologia de gênero” como um inimigo comum a ser combatido por governos, partidos de extrema direita e lideranças religiosas (Graff, Kapur e Walters, 2019). Atuando como eixo articulador de guerras culturais globais, mais do que um discurso moral, essa agenda funcionou como peça-chave na sustentação do modelo neoliberal ao justificar a retração de direitos sociais em prol da centralidade da família como unidade de proteção (Graff, Kapur e Walters, 2019). Nesse contexto, o enfrentamento a direitos reprodutivos e sexuais — como o aborto, a educação sexual e os direitos LGBTQIA+ — tornaram-se símbolos de resistência conservadora e reacionária, contando com estratégias de mobilização popular, discursos de vitimização e institucionalização de políticas regressivas, bem como ampliando a capacidade de incidência da ofensiva.

Assim, desde a década de 1990 a ofensiva antigênero ganhou espaço e se institucionalizou em diferentes países, fragilizando direitos sexuais e reprodutivos, corroendo a democracia e redefinindo o papel da sociedade civil a partir de uma aliança com a austeridade neoliberal que, ao final da década de 2010, já demonstrava na prática seu caráter dismantelador (Roggeband e Krizsán, 2020; Graff, Kapur e Walters, 2019). Nesse cenário, a ofensiva antigênero e a austeridade neoliberal se imbricaram ao contexto internacional de retrocesso democrático, desafiando normas estabelecidas em uma direção regressiva e utilizando o poder político-institucional na limitação de direitos conquistados pelas e para as mulheres (Roggeband e Krizsán, 2020).

Esse movimento foi amplamente difundido na América Latina a partir da virada do milênio, momento no qual, ao mesmo tempo em que diferentes governos de esquerda foram

eleitos na região e a participação institucional dos movimentos sociais vinha sendo ampliada, a articulação da Igreja Católica com igrejas evangélicas se intensificou em torno da ofensiva antigênero, deflagrando-se especialmente contra a realização de reformas educacionais e legais (Miskolci e Campana, 2017). Assim, ainda que em um momento de expansão das políticas de gênero e até mesmo eleições de presidentas mulheres em diferentes países — como Cristina Kirchner (2007-2015) na Argentina e Dilma Rousseff (2011-2016) no Brasil — a latência da disputa política entre ideologias e agendas progressistas e conservadoras não apenas desacelerou esse processo, impondo limites e desafios constantes, como também conseguiu inflexionar a tendência progressista da região, convertendo as agendas dos governos à pauta conservadora (Miskolci e Campana, 2017; Serrano, 2017).

1.2. A articulação entre ofensiva antigênero e neoliberalismo no Brasil

Assim como em outros países da América Latina, a ofensiva antigênero no Brasil começou a se ampliar na virada do século XXI. Nesse período, o país passava por um momento histórico de retomada da democracia com a Constituição de 1988 após cerca de 20 anos de ditadura militar, o que desencadeou uma série de mudanças institucionais e garantia de direitos antes inexistentes (Corrêa e Kalil, 2020). Com a eleição e reeleição do governo Lula (2003-2010), em contraposição às crescentes pressões por políticas de austeridade que já incidiam sobre a gestão da economia brasileira naquele momento, políticas para redução das desigualdades e outras agendas progressistas ganharam ainda mais espaço. Nesse contexto, as políticas de gênero e para as mulheres se disseminaram em consonância com a ampliação da participação dos movimentos feministas nos espaços institucionais (Souto e Moreira, 2021; Corrêa e Kalil, 2020).

Em resistência a esses avanços e alinhada às dinâmicas internacionais, a ofensiva antigênero ganhou espaço no Brasil, tendo sido as igrejas evangélicas, especialmente as neopentecostais, atores centrais na sua consolidação (Corrêa e Kalil, 2020). Isso porque, ainda que a Igreja Católica tenha apoiado a luta pela democracia, a partir da década de 1990, a Renovação Carismática Católica (RCC) ampliou sua popularidade em detrimento das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs)¹², redefinindo prioridades políticas e abrindo espaço

¹² As Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), inspiradas pela Teologia da Libertação e engajadas na mobilização política contra as ditaduras latino-americanas, combinando fé com compromisso social e com pautas de justiça econômica e direitos humanos, perderam espaço nos anos 1990 diante da ascensão da Renovação Carismática

para uma aliança entre católicos e evangélicos que, em paralelo, cresciam em número de fiéis e iniciavam sua presença como protagonistas da cena política a partir dos anos 2000 (Miskolci e Campana, 2017; Mariano, 2013).

Indícios desse protagonismo, que se consolidaria a partir da década de 2010, podem ser observados já em 2005 quando, durante a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), a reforma legal do aborto foi articulada e levada ao Congresso, mas em função da eclosão paralela da primeira crise política do governo do PT¹³, o Executivo retrocedeu na agenda em busca de apoio por diferentes grupos, entre eles a Igreja Católica e os evangélicos (Corrêa e Kalil, 2020). Ademais, ainda nesse ano, foi criada no Congresso a Frente Parlamentar pela Vida e Contra o Aborto que, partir de então, converteu-se em um espaço de confluência política entre evangélicos e católicos, resultando em uma série de resistências políticas em torno dos direitos LBTQIA+ e das crianças e das políticas de diversidade sexual, aborto e educação (Corrêa e Kalil, 2020).

Em 2007, a visita do Papa Bento XVI ao Brasil resultou em um acordo entre o Estado brasileiro e a Santa Fé, ratificado pelo Congresso em 2010, sendo um marco na trajetória da ofensiva no país por propagar, a partir do Documento de Aparecida¹⁴, o neologismo da ‘ideologia de gênero’ nos circuitos católicos latino-americanos, pavimentando o caminho para sua consolidação no discurso político (Corrêa e Kalil, 2020). Como aponta Junqueira (2022, p. 23), o neologismo da “ideologia de gênero” buscava denunciar a agenda de gênero como uma “ameaça à liberdade de expressão, crença e consciência das famílias, cujos valores morais e religiosos seriam inconciliáveis com as normativas sobre direitos humanos, impostas por governos e organismos internacionais”. Assim, em um contexto de crescente contestação religiosa dos direitos das mulheres e da população LGBTQA+, sob o crescimento numérico e organizacional dos evangélicos na esfera política, especialmente no Poder Legislativo, a

Católica (RCC), voltada à experiência espiritual e à moralização da vida íntima e da conduta individual, o que deslocou a Igreja de uma aliança com a esquerda para uma aproximação com o conservadorismo religioso e neopentecostal (Miskolci e Campana, 2017).

¹³ “O primeiro episódio de corrupção na gestão federal do PT ocorreu entre 2004 e 2005. O episódio, que foi conhecido como o Mensalão, incluiu a compra de parlamentares, foi investigado e seus envolvidos, inclusive líderes históricos do PT, foram acusados, julgados e presos” (Corrêa e Kalil, 2020, p. 8, tradução livre).

¹⁴ Fruto da 5ª Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano e do Caribe, realizada em Aparecida-SP em 2007, o Documento de Aparecida condensava as ideias de reafirmação da ortodoxia doutrinária da Igreja Católica, abordando diversos temas relativos ao presente e futuro da Igreja e sua relação com a política e a sociedade. Dentre esses temas, a moralidade sexual foi amplamente abordada, reiterando a retórica antigênero a incluindo a “ideologia de gênero” em seu texto — ainda que naquele momento a circulação do neologismo fosse restrita na região (Junqueira, 2022).

“ideologia de gênero” passou a ser mobilizada para deslocar as pautas morais para o centro do debate político (Corrêa e Kalil, 2020; Mariano, 2013).

Esse contexto se refletiu desde a eleição de Dilma Rousseff em 2010. Primeira candidata mulher eleita à presidência no Brasil, sua gestão coincidiu com a ampliação da ofensiva antigênero no país, tornando-se alvo de narrativas que combinavam estereótipos midiáticos e discursos religiosos sobre moralidade e a “família tradicional” (Mota e Biroli, 2014). Nesse contexto, grupos evangélicos se articularam para condicionar a legitimidade política do governo à adesão a pautas conservadoras, pressionando a então candidata a recuar em temas como os direitos sexuais e reprodutivos e a afirmar publicamente compromissos com valores tradicionais (Almeida e Amaral, 2020). Ademais, ao passo que a agenda feminista perdia espaço para pautas religiosas e morais, o combate ao aborto assumiu centralidade no debate político, demonstrando a capacidade das lideranças religiosas em pautar a agenda e impor limites programáticos à continuidade no avanço das políticas progressistas (Mota e Biroli, 2014; Almeida e Amaral, 2020). Assim, a eleição daquele ano não apenas antecipou a importância estratégica que a “ideologia de gênero” assumiria posteriormente como operador discursivo por lideranças religiosas, mas também revelou como a ofensiva encontrou, especialmente no campo evangélico, uma base estruturada para incidir sobre disputas eleitorais e institucionais (Miskolci e Campana, 2017; Junqueira, 2022).

O governo Dilma 1 (2011-2014) se iniciou, portanto, sob forte pressão política, o que limitou avanços em alguns direitos, como o caso da permissão de aborto legal em casos de fetos anencefálicos em 2012 (Brandão e Cabral, 2019). Com a eclosão das Jornadas de Junho de 2013¹⁵ e o desenrolar da crise econômica, a capacidade do sistema político brasileiro em garantir a melhoria das condições de vida da população, conforme a promessa democrática da Constituição de 1988, passou a ser massivamente questionada (Corrêa e Kalil, 2020). A partir de então, a combinação entre pressão religiosa e polarização política fortaleceu a capacidade de atores conservadores em incidir sobre as políticas públicas, como saúde e educação, transformando a agenda antigênero em um eixo estruturante do debate público (Corrêa e Kalil, 2020). Ao mesmo tempo, no Legislativo, as bancadas religiosas ampliaram sua influência, bloqueando pautas ligadas a direitos sexuais e reprodutivos, reforçando projetos regressivos associados à defesa da família e impondo concessões importantes à Dilma que,

¹⁵ As Jornadas de Junho de 2013 foram uma onda de mobilizações populares no Brasil, inicialmente contra o aumento das tarifas de transporte público, mas que rapidamente se ampliaram para pautas difusas envolvendo corrupção, gastos com megaeventos e críticas à representação política tradicional (Braun, 2023).

em 2014, buscava garantir sua governabilidade e reeleição em meio à crise política que se agravou sob a Operação Lava Jato¹⁶ (Zanatta *et al.*, 2016; Corrêa e Kalil, 2020).

Assim, em 2014, Dilma foi reeleita para o quarto governo petista consecutivo no país, ao mesmo tempo em que se formou o Congresso, até então, mais conservador do período pós ditadura militar (Zanatta *et al.*, 2016). Durante seu segundo mandato (2015-2016), proliferaram projetos legislativos regressivos, voltados à restrição do aborto e à reafirmação de valores familiares tradicionais que, em sintonia com o pânico moral criado e difundido pela ofensiva antigênero e com o avanço da austeridade promovida pelo Ajuste Fiscal de 2015¹⁷, colocaram em risco iminente políticas públicas garantidoras de direitos.

Nesse momento, a retórica da “ideologia de gênero” se intensificou como ferramenta de mobilização em meio à crise político-econômica e ao avanço de discursos anticorrupção, convertendo-se em uma estratégia para deslegitimar a agenda dos governos petistas e a então presidenta (Corrêa e Kalil, 2020). Como apontam Biroli, Quintela e Tatagiba (2024, p. 7), os grupos conservadores utilizaram do neologismo para afirmar que “as mudanças políticas das décadas anteriores ameaçavam ‘a família’ e a infância, bem como a autoridade dos pais a liberdade religiosa, [e que] a ‘maioria cristã’ deveria determinar a legislação e a política nacional, em vez de ideologias estranhas aos valores nacionais”.

Esse cenário de crise, somado à ampliação da força das bancadas religiosas e a crescente instrumentalização da retórica antigênero, abriu caminho para o *impeachment* de Dilma em 2016 como o desfecho de um processo de desestabilização mais amplo, contando com declarações do tipo “tchau, querida!” e “em nome de Deus, da família e da moral” (Almeida e Amaral, 2020; Mano e Macêdo, 2018). Nesse processo, os direitos sexuais e reprodutivos foram transformados em um verdadeiro campo de batalha, mobilizados como instrumento central de deslegitimação da então presidenta e do fortalecimento da agenda antigênero a partir do *impeachment* (Mano e Macêdo, 2018). Assim, representando a consolidação de um projeto neoliberal apoiado por setores conservadores e religiosos, que avançou sobre políticas sociais em nome da austeridade, tem-se início um ciclo de desmonte

¹⁶ A Operação Lava Jato, deflagrada em 2013, revelou esquemas de corrupção ligados à Petrobras e levou à prisão de empresários e líderes políticos, tornando-se um marco na trajetória político-institucional do país tanto pelo alcance inédito das investigações quanto pelas críticas à espetacularização e ao viés político de sua condução (Corrêa e Kalil, 2020).

¹⁷ O ajuste fiscal do governo Dilma surge em 2015 em meio à desaceleração econômica e à queda da arrecadação, promovendo cortes de gastos, revisão de benefícios sociais e aumento de tributos na tentativa de reequilibrar as contas públicas (Sicsu, 2015).

democrático em que a pauta antigênero passou a estruturar a reorganização do Estado e a redefinir suas prioridades (Almeida e Amaral, 2020).

No mesmo ano, Temer (2016-2018), antes vice-presidente de Dilma, assumiu a presidência “apoiado por uma vasta gama de setores conservadores e reacionários interessados em um extenso programa de caráter ultraliberal, autoritário e repressivo” (Junqueira, 2022, p. 197). Nesse momento, a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016¹⁸ materializou a aliança entre esses grupos ao impor um Teto de Gastos que comprometeu a sustentabilidade das políticas sociais e acelerou retrocessos em áreas como a saúde, reafirmando o compromisso do então presidente com as forças políticas e econômicas conservadoras que o apoiavam, a despeito de suas as baixas taxas de aprovação (Almeida e Amaral, 2020; Junqueira, 2022).

Esse alinhamento entre austeridade fiscal e conservadorismo moral se expressou não apenas na desestruturação institucional, mas também em uma vasta gama de retrocessos nas políticas públicas, como foi o caso da redução deliberada da centralidade das políticas para as mulheres na agenda política (Tokarski *et al.*, 2023a). Esse quadro, apoiado pelo Congresso e pelo grande capital, e sob a influência da mídia e de diferentes meios de comunicação digitais, reforçou a retórica da “família” como rede de proteção e criou as condições para o fortalecimento político das forças antigênero que, em 2018, pautaram o processo eleitoral e ocuparam o aparato estatal durante o governo Bolsonaro (2019-2022) (Almeida e Amaral, 2020; Junqueira, 2022).

A eleição de Jair Bolsonaro (2019-2022) representou, portanto, a incorporação da ofensiva antigênero como diretriz governamental na qual, a partir de uma posição de *insider*, atores antigênero transcenderam sua atuação legislativa e mobilização política (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024). Tendo o ataque ao aborto como tema transversal da ofensiva, agendas “pró-vida” e contra os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foram disseminadas em consonância com a manutenção do Teto de Gastos como diretriz central da política fiscal, o que aprofundou a fragilidade das políticas de gênero e para mulheres ao mesmo tempo em que reforçou a retórica da família como única instância legítima de proteção social (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024; Junqueira, 2022).

¹⁸ A EC nº 95/2016 “trata-se de uma regra fiscal que limita o gasto público, determinando que o dispêndio máximo do governo deve ser equivalente ao do ano anterior, podendo apenas ser corrigido pela inflação, através do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo)” (Almeida e Amaral, 2020, p. 446).

No Congresso, a sintonia com o Executivo conservador resultou na intensificação de projetos voltados a restringir direitos sociais e, dentro deles, os das mulheres, com a tramitação de propostas que buscavam limitar o aborto, censurar a educação sexual e promover a “proteção da família”. Consolidava-se, portanto, a articulação dos poderes em torno da defesa da “família tradicional” como eixo de organização de políticas públicas e da ofensiva antigênero como ferramenta de retrocesso institucional (Maracci e Prado, 2022).

Nas pastas ministeriais, sob os lemas “Deus, pátria e família” e “Brasil acima de tudo, Deus acima de todos!” promovidos pelo então presidente, lideranças religiosas conquistaram espaços estratégicos centrais, como no MS, MMFDH e no Ministério da Educação (MEC) (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Sob a liderança de Damares Alves e com a máxima de “proteger, mas não promover” direitos, o MMFDH assumiu a função de articular a gramática antigênero como política oficial do governo, tornando-se o núcleo estratégico da ofensiva que, ao mesmo tempo em que reafirmava a centralidade da família, legitimava cortes, censuras e denúncias contra iniciativas de igualdade de gênero e diversidade sexual (Maracci e Prado, 2022). No MEC, essa articulação foi reforçada através da incorporação de conflitos ligados ao Movimento Escola Sem Partido (MESP) e os seguidores de Olavo de Carvalho¹⁹, tornando-se uma plataforma de difusão da retórica contra a “ideologia de gênero” e a “doutrinação nas escolas” (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Por sua vez, no MS, ainda que com um vasto corpo técnico com experiência na gestão pública, o governo de extrema direita de Bolsonaro (2019-2022), imerso em um contexto de conflitos em torno da gestão da pandemia de Covid-19 a partir de 2020, indicou ativistas antiaborto para posições diversas nas suas Secretarias e nomeou como chefes da pasta militares que, para além do negacionismo e anticientificismo, assumiram a pauta antigênero como diretriz (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Assim, a trajetória da ofensiva antigênero no Brasil foi marcada pela difusão do dispositivo da “ideologia de gênero” — inicialmente restrito a setores católicos e, posteriormente, consolidado por grupos evangélicos — em aliança com os defensores da austeridade fiscal e do neoliberalismo em sentido mais amplo. Esta junção na coalizão de governo, progressivamente instalada na década de 2010, fragilizou direitos sexuais e

¹⁹ O MESP foi criado em 2004 como uma reação à chamada “doutrinação ideológica” nas salas de aula e ganhou força nos anos seguintes ao ecoar ideias difundidas por Olavo de Carvalho, cuja influência intelectual forneceu a base para associar pautas educacionais a uma suposta ameaça moral que se articulou diretamente com a retórica da ofensiva antigênero e da “ideologia de gênero” (Marinho, 2016).

reprodutivos e a agenda de gênero, corroeu marcos democráticos e deslocou a sociedade civil para a defesa de valores conservadores em torno da “família tradicional” (Corrêa e Kalil, 2020; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Todavia, ainda que desde os governos Dilma (2011-2016) “ações e políticas [já] reverberavam concepções anacrônicas de mulher como mãe e cuidadora (como a [criação da] Rede Cegonha)” (Junqueira, 2022, p. 194), foi no governo Bolsonaro (2019-2022) que a ofensiva antigênero se tornou uma política de governo e a “proteção da família” assumiu o *status* de discurso oficial contra a diversidade de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos (Maracci e Prado, 2022). A área da saúde foi um de alvos prioritários da aliança entre a agenda antigênero e neoliberal que, em consonância com a histórica disputa normativa entre integralidade e materno-infantilismo na política de saúde das mulheres — apresentada a seguir —, intensificou os esforços para um possível desmonte da PNAISM enquanto principal Política Nacional de saúde das mulheres no Brasil do século XXI (Brandão e Cabral, 2019; Rosa e Cabral, 2023; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

1.3. Do materno-infantilismo à integralidade: tensões normativas na institucionalização da política de saúde das mulheres no Brasil

No Brasil, o início das políticas públicas de saúde das mulheres remonta às décadas de 1930, 1940 e 1950 quando, de forma verticalizada e centralizada, “ações educativas no âmbito da higiene e da puericultura²⁰, com o objetivo de garantir a sobrevivência das crianças” (Rosa, 2023, p. 55), passaram a ser adotadas pelo governo federal a partir de um paradigma materno-infantil (Freitas *et al.*, 2009). Ainda que com importantes conquistas no período, como o direito ao aborto em casos de risco de vida da mãe e de gestações consequentes de estupro, o materno-infantilismo imprimiu nas políticas um caráter reducionista, essencialista e conservador, que centralizou a assistência à saúde das mulheres na gestação, no parto e na criança (Rosa, 2023). Ademais, como parte de uma estratégia de desenvolvimento econômico, em um contexto de altos índices de mortalidade, concentração territorial e interesses do mercado interno, o governo federal também adotava uma postura em prol do aumento da natalidade, promovendo ações de estímulo à reprodução (Rosa, 2023).

²⁰ A puericultura é o acompanhamento contínuo da saúde de crianças e adolescentes que busca reduzir a morbimortalidade infantil e promover o desenvolvimento da qualidade de vida (Fernandes *et al.*, 2023).

Foi a partir da década de 1960 que os contornos desse cenário começaram a se alterar frente a uma relativa convergência entre a crescente influência das agendas feministas na esfera pública e o debate internacional sobre o controle de natalidade (Freitas *et al.*, 2009; Rosa, 2023). Naquele momento, os movimentos feministas brasileiros reivindicaram direitos sexuais e reprodutivos que garantissem a autonomia das mulheres sobre seus corpos e melhores condições de vida, “propondo uma igualdade social que reconhecesse as diferenças, hoje expressa na ideia de ‘equidade de gênero’” (Freitas *et al.*, 2009, p. 425). Ademais, com o crescimento acelerado da população mundial, diversos países começam a adotar políticas de natalidade com objetivos de redução da fecundidade e diminuição da pobreza que, em consonância com a pressão política dos movimentos feministas em prol de direitos sexuais e reprodutivos, acabaram por influenciar a criação da política nacional de planejamento familiar brasileira, inserida no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI) de 1975 (Rosa, 2023).

No entanto, o PMI nasceu imerso em uma institucionalidade conservadora imposta pela ditadura civil-militar em curso, que enfrentava um momento de declínio da economia e da qualidade dos serviços de saúde (Rosa, 2023). Esse cenário favoreceu a mudança de postura do governo federal em favor de políticas de controle populacional como parte das estratégias de desenvolvimento e redução da pobreza, mas o controle do corpo feminino e sua subordinação à condição de mãe seguiram presentes. Nesse sentido, embora as demandas dos movimentos feministas por política de planejamento familiar convergissem parcialmente com o interesse do governo em controlar a natalidade, a manutenção de uma perspectiva conservadora nas políticas de saúde das mulheres dos anos 1970 foi alvo de constantes questionamentos. Isso porque, ainda que oficialmente integrado às diretrizes federais da saúde, o planejamento familiar, que envolve questões como saúde sexual e reprodutiva e bem-estar, sofreu forte resistência de grupos conservadores e religiosos, limitando-se, na prática, a ações de controle da reprodução.

Assim, na década de 1980, os movimentos feministas, orientados por lutas pela “igualdade nas leis e por políticas públicas que contemplassem as relações de gênero, as desigualdades nas relações de trabalho e o direito à saúde” (Souto e Moreira, 2021, p. 833), em consonância com a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)²¹,

²¹ “Articulando o enfrentamento à ditadura militar com o projeto socialista de um sistema de saúde único, universal, gratuito, de qualidade, com participação e controle social, esse movimento [MRSB] congregou

imprimiram um caráter político às suas demandas, conquistando espaços de participação social e ampliando o debate em torno da construção de uma saúde universal, democrática e equitativa (Rosa, 2023; Freitas *et al.*, 2009). É a partir desse momento, então, que a integralidade — ao institucionalizar uma atenção à saúde das mulheres que considere todos os ciclos da vida e reconheça suas especificidades e contextos — emergiu na saúde das mulheres como um paradigma que passaria a competir diretamente com o materno-infantilismo, orientando seus princípios, objetivos e diretrizes (Souto e Moreira, 2021; Rosa e Cabral, 2024; Freitas *et al.*, 2009).

Essa inflexão foi materializada na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984²², e veio acompanhada de mudanças na estrutura do MS, onde a então Área Técnica Materno-Infantil se tornou a Área Técnica de Saúde da Mulher (Souto e Moreira, 2021). O PAISM, ao institucionalizar a integralidade como princípio norteador, buscava não apenas extrapolar os temas clássicos de concepção e contracepção na assistência à saúde das mulheres, como também promover uma nova noção de saúde que incorporasse as questões de gênero²³, as desigualdades sociais e a crítica aos papéis tradicionais atribuídos às mulheres, reconhecendo-as como sujeitos de direitos e cidadãs plenas (Medeiros e Guareschi, 2009). Esse processo foi fortalecido pela elaboração da Carta de Itapecerica²⁴, que denunciava a desigualdade de gênero e criticava a medicalização do corpo feminino, ao mesmo tempo em que afirmava a integralidade, a equidade e a participação social como princípios centrais da política de saúde das mulheres, bases essas que orientaram o PAISM e, mais tarde, o SUS (Rosa, 2023; Souto e Moreira, 2021).

Ademais, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985 foi responsável por institucionalizar a participação social e abrir espaço para a agenda feminista na formulação de políticas públicas para as mulheres. Sua criação foi acompanhada pela realização da I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (1ª CNSMu) em 1986 a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) do mesmo ano, com o

profissionais de saúde, gestores, lideranças políticas e movimentos sociais em torno da construção de um sistema único de saúde, garantido na Constituição Cidadã de 1988” (Souto e Moreira, 2021, p. 833).

²² O PAISM foi elaborado em 1983 e seu documento orientador publicado em 1984 (Souto e Moreira, 2021).

²³ “Gênero não aparece como texto no PAISM, mas como ação, ou seja, como se constituiu esse programa e como vem se constituindo a forma como pensamos esse sujeito-mulher-cidadã da saúde, que passa a se organizar em um coletivo de mulheres reivindicando direitos sobre seu corpo, sobre si” (Medeiros e Guareschi, 2009).

²⁴ Em 1984 foi realizado o I Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em Itapecerica da Serra - São Paulo, reunindo representantes de várias regiões do país, entre profissionais de saúde e feministas, para discutir a situação da saúde das mulheres no Brasil e apresentar propostas para a institucionalização da integralidade, equidade e participação social na saúde. A partir do encontro e dos debates e propostas que lá emergiram, foi elaborada a Carta de Itapecerica (Souto e Moreira, 2021).

reconhecimento das especificidades da saúde das mulheres no âmbito da Reforma Sanitária. Estes fóruns e eventos representaram espaços de consolidação do diálogo entre governo e sociedade civil, centrais na promoção de legitimidade social e respaldo político ao PAISM (Souto e Moreira, 2021).

Já nos anos seguinte, com a criação do SUS pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990, com os complementos da Lei nº 8.142/1990)²⁵, a integralidade deixou de ser apenas uma diretriz do PAISM e passou a se configurar como um princípio fundamental do sistema público de saúde brasileiro, ganhando densidade normativa, assegurando maior estabilidade institucional e ampliando a capacidade de implementação da atenção integral à saúde das mulheres (Souto e Moreira, 2021; Freitas *et al.*, 2009). Nesse percurso, a criação, em 1993, da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), manteve uma articulação constante com os movimentos feministas — com participações de membros da recém criada Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS)²⁶ —, e exerceu um papel importante na implementação e monitoramento do PAISM (Souto e Moreira, 2021).

Todavia, ainda que a incorporação do princípio da integralidade pelo PAISM e pelo SUS tenham representado um avanço na atenção à saúde das mulheres, assim como a ampliação dos espaços participativos relativos ao tema tornaram o Programa mais democrático e alinhado às múltiplas realidades das mulheres brasileiras que seus antecessores, seus objetivos não foram plenamente alcançados (Rosa, 2023; Freitas *et al.*, 2009). Em certa medida, essa limitação em implementar efetivamente a proposta inaugurada pelo PAISM expressava os limites do SUS que, apesar de instituir a integralidade, equidade e universalidade como princípios fundamentais, enfrentava na prática a fragmentação dos serviços, a permanência de práticas medicalizantes e as desigualdades regionais (Medeiros e Guareschi, 2009).

²⁵ O SUS foi instituído juridicamente a partir da chamada Lei Orgânica da Saúde, composta principalmente pela Lei nº 8.080/1990, que define os princípios, diretrizes, objetivos, campo de atuação e a organização do sistema de saúde, e pela Lei nº 8.142/1990, que complementa este marco ao regulamentar os mecanismos de participação social, por meio das conferências e conselhos de saúde, bem como as regras de transferência intergovernamental de recursos financeiros no âmbito do SUS (Brasil, 1990a; 1990b). Em conjunto, essas leis operacionalizam os dispositivos da Constituição de 1988 e estruturam institucionalmente o sistema público de saúde brasileiro.

²⁶ A RFS criada em 1991, reúne organizações, pesquisadoras e ativistas em diferentes estados do país, articulando uma agenda feminista e antirracista que combina advocacy e participação em espaços de controle social para afirmar a saúde integral das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos no SUS (RFS, [s.d.])

Ademais, no que tange especificamente ao Programa, diversas críticas foram formuladas quanto à centralidade do planejamento familiar nos objetivos e à ausência do homem nas ações de controle da natalidade, gerando um clima de desconfiança social sobre o PAISM ser um mecanismo de manejo da fecundidade promovido pelo governo federal e não da garantia de direitos às mulheres (Rosa, 2023). Além disso, ainda que imerso num contexto de redemocratização e luta por expansão de direitos de diversas ordens, a implementação do PAISM também foi contingenciada em função das oposições dentro e fora do governo. Neste último caso envolvendo grupos de tendência privatista na saúde, a Igreja Católica e associações de ginecologistas, todos resistentes aos termos que sustentavam as propostas do PAISM (Rosa, 2023).

Assim, apesar da integralidade ter representado um avanço ao substituir o paradigma materno-infantil nas normativas da política de saúde das mulheres, na prática a disputa entre ambos permaneceu latente, refletindo os embates ideológicos da sociedade e as limitações político-institucionais do SUS. Mesmo com conquistas graduais, como a derrota da PEC nº 25/1995 sobre a “inviolabilidade do direito à vida desde a sua concepção”²⁷ e a promulgação da Lei de Planejamento Familiar em 1996²⁸, a integralidade seguia distante de se concretizar plenamente (Rosa, 2023; Medeiros e Guareschi, 2009). Esse cenário se estendeu até 2003 quando, no governo Lula 1 (2003-2006), para além do fortalecimento dos espaços participativos e da incorporação de feministas na burocracia do MS, a saúde das mulheres foi reafirmada como prioridade política no SUS — tendo como marco do período, a partir do legado construído pelo PAISM, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004 (Rosa e Cabral, 2024; Rosa, 2023).

Integrada em uma agenda mais ampla de políticas para as mulheres no início dos anos 2000²⁹, a formulação da PNAISM ocorreu

²⁷ A PEC nº 25/1995, apresentada em um contexto de forte pressão de setores conservadores da Igreja e rejeitada pela Câmara em 1996, buscava garantir a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção, o que implicaria a proibição do aborto em qualquer circunstância, inclusive nos casos já previstos em lei naquele momento (risco de vida da mãe e estupro) (RFS, [s.d.])b).

²⁸ A Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996) representou mais um avanço importante por incluir explicitamente os homens nas ações de planejamento familiar e assegurar o direito de regulação da fecundidade, deslocando o eixo do controle demográfico verticalizado para o reconhecimento da autonomia das mulheres, homens e do casal no exercício de seus direitos reprodutivos (Rosa, 2023).

²⁹ A institucionalização das políticas para as mulheres no Brasil tem como marco a criação, com *status* ministerial, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2003 e a ampliação das agendas feministas nos espaços institucionais de forma intersetorial, especialmente com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM) em 2004, que desencadeou no I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM) — e suas edições futuras (Souto e Moreira, 2021).

Através do diálogo sistemático entre Ministério da Saúde e representantes de movimentos sociais de mulheres e feministas, como: Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; Articulação de Mulheres Brasileiras; Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais; e Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (Rosa e Cabral, 2023, p. 3).

Ademais, assim como em sua formulação, a implementação da PNAISM contou com a mobilização feminista em instâncias de controle social, como a CISMU e o CNDM, e com a atuação direta de militantes na estrutura do MS, incluindo a ocupação de cargos técnicos e a articulação intersetorial, como com a SPM, que fortaleceram a tradução das reivindicações em ações concretas no SUS (Souto e Moreira, 2021).

Como fruto dessas articulações, a PNAISM representou um marco na política de saúde das mulheres ao converter o Programa (PAISM) em Política Nacional (PNAISM), adquirindo maior abrangência normativa e capacidade de institucionalização, mantendo a integralidade e a promoção da saúde e incorporando textualmente o enfoque de gênero entre seus princípios norteadores (Rosa e Cabral, 2023, 2024). Assim, a política permitiu a expansão do escopo da assistência à saúde das mulheres, contemplando objetivos que incluíam desde a melhoria da atenção obstétrica e neonatal até a promoção da saúde mental, do climatério, da terceira idade, do enfrentamento à violência sexual e doméstica e da inclusão da atenção às especificidades das mulheres em situação de prisão, negras, lésbicas, indígenas e trabalhadoras rurais (Freitas *et al.*, 2009; Rosa e Cabral, 2024). Ao mesmo tempo, reafirmou os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e incorporou pautas históricas dos movimentos feministas, como as perspectivas de gênero, raça, classe e região, que já vinham sendo articuladas em instâncias como a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras (CNMB)³⁰ de 2002 (Rosa e Cabral, 2023).

A partir de então, ainda que as disputas ideológicas e políticas seguissem latentes, a segunda metade da década de 2000 foi marcada por um processo de fortalecimento institucional da assistência à saúde das mulheres, consolidando diretrizes e ampliando serviços no SUS (Lima e Deslandes, 2014). Já em 2005, o MS, através da Portaria nº 1.508/2005, promoveu uma importante atualização da *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, corrigindo distorções da primeira versão ao eliminar a exigência do boletim de ocorrência

³⁰ A CNMB produziu o documento *Plataforma Política Feminista* a partir da articulação de agendas feministas em torno de diversos temas, entre eles a saúde e a centralidade da integralidade, dos direitos sexuais e reprodutivos e das diferentes opressões de gênero, raça e classe nessas políticas para as mulheres (Rosa e Cabral, 2023).

policial ou laudo do Instituto Médico Legal (IML) e estabelecer que apenas o consentimento por escrito da mulher seria necessário para a realização do aborto legal (Madeiro e Diniz, 2016; Lima e Deslandes, 2014). Essa alteração, embora representasse um avanço para a garantia de autonomia das mulheres e seu acesso à saúde, revelou os limites entre a normatização progressista e sua efetividade prática ao encontrar forte resistência de setores conservadores e de parte do corpo médico, “que acusaram o Ministério da Saúde de estar trabalhando pela legalização do aborto” (Lima e Deslandes, 2014, p. 793).

No ano seguinte (2006), a agenda da saúde das mulheres também foi atravessada pela promulgação do Pacto Pela Saúde através da Portaria GM/MS nº 399/2006, que buscava reorganizar o SUS em torno dos eixos do Pacto pela Vida, do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão (Carneiro *et al.*, 2014). Todavia, ainda que incluindo ações diretamente relacionadas à saúde da mulher, como a redução da mortalidade materna e infantil (Rosa e Cabral, 2023), o Pacto reforçava a persistência do materno-infantilismo na agenda ao centralizar esforços na saúde reprodutiva em detrimento de outras dimensões da integralidade. Ademais, a promulgação pela SPM, em 2007, do Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres também perpassou a PNAISM ao firmar um acordo entre os Ministérios — entre eles o MS — e os entes federados para estabelecer responsabilidades, definir metas e garantir recursos ao tema — ainda que na prática tenha enfrentado resistências dos governos estaduais na pactuação dessas prioridades (Lima e Deslandes, 2014).

Na esteira dessas transformações, nos anos 2000 os movimentos feministas ampliaram sua presença na esfera pública, ocuparam conselhos, conferências e espaços institucionais de decisão, ao mesmo tempo em que articularam mobilizações sociais que constantemente tencionaram a agenda da política de saúde das mulheres (Souto e Moreira, 2021; Rosa e Cabral, 2024). Como exemplo da força dessa participação, em 2007, a RFS participou da Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe, realizada em Quito - Equador, que teve como resultado a instituição do Observatório sobre Igualdade de Gênero³¹, “com o objetivo de analisar e tornar visível o cumprimento de metas e objetivos internacionais em torno da igualdade de gênero” (RFS, [s.d.]). Ademais, em 2008, a RFS foi fundadora da Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do

³¹ Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, lançado em 2009, “é um mecanismo estratégico para subsidiar a formulação e implementação das políticas públicas para as mulheres no Brasil e para o acompanhamento dos indicadores de desigualdades de gênero e dos direitos das mulheres”, e atualmente se constitui como um “órgão permanente no âmbito do Ministério das Mulheres [MMulheres] e mecanismo institucional gestor de dados e informações” (Brasil, [s.d.]).

Aborto (FNPLA), consolidando a articulação entre diferentes coletivos feministas em prol da defesa do aborto legal e seguro como parte fundamental de uma agenda democrática mais ampla — e reforçando a centralidade do tema na agenda da política de saúde das mulheres (RFS, [s.d.]b).

Todavia, na contramão do clima político favorável às políticas públicas relacionadas a gênero e saúde, a década de 2000 também foi marcada por influências de grupos religiosos, especialmente no Congresso Nacional, que se consolidaram na esfera pública na década seguinte (Corrêa e Kalil, 2020). Em oposição ao processo de institucionalização das políticas de gênero e para as mulheres, esses grupos se engajaram em uma crescente ofensiva antigênero, mobilizada pelo neologismo da “ideologia de gênero” e pela repulsa a uma “interferência indevida” do Estado no âmbito familiar que, associada à latente agenda neoliberal, reforçaram na saúde da mulher uma perspectiva materno-infantil e colocaram a luta anti-aborto como uma agenda política central (Corrêa e Kalil, 2020; Junqueira, 2022; Rosa e Cabral, 2024).

Nesse contexto, a virada para a década de 2010 foi marcada pelo aprofundamento das disputas político-ideológicas em torno das políticas para as mulheres, em um momento que a agenda da ofensiva antigênero começava a ganhar mais espaço institucional em detrimento das pautas feministas, que desde a década de 1980 vinham disputando esses espaços e gradualmente ampliando direitos (Corrêa e Kalil, 2020; Souto e Moreira, 2021). Como reflexo desse cenário, a eleição, em 2010, de Dilma Rousseff como primeira presidenta mulher no Brasil, foi acompanhada da divulgação de uma carta pública aos setores religiosos — especialmente evangélicos —, onde a então candidata reconhecia a importância das igrejas e assumia o compromisso de não propor mudanças na legislação sobre aborto, delegando ao Congresso a definição sobre tais questões (Machado, 2012; Corrêa e Kalil, 2020). Nesse momento, a carta, embora estratégica para reduzir resistências à sua eleição, simbolizou os limites impostos pela correlação de forças políticas do período e antecipou o acirramento nos anos seguintes das tensões entre a agenda feminista e os grupos conservadores religiosos (Machado, 2012).

Essas tensões passaram a influenciar diretamente na assistência integral à saúde das mulheres proposta pela PNAISM, materializando-se já em 2011 com a instituição da Rede Cegonha pela Portaria nº 1.459/2011. Ao estabelecer “uma oposição deliberadamente independente e dissociada em referência à PNAISM” (Rosa, 2023, p. 169), a RC, embora

apresentasse inovações no cuidado obstétrico e neonatal, afastou-se do princípio norteador da integralidade e abandonou o enfoque de gênero, competindo com a PNAISM e se colocando ao lado dela como as duas maiores iniciativas governamentais relativas à saúde das mulheres do século XXI (Rosa e Cabral, 2024). Assim, a política de saúde das mulheres, em especial a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos, foi alvo de ataques que voltaram gradativamente a pautar o debate público no primeiro governo Dilma (2011-2014), até se consolidarem como um discurso de amplo alcance social, mobilizado de forma decisiva na campanha que levou à eleição de Bolsonaro em 2018 e caracterizou a agenda de seu governo (Junqueira, 2022; Corrêa e Kalil, 2020).

Nota-se, portanto, como a trajetória da política de saúde das mulheres no Brasil é historicamente perpassada por tensões ideológicas e normativas que, a partir da gestão Dilma 1 (2011-2014), intensificaram-se, não apenas com a criação da RC em uma perspectiva materno-infantil em detrimento da integralidade proposta pela PNAISM, como também pela crescente ofensiva antigênero de grupos políticos religiosos sob o governo (Rosa e Cabral, 2024; Souto e Moreira, 2021; Corrêa e Kalil, 2020). Esse macro cenário conservador, em consonância com o avanço das políticas de austeridade fiscal da década de 2010, possibilitou não apenas o *impeachment* de Dilma em 2016 e a eleição de Bolsonaro em 2018, como também desencadeou o desmonte das políticas para as mulheres e de políticas de saúde, como as de saúde mental e indígena (Rosa e Cabral, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Machado e Jerônimo, 2024; Menicucci, 2024).

Assim, em meio a uma conjuntura de desmonte generalizado em um contexto de ofensiva antigênero e austeridade neoliberal (Sátyro, 2024; Faria e Lima, 2024; Roggeband e Krizsán, 2020; Corrêa e Kalil, 2020), e partindo da disputa normativa entre integralidade e materno-infantilismo (Rosa, 2023; Rosa e Cabral, 2023, 2024), esta pesquisa analisa a política de saúde das mulheres, apoiando-se na teoria do desmonte de políticas públicas de Bauer e Knill (2012) que, apresentada no capítulo seguinte, tem sido amplamente discutida e aplicada na literatura internacional e brasileira sobre o desmonte de políticas.

CAPÍTULO 2 - A TEORIA DO DESMONTE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES

Diante das especificidades do cenário em que austeridade fiscal e conservadorismo moral convergem para redefinir os sentidos e os limites da ação estatal, promovendo retrocessos em políticas de gênero e para mulheres, este capítulo se volta à fundamentação teórica que sustenta a análise do desmonte da política de saúde das mulheres. Partindo do debate sobre mudança de políticas públicas, discute o desmonte como uma forma específica de mudanças regressivas, articulando abordagens internacionais e nacionais, e verificando como os processos de desmonte das políticas de saúde e para as mulheres no Brasil se articularam às agendas de austeridade e moralização das políticas sociais. Ao longo do capítulo, essas perspectivas são articuladas de modo a delinear o referencial que orienta a análise da pesquisa, culminando na exposição da proposta analítica de Bauer e Knill (2012), cujo modelo fornece as bases para compreender o fenômeno de interesse aqui investigado.

2.1. Da mudança política ao desmonte das políticas públicas

As políticas públicas constituem um campo de estudos historicamente centrado na “análise das políticas”, verificando questões como o desenho e a avaliação de políticas, e nos “estudos do processo de políticas públicas”, analisando sua formulação, implementação e mudança (Peters e Zittoun, 2016). Nesse sentido, os estudos em torno das mudanças de políticas, enquanto uma agenda do campo particularmente relevante para esta pesquisa, se propuseram a explicar as escolhas em torno das políticas públicas, lidando com a interação entre interesses, ideias e instituições que moldam o processo e condicionam a trajetória dessas políticas (Peters e Zittoun, 2016). Entre esses estudos, destacam-se os modelos clássicos que analisaram o processo de mudança nas políticas, como o Modelo de Múltiplos Fluxos (Kingdon, [1984] 1995), o Modelo da Coalizão de Defesa (Sabatier, 1987; 1988; Sabatier e Jenkins-Smith, 1993) e a Teoria do Equilíbrio Pontuado (Baumgartner e Jones, 1993), aos quais se soma, mais recentemente, as contribuições da Teoria da Mudança Institucional Gradual (Mahoney e Thelen, 2009).

Primeiramente, com o objetivo de explicar o processo de definição da agenda nas políticas públicas, o Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Stream Framework*) de Kingdon ([1984] 1995) entende que os problemas, soluções e o contexto político, enquanto fluxos relativamente independentes, ao se convergirem, abrem janelas de oportunidades para ascensão de temas na agenda pública que promovam mudanças na política. Por sua vez, o Modelo da Coalizão de Defesa (*Advocacy Coalition Framework*), desenvolvido em Sabatier (1987; 1988) e Sabatier e Jenkins-Smith (1993), volta-se para a análise da mudança e estabilidade nos subsistemas de políticas públicas ao longo do tempo, partindo da premissa que essas refletem disputas entre coalizões que compartilham crenças e enfatizando o papel dos choques externos e endógenos no desencadeamento de mudanças. Já na Teoria do Equilíbrio Pontuado (*Punctuated Equilibrium Theory*), Baumgartner e Jones (1993) se direcionam aos processos de definição de agenda e adoção de políticas públicas, argumentando que essas tendem a longos períodos de estabilidade como resultado da ação conjunta de estruturas institucionais e da cristalização de imagens de políticas públicas que reforçam monopólios de políticas públicas, fazendo com que a mudança ocorra em condições excepcionais nas quais a arena de disputa transborde do subsistema da política para o macrossistema político. Por fim, e mais recentemente, a Teoria da Mudança Institucional Gradual de Mahoney e Thelen (2009) ganhou destaque na literatura de mudança política ao contribuir com uma perspectiva que ressalta que tais mudanças podem ocorrer via choques, mas também de forma incremental, enfatizando que as instituições (e as políticas públicas) podem se transformar de maneira incremental por meio de ajustes sutis e contínuos ao longo do tempo, e que a mudança não é fruto exclusivamente de choques pontuais e abruptos como propuseram os clássicos.

Esses modelos tornaram-se referência na literatura de mudança de políticas, constituindo agendas de pesquisa consolidadas que seguiram sendo influentes e amplamente utilizadas por estudiosos do campo (Real-Dato, 2009). No entanto, apresentam lacunas importantes, não apenas por terem evoluído isoladamente, restringindo o diálogo entre seus limites teóricos e a compreensão mais robusta da mudança política, como também por terem direcionado suas análises às dinâmicas de inovação e expansão de políticas, dedicando relativamente pouca atenção aos mecanismos de retração e descontinuidades dessas (Real-Dato, 2009; Jordan *et al.*, 2013). Nesse sentido, embora saibamos muito sobre a mudança de políticas públicas pela perspectiva da expansão, o pouco diálogo e atenção conferida às dinâmicas de retração nesses modelos resultou na emergência de uma agenda

própria, voltada à compreensão de processos de descontinuidade e desmonte das políticas (Jordan *et al.*, 2013; Bauer *et al.*, 2012; Pierson, 1994).

Jordan *et al.* (2013), na empreitada de sistematização dessa agenda, apontam que tentativas iniciais de estudar mudanças políticas em termos de descontinuidade podem ser identificadas nas literaturas de extinção de políticas públicas, desregulamentação e desmonte do Estado de Bem-Estar Social. Mas, ainda que esses estudos tenham se debruçado sobre análises da mudança pela perspectiva da retração, os autores apontam que as explicações produzidas por eles variam em termos do escopo da análise, ou seja, ora centram nas fontes das preferências políticas, nas estruturas de oportunidades, nas estratégias ou nos efeitos do desmonte³². Dessa forma, a literatura de extinção de políticas trouxe contribuições em termos dos efeitos do desmonte, enquanto a de desregulamentação o fez em termos fonte das preferências, estratégias e efeitos, mas foram os estudos do desmonte do Estado de Bem-Estar Social que, para além destes, englobam as estruturas de oportunidades, oferecendo uma base teórica mais adequada para a análise desse processo (Jordan *et al.*, 2013).

Essa última abordagem tem como marco Pierson (1994) foi o primeiro a utilizar o termo desmonte (*dismantling*) para explicar como governos, pressionados por restrições fiscais e eleitorais, implementaram cortes e reduções de forma politicamente viável em um contexto de reformas do Estado de Bem-Estar Social na década de 1990. Dessa forma, considerando as pressões externas de austeridade frente à resiliência institucional e a forte oposição dos beneficiários, elucidou-se a compreensão de como o desmonte, ao produzir custos políticos concentrados e benefícios difusos, talvez não seja viável de forma abrupta e generalizada, mas poderia se efetivar de forma gradual a partir de diferentes estratégias (Jordan *et al.*, 2013). No entanto, ainda que tenha produzido importantes contribuições e se tornado referência fundamental nos estudos contemporâneos sobre desmonte, a proposta de Pierson (1994) se restringiu à análise de políticas sociais específicas, limitando sua

³² Jordan *et al.* (2013) partem da obra de Bauer *et al.* (2012) para discussão desses elementos. Nesse sentido, Bauer e Knill (2012), no capítulo de apresentação do modelo de análise da obra de Bauer *et al.* (2012), apresentam seis elementos de análise de processos de desmonte. Primeiramente, o que Jordan *et al.* (2013) denominam de forma condensada de *fonte das preferências políticas*, ou seja, porque os políticos escolhem desmontar, é apresentado por Bauer e Knill (2012) como *preferências dos atores e fatores situacionais*. O mesmo ocorre com o elemento de *estruturas de oportunidades* de Jordan *et al.* (2013), ou seja, o contexto em que o desmonte ocorre, que em Bauer e Knill (2012) é apresentado enquanto *fatores externos e oportunidades e restrições institucionais*. Por fim, as *estratégias e efeitos* são apresentados por ambos como elementos centrais de análise do desmonte.

capacidade em empiricizar padrões de mudança em diferentes setores e explicar as preferências dos políticos (Jordan *et al.*, 2013; Bauer e Knill, 2012).

Nesse contexto, a partir das contribuições da abordagem do desmonte do Estado de Bem-Estar Social, Bauer *et al.* (2012) apresentam uma proposta complementar que busca não apenas integrar a análise das fontes das preferências políticas, estruturas de oportunidades, estratégias e efeitos enquanto elementos centrais do desmonte, mas também possibilitar a comparação entre diferentes áreas de políticas públicas (Jordan *et al.*, 2013). Isso porque, como apresentado no *Capítulo 2 - Understanding Policy Dismantling: An Analytical Framework*, de Bauer e Knill (2012), o modelo de análise proposto possibilita a compreensão comparativa de por que, quando e como os políticos se engajam em processos de desmonte, assim como os efeitos desse processo sobre a densidade e intensidade da política e seus instrumentos. Ademais, desde sua proposição, o modelo seguiu sendo aplicado e desenvolvido (Bauer e Knill, 2014; Jordan *et al.*, 2013), expandindo sua aplicação para além de contextos neoliberais e abrangendo também enfoques a contextos contemporâneos de retrocesso democrático e populismo, examinando como governos capturam, desmontam, sabotam ou reformam democracias (Bauer e Becker, 2020; Bauer *et al.*, 2021).

Assim, ainda que a abordagem do desmonte das políticas públicas (Bauer *et al.*, 2012; Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013) apresente limitações, como a ênfase em fatores institucionais e estratégicos em detrimento de variáveis sociopolíticas mais amplas, ela permite a definição do conceito, para além de sua operacionalização de forma multidimensional e sua análise enquanto um processo ao longo do tempo. Sua aplicação no estudo de políticas públicas específicas revela-se, portanto, essencial no aprofundamento do constante diálogo entre teoria e empiria, testando os limites do modelo e permitindo sua adaptação a diferentes contextos que, em última instância, aprimoram a própria estrutura teórica e o conhecimento produzido em torno desse fenômeno (Bauer e Knill, 2012).

2.2. Abordagens sobre o desmonte no Brasil

Os estudos sobre o desmonte de políticas públicas no Brasil se difundiram de forma expressiva nos últimos anos, em diálogo com referenciais internacionais como Pierson (1994) e Bauer *et al.* (2012), e com adaptações ao contexto nacional e às especificidades do setor estudado por cada um (Sátyro, 2024; Faria e Lima, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023;

Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023b; Cury, 2024; Irving, Oliveira e Lima, 2023; Cavalcante, 2023; Faria, Casarões e Lopes, 2024). É notória como a expansão dessa literatura ocorreu especialmente a partir do governo Bolsonaro (2019-2022), concomitante ao avanço da agenda de austeridade fiscal e de projetos conservadores que passaram a colocar em risco iminente a institucionalidade que vinha sendo construída no país desde a Constituição de 1988 (Gomide, Silva e Leopoldi, 2023; Sátyro, 2024). Nesse cenário, o conceito de desmonte passou a ser utilizado na análise de mudanças em diferentes políticas, que sofreram não apenas o corte de gastos, mas também amplos processos de erosão institucional, enfraquecimento de capacidades estatais e participação social e deslegitimação de determinadas agendas — especialmente as de forte teor ideológico (Faria e Lima, 2024; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023b; Menicucci, 2024).

Desse modo, ainda que com recortes de pesquisa distintos, o compartilhamento da base teórica, assim como do macro contexto político-institucional e socioeconômico no qual as análises se inserem, contribuiu para que os estudos brasileiros apresentassem características comuns, sendo um desses pontos a análise das estratégias de desmonte adotadas pelos políticos e seus efeitos. Faria e Lima (2024) apontam que os processos de desmonte no Brasil na década de 2010 envolveram cortes orçamentários e reformas institucionais, assim como a utilização de estratégias menos visíveis, como a inação e a obstrução da implementação de políticas. Os autores destacam que o traço distintivo desse processo foi a capacidade de transformar a inércia administrativa em instrumento ativo de retração gradual, conferindo ao desmonte um caráter incremental e de difícil contestação pública, na medida em que se naturalizou a retração de políticas como se fossem meros ajustes técnicos.

Nesse processo, a convergência entre austeridade fiscal e a ascensão política de uma extrema direita conservadora aparecem como eixos centrais nas mudanças regressivas do período em relação aos avanços políticos, econômicos e sociais promovidos desde a Constituição de 1988. Segundo Sátyro (2024), a aprovação da EC nº 95/2016, no governo Temer (2016-2018), representou uma ruptura com esses avanços ao institucionalizar o congelamento de gastos sociais por duas décadas, constituindo-se como o principal instrumento jurídico contemporâneo de retração do Estado de Bem-Estar no Brasil e da equidade do sistema.

Esse argumento também é desenvolvido por Gomide, Silva e Leopoldi (2023), que apontam a EC nº 95/2016 como um marco institucional central na reorganização das políticas públicas. Isso porque, ao impor limites rígidos ao gasto público, a EC nº 95/2016 atingiu diretamente áreas como saúde, educação e assistência social, produzindo efeitos que extrapolaram a dimensão fiscal. Ademais, essa corrosão dos recursos necessários para a manutenção das políticas se deu em uma aliança com a extrema direita, que intensificou a transformação da austeridade em um instrumento ideológico na justificativa de cortes e fragilização da proteção social.

Percebe-se, portanto, como a literatura destaca que essa austeridade não foi apenas um reflexo de crises fiscais, mas uma escolha política deliberada de retração, na qual o corte de gastos foi acompanhado de uma agenda conservadora que buscava redefinir o papel do Estado, reduzindo suas capacidades estatais e a abrangência de políticas públicas garantidoras de direitos (Faria e Lima, 2024; Sátyro, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi; 2023). Ademais, é notório como a combinação de estratégias de desmonte por *default*, mudança de arena, ação ativa e ação simbólica³³ permearam todo o processo, variando em termos de grau e combinação de acordo com o setor, assim como no custo-benefício político em adotá-las (Faria e Lima, 2024; Sátyro, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023).

Nesse sentido, diferentes estudos se propuseram a analisar o desmonte em áreas específicas de políticas, a fim de compreender se, por que e como esse processo se deu frente ao contexto político-institucional e socioeconômico do período (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023b; Cury, 2024; Faria, Casarões e Lopes, 2024; Irving, Oliveira e Lima, 2023; Cavalcante, 2023). Na área da saúde, os estudos convergem no apontamento do desmonte como um processo gradual e multidimensional, que não se limitou ao governo Bolsonaro (2019-2022), ainda que nele tenha se intensificado (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024). Desse modo, a combinação entre austeridade fiscal, desfinanciamento progressivo e ofensiva ideológica contra consensos técnicos teve como efeitos desde a corrosão institucional e a perda de capacidade federativa, até a redução da cobertura vacinal e a reorientação de políticas específicas, como a saúde indígena e mental (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024). Todavia, Menicucci (2024) e Machado e Jerônimo (2024) destacam que, na gestão Bolsonaro (2019-2022), a emergência da pandemia de Covid-19 em 2020 conferiu maior visibilidade

³³ Conforme proposto no modelo analítico de Bauer e Knill (2012), que será apresentado a seguir, na Seção 2.4 deste capítulo.

social e política ao SUS, funcionando como um freio momentâneo ao desmonte que se via em curso em políticas específicas, e garantindo que o Sistema resistisse.

Nas políticas de direitos humanos, o desmonte se deu de forma sistemática, sendo marcado pela combinação entre austeridade fiscal, conservadorismo moral e estratégias institucionais de esvaziamento (Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023b; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023). Como ressaltam Carlos, Pereira e Rodrigues (2025), esse processo atingiu tanto as políticas de igualdade racial e de proteção à população LGBTQIA+ quanto às políticas para as mulheres, todas marcadas por um alto teor ideológico que as tornaram alvos preferenciais da ofensiva conservadora da gestão Bolsonaro (2019-2022). Especificamente nas políticas para as mulheres da SPM, o desmonte se materializou através de cortes orçamentários e rebaixamentos institucionais, assim como pela desconstrução simbólica de seus fundamentos em prol da criação de estruturas administrativas voltadas a afirmar valores antigênero e familistas (Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023b). Nesse sentido, Tokarski *et al.* (2023b) apontam como essas políticas, consolidadas entre 2003 e 2014 a partir dos princípios da transversalidade da perspectiva de gênero³⁴, da interseccionalidade³⁵ e da participação social, passaram por dois ciclos de desmonte: estagnou e retraiu entre 2015 e 2018 e, posteriormente, em 2019 e 2020, foi deslegitimada e desmantelada ao se tornar alvo preferencial da retórica da “ideologia de gênero” promovida pela extrema direita que ocupou o governo, convertendo sua agenda para uma moralidade religiosa.

Ainda nas políticas sociais, o cenário se replicou frente à sua imersão em uma lógica mais ampla da “política de terra arrasada” de Bolsonaro, visto que talvez “o desmantelamento generalizado tenha sido a grande prioridade e o objetivo central [de seu governo], como dito pelo próprio presidente” (Faria e Lima, 2024, p. 13). Assim, historicamente consolidada como direito social pela Constituição de 1988, a política de educação também foi alvo de um processo de desmonte durante no período, marcado por iniciativas de austeridade e disputas ideológicas (Cury, 2024; Faria e Lima, 2024; Sátyro, 2024). Cury (2024) evidencia como a redução de recursos, a deslegitimação da autonomia universitária e o avanço de pautas como o

³⁴ A transversalidade da perspectiva de gênero consiste na adoção da perspectiva de gênero como princípio orientador das políticas públicas, incidindo sobre sua formulação, implementação e avaliação com vistas à promoção da igualdade de gênero — tanto no âmbito federal (transversalidade horizontal), quanto entre os entes federados (transversalidade vertical) (Tokarski *et al.*, 2023b).

³⁵ A interseccionalidade é a ideia de que as desigualdades sociais se constituem a partir da sobreposição e interação de múltiplos eixos de opressão, que operam de forma articulada e produzem experiências sociais distintas (Tokarski *et al.*, 2023b).

*homeschooling*³⁶ e as escolas cívico-militares³⁷, assim como de discursos em torno da “ideologia de gênero” e do anti-intelectualismo, indicaram a tentativa de reverter diversas conquistas institucionais da educação básica e superior. Ademais, a efetividade do desmonte nessa área significou não apenas o enfraquecimento institucional da política, mas também a intensificação de desigualdades sociais e regionais, afetando diretamente a garantia do direito à educação no Brasil (Cury, 2024; Faria e Lima, 2024; Sátyro, 2024).

No que se refere às políticas de proteção à natureza, a literatura evidencia um processo de desmonte articulado e multifacetado sob a agenda da biodiversidade no período entre 2017 e 2021 (Irving, Oliveira e Lima, 2023; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023). Esse processo, enquanto uma estratégia governamental deliberada, e vinculada à um discurso de promoção do desenvolvimento e necessidade de mediar disputas junto à setores sociais, efetivou-se via

Cortes orçamentários sistemáticos, enfraquecimento e esvaziamento de competências dos órgãos vinculados à pauta socioambiental, retrocessos evidentes, com relação à legislação vigente, negligência com ciência e tecnologia, desmobilização das instâncias de controle social ou, ainda, por meio de construção de narrativas desfavoráveis às políticas públicas de proteção da natureza (Irving, Oliveira e Lima, 2023, p. 203).

Além disso, Irving, Oliveira e Lima (2023) argumentam que, contrariando todos os acordos internacionais com relação à agenda da biodiversidade³⁸, assim como os direitos de povos e populações tradicionais, esse cenário favoreceu o desmonte da política, fomentando um sentimento geral de impunidade contra os crimes ambientais e recorrentes retrocessos marcados pelo pouco apoio da mídia e da academia à resistência promovida pelos movimentos sociais.

Por sua vez, as políticas de inovação também sofreram retrações significativas na década de 2010 (Cavalcante, 2023; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023). Ao analisar as mudanças nos instrumentos dos arranjos de governança da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I), Cavalcante (2023) demonstra que, após um ciclo de expansão entre 2003 e 2013, o setor passou a enfrentar retrocessos contínuos, tendo, em 2016, o início do seu

³⁶ “A *homeschooling*, também chamada de educação doméstica ou educação no lar, é um movimento relativamente recente pelo qual os pais de família pleiteiam transmissão dos conhecimentos a ser dada em casa, por eles ou com o auxílio de educadores” (Cury, 2024, p. 146).

³⁷ As escolas cívico-militares são escolas que contam com gestores militares, assim como com professores e alunos submetidos a um cotidiano da mesma lógica (Cury, 2024).

³⁸ Convenção sobre Diversidade Biológica de 1992; Plano Estratégico para a Biodiversidade 2011-2020 e as Metas de Aichi (COP-10, Nagoya, 2010); Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 14 e 15); Contribuição Nacional Determinada no âmbito do Acordo de Paris; Estrutura Global de Biodiversidade Pós-2020 e Visão 2050 (COP-15).

desmonte. Esse movimento envolveu ações como a extinção e esvaziamento de programas emblemáticos, como o Ciência sem Fronteiras e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), assim como o encolhimento da execução orçamentária do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) e a retração dos desembolsos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para inovação. Nesse sentido, como apontam Gomide, Silva e Leopoldi (2023), ainda que o grau do desmonte das políticas de inovação tenha variado de acordo com o subsetor analisado, esse processo se inseriu em um padrão mais amplo de desmobilização de capacidades estatais promovido a partir de 2016, no qual a agenda de ciência e tecnologia foi gradualmente deslocada para a margem da política econômica, perdendo prioridade estratégica. Em conjunto, essas transformações não apenas reduziram os recursos e a coordenação institucional disponível, mas também comprometeram a própria capacidade do Sistema Nacional de Inovação de sustentar trajetórias de desenvolvimento de longo prazo (Cavalcante; 2023; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023).

Já na política externa, o desmonte promovido pelo governo Bolsonaro (2019-2022), embora revestido por uma retórica refundacional, caracterizou-se pela corrosão de tradições diplomáticas e pela subordinação ideológica da atuação internacional (Faria, Casarões e Lopes, 2024; Faria e Lima, 2024). Como destacam Faria, Casarões e Lopes (2024), a diplomacia foi instrumentalizada como parte da guerra cultural bolsonarista, orientada por três pilares que romperam com a tradição de moderação e multilateralismo do Itamaraty: antiglobalismo³⁹, anticomunismo⁴⁰ e nacionalismo religioso⁴¹. A execução orçamentária em queda, o fechamento de embaixadas e o alinhamento com os Estados Unidos e Israel no conflito com a Palestina revelaram, assim, uma estratégia de retração de capacidades institucionais e de isolamento voluntário do Brasil a partir de uma política externa unilateralista de cunho religioso (Faria, Casarões e Lopes, 2024). Nesse sentido, a política externa se tornou não apenas alvo de desmonte, mas também um espaço privilegiado de afirmação ideológica marcado pelo isolamento do país e pela resiliência do corpo

³⁹ O antiglobalismo denunciava instituições multilaterais como expressão de um “globalismo conspiratório”, que busca a construção de um aparato burocrático de alcance global (Faria, Casarões e Lopes, 2024).

⁴⁰ O anticomunismo colocava em xeque os governos de esquerda da América Latina e, junto ao antiglobalismo, “informavam ao mundo quem eram os inimigos internos e externos do Brasil” (Faria, Casarões e Lopes, 2024, p. 232).

⁴¹ O nacionalismo religioso, definiu a identidade nacional em termos cristãos, orientando votos e alianças externas sob uma perspectiva conservadora (Faria, Casarões e Lopes, 2024).

diplomático, que acabou por tornar a diplomacia bolsonarista mais retórica do que prática (Faria, Casarões e Lopes, 2024; Faria e Lima, 2024).

Assim, na tentativa de compreender por que e como os políticos aderem ao desmonte, a literatura brasileira, ainda que incipiente, já vem produzindo discussões teóricas e evidências empíricas acerca desse processo (Sátyro, 2024; Faria e Lima, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023; Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023b; Cury, 2024; Irving, Oliveira e Lima, 2023; Cavalcante, 2023; Faria, Casarões e Lopes, 2024). Esses estudos têm se concentrado em políticas setoriais específicas e nas estratégias e efeitos concretos do desmonte, produzindo também análises sobre a relação desses processos com o reordenamento sistêmico do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, especialmente durante o governo Bolsonaro (2019-2022). Nesse sentido, evidencia-se que os diferentes processos de desmonte promovidos no período, a partir dos retrocessos legados das gestões anteriores, atingiram diversas políticas, em um cenário marcado pela interseção entre austeridade fiscal e avanço de agendas conservadoras (Sátyro, 2024; Faria e Lima, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023).

Assim, ainda que a resiliência institucional tenha atenuado parte desses efeitos e evitado a promoção de um desmonte sistemático no Estado de Bem-Estar Social brasileiro, não impediu que houvesse retrocessos significativos, que se expressaram de maneira heterogênea, variando entre políticas e ao longo do tempo (Sátyro, 2024; Faria e Lima, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023). Esses achados apontam, portanto, para a existência de processos multidimensionais e incrementais de desmonte no Brasil, que merecem ser analisados em perspectiva temporal, de modo a identificar não apenas os momentos de retração, mas também sua relação com as especificidades da política e com as macrotendências do sistema.

2.3. O desmonte das políticas de saúde e das políticas para as mulheres no Brasil

Frente aos avanços iniciais da literatura sobre o desmonte de políticas públicas no Brasil, para esta pesquisa destaca a relevância dos estudos que abordaram esse processo, a partir da teoria do desmonte de Bauer *et al.* (2012), especificamente nas políticas de saúde e nas políticas para as mulheres — que tem na política de saúde das mulheres, objeto desta pesquisa, a interseção de suas agendas (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024;

Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025). Nesses estudos, de forma geral, considerando o momento de aprofundamento da crise político-econômica no país a partir de 2016, os autores apresentam certa convergência a respeito das intenções de desmontar e da contração de algumas políticas em um cenário de austeridade fiscal e ascensão de agendas conservadoras, mas variam em termos dos efeitos deste desmonte sobre o sistema como um todo. Ademais, demonstram como o desmonte se deu a partir de um processo que fragilizou capacidades estatais e corroeu direitos sociais, ainda que a identificação de rupturas qualitativas em cada política varie entre os governos Dilma 2 (2015-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022).

Primeiramente, na pasta da saúde, a redução da participação do setor público no financiamento do SUS e a estagnação dos gastos presentes no governo Dilma 2 (2015-2016) foram reforçados no governo Temer (2016-2018) com a EC nº 95/2016, que reduziu a vinculação constitucional das despesas em saúde (Machado e Jerônimo, 2024; Menicucci, 2024). Esse cenário foi agravado no governo Bolsonaro (2019-2022) com a ascensão da extrema direita ao Poder Executivo, “abrindo uma nova janela de oportunidades para destravar mudanças no SUS que vinham sendo desejadas e delineadas durante o governo Temer” (Machado e Jerônimo, 2024, p. 162, tradução livre). Todavia, em 2020, com o início da Covid-19 no Brasil, a conduta negacionista do governo e a alta visibilidade da política de saúde no período frearam os retrocessos seletivos e graduais em curso, fazendo com que a pandemia, de certa forma, legitima-se o SUS e assim, dificulta-se seu desmonte (Machado e Jerônimo, 2024; Menicucci, 2024).

Perspectivas complementares se apresentam para a explicação do que foi este fenômeno (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024). Primeiramente, Menicucci (2024) analisou o desmonte do SUS a partir das políticas de atenção primária, saúde mental e saúde indígena, nas quais a gestão Bolsonaro (2019-2022) aprofundou os retrocessos, que já vinham desde o governo Temer (2016-2018). A autora afirma que “houve uma tentativa de desmonte [da política de saúde brasileira], pelo menos em alguns de seus aspectos ou em determinadas subpolíticas” (Menicucci, 2024, p. 124), identificado para uma retração institucional gradual via mudanças ideológicas e programáticas e alterações no financiamento do SUS. No entanto, Menicucci (2024) entende que as tentativas de desmonte, presentes desde o *impeachment* da presidenta Dilma em 2016, foram momentaneamente afetadas pela maior visibilidade social e

política atribuída ao SUS pela pandemia de Covid-19, que legitimou temporariamente o sistema e atuou como um freio parcial aos retrocessos em curso.

Especificamente, no que tange à política de atenção primária, Menicucci (2024) demonstra que a mudança de seu financiamento revelou a adoção de uma estratégia indireta e de menor visibilidade, que redefiniu os princípios orientadores e mudou os incentivos em torno da política sem desmontá-la formalmente, direcionando-a à priorização do cuidado individual em detrimento da estratégia de saúde comunitária e ampliada. Já no caso da política de saúde mental, a estratégia adotada foi ativa e explícita, e promoveu “o desmonte das bases conceituais, dos princípios, instrumentos e mecanismos de articulação dos equipamentos e serviços da política então vigente”, sem que essa fosse revogada (Menicucci, 2024, p. 126). Esse redirecionamento da política de saúde mental foi reforçado pelo desfinanciamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em prol das comunidades terapêuticas de orientação religiosa⁴² e dos hospitais psiquiátricos. Ademais, assim como na política de saúde mental, o forte teor ideológico da política de saúde indígena também influenciou seu desmonte, que foi materializado tanto pela deslegitimação da agenda e por “discursos políticos de ênfase na integração de ‘nossos irmãos indígenas’” (Menicucci, 2024, p. 128), quanto pelo desfinanciamento a desativação do Programa Mais Médicos enquanto um programa estratégico na assistência à essa população.

Em uma outra análise, Machado e Jerônimo (2024) investigaram o desmonte do SUS a partir de três eixos: (i) despesas governamentais com saúde, (ii) transferências intergovernamentais e despesas locais com saúde e (iii) cobertura vacinal. Assim como Menicucci (2024) os autores abordam o cenário de retrocessos que antecede o governo Bolsonaro (2019-2022) desde o segundo mandato de Dilma (2015-2016), argumentando como este fenômeno se deu mais a partir de uma corrosão incremental da política via cortes do que uma mudança institucional em si. Desse modo, entendem que o desmonte do SUS enquanto sistema não foi efetivo, uma vez que

As mudanças institucionais [...] ficaram restritas a determinados espaços que, embora relevantes, como os mecanismos de financiamento da atenção primária ou a política nacional de saúde mental, não foram capazes de criar pontos de inflexão

⁴² As comunidades terapêuticas “são entidades particulares, em geral ligadas a igrejas, que prestam assistência para dependentes químicos, num modelo baseado no isolamento, trabalho, abstinência e ensinamentos religiosos. À inexistência de estudos científicos que comprovem sua eficácia, acumulam-se evidências de violação de direitos humanos nessas instituições, comprovadas em relatórios de inspeção do Conselho Federal de Psicologia, Ordem dos Advogados do Brasil e Ministério Público” (Menicucci, 2024, p. 111).

estruturantes que introduzissem mudanças institucionais estáveis (Machado e Jerônimo, 2024, p. 177, tradução livre).

Todavia, ainda que os autores argumentem em prol da ausência de uma ruptura institucional do sistema no período, demonstram como a austeridade e a orientação política de extrema direita do MS fragilizaram dimensões centrais do SUS (Machado e Jerônimo, 2024). No que diz respeito às despesas governamentais com saúde, o declínio da participação do setor público e o crescimento relativo do setor privado no financiamento, que já vinham ocorrendo desde o governo Dilma 2 (2015-2016), aprofundaram-se com a EC nº 95/2016 e a agenda de retração de Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022). Além disso, as transferências intergovernamentais perderam seu caráter redistributivo, intensificando desigualdades regionais e reduzindo a capacidade do SUS de compensar as assimetrias fiscais entre municípios e regiões, sobretudo a partir de 2019. Referente à imunização, a cobertura vacinal, historicamente elevada, apresentou uma inflexão negativa a partir de 2016, mas foi também na gestão Bolsonaro (2019-2022) que a perda de prioridade das ações preventivas se tornou mais evidente e, em consonância com as campanhas anti-vacinação, influenciou na queda dessa cobertura.

Por sua vez, assim como nas políticas de saúde, os retrocessos nas políticas para as mulheres têm início nas gestões Dilma 2 (2015-2016) e Temer (2016-2018) e se consolidam no governo Bolsonaro (2019-2022) (Tokarski *et al.*, 2023a). Os estudos que se dedicaram à análise dessas políticas demonstram como seu desmonte foi viabilizado pela redução de capacidades administrativas e orçamentárias, ataques às agendas de gênero e imposição de uma concepção conservadora de família como eixo das políticas para as mulheres (Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025). Além disso, apontam como no governo Bolsonaro (2019-2022) esse processo foi intensificado, assumindo um caráter intencional, processual e progressivo, e combinando estratégias de baixa e alta visibilidade que corroeram as políticas e efetivaram seu desmonte.

Tokarski *et al.* (2023a), ao se dedicarem à análise do desmonte nesse setor, partem da trajetória de institucionalização das políticas para as mulheres nos governos Lula 1 e 2 (2003-2010) e Dilma 1 (2011-2014), período no qual se consolidou uma burocracia especializada e com orçamento próprio através da SPM e importantes instrumentos de políticas públicas foram criados⁴³. Entretanto, a partir do governo Dilma 2 (2015-2016) e,

⁴³ Como as Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (CNPMS) e os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPMS).

sobretudo, sob Temer (2016-2018), observou-se o rebaixamento hierárquico da SPM, enquanto principal estrutura institucional responsável pela concepção e coordenação das políticas para as mulheres, assim como sua fragmentação institucional em diferentes pastas, comprometendo sua capacidade administrativa e orçamentária. Essa fase é classificada pelos autores como o “primeiro ciclo do desmonte”, no qual o processo de desmonte das políticas para as mulheres enfraqueceu a posição institucional da agenda e reduziu sua densidade programática, estagnando-a.

Já no governo Bolsonaro (2019-2022), imerso em um contexto de austeridade fiscal e avanço de pautas morais, o “segundo ciclo do desmonte” fez com que os retrocessos do período anterior passassem a operar nesse momento de forma deliberada, institucionalizando a transversalidade da “família” nas políticas para as mulheres (Tokarski *et al.*, 2023a). Como apontam Tokarski *et al.* (2023a, p. 37) “este avanço implicou o desmonte de políticas, temas, orçamento, arranjos governamentais e parcerias que vinham sendo construídos há quase vinte anos”. Iniciativas como a não realização da 5ª CNPM em 2019/2020⁴⁴ e a criação da Secretaria Nacional da Família e do Observatório Nacional da Família, assim como a deslegitimação da categoria de gênero no discurso oficial e de sua articulação com as perspectivas de raça e classe, foram usadas como estratégias de corrosão das capacidades procedimentais das políticas, afetando diretamente seus princípios de participação social, transversalidade de gênero e interseccionalidade.

Assim como Tokarski *et al.* (2023a), Carlos, Pereira e Rodrigues (2025) analisaram o desmonte das políticas para as mulheres, mas em perspectiva comparada ao desmonte de outras duas políticas de direitos humanos: as políticas de igualdade racial e LGBTQIA+. Nessas políticas de direitos humanos, que compartilham entre si um alto teor ideológico, os autores argumentam que o desmonte do governo Bolsonaro (2019-2022) foi sendo gradualmente aprofundando e consolidando em consonância com os retrocessos herdados das gestões anteriores e a partir de uma estratégia eleitoral articulada ao neoliberalismo econômico e aos valores políticos da extrema direita. Esse cenário é explicitado quando olhamos especificamente para as políticas para as mulheres, uma vez que seus retrocessos foram intencionais, processuais e progressivos, apresentando indícios desde as gestões Dilma 2 (2015-2016) e Temer (2016-2018), com cortes orçamentários, rebaixamento da pasta e

⁴⁴ “O Decreto nº 9.585, de 27 de novembro de 2018, convocou a realização da 5ª CNPM, que não foi realizada em 2019. Novamente a Resolução nº 1, de 5 de julho de 2019, convocou a realização da conferência para 2020, que foi adiada por conta da pandemia de Covid-19” (Tokarski *et al.*, 2023a, p. 42).

enfraquecimento de instâncias participativas, que se consolidaram na gestão Bolsonaro (2019-2022).

Ademais, Carlos, Pereira e Rodrigues (2025) demonstram como o desmonte nas políticas para as mulheres também se deu pela disputa simbólica em torno da categoria de gênero, reforçando a análise proposta por Tokarski *et al.* (2023a). Isso porque os autores apontam como o governo Bolsonaro (2019-2022) operou uma deslegitimação discursiva da agenda, substituindo a transversalidade de gênero pela transversalidade da família como eixo de ação, e consolidando um quadro burocrático alinhado à ofensiva antigênero (Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025). Combinadas com o contexto de austeridade fiscal, essas mudanças desmontaram as políticas para as mulheres, limitando seu escopo temático a áreas como violência doméstica, trabalho e programas materno-infantis, enquanto temas como saúde e educação foram marginalizados, ao mesmo tempo em que suas capacidades administrativas e procedimentais foram reduzidas e seus instrumentos cortados. Assim, de uma agenda transversal e intersetorial, as políticas para as mulheres passaram a ter um recorte restrito voltado a mulheres mães e vítimas de violência doméstica, evidenciando a corrosão da política e sua conversão em um instrumento de afirmação de valores conservadores.

Em síntese, a literatura recente sobre desmonte de políticas de saúde e para mulheres no Brasil, partindo do arcabouço teórico-analítico de Bauer e Knill (2012), demonstra como a crise político-econômica da década de 2010 e a ascensão da extrema direita ao aparato estatal, durante o governo Bolsonaro, instaurou um processo deliberado de restrição de direitos e fragilização das capacidades estatais das políticas (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025). No entanto, ainda que a análise dos processos de desmonte de políticas de saúde e para as mulheres tenha sido explorada pela literatura (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025), não foi identificado um estudo sobre o desmonte da política que ocupa a interseção dessas agendas: a política de saúde das mulheres. É justamente nessa lacuna que esta pesquisa se insere.

Imersa em um contexto de ofensiva antigênero e avanço do neoliberalismo, e frente ao seu alto teor ideológico e a centralidade da agenda no discurso conservador da extrema direita, a política de saúde das mulheres, especialmente a PNAISM enquanto a Política Nacional que a representa, apresenta indícios de especial vulnerabilidade aos processos de retração em curso no governo Bolsonaro (2019-2022). Ademais, “a literatura do campo

feminista tem mostrado como as políticas de austeridade fiscal produzem impactos ainda mais expressivos sobre as mulheres” (Tokarski *et al.*, 2023a, p. 35).

Nesse sentido, é pertinente elucubrar sobre o desmonte da PNAISM não apenas pelo contexto de consolidação da aliança entre ofensiva antigênero e a agenda neoliberal na gestão Bolsonaro (2019-2022), como também, frente ao alto teor ideológico da política, pela constatação desses processos em outras políticas marcadas por disputas simbólicas correlatas, como as políticas para as mulheres e as políticas de saúde mental e indígena.

Isso porque os achados disponíveis na literatura sugerem que políticas com fundamentos normativos ideologicamente sensíveis foram submetidas a efetivos processos de desmonte nesse período, corroborando que políticas desse caráter, como a PNAISM, são especialmente visadas em contextos de ofensiva antigênero e avanço da agenda neoliberal (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025). Dessa forma, ainda que o SUS não tenha sido desmontado como um todo (Machado e Jerônimo, 2024), a política de saúde das mulheres em específico apresenta indícios de ter tido um desfecho diferente: um desmonte efetivo.

Logo, investigar seu desmonte significa iluminar uma política estratégica diante desse contexto, uma vez que a saúde é uma área central das políticas para as mulheres que, no governo Bolsonaro (2019-2022), foi mobilizada em prol de uma agenda conservadora e austera que retrocedeu em direitos historicamente conquistados pelos movimentos feministas. A compreensão deste processo se apresenta, portanto, como uma contribuição ao entendimento dessas disputas e suas consequências, que delimitam, ao fim e ao cabo, quem são as mulheres que terão acesso à saúde e em que condições esse acesso se dará.

Ademais, esta pesquisa, ao englobar a ofensiva antigênero como um dos elementos centrais da análise, contribui para o entendimento de como ela se articula a processos de desmonte e influencia as decisões e os rumos das políticas. Isso porque ainda

Carecemos de análises acerca das implicações dessas contínuas capitulações, assim como da atuação de gestores públicos, lideranças políticas, religiosos/as e outros atores sociais sintonizados com a ofensiva antigênero, que parecem ter encontrado meios para agir por dentro da máquina pública e influenciar as decisões do governo e o rumo das políticas desse período (Junqueira, 2022, p. 194).

Por fim, enquanto objeto de estudo, a PNAISM ainda é frequentemente mais abordada pela literatura da Saúde Coletiva, com ênfase nas disputas normativas que a permeiam

enquanto política pública nacional (Rosa e Cabral, 2024, 2023; Souto e Moreira, 2021). Já na Ciência Política, os estudos sobre a PNAISM são restritos e, quando existentes, mantêm a tendência de análise nas disputas normativas que a permeiam, como é o caso do texto de Medeiros e Guareschi (2009), que evidencia as tensões entre as diferentes concepções de saúde das mulheres no processo de institucionalização da integralidade. Assim, ao analisar a política de saúde das mulheres pela abordagem do desmonte de Bauer e Knill (2012) — como veremos a seguir —, esta pesquisa contribui, pela perspectiva da Ciência Política, para a compreensão da forma como a ação estatal moldou a implementação dessa política, bem como para explicitar os desafios atuais de sua reconstrução.

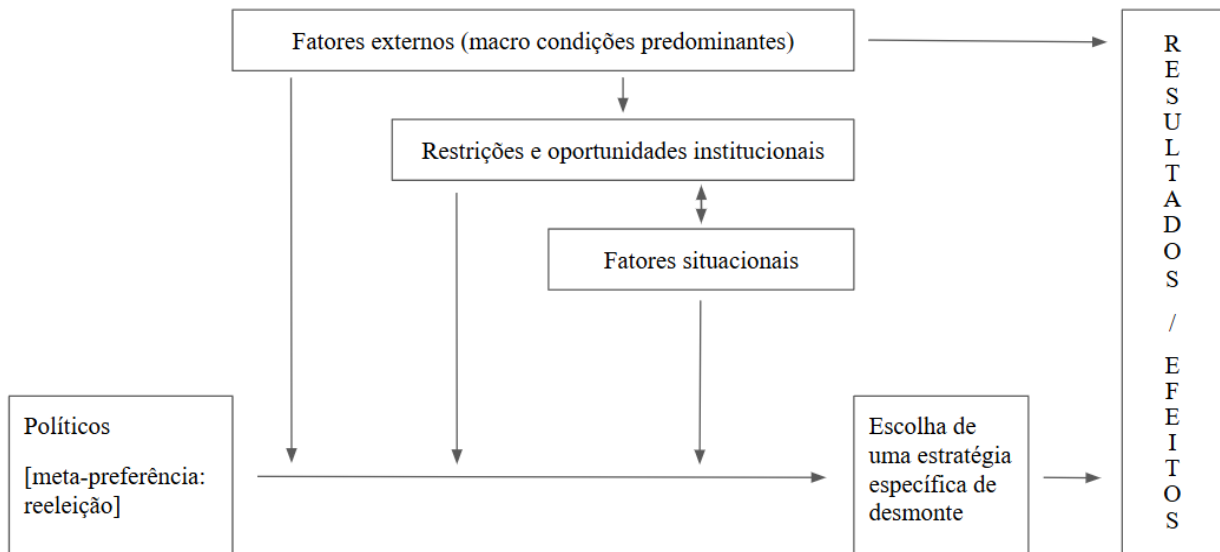
2.4. A proposta analítica do desmonte de Bauer e Knill (2012)

Diante dos avanços e lacunas da literatura, assim como da necessidade de se reivindicar um marco analítico para a análise do desmonte da política de saúde das mulheres, o arcabouço teórico-analítico de Bauer *et al.* (2012), também desenvolvido em Jordan *et al.* (2013), Bauer e Knill (2014), Bauer e Becker (2020) e Bauer *et al.* (2021), que hoje é a base dos estudos de desmonte no Brasil (Gomide, Silva e Leopoldi, 2023; Sátyro, 2024; Faria e Lima, 2024; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025), também o será nesta pesquisa. No capítulo de apresentação do modelo analítico proposto em Bauer *et al.* (2012), os autores compreendem o desmonte enquanto uma

Mudança de natureza direta, indireta, oculta ou simbólica que diminui o número de políticas em uma área específica, reduz o número de instrumentos de política usados e/ou diminui sua intensidade, [podendo] envolver mudanças nesses elementos centrais da política e/ou ser alcançada pela manipulação das capacidades de implementá-los e supervisioná-los (Bauer e Knill, 2012, p. 6, tradução livre).

A proposta busca, portanto, investigar conjuntos inter-relacionados de questões, averiguando as condições e estratégias nas quais, e pelas quais, os políticos, enquanto os principais atores do desmonte, se engajam nesse processo para obter os efeitos desejados da implementação desse tipo de mudança em uma área de política específica (Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013). Assim, a fim de operacionalizar o conceito em um modelo analítico passível de revelar “por que e como os políticos fazem essa escolha [do desmonte] em um conjunto de circunstâncias e oportunidades em constante mudança” (Bauer e Knill, 2012, p. 3, tradução livre), são apresentados seis elementos de análise que, articulados, nos permitem explicar o desmonte (Figura 1).

Figura 1 - O estudo do desmonte de políticas: principais elementos analíticos, Bauer e Knill (2012)



Fonte: Bauer e Knill, 2012, p. 4, tradução livre.

Primeiramente, parte-se do pressuposto de que o desmonte é um processo prejudicial a alguns grupos sociais, e que os políticos, racionais e maximizadores de utilidade, e em uma busca constante pela reeleição, podem optar por aderir ao desmonte mesmo sob o risco de não alcançarem essa meta-preferência (Bauer e Knill, 2012). Isso ocorre uma vez que, para além da *meta-preferência de serem e permanecerem eleitos*, os políticos também são influenciados por preferências específicas ligadas a *fatores situacionais*, que variam de acordo com as preferências de outros atores e as condições do contexto no qual estão inseridos. É nesse sentido que, a depender do contexto em que suas escolhas são tomadas, suas percepções próprias de custo e benefício político em desmontar podem ser positivas, ainda que o mesmo não ocorra com o custo e benefício social, que poderá ser prejudicado a partir das mudanças nos resultados práticos da política.

Assim, dois cenários se apresentam como favoráveis para que essas constelações de custos e benefícios políticos se apresentem como positivas para que os políticos eleitos optem por aderir às estratégias de desmonte (Bauer e Knill, 2012). Um deles ocorre quando os benefícios políticos em desmontar e atribuir essa mudança a alguns atores políticos centrais são maiores do que seus respectivos custos, fazendo com que seja algo almejado de se tornar publicamente visível. Por sua vez, um segundo cenário favorável para o desmonte se apresenta quando os custos em não fazê-lo são maiores do que os de se aderir ao processo, normalmente em situações em que objetivos conflitantes levam os políticos a optarem por um

“mal menor”, no qual estratégias de baixa visibilidade são adotadas para reduzir os custos eleitorais e prejuízos políticos dessa escolha.

Desse modo, a explicação do por que os atores políticos escolhem desmontar parte da premissa que essa opção é limitadamente racional, visto que essas escolhas são influenciadas não apenas por suas preferências, mas também por outros fatores (Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013). Considera-se, então, que *fatores externos e macro condições predominantes*, como mudanças tecnológicas, disseminação de políticas orientadas pelo neoliberalismo econômico e até mesmo a relevância política de tópicos específicos, também afetam a percepção dos atores políticos sobre as soluções disponíveis, ainda que não as determine (Bauer e Knill, 2012; Bauer *et al.*, 2012). Essas influências se intensificam especialmente em momentos de choques externos, que alteram o equilíbrio vigente dos custos e benefícios de mudanças na direção da política, fazendo com que “quanto mais intensa e imprevista for a crise percebida, maiores serão os benefícios políticos (ou talvez, menores serão os custos políticos) de agir contra ele [o desmonte]” (Bauer e Knill, 2012, p. 8, tradução livre).

Mas para além das preferências dos políticos e dos fatores externos e macro condições, as *restrições e oportunidades institucionais* também afetam a opção pelo desmonte e a escolha das estratégias para tal (Bauer e Knill, 2012). Primeiramente, as estratégias adotadas para desmontar irão variar de acordo com a estrutura de oportunidade institucional em que os políticos estão inseridos, afetando em que medida aqueles que optarem pelo desmonte terão condições de realizar seus objetivos mesmo frente à oposição dos atores que se beneficiam com o *status quo* da política. Ademais, os ciclos eleitorais influenciam essas escolhas, uma vez que no início dos mandatos os políticos se apresentam mais propensos a aderirem ao processo e essa opção vai sendo deixada de lado à medida que uma próxima eleição se aproxima e os custos políticos aumentam. As diferentes origens ideológicas de sua posição partidária são outro aspecto de influência, considerando que a depender da oposição concreta que o partido enfrenta e dos objetivos que busca alcançar, suas escolhas políticas serão distintas no tempo e no espaço. Um quarto elemento se apresenta quando os custos políticos do desmonte podem ser transferidos para outras arenas, buscando-se colisões com a oposição ou até mesmo por processos de descentralização. Por fim, as estratégias adotadas para desmontar dependerão dos legados da política e das condições específicas do problema em torno daquele setor, ou seja, da extensão em que os custos e benefícios dessas escolhas são dispersos ou concentrados para aqueles que as tomam.

É nesse sentido, portanto, que a partir do cálculo da dispersão (ou concentração) de custos e benefícios, na interação com as condições impostas pelo contexto, Bauer e Knill (2012) apresentam uma tipologia de quatro tipo-ideias de *estratégias* pelas quais os políticos, de maneira combinada ou não, e com possibilidades de mudanças ao longo do tempo, poderiam escolher realizar o desmonte. Essas estratégias seriam “um certo modo, método ou plano escolhido para produzir um efeito desejado” (Bauer e Knill, 2012, p. 11, tradução livre), variando conforme a visibilidade política gerada pelo processo e pelo grau em que são adotadas de forma ativa e consciente (Quadro 1).

Quadro 1 - Tipologia das estratégias do desmonte, Bauer e Knill (2012)

Estratégia	Descrição	Decisão	Visibilidade
Default	Estratégia sutil de redução da política por inação.	Passiva	Baixa
Mudança de arena	Decisões de desmonte são deliberadamente movidas para outra arena política.	Ativa	Baixa
Ação simbólica	Declarações políticas de desmonte são feitas mas não levam a resultados respectivos, permanecendo simbólicas.	Passiva	Alta
Ação ativa	Ações ativas de desmonte que permitem um desmonte real.	Ativa	Alta

Fonte: elaborado a partir de Bauer e Knill (2012).

As estratégias a serem adotadas pelos políticos no processo de desmonte se apresentam como escolhas por *default*, mudança de arena, ação simbólica e ação ativa (Bauer e Knill, 2012). Primeiramente, o desmonte por *default*, ou por inação, ocorre de forma passiva e com baixa visibilidade atribuída, sendo a estratégia mais sutil de redução e particularmente viável em contextos nos quais os custos de desmontar são altos ou as condições institucionais dificultam sua execução. Mantendo a baixa visibilidade da escolha por desmontar e, conseqüentemente, menores custos por essa decisão, a estratégia de mudança de arena se apresenta como outra alternativa ao movimentar ativamente as escolhas sobre o desmonte para outras arenas políticas, como por exemplo via processos de transferência de responsabilidades para diferentes níveis de governo ou agências. Por sua vez, o desmonte por ação simbólica possui alta visibilidade e benefícios em fazê-lo, ainda que a decisão de desmontar seja passiva e com ausência de resultados práticos, comumente conseqüentes de cenários com altas restrições institucionais ou tensões entre as preferências dos atores políticos afetados. Por fim, a estratégia de ação ativa envolve tanto alta visibilidade quanto uma decisão deliberada de promover um desmonte real, uma vez que a escolha por desmontar pode se apresentar como a solução política mais apropriada, assim como poucas restrições

institucionais, ainda que não necessárias, possam também facilitar o processo.

O sexto e último elemento do modelo analítico de Bauer e Knill (2012) para o estudo do desmonte de políticas são os *resultados/efeitos* desse processo, especialmente sob o *status quo* da política. Entende-se que esses efeitos devem ser analisados a partir da identificação da estratégia de desmonte escolhida pelos políticos, considerando as dimensões de densidade e intensidade da política (Bauer e Knill, 2012). A densidade diz respeito “à extensão em que uma determinada área de política é abordada por atividades governamentais”, enquanto a intensidade “fornece uma base para medir o rigor relativo e/ou a generosidade das políticas” (Bauer e Knill, 2012, p. 5-6, tradução livre). Nesse sentido, enquanto a primeira nos informa sobre o número de políticas e seus instrumentos, a segunda se distingue entre substantiva e formal, referindo-se, respectivamente, ao nível e escopo da intervenção governamental e às suas capacidades de execução, administrativas e procedimentais (Quadro 2).

Quadro 2 - Dimensões e indicadores do desmonte de políticas, Bauer e Knill (2012)

Dimensão		Indicadores e explicações
Densidade da política	Densidade da política	Mudança no número de políticas ao longo do tempo (diferença entre o número de políticas adotadas e extintas).
	Densidade dos instrumentos da política	Mudança no número de instrumentos ao longo do tempo (diferença entre o número de instrumentos adotados e extintos).
Intensidade da política	Intensidade substantiva	Nível/Configuração dos instrumentos (“ajustes positivos” e não-ajustes) em relação à rigidez regulatória ou à generosidade dos serviços.
		Escopo dos instrumentos (diferença entre efeitos de aumento e de redução).
	Intensidade formal	Capacidades de fiscalização, capacidades administrativas e capacidades procedimentais (diferença entre número e/ou grau das medidas com efeitos de aumento e de redução).

Fonte: Bauer e Knill, 2012, p. 7, tradução livre.

Assim, espera-se que cada estratégia de desmonte apresente diferentes efeitos na densidade e intensidade da política, refletindo as escolhas dos políticos durante o processo (Quadro 3). No caso das estratégias de baixa visibilidade (*default* e mudança de arena), espera-se, respectivamente, que não ocorram ajustes de intensidade substantiva e que existam uma maior variedade de efeitos relacionados à manipulação das capacidades e responsabilidades em torno da política. Por sua vez, com relação a estratégia de ação simbólica, espera-se anúncios sobre o desmonte da densidade ou intensidade da política e seus instrumentos, especialmente via propostas de aumento da eficiência nos gastos e

re Etiquetagem da política, ainda que na prática esses não venham a acontecer. Por fim, na estratégia de desmonte por ação ativa, “deve-se esperar uma redução total da densidade (em termos de abolição de políticas ou instrumentos) ou, pelo menos, uma redução na intensidade substantiva, [ou seja], uma redução das configurações de instrumentos” (Bauer e Knill, 2012, p. 13, tradução livre), afetando as capacidades de implementação da política.

Quadro 3 - Estratégias do desmonte e seus respectivos efeitos, Bauer e Knill (2012)

Estratégia	Efeitos
Default	Não-ajuste da intensidade substantiva.
Mudança de arena	Transferência/delegação (descentralização, criação de agências) de todas as responsabilidades da política; manipulação da intensidade formal, isto é, das capacidades de fiscalização, capacidades administrativas e exigências procedimentais.
Ação simbólica	Anúncio de uma redução na densidade ou intensidade da política; re Etiquetagem de políticas; encomenda de consultas/relatórios de avaliação.
Ação ativa	Redução na densidade da política, isto é, abolição de políticas ou instrumentos; redução na intensidade substantiva.

Fonte: Bauer e Knill, 2012, p. 14, tradução livre.

Assim, a proposta de Bauer e Knill (2012) para análise do desmonte de políticas públicas permite não apenas ordenar a investigação desse processo, como também identificar padrões de retrocessos em políticas enquanto uma escolha intencional de atores políticos. A partir desse arcabouço, que possibilita a investigação das condições, estratégias e efeitos do desmonte, torna-se possível, então, avançar na construção do modelo de análise desta pesquisa, assim como na delimitação de suas premissas e hipóteses, ancoradas de forma complementar às contribuições de outras literaturas que dialogam com as especificidades do desmonte da política de saúde das mulheres.

CAPÍTULO 3 - CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA A ANÁLISE DO DESMONTA DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES

A fim de responder à pergunta central – que se questiona se, e em que medida, o governo Bolsonaro (2019-2022) promoveu o desmonte da política de saúde das mulheres e se esse processo representou continuidade ou ruptura em relação às gestões anteriores de Temer (2016-2018) e Dilma 1 e 2 (2011-2016) – foi construído um modelo de análise e desenvolvidas hipóteses que guiaram a formulação das estratégias de pesquisa e de coleta e análise dos dados, e que serão apresentadas a seguir neste capítulo.

3.1. Premissas, modelo de análise e hipóteses de pesquisa

Para construção do modelo de análise, assumem-se aqui algumas premissas a partir dos desenvolvimentos teóricos já apresentados nos capítulos anteriores. Na primeira delas, considera-se o desmonte de políticas sociais como um tipo de mudança com uma direção específica, na qual se reduz ou extingue políticas e seus instrumentos e/ou se altera seu escopo e suas capacidades (Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013). Nesse processo que envolve, portanto, dimensões distintas dessas capacidades estatais das políticas públicas, os políticos eleitos, enquanto atores centrais do desmonte e imersos com condições específicas, podem (ou não) promover a mudança de forma ativa ou passiva, assim como atribuir alta ou baixa visibilidade às suas decisões, através da adoção de diferentes estratégias — e seus consequentes efeitos almejados.

A partir daí, como uma segunda premissa, assume-se o desmonte como um processo no qual as decisões dos políticos, sob influência de preferências políticas e fatores situacionais, precisam ser analisadas a partir de contextos dinâmicos, envolvendo fatores externos e oportunidades e restrições institucionais que afetam suas ações — ainda que não as determine (Bauer e Knill, 2012; Bauer *et al.*, 2012). Desse modo, o desmonte, enquanto resultado de interesse da análise, ocorre na medida em que os políticos percebem que os benefícios políticos em fazê-lo superam seus custos, ou em momentos nos quais os custos em não fazê-lo são maiores do que os de sua adesão, sempre levando em consideração a meta-preferência desses políticos pela reeleição (Bauer e Knill, 2012).

Assim, a proposta analítica de Bauer e Knill (2012) se mostra promissora para análise do desmonte da política de saúde das mulheres ao articular condições, estratégias e efeitos do desmonte de políticas públicas a partir das preferências dos atores políticos, fatores situacionais e estruturas de oportunidade que moldam esse processo. O modelo e suas premissas permitem, dessa forma, capturar as mudanças regressivas pelas quais a política apresenta indícios de ter sido submetida na década de 2010, possibilitando interpretar tanto as estratégias de sua retração quanto os efeitos sobre seu *status quo* (Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013). Porém, sua adoção requer interlocução com outros estudos para adaptações, garantindo sua adequação ao objeto e contexto aqui estudados (Jordan *et al.*, 2013). É nesse sentido que esta pesquisa também dialoga com outras análises acerca da política de saúde das mulheres, assim como com os estudos sobre desmonte de políticas em contextos neoliberais e de ofensiva antigênero, além da literatura de capacidades estatais, fornecendo premissas adicionais ao modelo.

A partir daí, uma terceira premissa adotada é a de que o processo de desmonte da política de saúde das mulheres no Brasil expressa a centralidade da disputa de entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil (Souto e Moreira, 2021; Rosa e Cabral, 2023, 2024). Tendo como referência a PNAISM, desde sua formulação em 2004, em um contexto permeado por contradições históricas, ainda que a política tenha adotado a integralidade como princípio norteador, sua implementação ao longo dos anos demonstrou a latência do materno-infantilismo nas ações e serviços prestados (Souto e Moreira, 2021; Rosa e Cabral, 2023, 2024). Nesse sentido, a consolidação da integralidade — e seu enfoque de gênero — se viu limitada por moralidades reprodutivas e sexuais que naturalizam a associação entre mulher e maternidade, tornando a PNAISM suscetível ao desmonte, especialmente em momentos de avanço políticos de grupos conservadores religiosos (Rosa e Cabral, 2023, 2024). Essa disputa ganha novos contornos quando inserida no macro contexto das políticas públicas brasileiras que, durante a década de 2010, experimentou a aliança entre neoliberalismo fiscal e conservadorismo moral, produzindo regressões sistemáticas em diversas áreas, entre elas políticas de saúde e para as mulheres (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Menicucci, 2024).

Nesse cenário, considerando o avanço da austeridade fiscal promovida por políticas neoliberais, é introduzida como quarta premissa que o processo de desmonte que se propõe a analisar deve ser entendido sob a forma de processos contínuos de esvaziamento institucional

que, ao combinarem agendas neoliberais e conservadoras religiosas, redefinem os contornos da cidadania e relativizam compromissos com a igualdade (Bauer e Knill, 2014; Sátyro, 2024). Como resultado, a austeridade promovida por governos neoliberais não operaria apenas como um imperativo econômico, mas como um vetor político-ideológico de erosão institucional, cujos efeitos se estendem para além do campo social e se entrelaçam com processos mais amplos de retrocesso democrático (Sátyro, 2024; Roggeband e Krizsán, 2020).

É nesse sentido que se assume como quinta premissa que, em políticas de gênero e para mulheres, as mudanças que promovem o seu desmonte consistem não apenas no corte e redução de políticas e seus instrumentos, mas também em “uma reformulação sutil e gradual, enfraquecendo suas capacidades de implementação” (Roggeband e Krizsán, 2020, p. 29, tradução livre) e esvaziando seus objetivos e escopo de atuação. Isso porque, em contextos de ofensiva antigênero, ainda que tendam a permanecer em vigor, suas implementações são revertidas ou paralisadas a partir do desmonte de suas capacidades estatais e mecanismos de responsabilização, assim como pela deslegitimação discursiva de sua agenda (Roggeband e Krizsán, 2020). Ademais, essa deslegitimação converte os objetivos de igualdade de gênero em quadros de proteção da “família tradicional”, transformando o significante vazio da “ideologia de gênero” em uma “cola simbólica” em torno de ataques institucionais, reformulações normativas e reversão de direitos (Graff, Kapur e Walters, 2019; Roggeband e Krizsán, 2020). Assim, a partir do contexto de aliança entre austeridade neoliberal e ofensiva antigênero, constrói-se uma “defesa da família” em termos morais e socioeconômicos, estabelecendo-a como um espaço privado no qual a interferência do Estado não é bem vista (Junqueira, 2022; Corrêa e Kalil, 2020) e desencadeando sistemáticos desmontes em torno das políticas com forte componente ideológico (Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Quadro 4 - Sistematização das premissas de pesquisa

Premissa	Conteúdo central
1	O desmonte é um tipo de mudança com direção específica, de caráter regressivo e caracterizado pela redução, extinção e/ou reformulação do escopo e das capacidades de uma política.
2	As decisões políticas de desmontar, influenciadas por preferências e fatores situacionais, ocorrem em contextos dinâmicos, envolvendo fatores externos e restrições e oportunidades institucionais.
3	O desmonte da política de saúde das mulheres expressa a disputa entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil.

4	O desmonte da política de saúde das mulheres deve ser compreendido como processo contínuo de esvaziamento institucional vinculado à aliança entre austeridade neoliberal e conservadorismo moral religioso.
5	Em contextos de ofensiva antigênero e neoliberalismo, o desmonte de políticas de gênero e para mulheres envolve retrocessos em suas capacidades estatais e em seus objetivos e escopo de atuação, revertendo-as em quadros de proteção da “família tradicional”.

Fonte: elaboração própria.

Logo, ao assumir essas cinco premissas para análise do desmonte da política de saúde das mulheres no Brasil (Quadro 4), esta pesquisa trabalha com a hipótese central de que, ainda que o SUS não tenha sido desmontado enquanto sistema (Machado e Jerônimo, 2024), a aliança entre ofensiva antigênero e neoliberalismo no governo Bolsonaro (2019-2022), assim como a histórica disputa normativa entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil, propiciaram uma constelação de custos e benefícios políticos que motivou a adesão dos políticos e desencadeou no desmonte da PNAISM.

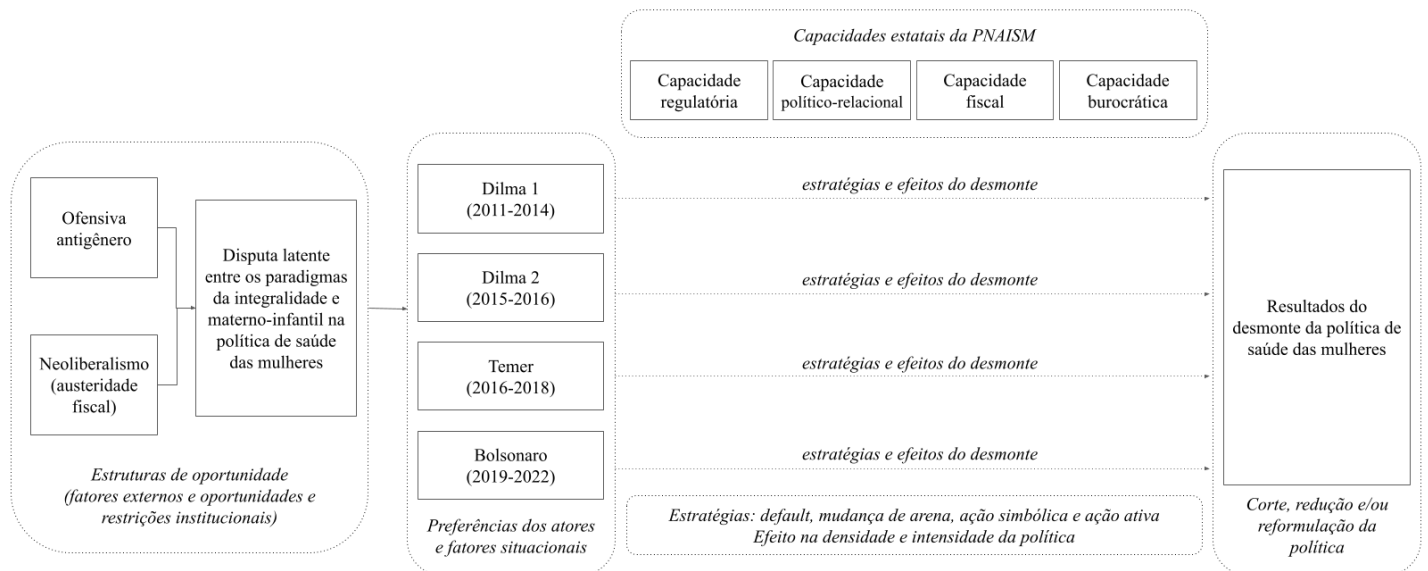
Como desdobramento, admite-se como hipótese adicional que, diferentemente do SUS e das políticas para as mulheres que tiveram o início de seus processos de desmonte com retrações nos governos Dilma 2 (2015-2016) e Temer (2016-2018) (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025), a política de saúde das mulheres apresenta indícios desses retrocessos já na gestão Dilma 1 (2011-2014), momento em que a PNAISM começa a ser esvaziada concomitante à priorização de ações materno-infantis promovidas pela RC (Rosa e Cabral, 2023, 2024).

Assim, para que o hipotético desmonte da política de saúde das mulheres possa ser investigado, diferentemente da proposta de Bauer e Knill (2012) que operacionalizam o modelo com dimensões e indicadores de densidade e intensidade da política, dando ênfase à fatores institucionais e estratégicos em detrimento de sociopolíticos, esta pesquisa o faz a partir da apropriação de dimensões abordadas pela literatura de capacidades estatais (Gomide, 2016). Essa escolha se fundamenta nas particularidades do objeto de estudo que, carregado de um alto teor ideológico, requer uma operacionalização sensível ao desmonte desse tipo de política pública, que tende a reduzir suas capacidades, permitindo, portanto, ampliar o poder explicativo do modelo frente às especificidades do fenômeno de interesse.

Dessa forma, o modelo proposto orienta a identificação e análise das continuidades e rupturas das capacidades estatais da PNAISM entre as gestões Dilma 1 (2011-2014), Dilma 2 (2015-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022), considerando tanto as

preferências políticas e os fatores situacionais específicos de cada governo, quanto às estruturas de oportunidades da política de saúde das mulheres frente à histórica disputa entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil, e à aliança entre ofensiva antigênero e neoliberalismo. A partir dessa análise das mudanças observadas em cada dimensão das capacidades estatais da PNAISM, torna-se possível interpretar as estratégias mobilizadas e os efeitos do desmonte sobre a política de saúde das mulheres, nos termos do modelo de Bauer e Knill (2012), permitindo avaliar, ao final da investigação, a efetividade desse processo (Figura 2).

Figura 2 - Conjunção de fatores do fenômeno de interesse: o modelo de análise do desmonte da política de saúde das mulheres



Fonte: elaboração própria.

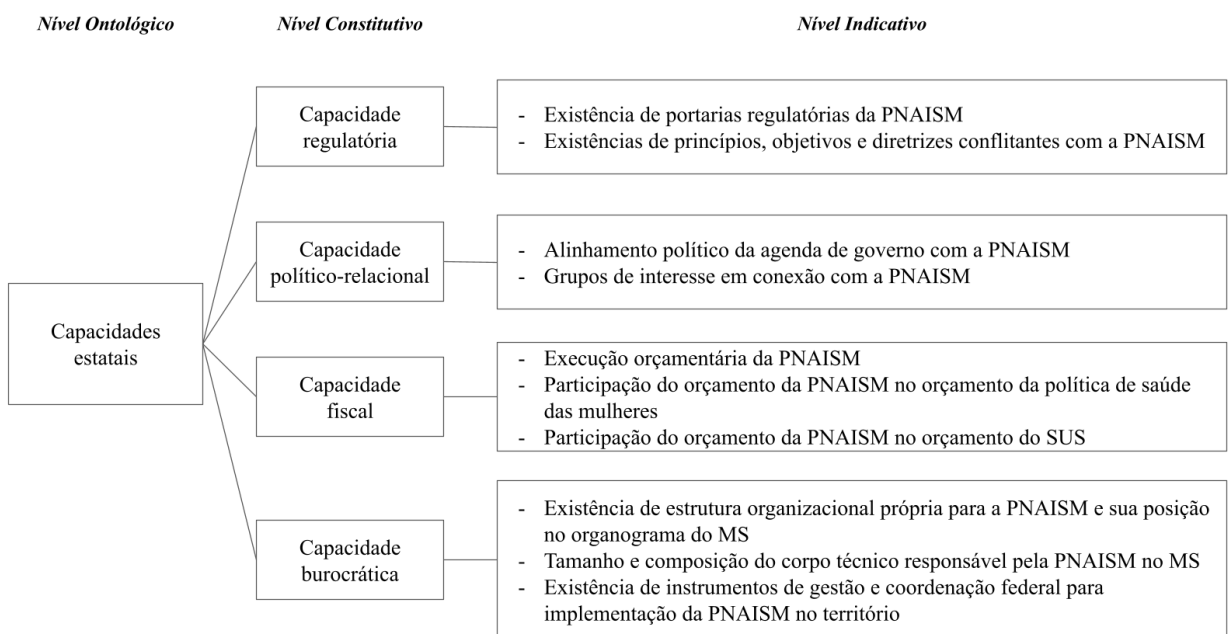
Logo, para operacionalização das capacidades estatais como dimensões de análise, e sendo este um conceito relacional e multidimensional, amplamente mobilizado na análise de diferentes fenômenos e com necessidade de definições e operacionalização precisas, o modelo se destrincha a partir dos níveis ontológico, constitutivo e indicativo do conceito, conforme proposto em Gomide, Pereira e Machado (2017), assim como na conceituação presente em Cingolani (2018) e na tipologia apresentada em Gomide (2016) (Figura 3).

Assim, primeiramente, no nível ontológico, entende-se tais capacidades como “a habilidade do Estado para implementar de forma legítima objetivos oficiais contra potenciais resistências” (Cingolani, 2018, p. 106, tradução livre), envolvendo tanto infraestrutura quanto agência política e adaptabilidade institucional, e podendo variar não apenas entre Estados, mas também entre setores de políticas. Ademais, esta pesquisa considera tais capacidades

como dimensões de análise permeadas por diferentes atores e múltiplos interesses, e que podem variar de forma dinâmica e interdependente no tempo.

A partir daí, no nível constitutivo, adota-se as dimensões de *capacidade regulatória*, *político-relacional*, *fiscal* e *burocrática* (Gomide, 2016)⁴⁵. Ademais, para o nível indicativo, foram selecionados indicadores para aferição dessas capacidades, e que serão melhor destrinchados a seguir. Uma decisão metodológica necessária — tomada a essa altura e detalhada na Seção 3.2 — foi estabelecer a PNAISM como unidade de análise para aferição do desmonte da política de saúde das mulheres, considerando que ela se trata da Política Nacional voltada à saúde integral das mulheres desde 2004, com papel estruturante na definição de diretrizes, financiamento e coordenação federativa do setor.

Figura 3 - Operacionalização do conceito de capacidades estatais enquanto dimensão analítica do modelo de análise do desmonte da PNAISM



Fonte: adaptado a partir de Gomide, Pereira e Machado (2017).

Em primeiro lugar, a *capacidade regulatória (ou legal)* foi selecionada considerando ser, ela própria, a definidora das “regras do jogo” da política, refletindo as normas que articulam as interações dos atores, assim como mudanças substantivas nos objetivos e na lógica de ação da política (Gomide, 2016). Em processos de desmonte, a *capacidade regulatória* das políticas é afetada pela reconfiguração de normas e critérios, assim como pelo

⁴⁵ Gomide (2016) também apresenta uma sexta dimensão das capacidades estatais, a *coercitiva*, associada à manutenção da ordem e defesa do território. No entanto, desconsidera-se aqui essa dimensão uma vez que os mecanismos de coerção se não constituem como variável explicativa central na análise do desmonte da política de saúde das mulheres.

redesenho normativo, restringindo seu escopo e nível de intervenção (Bauer *et al.*, 2012). Nas políticas de gênero, essa fragilidade se acentua frente ao avanço da institucionalização de ofensivas antigênero que, com a captura de normas por coalizões conservadoras, redefinem objetivos e alteram portarias, princípios e diretrizes, priorizando agendas conservadoras em detrimento da busca pela igualdade de gênero (Roggeband e Krizsán, 2020).

Essa dinâmica pôde ser observada nas políticas para as mulheres durante o governo Bolsonaro (2019-2022), que tiveram suas normas capturadas por atores conservadores e religiosos que, fortalecidos pela retórica da “ideologia de gênero”, corroeram a *capacidade regulatória* dessas políticas ao substituir a transversalidade de gênero pela da família (Tokarski *et al.*, 2023a; Corrêa e Kalil, 2020). Nesse sentido, para mensuração da dimensão regulatória, foram selecionados como indicadores “existência de portarias regulatórias da PNAISM” e “existências de princípios, objetivos e diretrizes conflitantes com a PNAISM”, capazes de capturar tanto o grau de institucionalização da política quanto os efeitos concretos da disputa entre integralidade e materno-infantilismo no escopo e objetivos da política de saúde das mulheres (Tokarski *et al.*, 2023a; Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024; Rosa e Cabral, 2023, 2024).

Em segundo lugar, as *capacidades política (ou de condução) e relacional* foram unificadas, representando o poder da agenda do governo eleito e a relação da burocracia com os grupos de interesses envolvidos (Gomide, 2016). Considera-se que um processo de desmonte pode estar vinculado à incorporação de novos atores pró-desmonte que passam a se relacionar com o Estado, assim como impõe perdas concentradas que podem gerar a mobilização de grupos organizados para defesa e a formação de coalizões de resistência, de modo que a *capacidade político-relacional* passa a exercer um papel central na mediação desses interesses, ao mesmo tempo em que é moldada por tais pressões (Bauer e Knill, 2012). Ademais, em contextos de ofensiva antigênero, as políticas de igualdade de gênero e para as mulheres são corroídas pela captura das instâncias decisórias por atores conservadores, que ampliam seu poder de veto e restringem a presença de grupos feministas e igualitários nas arenas políticas (Roggeband e Krizsán, 2020).

No governo Bolsonaro (2019-2022) essa dinâmica se expressou em diferentes políticas na medida em que o Estado estreitou os vínculos entre grupos neoliberais e antigênero, nomeando-os para pastas como o MMFDH, o MEC e o MS e deslocando a mediação estatal em favor de interesses conservadores, religiosos e austeros (Biroli, Tatagiba

e Quintela, 2024; Machado e Jerônimo, 2024). Assim, para a dimensão político-relacional, foram selecionados os indicadores “alinhamento político da agenda de governo com a PNAISM” e “grupos de interesse em conexão com a PNAISM” por sua capacidade de revelar como a Política foi tensionada pela mobilização de coalizões sociais, pela captura conservadora das instâncias decisórias e pelo grau de convergência da agenda governamental com interesses contrários à igualdade de gênero e à integralidade das políticas de saúde (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024; Machado e Jerônimo, 2024).

Em terceiro lugar, a *capacidade fiscal (financeira ou de financiamento)* foi considerada enquanto a capacidade do Estado de transformar os impostos arrecadados em financiamento de programas, assim como em bens e serviços públicos (Gomide, 2016). Em cenários de austeridade, a corrosão da *capacidade fiscal* das políticas é uma das formas pelas quais os políticos respondem às pressões de contenção do gasto público, recorrendo a cortes orçamentários, eliminação de programas ou restrição de recursos que fragilizam sua sustentabilidade e vinculam o desmonte à lógica neoliberal de retração do Estado (Jordan *et al.*, 2013; Bauer e Knill, 2012; Pierson, 1994). Articuladas à essa lógica, as ofensivas antigênero canalizam recursos para iniciativas alinhadas a agendas conservadoras, convertendo o financiamento em um mecanismo de veto indireto ao passo que enfraquecem a *capacidade fiscal* das políticas de igualdade de gênero (Roggeband e Krizsán, 2020).

No Brasil, essa dinâmica se manifestou tanto nas políticas de saúde quanto nas políticas para as mulheres, dado que as medidas de austeridade adotadas na década de 2010 estrangularam o financiamento do SUS (Machado e Jerônimo, 2024) e os recursos destinados às políticas para as mulheres foram progressivamente rebaixados e as prioridades temáticas direcionados para ações de “proteção à vida e fortalecimento da família” (Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023a). Ademais, na política de saúde das mulheres, a partir de 2011 a RC passou a competir financeiramente com a PNAISM, indicando sua potencial despriorização orçamentária (Rosa e Cabral, 2024). Assim, para a dimensão fiscal, foram selecionados como indicadores “execução orçamentária da PNAISM”, “participação do orçamento da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres” e “participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS”, capazes de revelar os efeitos das restrições fiscais e cortes deliberados do desmonte (Machado e Jerônimo, 2024; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025; Tokarski *et al.*, 2023a; Rosa e Cabral, 2024).

Por fim, a *capacidade burocrática (ou administrativa)* “refere-se ao potencial de

implementação das políticas públicas [a partir] de um corpo administrativo profissional e dotado dos recursos e dos instrumentos necessários” para tal (Gomide, 2016, p. 23). Reduções nessa capacidade podem constituir uma forma de desmonte ao comprometer os recursos humanos e organizacionais e limitar o *enforcement* da política e a efetividade de sua implementação (Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013). Assim, em cenários imersos em ofensivas antigênero, a *capacidade burocrática* das políticas de igualdade de gênero passam a ser desarticuladas frente ao enfraquecimento ou rebaixamento das estruturas administrativas, saída de especialistas e redução de recursos técnicos, fragilizando sua institucionalidade e implementação (Roggeband e Krizsán, 2020).

No governo Bolsonaro (2019-2022), mudanças institucionais, como a extinção da Área Técnica de Saúde da Mulher, fragilizaram a *capacidade burocrática* da PNAISM, ao mesmo tempo em que a ocupação política da pasta por um governo neoliberal e antigênero, em consonância com a falta de transparência das informações e ausência de articulação federativa, limitou a atuação do corpo técnico comprometido com a saúde integral das mulheres e prejudicou a histórica relação cooperativa entre os entes nesse setor (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024; Machado e Jerônimo, 2024). Para verificar mudanças na dimensão burocrática, optou-se pelos indicadores “existência de estrutura organizacional própria para a PNAISM e sua posição no organograma do MS”, “tamanho e composição do corpo técnico responsável pela PNAISM no MS” e “existência de instrumentos de gestão e coordenação federal para implementação da PNAISM no território”, de modo a revelar como a corrosão organizacional, a descontinuidade administrativa e a captura conservadora da pasta limitaram a *capacidade burocrática* de sustentar a saúde integral das mulheres (Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024; Machado e Jerônimo, 2024).

Logo, a incorporação de tais capacidades como dimensões de análise de um processo de desmonte, e seus respectivos indicadores, permitiu compreender como estas foram mobilizadas ou desmobilizadas ao longo do tempo em prol do desmonte da política de saúde das mulheres (Cingolani, 2018; Gomide, 2016; Gomide, Pereira e Machado, 2017; Bauer e Knill, 2012). A partir desse modelo de análise, assim como das premissas e da hipótese geral de pesquisa já definidas, propõem-se mais quatro hipóteses específicas que serviram de base para a identificação e análise das continuidades e rupturas das capacidades estatais da PNAISM, assim como a interpretação dessas mudanças em termos do desmonte (Quadro 5).

Quadro 5 - Sistematização das hipóteses específicas da pesquisa

Hipótese	Direcionalidade	Dimensão de análise
H1	O processo de desmonte reformulou a capacidade regulatória da PNAISM, deslocando gradualmente seu princípio da integralidade para o materno-infantilismo.	Capacidade regulatória
H2	O processo de desmonte fez com que o eixo de articulação político-relacional da agenda da PNAISM fosse deslocado de atores dos movimentos feministas para grupos religiosos e neoliberais.	Capacidade político-relacional
H3	O processo de desmonte corroeu a capacidade fiscal da PNAISM, despriorizando-a no orçamento da política de saúde das mulheres e do SUS.	Capacidade fiscal
H4	Com o desmonte, a PNAISM teve o <i>status</i> organizacional da sua estrutura de gestão no MS rebaixado e seu corpo técnico e instrumentos reduzidos, enfraquecendo sua capacidade burocrática.	Capacidade burocrática

Fonte: elaboração própria.

3.2. Refinando objetivos e definindo a estratégia de pesquisa

A partir do problema de pesquisa definido, assume-se como objetivo investigar se, e em que medida, o desmonte da política de saúde das mulheres – analisado a partir da PNAISM – foi efetivo no governo Bolsonaro, considerando os retrocessos legados das gestões anteriores de Temer e Dilma e as especificidades da sua gestão. Esse objetivo geral se destrincha em dois objetivos específicos, que se articulam com a proposta analítica -apresentada na seção anterior: (i) identificar e analisar continuidades e rupturas na política de saúde das mulheres entre os governos Dilma 1 (2011-2014), Dilma 2 (2015-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) a partir das distintas dimensões- das capacidades estatais; e (ii) analisar a efetividade do desmonte da política de saúde das mulheres no governo Bolsonaro (2019-2022), interpretando e discutindo:

- As condições do desmonte, ou seja, as estruturas de oportunidades (fatores externos e oportunidades e restrições institucionais) e as fontes das preferências políticas (preferências dos atores e fatores situacionais).
- As estratégias do desmonte, ou seja, se o desmonte foi realizado via *default*, mudança de arena, ação simbólica e/ou ação ativa.
- Os efeitos do desmonte sobre o *status quo* da política e seus instrumentos, ou seja, sua extinção, redução ou reformulação.

Partindo desses objetivos e do modelo de análise de Bauer e Knill (2012, p. 13, tradução livre), como alegam os autores, “o valor desta estrutura só pode ser testado aplicando-a sistematicamente a estudos de caso empíricos de desmonte de políticas”, contribuindo tanto para sua investigação específica quanto para a construção da teoria geral do desmonte. Ademais, ao incorporar a literatura de capacidades estatais na operacionalização do modelo, a aplicação de estudo de caso também se mostra relevante, especialmente quando investiga setores estratégicos, como é o caso da saúde das mulheres (Gomide, 2016; Roggeband e Krizsán, 2020).

Como aponta Yin (2001, p. 32), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”, baseando-se na coleta e análise de dados a partir de diversas fontes. Tal estratégia pode ser realizada a partir de um caso único ou de um conjunto de casos, assim como pode ser qualitativo, quantitativo ou misto, sendo fundamental a definição da unidade de análise e da natureza metodológica da pesquisa de acordo com a pergunta orientadora.

Assim, primeiramente, a fim de alcançar os objetivos propostos, optou-se pela adoção de uma abordagem qualitativa de pesquisa, na medida em que se pretendia uma análise holística do fenômeno, com foco nos processos internos ao caso e seus mecanismos de funcionamento, e não dissolver esse ganho de intensidade em análises de variações e capturas de tendências gerais, como no caso de abordagens quantitativas (Sátyro e D'Albuquerque, 2020). Além disso, como o intuito de garantir a validade externa da pesquisa a partir das indicações da literatura, foi adotada a estratégia do estudo de caso único para investigação do desmonte da política de saúde das mulheres.

Por sua vez, cabe, a essa altura, explicitar os contornos e implicações da escolha por tomar o PNAISM como unidade de análise deste estudo de caso. Essa escolha considerou o fato de tanto a PNAISM (2004) quanto a RC (2011) serem as principais iniciativas de saúde para mulheres no século XXI, tanto pela concentração de recursos quanto pelo grau de agenciamento coletivo (Rosa e Cabral, 2023). Assim, sendo ambos casos representativos do fenômeno de interesse, a opção pela PNAISM como unidade de análise partiu do seu *status*, visto que a “PNAISM é designada como uma Política Nacional e a RC é instituída através de uma portaria que omite a sua posição no quadro normativo federal” (Rosa e Cabral, 2023, p. 3). Ademais, a PNAISM, diferentemente da RC, é uma política que tem como princípio

nortear a integralidade, convergente com o SUS e, ao mesmo tempo, antagônico à atuação conservadora do MS no governo Bolsonaro (2019-2022) — indicando um maior potencial da ofensiva antigênero sobre ela e uma carga de esforço no sentido do seu desmonte.

No entanto, a relevância da RC não foi desconsiderada. Como um marco importante de inflexão da política de saúde das mulheres no Brasil, esta pesquisa considerou o ano de 2011, quando foi criada a RC, como marco inicial do período de análise, que se encerra em 2022, ao final do governo Bolsonaro (2019-2022). Esse recorte se justifica por considerar os sinais recorrentes de enfraquecimento e reorientação da PNAISM a partir de então, inicialmente associados à competição com RC e, depois, intensificados ao longo dos governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022), em um cenário de aprofundamento da crise político-institucional e socioeconômica do período (Rosa e Cabral, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Corrêa e Kalil, 2020).

Desse modo, ao tomar 2011-2022 como marco temporal da análise, buscou-se captar o nascimento dessa disputa e acompanhar seus desdobramentos. O estudo de caso adquiriu, portanto, um caráter longitudinal, abrangendo um período de 11 anos, permitindo a identificação e comparação das continuidades e rupturas às quais a política foi submetida.

Por fim, outro recorte da pesquisa foi o foco dado ao nível federal do Poder Executivo na análise do desmonte da PNAISM, por esta ser uma Política Nacional, orientadora da implementação da política de saúde das mulheres em todo o território. Ademais, no arranjo federativo do SUS, cabe ao MS definir diretrizes nacionais, editar atos normativos, coordenar pactuações e condicionar repasses financeiros – instrumentos centrais das estratégias de desmonte descritas por Bauer e Knill (2012). Assim, tratando-se de uma Política Nacional, o Poder Executivo Federal atua como seu principal indutor e coordenador, de modo que tal recorte permitiu a compreensão de como variações de suas capacidades estatais se traduziram em decisões que afetaram os resultados da PNAISM e seu possível desmonte.

Dessa forma, em síntese, a análise do desmonte da política de saúde das mulheres se deu a partir da estratégia do estudo de caso único qualitativo longitudinal, tomando a PNAISM como unidade de análise, e se concentrando no Poder Executivo Federal entre 2011 e 2022. Na seção a seguir, a fim de garantir a validade do constructo metodológico e a confiabilidade da pesquisa (Yin, 2001), a aplicação dessa estratégia será destrinchada, detalhando as técnicas de coleta e análise de dados utilizadas.

3.3. Técnicas de coleta e análise dos dados

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa e longitudinal, sustentada por um estudo de caso único, o processo de coleta e análise das evidências se deu a partir de uma triangulação de dados, que envolveu técnicas de revisão bibliográfica, análise de dados orçamentários, pesquisa documental e entrevistas focais semiestruturadas. Como aponta Yin (2001), tal triangulação se mostra especialmente pertinente em estudos de caso, uma vez que, ao adotar técnicas de pesquisa complementares, torna-se possível verificar convergências nas informações oriundas de diferentes fontes, corroborando os fatos e ampliando a qualidade e validade das inferências produzidas.

Desse modo, inicialmente, a fim de contribuir para lacunas nos debates em andamento na literatura e mapear os contextos histórico e contemporâneo no qual a política de saúde das mulheres esteve inserida, a revisão bibliográfica foi direcionada à construção teórica do problema de pesquisa e identificação de argumentos analíticos e evidências já sistematizadas. Nesse processo, foram analisadas fontes secundárias de dados de domínio público, como livros e artigos científicos, possibilitando a construção de um “ponto de partida” sobre o tema (Kripka, Scheller e Bonotto, 2015). Assim, foi possível desenhar a trajetória histórica da política de saúde das mulheres até 2010 e vislumbrar o cenário no qual esteve inserida entre 2011 e 2022, viabilizando a investigação contextualizada do seu desmonte.

Ademais, especificamente para mensuração dos indicadores referentes à *capacidade fiscal*, foi realizada uma análise orçamentária longitudinal baseada em dados secundários referentes ao período de 2011 a 2022. Inicialmente, por meio de solicitação via Lei de Acesso à Informação (LAI)⁴⁶ e consulta ao Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), foi possível identificar alterações nas Ações e Planos Orçamentários da Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses dados foram agregados, para fins comparativos, as informações referentes à RC e ao SUS, de modo a analisar, para além de possíveis mudanças na execução orçamentária da PNAISM ao longo do período, sua priorização frente ao orçamento da política de saúde das mulheres (PNAISM e RC)⁴⁷ e do SUS.

⁴⁶ Lei nº 12.527/2011.

⁴⁷ Considerou-se como orçamento da política de saúde das mulheres apenas as Ações e Planos Orçamentários vinculados especificamente à PNAISM e à RC, por estas serem as principais políticas de saúde das mulheres no século XXI em termos de concentração de recursos (Rosa e Cabral, 2023). Dessa forma, optou-se por não adotar uma abordagem ampliada, como a do relatório *A mulher no orçamento* (Brasil, 2024b) que inclui Ações gerais do SUS, a fim de preservar a especificidade setorial da análise e evitar a diluição da política de saúde das mulheres em Ações transversais cujo vínculo com a política é apenas indireto ou residual.

Assim, foram consideradas todas as Ações e Planos Orçamentários entre 2011 e 2022 relacionados à política de saúde das mulheres (PNAISM e RC), bem como a *Função 10 - Saúde*, correspondente ao orçamento global do SUS (Quadro 6). A partir dessa cesta, foram considerados os *valores de dotação atual* e os *valores empenhados*⁴⁸ de cada exercício financeiro, cujos valores nominais foram extraídos do Painel do Orçamento Federal do SIOF⁴⁹ e posteriormente corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2023⁵⁰, compondo a base de dados utilizada para a análise orçamentária.

Quadro 6 - Cesta de Ações e Planos Orçamentários da LOA para análise orçamentária

Referência	Período	Órgão	Função	Ações Orçamentárias	Planos Orçamentários
PNAISM	2011-2016	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	6175 – Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher	<i>todos</i>
PNAISM	2017-2020	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde	000F – Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	2021-2022	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	21CE - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde	0006 - Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RC	2012-2018	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	20R4 – Apoio à Implementação da Rede Cegonha	<i>todos</i>
RC	2013	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	8535 – Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde	0008 – Rede Cegonha
RC	2013-2017	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	0004 – Rede Cegonha

⁴⁸ Dentre as opções disponíveis no SIOF — projeto de lei, dotação inicial, dotação atual, empenhado, liquidado e pago —, optou-se por utilizar os valores de dotação atual e empenhado. Isso porque a primeira indica o montante autorizado para execução, refletindo a intenção formal de gasto do governo; a segunda expressa o valor efetivamente comprometido, sinalizando o nível real de execução orçamentária. Assim, a comparação entre ambos os valores permitiu identificar discrepâncias entre a alocação autorizada e o comprometimento efetivo de recursos, evidenciando tensões entre o planejamento e a execução da política de saúde das mulheres.

⁴⁹ Disponível em: <[https://www.siof.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/> >. Acesso em: 16 set. 2025.](https://www.siof.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/)

⁵⁰ Considerando que os valores extraídos foram normais, a correção pelo IPCA de dezembro de 2023 se fez necessária para eliminar os efeitos da inflação no período e comparar valores em termos reais. Assim, a identificação do valor referente ao IPCA de dezembro de 2023 teve como fonte o Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA, tabela 173, variável IPCA - Número-índice (base: dezembro de 1993 = 100). Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1737>>. Acesso em: 16 set. 2025.

RC	2019-2020	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	20YI – Implementação de Políticas de Atenção à Saúde	000I – Implementação de Políticas para a Rede Cegonha
RC	2019-2022	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	8535 – Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde	000C – Estruturação da Rede Cegonha
RC	2021-2022	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	21CE – Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde	0009 – Implementação de Políticas para a Rede Cegonha
SUS	2011-2022	36000 - Ministério da Saúde	10 - Saúde	<i>todas</i>	<i>todos</i>

Fonte: elaboração própria a partir de informações obtidas via LAI e consulta ao SIOP.

Por sua vez, foi realizada uma pesquisa documental em fontes primárias. Tais documentos, produzidos no curso das práticas político-institucionais, são fontes estáveis e não reativas que permitiram o rastreamento das disputas ideológicas-normativas e das mudanças nas capacidades da política (Kripka, Scheller e Bonotto, 2015). Isso porque, como aponta Bowen (2009), os documentos oferecem não apenas um panorama contextual sobre o ambiente em que as ações e decisões se desenvolvem, mas também dados complementares que permitem identificar novas questões relevantes, acompanhar transformações institucionais ao longo do tempo e verificar evidências obtidas por outras fontes, ampliando a profundidade interpretativa da pesquisa.

Assim, na primeira etapa da pesquisa documental, os documentos foram mapeados e selecionados, produzindo um material de pesquisa composto por atos normativos, relatórios e documentos oficiais relacionados à PNAISM, bem como a outras políticas e ações com potenciais efeitos sobre sua trajetória. A seleção foi orientada pelas dimensões analíticas das capacidade estatais e seus respectivos indicadores previamente definidos na Figura 3 da Seção 3.1, de modo que cada documento incluído ofereceu evidências empíricas pertinentes a pelo menos uma dessas dimensões. O recorte temporal abrangeu prioritariamente o período de 2011 a 2022, com pontuais retornos à década de 2000 para consulta dos textos fundantes da PNAISM e outros que com eles dialogaram. A coleta se concentrou em acervos públicos e repositórios institucionais (Quadro 7).

Quadro 7 - Documentos selecionados e fontes dos dados da pesquisa documental⁵¹

Documentos	Fontes	Referências
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes - 1ª edição	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2004a)
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (2011) - 1ª edição, 2ª reimpressão	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2011b)
Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 - Rede Cegonha.	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2011a)
Portaria nº 2.228, de 1º de julho de 2022 - Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2022a)
Plano Nacional de Saúde 2012-2015	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2011c)
Plano Nacional de Saúde 2016-2019	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2016a)
Plano Nacional de Saúde 2020-2023	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2020a)
3º Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015)	Portal Gov.br - Ministério das Mulheres (MMulheres)	Brasil (2013b)
“Mensagem da Dilma”, carta aberta aos grupos católicos e evangélicos em relação ao aborto	Mídia - Gazeta do Povo	Gazeta do Povo (2010) ⁵²
Programa de Governo Dilma 1 - Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira	Site Fundação Perseu Abramo (PT)	Rousseff (2010)
Programa de Governo Dilma 2 - Mais mudanças, mais futuro	Site Fundação Perseu Abramo (PT)	Rousseff (2014)
Programa de Governo Temer - Uma ponte para o futuro (PMDB)	Site MDB	PMDB (2015)
Programa de Governo Temer - Travessia Social: uma ponte para o futuro (PMDB)	Mídia - Revista Veja	PMDB (2016)
Programa de governo Bolsonaro - O caminho da prosperidade	Mídia - Revista Veja	Bolsonaro (2018)
Cartilha Fortalecer a defesa do SUS com a participação e a força das Mulheres da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU)	Portal Gov.br - Conselho Nacional de Saúde (CNS)	Brasil (2018)
Relatório Final da 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres	Portal Gov.br - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)	Brasil (2016b)
Área Técnica de Saúde da Mulher - Síntese das Diretrizes para a PNAISM (2004-2007)	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde (MS)	Brasil (2003a)

⁵¹ A lista com todas as informações das referências dos documentos analisados está disponível no Apêndice A.

⁵² A referência à Gazeta do Povo foi utilizada exclusivamente como fonte de reprodução do documento original da carta pública de Dilma Rousseff, uma vez que não foi localizado outro repositório acessível com o texto completo, não implicando endosso editorial ao veículo.

Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011 - Altera a estrutura organizacional do MS	Portal Gov.br - Planalto	Brasil (2011d)
Decreto nº 7.797 de 30 de agosto de 2012 - Altera a estrutura organizacional do MS	Portal Gov.br - Planalto	Brasil (2012)
Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013 - Altera a estrutura organizacional do MS	Portal Gov.br - Planalto	Brasil (2013a)
Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016 - Altera a estrutura organizacional do MS	Portal Gov.br - Planalto	Brasil (2016c)
Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 - Altera a estrutura organizacional do MS	Portal Gov.br - Planalto	Brasil (2019a)
Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022 - Altera a estrutura organizacional do MS	Portal Gov.br - Planalto	Brasil (2022b)
Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM	Portal Gov.br - Ministério dos Direitos Humanos (MDH)	Brasil (2015)

Fonte: elaboração própria.

Todavia, ainda que se reconheça a relevância e as vantagens da pesquisa documental, é importante também apontar que, isoladamente, essa técnica possui limitações, entendidas como potenciais desafios e não como desvantagens estruturais (Bowen, 2009). Tratando-se de documentos produzidos com finalidades administrativas ou institucionais, e com restrições de acesso ou baixa recuperabilidade, eles apresentam uma insuficiência de detalhes para responder integralmente às questões de pesquisa. Além disso, a seleção dos documentos disponíveis pode acabar por refletir vieses, uma vez que os registros tendem a expressar a lógica, interesses e prioridades do órgão produtor em detrimento de outras perspectivas (Bowen, 2009). Nesse sentido, para coleta dos dados primários, além da pesquisa documental também foi adotada a técnica de entrevistas, de modo a fortalecer a validade do estudo e permitir a convergência de diferentes tipos de evidência, conforme recomenda Yin (2001) ao defender o uso de múltiplas fontes como um fundamento lógico do estudo de caso.

Assim, de forma complementar, sendo “uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso” (Yin, 2001, p. 112), também foram coletados dados a partir de entrevistas focais. Enquanto um tipo de entrevista de caráter espontâneo e informal, as entrevistas focais ocorrem em um curto período de tempo e são embasadas em um conjunto de perguntas que, no caso desta pesquisa, foram organizadas a partir de um roteiro semiestruturado. Com essa técnica de coleta dos dados, foi possível obter informações precisas e contextualizadas a partir de depoimentos de atores estratégicos para a PNAISM.

O roteiro semiestruturado (Apêndice B) foi desenvolvido a partir das dimensões de

análise de capacidades estatais definidas na Seção 3.1. Assim, enquanto uma ferramenta de coleta de dados qualitativa, o roteiro serviu como guia para a condução das entrevistas, permitindo ao mesmo tempo direção temática e flexibilidade para que os entrevistados pudessem se expressar livremente e abordar questões que considerassem relevantes dentro do tema proposto. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG), com parecer favorável em setembro de 2025.

A amostra das entrevistas foi definida com base no método bola de neve, adotando uma seleção de participantes relacionados à formulação, implementação e/ou gestão da PNAISM, por meio de indicações que permitiram a identificação de potenciais entrevistados durante o processo. Essa opção foi realizada frente à dispersão e dificuldade de identificar os atores de interesse da pesquisa, direcionando para um conjunto de entrevistados conectados entre si. Os atores foram convidados a participar da pesquisa e as entrevistas foram realizadas com aqueles que aceitaram o convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). As entrevistas ocorreram de forma *online*, por meio da plataforma *Google Meet*, mediante concordância quanto à gravação do conteúdo para fins de transcrição e análise posterior, assegurando a confidencialidade das informações pessoais.

A realização das entrevistas seguiu até o momento em que os conteúdos dos depoimentos se tornaram recorrentes e consistentes, indicando que as principais evidências e padrões analíticos já haviam sido identificados. Assim, foram realizadas 7 entrevistas com atores institucionais que atuaram com a PNAISM entre 2011 e 2022 (Quadro 8).

Quadro 8 - Entrevistas focais realizadas

Entrevistas	Instituição/organização dos(as) entrevistados(as)
Entrevista 1	Ministério da Saúde (MS)
Entrevista 2	Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) e Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) do Conselho Nacional de Saúde
Entrevista 3	Ministério da Saúde (MS)
Entrevista 4	Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) e Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) do Conselho Nacional de Saúde
Entrevista 5	Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)
Entrevista 6	Câmara dos Deputados
Entrevista 7	Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)

Fonte: elaboração própria.

As entrevistas foram transcritas por meio do *software HappyScribe*, que realizou a conversão automática dos áudios em texto. Em seguida, todas as transcrições passaram por uma revisão manual realizada pela pesquisadora, com o objetivo de corrigir eventuais falhas de reconhecimento de voz, ajustar o texto e assegurar a fidelidade das falas originais. Ademais, para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes, nas citações transcritas das entrevistas foram suprimidos ou anonimizados trechos que continham menções diretas a informações passíveis de identificação nominal.

Assim, com a coleta finalizada, os dados primários obtidos por meio da pesquisa documental e das entrevistas focais foram submetidos a uma análise temática de conteúdo. Partindo da clássica proposta metodológica de Laurence Bardin para análise de conteúdo, a investigação foi realizada em três fases: (i) pré-análise; (ii) exploração do material; e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise tem como objetivo “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final” (Bardin, 2016, p. 125). Esses passos foram feitos conforme apresentado ao longo deste capítulo.

Na segunda fase, de exploração do material, o corpus composto por documentos coletados e entrevistas transcritas foi submetido à análise a partir da codificação e categorização manual do material, consolidada em um banco de dados no *Google Sheets*. Primeiramente, a codificação foi conduzida de forma orientada, ou seja, fundamentada no referencial teórico que embasa o modelo analítico adotado nesta pesquisa. Assim, em busca de sinais empíricos da presença de determinados fatores no texto, foram codificados índices que remetem a expressões, conceitos e ações relacionados ao fenômeno⁵³. A partir de tais índices, foram codificadas frases dos textos e trechos das entrevistas enquanto unidades de registro temáticas, assim como os títulos dos documentos e a instituição à qual os(as) entrevistados(as) estavam vinculados(as) como unidades de contexto, garantindo a coerência

⁵³ Índices utilizados: integralidade; materno-infantilismo; mulher; mãe; gênero; ideologia; família; participação; médicos; empresários; movimentos sociais; movimento feminista; evangélicos; neopentecostais; católicos; religião; aborto; saúde; portaria; mudança; continuidade; ruptura; reformulação; austeridade; corte; redução; descontinuidade; orçamento; fiscal; financiamento; neoliberalismo; princípios; objetivos; diretrizes; plano de ação; metas; prioridades; Política Nacional de Atenção Integral à saúde das mulheres (PNAISM); Rede Cegonha (RC); Rede Materno-Infantil (RAMI); Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU); Ação 6175 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à saúde das mulheres; Ação 20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha; Área Técnica de Saúde da Mulher; Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSMU); Coordenação de Saúde da Mulher (COSMU).

interpretativa e a fidelidade ao sentido original dos documentos e falas analisadas.

Concluída a codificação, deu-se início à categorização do material, na qual as unidades previamente identificadas foram organizadas segundo critérios de similaridade e pertinência temática com as dimensões de capacidades estatais definidas na Seção 3.1. Cada trecho identificado no corpus foi examinado e alocado à dimensão correspondente, resultando na construção de um banco de dados qualitativo que concentrou todas as unidades de registro e contexto classificadas e permitiu a sistematização dos achados.

Por fim, com o banco de dados consolidado, iniciou-se a terceira e última fase da análise de conteúdo: o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Tratando-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, esse processo teve como objetivo ultrapassar a simples descrição das dimensões a fim de compreender seus significados subjacentes, as relações entre elas e o contexto em que foram produzidas (Bardin, 2016). O material categorizado foi examinado de forma triangulada e articulado ao referencial teórico e à análise orçamentária, permitindo a identificação de padrões e tensões entre os diferentes tipos de fontes e suas respectivas evidências. O processo interpretativo envolveu a inferência de sentidos implícitos e a contextualização dos achados à luz da literatura, possibilitando compreender como esses se manifestaram no desmonte da política de saúde das mulheres. O capítulo a seguir destrincha essa terceira fase da investigação, apresentando, analisando, interpretando e discutindo seus resultados.

CAPÍTULO 4 - CAPACIDADES ESTATAIS E O PROCESSO DE DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE DAS MULHERES ENTRE 2011 E 2022

A partir do percurso metodológico apresentado no Capítulo 3, este capítulo desenvolve a análise e discussão dos resultados relativos às continuidades e rupturas nas capacidades estatais da PNAISM entre 2011 e 2022, interpretando-as em termos do desmonte da política de saúde das mulheres. Para tal, nas Seções 4.1 à 4.4, o foco da análise recai no atingimento do primeiro objetivo específico desta pesquisa, de modo e testar as hipóteses específicas que, orientadas pelas dimensões e indicadores de capacidades estatais da PNAISM, confrontam as gestões de Dilma 1 (2011-2014), Dilma 2 (2015-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022). Por sua vez, de forma a alcançar o segundo objetivo específico e testar a hipótese central, assim como responder à pergunta de pesquisa, a Seção 4.5 articula os resultados obtidos nas seções anteriores com o modelo de análise proposto na Seção 3.1, permitindo interpretar as condições, estratégias e efeitos do desmonte da política de saúde das mulheres e verificar a sua efetividade.

4.1. Capacidade regulatória: a disputa entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil

A PNAISM, formulada em 2003 e criada em 2004 no governo Lula 1 (2003-2006), não foi instituída formalmente no âmbito do MS por meio de portaria ministerial. Sua regulamentação se deu exclusivamente por meio de um documento orientador – *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes* –, publicado em 2004 (1ª edição) e reimpresso em 2011 (1ª edição, 2ª reimpressão) (Brasil, 2004a, 2011b). Nesse momento, a criação da PNAISM a partir do princípio da integralidade foi um marco na consolidação da proposta inaugurada em 1984 pelo PAISM que, desta vez em diálogo com o enfoque de gênero, ampliou a agenda da política de saúde das mulheres em uma direção contrária à histórica abordagem materno-infantil que restringiu o acesso das mulheres à saúde à sua condição de mãe durante a maior parte do século XX (Rosa e Cabral, 2023, 2024).

Nesse sentido, as Entrevistas 6 e 5 confirmaram como esse arcabouço conceitual da PNAISM foi derivado da construção de uma nova proposta para a política desde a década de

1980, com o PAISM, no qual a integralidade foi colocada como princípio norteador da saúde das mulheres antes mesmo da sua consolidação como princípio norteador do SUS. Assim, em 2004, quando o Programa (PAISM) se tornou Política Nacional (PNAISM), foram preservados fundamentos históricos da política, ao passo que sua agenda se expandiu e se fortaleceu dentro do MS.

Desde o surgimento do SUS, na década de 1990 mais normatizado, foram sendo desenvolvidas muitas normativas técnicas e conceituais do sistema de saúde. E no caso da política de saúde das mulheres a gente tem na década de 1980 a formulação do conceito, ou seja, o conceito de uma política integral de saúde das mulheres, em que as feministas foram muito importantes, muito protagonistas. Então tinha um conceito. E ali tinha a concepção de que a saúde das mulheres tinha que lidar com todos os problemas de saúde das mulheres e que ela teria um acompanhamento ao longo da vida. Então a questão do percurso de vida é muito importante, a questão da linha de cuidado é muito importante (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

Então, ele [o PAISM] começa a sua atuação com a criação de um espaço importante de coordenação da política para as mulheres, que é implementada no Ministério da Saúde. E depois, eu acho que tem um crescimento e um fortalecimento extremamente importante que vem já no primeiro governo do presidente Lula [com a PNAISM]. [...] A gente tinha que passar de um programa para uma política. Isso significava um fortalecimento da ação e uma relação institucional no Ministério mais forte, ampliando, portanto, o seu escopo (Entrevista 5, SPM).

Ainda que na ausência de uma portaria regulatória, a Entrevista 4 reforçou a importância da criação de uma Política Nacional apontada na Entrevista 5, evidenciando como essa elevação de *status* conferiu legitimidade institucional e clareza de propósito à agenda de saúde das mulheres naquele momento.

Olha, eu acho que [não ter uma portaria para a PNAISM] não complicou [sua implementação]. Eu acho que no momento em que ela se transformou em política, era uma política oficial do Ministério da Saúde. Não interferiu. Era uma política ali colocada. E foi um dado assim, pra gente, fundamental. Na época, o Ministério da Saúde tinha uma política voltada para a saúde das mulheres, e ali estavam colocados todos os nossos princípios, objetivos, etc. E eles cobriam nós mulheres como um todo. Nós mulheres não somos só barriga. Nós temos cabeça. Como é que está a nossa cabeça, saúde mental? Nossos corações, perna, braços, somos nós. Nossa alma. A mulher é muito inteira, entende? E a gente tentava levar isso para o interior da PNAISM (Entrevista 4, RFS/CISMU).

Assim, em termos de conteúdo, o texto do documento fundador apresentou definições conceituais, contextualização e um diagnóstico da saúde na mulher no Brasil, assim como princípios, diretrizes, objetivos e estratégias voltadas à implementação da PNAISM (Brasil, 2004a, 2011b). No capítulo de apresentação do documento, assinado pelo então Ministro de Estado da Saúde em 2004, Humberto Costa, a construção conjunta da proposta da política é

ressaltada, informando que sua elaboração foi realizada em parceria com diversos setores da sociedade e do Estado, incluindo atores como movimentos de mulheres, organizações científicas, gestores do SUS, agências de cooperação internacional⁵⁴. Ademais, colocou a saúde das mulheres como prioridade do governo e do MS, abordando fundamentos que deveriam orientar a ação estatal.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids [Vírus/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida] e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (Brasil, 2004a, p. 5).

Nos capítulos seguintes, ao abordar os objetivos gerais, foi reafirmada a busca pela melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, a redução da morbidade e mortalidade feminina e a ampliação, qualificação e humanização do acesso à atenção integral à saúde das mulheres (Brasil, 2004a, 2011b). O mesmo se observa nos objetivos específicos e estratégias, que detalharam linhas de ação voltadas à saúde sexual e reprodutiva, à atenção obstétrica, violência, saúde mental e às necessidades de grupos específicos de mulheres, assim como para a participação e controle social.

Além disso, enquanto Política Nacional, a PNAISM se estrutura como uma diretriz de ação para os três níveis de governo, cabendo ao MS o papel de formulação e coordenação,

⁵⁴ ANMTR – Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais; ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem; ABENFO – Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica; Articulação de Mulheres Brasileiras; Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; Comissão Nacional de Mortalidade Materna; CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde; CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Conselhos de Classe (CFM, COFEN, CFP e outros); Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais, Municipais); Conselho Nacional do Idoso; CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura; CLAP – Centro Latino-Americano de Perinatologia/OMS/OPAS; CRT Estadual e Regional – Conselho Regional do Trabalho; DRT – Delegacia Regional do Trabalho; DFID – Department for International Development; FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas; FUNASA – Fundação Nacional de Saúde; IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis; INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária; INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social; Ministério da Justiça; Ministério do Trabalho; Ministério do Desenvolvimento Agrário; Ministério Público; Movimentos Sociais; Movimentos de Mulheres Negras; OMS – Organização Mundial da Saúde; OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde; Parlamentares; REHUNA – Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento; Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Secretaria Especial de Direitos Humanos; SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial; Sociedades Científicas (Febrasgo, Aben, Abenfo e outras); UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids; UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância; UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher; Universidades; Veículos de comunicação (Brasil, 2004a; 2011b).

articulando a execução das ações de forma descentralizada, enquanto estados e municípios assumem a coordenação regional e implementação de acordo com suas capacidades (Brasil, 2004a, 2011b). Nesse sentido, o documento reconheceu explicitamente que sua efetividade depende da cooperação federativa, reforçando seu caráter coordenador, ainda que não tenha estipulado instrumentos formais que possibilitassem ao nível federal coordenar e monitorar a execução descentralizada da política.

A percepção identificada na Entrevista 4 – de fortalecimento e legitimação da agenda promovida pela PNAISM – e que é reforçada na proposta do documento (Brasil, 2004a), foi contraposta pela Entrevista 1, que problematizou a fragilidade normativa da política e a ausência de instrumentos estruturantes para sua operacionalização. Nesta última, em diferentes momentos da fala, o(a) entrevistado(a) reforçou que a PNAISM não se consolidou como uma política plenamente estruturada, mas sim como um conjunto de princípios e diretrizes sem capacidade para adquirir materialidade no SUS.

A PNAISM pode ser até um objeto da tua conversa, mas na verdade ela é uma estranhíssima política, porque é uma política de diretrizes. Ela apresenta princípios e diretrizes para uma política de saúde integral da mulher. E aí, até numa discussão no campo da política, efetivamente nós não temos uma política de saúde das mulheres no Brasil. Temos princípios e diretrizes para uma política, e, portanto, parece que esse fundamento normativo é um chão para se pensar um conjunto de estratégias que dali podem derivar. Mas, especificamente, não temos uma política postada que poderia considerar um conjunto de temas relevantes da saúde das mulheres. [...] A gente não tem uma política só da mulher no Brasil. O que temos é uma portaria⁵⁵ que diz de princípios e diretrizes. Mas pensar uma política como temos outras políticas no SUS, sustentada, porque esses princípios e diretrizes são a sustentação da política, de uma cadeia política. A política é um conjunto de ações estratégicas em áreas estratégicas e relevantes com financiamento⁵⁶. Então, o que a gente acaba tendo na saúde das mulheres, é um conjunto de fragmentos normativos que partem dessa normativa geral (Entrevista 1, MS).

Ademais, no que tange à ausência de atualização do documento de 2004 (Brasil, 2004a), foi indicado na Entrevista 3 que havia intenção de atualizá-lo durante o governo Dilma 1 (2011-2014), mas que o processo não avançou diante das resistências políticas, sobretudo relacionadas ao risco de retrocessos em temas sensíveis. Ao mesmo tempo, a

⁵⁵ No caso da PNAISM não existe uma portaria que a regule, o que temos atualmente (desde sua criação) é o documento orientador *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes* (Brasil, 2004a; 2011b).

⁵⁶ A despeito dessas declarações não serem factualmente precisas, considerando que no documento orientador da PNAISM existe um conjunto de objetivos específicos, estratégias e linhas de ação para implementação de ações em diferentes temáticas, elas expressam a percepção dos atores sobre o que falta do ponto de vista regulatório na política e sobre como essa normativa é (ou não) materializada em ações efetivas.

existência de uma fragmentação interna no movimento de mulheres dificultou a geração de consenso nas prioridades políticas em torno da agenda.

Nós fizemos um encontro com movimentos de mulheres para repensar e atualizar a política. O que a gente viu nesse encontro? Pautas identitárias minúsculas, mulheres querendo uma política para elas. Eu falei: gente, isso aqui vai virar uma concha de retalhos maior do que já é. Porque ele já é muito assim, sabe? O documento de 2004 [da PNAISM]. E aí fizemos uma conversa muito bacana sobre o que nos une como mulheres, o que são grandes pautas que a gente tem que enfrentar juntas e não de forma tão separada, que é quase antagônica uma com a outra. Eu acho que isso nos deu a realidade de que se a gente pusesse na roda, abrisse a PNAISM para ela ser reeditada, a gente ia perder com o movimento de 2004, que foi um movimento forte (Entrevista 3, MS).

Além disso, a Entrevista 3 apontou como nesse momento a força política de grupos conservadores crescia na oposição ao governo, produzindo um ambiente hostil à revisão da PNAISM e aprofundando o risco de retrocessos diante da reação conservadora a pautas relacionadas às mulheres. Esse entrave refletia o avanço da ofensiva antigênero no Brasil que, como apontam Corrêa e Kalil (2020), na virada para a década de 2010, ganhou força na esfera política e intensificou a pressão em prol de retrocessos nas agendas feministas, especialmente no tema da saúde. Nesse sentido, a não atualização e a republicação do documento orientador da PNAISM naquele ano de 2011 (Brasil, 2011b) funcionou como uma estratégia de reafirmação de seu conteúdo original frente à ascensão de agendas moralmente conservadoras que ameaçavam reduzir a abrangência dos princípios e diretrizes da política.

O documento de 2004 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. A gente trabalhou muito indo ao Conselho Nacional de Saúde discutir temas de saúde das mulheres. E aí em 2011 falamos: vamos atualizar a política? Vamos. Aí a gente viu que corríamos o risco de ter retrocessos, em relação principalmente ao que está escrito no documento de 2004 relativo ao aborto. Íamos no Senado, na Câmara dos Deputados falar de aborto junto com um tanto de gente e apareciam as mulheres com aqueles fetinhos de gesso branco. É louco, sabe? Era um momento em que essa questão do aborto era quase pior do que agora. Acho que era pior do que agora. Eu era assediada: “sendo uma pessoa tão boa, como que eu estaria defendendo o aborto?” Era horrível (Entrevista 3, MS).

Todavia, entre 2011 e 2022, ainda que o documento de princípios e diretrizes tenha sido o único orientador normativo da PNAISM (Brasil, 2004a, 2011b), a saúde das mulheres foi perpassada por outras iniciativas que afetaram a política, como a RC que, mais tarde, tornou-se Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).

Primeiramente, ainda que a PNAISM seja a Política Nacional orientadora da saúde das mulheres, o período entre 2011 e 2022 foi marcado pela consolidação de outras iniciativas

que, na prática, ganharam maior visibilidade e centralidade do que ela: a RC de 2011 e a RAMI de 2022. Nesse ponto, é importante ressaltar que a PNAISM, enquanto uma Política Nacional, foi um marco que garantiu legitimidade aos princípios, diretrizes e objetivos orientadores da saúde das mulheres, estabelecendo o que deve ser feito e com que sentido político (Rosa e Cabral, 2024). As Redes de Atenção vinculadas à saúde das mulheres, por sua vez, têm o papel de organizar a oferta de serviços no território a partir dessas orientações estabelecidas. Assim, na Entrevista 1, ao se questionar se a “PNAISM é como um guarda-chuva de princípios e diretrizes no qual a RC seria uma das iniciativas embaixo desse arcabouço”, foi confirmado que

Podemos pensar assim. É um jeito de pensar. Eu acho que você vai ter que fazer um certo contorno, porque essa política de saúde da mulher [PNAISM], ela é isso: um conjunto de princípios e diretrizes. Claro, ela tem muita importância porque ela foi costurada com os movimentos. Eu acho que do ponto de vista da sua perspectiva política, ela é muito sustentada, ela é muito atualizada. Agora, se eu disser qual a relação da Rede Cegonha com a PNAISM, eu vou te dizer que de um ponto de vista formalíssimo, é isso: ela parte, ela respeita, ela considera, mas do ponto de vista operacional ela não interfere em nada (Entrevista 1, MS).

A ideia de que a PNAISM ocupa uma posição de “guarda-chuva” normativo das iniciativas de saúde das mulheres foi reforçada pela Entrevista 6, que destacou como a integralidade proposta pela política se desdobrou em iniciativas mais específicas ao longo do tempo, como a RC. Ademais, uma colocação importante da Entrevista 6 foi o entendimento de como a PNAISM tem sido, historicamente, uma política de governo, e não de Estado, o que a torna estruturalmente vulnerável às mudanças de orientação política e às disputas ideológicas a cada gestão. Isso implica reconhecer que, por não ter sido institucionalizada em marcos legais regulatórios, a política permaneceu dependente das prioridades conjunturais dos governos, condicionando sua continuidade, escopo e capacidade de produção de resultados à agenda do governo vigente e às forças políticas atuantes.

A política de saúde das mulheres é uma política de governo. [Atualmente temos tramitando um] Projeto de Lei da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para que ela se torne uma política de Estado⁵⁷. Até então, eram políticas de governo. E o que aconteceu em meados de 2010, que é exatamente esse período que você está estudando: começaram a ter políticas mais específicas, ou seja, dentro do conceito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher começa a ter uma especificação. Então tem a política [PNAISM], tem a Rede Cegonha, depois o enfrentamento ao câncer do colo de útero. Começa a ter um desdobramento dessa grande ideia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, com

⁵⁷ Projeto de Lei nº 5.673/2023.

esforços mais concentrados para temas e áreas específicas (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

Essa conexão normativa entre a PNAISM e a RC, perpassada por diferenças nos focos temáticos de cada uma, foi corroborada pelo documento que instituiu a Rede (Brasil, 2011a). Isso porque, criada durante o governo Dilma 1 (2011-2014) pela Portaria nº 1.459/2011, a RC tinha princípios alinhados aos da PNAISM, que propunham: (i) o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; (ii) o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; (iii) a promoção da equidade; (iv) o enfoque de gênero; (v) a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; (vi) a participação e a mobilização social; e (vii) a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. No entanto, ao observarmos seus objetivos, é possível perceber essa priorização temática da saúde materno-infantil, ainda que a partir de um “novo modelo”, já que a RC visava: (i) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde das mulheres e à saúde das crianças com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (ii) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e (iii) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Na mesma linha dos objetivos, as diretrizes da RC se concentraram nos componentes de pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico para gestantes (Brasil, 2011a). Assim, ainda que compartilhasse de princípios com a PNAISM, os objetivos e diretrizes da RC restringiram sua atuação à saúde materna e infantil, o que, frente à sua priorização como principal iniciativa da saúde das mulheres, no governo Dilma 1 (2011-2014), acabou por centrar as ações na maternidade e na reprodução, limitando a capacidade da PNAISM em incidir sobre outros determinantes da saúde das mulheres. Nesse ponto, Rosa (2023) e Rosa e Cabral (2023, 2024) argumentam que, embora a RC apresentasse inovações no cuidado obstétrico e neonatal, sendo ela e a PNAISM as principais iniciativas de saúde das mulheres do período, essa sobreposição fez com que o escopo da RC voltasse a atenção à saúde das mulheres à abordagem materno-infantil em detrimento da integralidade.

Todavia, o(a) entrevistado(a) 6 sinalizou que, ainda que centrada na saúde sexual e reprodutiva e no planejamento familiar, a criação da RC não representou uma retomada do

paradigma materno-infantil. Isso porque, para além da RC não ser a única iniciativa de saúde das mulheres — ainda que a única de calibre mais próximo à PNAISM —, a RC almejava refinar a atenção às mulheres conforme indicado no documento que princípios e diretrizes da PNAISM que, entre outras coisas, se propunha a “consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual” (Brasil, 2004a, p. 5). Assim, ainda que a literatura aponte que a criação da RC representou a retomada do paradigma materno-infantil na saúde das mulheres (Rosa, 2023; Rosa e Cabral, 2023, 2024), o relato da Entrevista 6 indica que, mesmo tematicamente concentrada na saúde materno-infantil, na prática a RC promovia atenção à saúde através da perspectiva da integralidade.

A Rede Cegonha, de fato, não era um retorno da política materno-infantilista que identifica a mulher como reprodutora e a gravidez como destino obrigatório da mulher, não é isso. Primeiro, porque ela não era a única política do governo federal. Tinham várias outras políticas para as mulheres. E segundo porque ela também lidava com as mulheres que a gravidez não tinha chegado até o final. Ela cuidava das mulheres que não tinham a continuidade da gestação. Lidava também, inclusive, com o acompanhamento do abortamento para situações que estão previstas na lei. E ela tinha um aprofundamento e um refinamento da execução da política, que também estava junto com as outras políticas de cuidado à saúde das mulheres (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

Ainda assim, em 2011, como evidenciado na Entrevista 3, a RC foi lançada de maneira rápida e fortemente marcada pelo simbolismo do nome, o que gerou um grande desconforto à época por remeter à figura da mulher reduzida à maternidade. Esse tensionamento inicial deixou evidente que, apesar das críticas ao risco de reforço do materno-infantilismo, a RC emergiu como um anúncio político de grande visibilidade, representando uma importante iniciativa presidencial voltada à saúde das mulheres do governo Dilma 1 (2011-2014).

A gente estava no auge da visibilidade negativa na mídia, com as mulheres tendo bebê dentro de ônibus e em porta de hospital. Era um momento de muita visibilidade dessa violência obstétrica, vamos dizer assim. Não tinha esse nome, mas dessa desorganização da rede, desse descaso com a questão obstétrica. Então, na entrada da Dilma, pensando em pautas relativas às mulheres, ela foi ao Rio e conheceu a Cegonha Carioca. A Cegonha Carioca é um projeto do Rio de Janeiro onde tem uma ambulância própria para poder pegar as mulheres em casa e levar para os hospitais em trabalho de parto. Então faz parte de todo um projeto do Rio de atenção obstétrica que tinha a Cegonha Carioca. Ela adorou o nome e então colocou Rede Cegonha. Uma das marcas do governo da Dilma foi a Rede Cegonha, que foi lançada em fevereiro e não tinha nada ainda nem muito construído. Mas o primeiro

anúncio da presidência de uma presidente mulher foi a Rede Cegonha (Entrevista 3, MS).

A partir de 2011, portanto, a latência histórica do conflito entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil foi reativada, pois, embora o governo Dilma 1 (2011-2014) buscasse dar centralidade à saúde das mulheres, a forma como isso ocorreu recebeu críticas intensas, especialmente dos movimentos feministas historicamente ligados à PNAISM (Rosa e Cabral, 2023, 2024). Na Entrevista 3, essa tensão foi corroborada já que, ao mesmo tempo em que os movimentos criticaram o nome “Rede Cegonha” por remeter ao materno-infantilismo, a gestão do MS buscou demonstrar que a iniciativa representava uma mudança de modelo favorável às mulheres, e não um retorno à antiga lógica materno-infantil.

Em 2011, eu fiquei o ano inteiro discutindo com as feministas sobre a Rede Cegonha. Primeiro que quando eu cheguei e me falaram que era Rede Cegonha, eu falei: ai, muda esse nome. Aí o povo falou: não tem jeito, a Dilma adorou esse nome, já está na rua, vai ser Rede Cegonha. Eu falei: ai meu Deus! Porque assim, a cegonha a gente sabe que não é uma coisa que nos enaltece como mulheres, a cegonha que traz o bebê. Mas enfim, eu tive que lidar com isso e passei o ano inteiro discutindo com o conjunto dos movimentos feministas falando: olha, apesar do nome, a Rede Cegonha não é um retorno ao materno-infantilismo. Porque não era mesmo. [...] A Rede Cegonha propunha uma mudança de modelo favorável às mulheres, principalmente porque não era igual o materno-infantilismo, para ser mulher chocadeira de bebê e pensar só no bebê. Era pensando para romper com a violência obstétrica, pensando em ter maternidades que respondam às necessidades das mulheres e a questão mais respeitosa. E mudar o modelo mesmo. Teve recurso para ampliar os cursos de enfermagem obstétrica, a residência e as especializações, para mudar esse modelo centrado no médico. [...] Então, foi isso com as feministas, sabe? Tanto que elas foram amansadas a partir de 2012, apesar do nome, apesar da pauta ter sido uma pauta obstétrica. Porque a pauta das feministas também era para redução da morte materna. E nós somos executores de políticas, a gente queria transformar, queria fazer melhor. Então no início era muito forte a questão obstétrica, mas a Rede Cegonha foi incluindo outras ações direcionadas a violência sexual, a questão da atenção ao abortamento, e principalmente ao planejamento reprodutivo (Entrevista 3, MS).

Ademais, a Entrevista 2 demonstrou como essa resistência inicial dos movimentos feministas à RC realmente se colocou em oposição ao enfoque dado pela iniciativa, reforçando como no momento de sua criação o debate entre integralidade e materno-infantilismo foi reacendido. Todavia, ainda que com críticas ao modelo e ao lugar da reprodução destinados às mulheres na saúde, apontadas pela literatura (Rosa e Cabral, 2023, 2024; Rosa, 2023) e nos relatos, existe certo consenso entre os(as) entrevistados(as) de que a partir da RC foram promovidos avanços na saúde das mulheres, especialmente na atenção à sua saúde sexual e reprodutiva.

Nós feministas, quando a Dilma lançou a Rede Cegonha, a gente foi à Brasília, teve um grande evento, e muitas de nós criticamos o nome de novo. Primeiro: vamos esconder as mulheres nisso? Vamos chamar de Cegonha? E outra: por que dar destaque de novo para o materno-infantil? Para a função reprodutiva? Porque lá atrás, no PAISM de 1983, a reivindicação já era essa: não se pode olhar para o corpo da mulher só como reprodução. Então, não são só as questões reprodutivas, tem muitas outras, já que a desigualdade de gênero faz aflorar coisas que não tem nada a ver com útero, com ovário, nada disso. Bom, na verdade, o nome pegou. E eu acho que ela teve um benefício importante no Brasil todo, na história da vinculação da mulher, da gestante ao local de parto, ao direito ao acompanhante, vamos dizer, de todas essas amarrações que os nove meses e mais o parto e o pós-parto precisam ter de garantia (Entrevista 2, RFS/CISMU).

Esse cenário de disputa entre integralidade e materno-infantilismo seguiu latente em todo o período nas gestões Dilma 2 (2015-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022), quando a PNAISM e a RC coexistiram, fragilizando a *capacidade regulatória* da Política Nacional. Além disso, e em contrapartida aos possíveis avanços da RC em termos da integralidade da saúde das mulheres apontados ao longo desta seção, no governo Bolsonaro tais avanços foram cessados e a *capacidade regulatória* da PNAISM corroída. Isso porque, após três anos de ofensiva do governo contra a saúde integral da mulher e o enfoque de gênero (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024), em 2022, a partir da Portaria GM/MS nº 2.228/2022, foi instituída a RAMI no lugar da RC, herdando seus princípios, objetivos e diretrizes, mas reestruturando-a com uma ênfase mais técnica de risco e financiamento (Brasil, 2022a). Nesse momento, a retomada do materno-infantilismo se consolidou na importante mudança de nomenclatura da Rede para atenção materno-infantil, ancorada na agenda conservadora do governo e tornando explícita a priorização desse paradigma em detrimento da integralidade na política de saúde das mulheres.

Mas para além das iniciativas de saúde da mulher que coexistiram com a PNAISM entre 2011 e 2022, nesse período a *capacidade regulatória* da política também se ancorou em bases normativas de instrumentos que com ela dialogaram: o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).

Primeiramente, baseados no arcabouço jurídico-legal de princípios do SUS, tanto os PNSs quanto a própria PNAISM se orientam e se subordinam aos princípios do sistema, estabelecidos pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (Brasil, 1990a, 1990b). Assim, tem como princípios doutrinários, enquanto fundamentos éticos e normativos, a universalidade, a integralidade e a equidade, e como princípios organizativos, que definem como o SUS se organiza e se operacionaliza, a descentralização, a regionalização, a hierarquização da

atenção, o financiamento das três esferas e o controle social. Ademais, os PNSs, enquanto instrumentos do sistema, e ao definirem as prioridades programáticas do SUS e orientarem a organização das ações estratégicas, acabam por estabelecer o lugar da saúde das mulheres no conjunto das políticas nacionais de saúde.

Partindo desse arcabouço, em 2011, ainda no primeiro ano da gestão Dilma 1 (2011-2014), foi publicado o PNS 2012-2015 pelo MS⁵⁸. Em termos da integralidade e do enfoque de gênero propostos pela PNAISM, o Plano abordou a saúde das mulheres em sua *Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade*, afirmando que “a implementação dessa diretriz estará baseada na organização e desenvolvimento da Rede Cegonha” (Brasil, 2011c, p. 75). Aqui, ainda que a atenção integral tenha aparecido como uma diretriz, foi a RC e não a PNAISM a iniciativa de saúde das mulheres que orientou as medidas a serem desenvolvidas pelo Plano, corroborando o relato acima da Entrevista 3 de como a Rede foi a “marca” dos governos Dilma nessa área (2011-2014).

Após o PNS 2012-2015, o Plano foi atualizado com a publicação do PNS 2016-2019 no ano do *impeachment* de Dilma e início da gestão Temer (2016-2018), ficando vigente até o primeiro ano do governo Bolsonaro (2019-2022) (Brasil, 2016a). Nesse momento, diferentemente do anterior que protagonizava a RC, a PNAISM voltou a ser mencionada textualmente, mais especificamente no *Objetivo 3 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde*. Esse objetivo apontou como,

Considerando as questões de gênero, estudos referentes às necessidades da população feminina e acordos internacionais firmados pelo Brasil orientam ações a serem desenvolvidas pelo MS, reafirmando os direitos humanos das mulheres. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) estabelece a necessidade de qualificação das ações de prevenção, assistência e recuperação da saúde das mulheres com abordagens que considerem a integralidade do cuidado e os direitos sexuais e direitos reprodutivos. A PNAISM atua de forma intersetorial e com especial atenção a segmentos específicos e vulneráveis da população feminina. É necessário o investimento na promoção do cuidado integral a mulheres em situação de violências, especialmente a doméstica/intrafamiliar e sexual; ampliação e qualificação da atenção obstétrica; a atenção ginecológica/climatério e fortalecer a prevenção e controle das DST/AIDS na população feminina. Outro importante

⁵⁸ Publicado em 2011 e revisado em 2013.

desafio para os próximos anos é formular e implantar, em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios, uma política de direitos sexuais e reprodutivos, em parceria com movimentos de mulheres, e com outras áreas do Governo Federal (Brasil, 2016a, p. 60).

Todavia, mesmo frente à menção da PNAISM como referência na política de saúde das mulheres, evidenciando uma tentativa de recuperação da sua centralidade na política de saúde nacional, é notório como o PNS 2016-2019 centralizou sua atuação em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, dando continuidade à restrição temática do escopo da política já presente na edição de 2012-2015.

Durante a gestão Bolsonaro (2019-2022), em 2019, ao passo que o PNS 2016-2019 seguia vigente, um novo Plano foi elaborado e publicado em 2020 (Brasil, 2020a). Nessa versão, o PNS 2020-2023 consolidou as diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS), sob as quais se propôs a atuar a partir dos princípios do SUS, indicando uma intenção normativa do MS de sustentar a integralidade mesmo frente à ofensiva conservadora que ocupou o governo (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Embora o documento não mencione explicitamente a PNAISM, adota em suas diretrizes a noção de atenção integral à saúde das mulheres em um vínculo direto com os objetivos da atenção primária e especializada à saúde e da vigilância em saúde. Ademais, relacionado ao objetivo da atenção primária à saúde, e evidenciando uma continuidade na restrição temática das ações que fragilizaram a *capacidade regulatória* da PNAISM, o PNS 2020-2023 também estabeleceu como diretriz atribuir, na saúde das mulheres

Especial atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e reprodutivos, e às áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/floresta, população negra, quilombolas, LGBT, ciganos e população em privação de liberdade (Brasil, 2020a, p. 10).

Por sua vez, elaborados a partir das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (CNPM) e com as duas primeiras edições nos governos Lula 1 e 2 (2003-2010), os PNPMs surgiram em um contexto de compromisso governamental com o enfrentamento das desigualdades de gênero e raça, consolidado pela criação da SPM⁵⁹ (Tokarski *et al.*, 2023a).

⁵⁹ A SPM se manteve enquanto Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, com *status* ministerial, entre 2013 e 2014. A partir de 2015, esse *status* foi perdido com a incorporação da Secretaria ao recém-criado Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, passando a se chamar Secretaria de Políticas para as Mulheres. Em 2016, vinculou-se ao Ministério da Justiça e Cidadania. Por fim, entre 2019 e 2022, a SPM, sob o nome de Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, passou a compor o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (Tokarski *et al.*, 2023a).

Desde então, os Planos foram um instrumento central das políticas para as mulheres — entre elas a saúde — promovidos pela SPM que, por fora do MS, representaram a reafirmação da integralidade e do enfoque de gênero, contribuindo para tensionar a agenda e impulsionar a incorporação de iniciativas que ainda permaneciam frágeis na implementação da PNAISM (Tokarski *et al.*, 2023a; Souto e Moreira, 2021).

Após as duas primeiras edições — 1º PNPM (2004-2007) e 2º PNPM (2008-2011) —, em 2013, durante a gestão Dilma 1 (2011-2014), foi publicado o primeiro e último plano do período de 2011 a 2022, construído a partir da 3ª CNPM de 2011 (Tokarski *et al.*, 2023a). Nesse momento, o 3º PNPM (2013-2015), assim como os anteriores, contava com um capítulo específico para a saúde das mulheres, tendo a PNAISM como referência da política (Brasil, 2013b). Neste capítulo foi brevemente apresentada a trajetória da saúde das mulheres e os objetivos propostos pela PNAISM foram retomados e expandidos, incluindo o *fortalecimento e implementação da PNAISM, considerando as mulheres em sua diversidade, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos em todas as fases da vida e nos diversos grupos e a redução da gravidez na adolescência*⁶⁰. Ademais, o objetivo de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde das mulheres deixa de focar apenas *no SUS* e passa a fazê-lo *na rede pública e privada*.

No entanto, após a 3ª CNPM (2011) e o 3º PNPM (2013-2015), ainda que a 4ª CNPM (2016) tenha sido realizada e mantido os compromissos de atualização do Plano, com o início da gestão Temer o 4º PNPM não foi publicado (Brasil, 2024a), o que estagnou sua agenda e rompeu o ciclo de planejamento e monitoramento das políticas para as mulheres promovido pela SPM desde o governo Lula 1 (2003-2006) (Tokarski *et al.*, 2023a). Esse cenário se confirmou na Entrevista 5, na qual se atribuiu a não publicação do 4º PNPM à descontinuidade institucional provocada pelo *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016 e à desarticulação da SPM, promovida pelo governo Temer (2016-2018) e sustentada no governo Bolsonaro (2019-2022), que interrompeu o processo de elaboração do Plano que vinha sendo conduzido durante a 4ª Conferência — não retomando-o posteriormente⁶¹ e enfraquecendo a *capacidade regulatória* da PNAISM.

⁶⁰ Para além dos objetivos presentes no documento orientador da PNAISM: melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; redução da morbidade e mortalidade das mulheres; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (Brasil, 2004a; 2011b).

⁶¹ Conforme anúncio recente (Almeida, 2025), as Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres só foram retomadas no governo Lula 3 (2023-2026), sendo a 5ª CNPM realizada em setembro de 2025 com previsão de lançamento do novo PNPM para 2026 — dez anos após a data originalmente esperada para a publicação do 4º PNPM.

Logo teve o *impeachment* e depois acabou a Secretaria [SPM]. Então eles engavetaram isso, esse Plano acabou. [...] Só teve o relatório da Conferência [4ª CNPM]. A Conferência terminou exatamente no dia em que a Dilma teve que deixar o Palácio e se preparar para o processo depois do julgamento do *impeachment*. Aí veio o Temer, que acabou, não fez o Plano, deixou lá o relatório. O relatório ficou sumido. Eu nem sei se o governo acabou publicando o relatório, mas o Plano não teve. Não teve mesmo, porque quem faz o Plano é a Secretaria [SPM], discutindo com cada um dos Ministérios. Mas aí o Bolsonaro não fez, a Damares não fez, obviamente. Eles tinham sumido até com o relatório (Entrevista 5, SPM).

Assim, de modo geral, entre 2011 e 2022, a PNAISM manteve um certo alinhamento normativo com os principais instrumentos que a afetaram (PNS e PNPM), que reafirmaram princípios como a integralidade e a promoção da saúde com enfoque de gênero presentes em seu documento orientador (Brasil, 2004a, 2011b). Esse alinhamento se mostrou mais sólido no 3º PNPM (2013-2015) do que nos PNSs, uma vez que a ancoragem do Plano na SPM, fora do MS, permitiu sustentar e priorizar a proposta da PNAISM de forma mais estável e explícita nos governos Dilma. No entanto, enquanto um instrumento de gestão e coordenação federal da política, sua descontinuidade nos governos Temer e Bolsonaro, em consonância com o desmonte promovido na SPM frente ao contexto de ofensiva antigênero e neoliberal do período (Brasil, 2024a; Tokarski *et al.*, 2023a), enfraqueceram a *capacidade regulatória* da PNAISM.

Já nos PNSs, ainda que a PNAISM tenha sido explicitamente mencionada apenas no PNS 2016-2019, a integralidade do cuidado foi vinculada à saúde das mulheres nas três edições publicadas entre 2011 e 2022 (Brasil; 2011c; 2016a; 2020). Todavia, no PNS 2012-2015, a priorização da RC em detrimento da PNAISM demonstrou um processo de fragilização da *capacidade regulatória* da política, indicando uma mudança de prioridade na agenda de saúde das mulheres. Essa fragilização também foi observada nas edições seguintes que, mesmo que condicionadas à perspectiva integral da saúde, reduziram e reformularam o escopo da política: no PNS 2016-2019, ao restringir às ações à temática dos direitos sexuais e reprodutivos e no PNS 2020-2023, ao fazer o mesmo, mas desta vez atribuindo atenção especial à saúde materna e à gestação — que refletiram os efeitos da ofensiva antigênero e de sua agenda conservadora que institucionalizam a transversalidade da “família” no MS durante o governo Bolsonaro (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a).

No entanto, ainda que com importantes retrocessos no PNS e PNPM, as disputas normativas parecem ter se manifestado sobretudo dentro da própria política de saúde das mulheres (Rosa e Cabral, 2024). Isso porque, em um momento marcado pelo bloqueio de

agendas feministas em favor da afirmação da ordem familiar tradicional como cerne das políticas públicas (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024), observou-se uma ruptura gradual com a integralidade e a retomada do materno-infantilismo como princípio orientador da política, com indícios desde o início da RC em 2011 e se consolidando no governo Bolsonaro com a criação da RAMI em 2022 (Brasil, 2011a, 2022a). Esse cenário, em consonância com a não atualização do documento orientador da PNAISM (Brasil, 2004a, 2011b) frente ao risco de retrocessos na política, fez com que sua *capacidade regulatória* fosse gradualmente reformulada.

Assim, as evidências aqui apresentadas corroboraram o desmonte da *capacidade regulatória* da PNAISM conforme a Hipótese Específica 1. Sendo esta a capacidade que define as “regras do jogo” (Gomide, 2016), a manutenção formal da PNAISM paralela à sua marginalização institucional em prol da RC e à desestruturação de seus instrumentos normativos, revelou a fragilidade das políticas de gênero e para mulheres em cenários de avanço político de grupos antigênero e neoliberais, que reformularam normas e critérios e restringiram o escopo e nível de intervenção das políticas (Roggeband e Krizsán, 2020; Bauer *et al.*, 2012). Dessa forma, a trajetória observada confirmou que a *capacidade regulatória* foi gradualmente corroída por retrocessos cumulativos que, ainda que de forma politicamente menos visível, restringiram o escopo integral da PNAISM ao longo das gestões Dilma 1 e 2 (2011-2016) e Temer (2016-2018) e consolidaram, no governo Bolsonaro (2019-2022), a retomada do paradigma materno-infantil na saúde das mulheres no país.

4.2. Capacidade político-relacional: a disputa entre movimentos feministas e grupos antigênero e neoliberais

Entre 2011 e 2022, o Brasil passou por quatro gestões federais: Dilma 1 (2011-2014), Dilma 2 (2015-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022). Nesse período, os governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), ainda que com sinais de retrocessos nas políticas de gênero e saúde, mantiveram uma agenda alinhada ao projeto petista de expansão das políticas sociais inaugurado em 2003. No entanto, a ruptura produzida pelo *impeachment* em 2016 abriu espaço para o avanço de agendas neoliberais e conservadoras nos governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) (Machado e Jerônimo, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a). Isso porque essas agendas de governo foram diretamente influenciadas por grupos de

interesse opostos à PNAISM e que acompanham a agenda de saúde das mulheres desde o século XX, muito antes da formulação da política em 2004 (Tokarski *et al.*, 2023; Brioli, Quintela e Tatagiba, 2024; Souto e Moreira, 2021; Rosa e Cabral, 2024).

Como evidenciaram as Entrevistas 4 e 5, os movimentos de mulheres da década de 1980 — contexto de criação do PAISM, que antecede a PNAISM — tiveram papel decisivo na contestação da autoridade médica, na crítica ao conservadorismo que estruturava as práticas obstétricas, frequentemente atravessadas por vieses religiosos, e na reivindicação de princípios que, mais tarde, seriam estruturantes do SUS. Nessa trajetória, a demanda das mulheres pelo direito ao próprio corpo emergiu como eixo de mobilização do movimento, afirmando sua autonomia reprodutiva diante de normas e valores conservadores que buscavam regulá-las (Souto e Moreira, 2021).

A década de 1980 foi uma década muito importante para o movimento de mulheres no Brasil, e em outros países também, como na França. A gente sentiu o seguinte: pegando de parâmetro uma gravidez, você mulher, na grande maioria das vezes, não tinha o direito de dizer ‘eu quero fazer um parto natural’ ou ‘eu quero fazer uma cesárea’. Era o médico quem definia o que você iria fazer. E se fosse um médico religioso, ele tinha uma intervenção muito maior. Então você ficava à mercê. Tanto que nós mulheres saímos para a rua e gritamos: nosso corpo nos pertence! Nosso corpo não é da igreja. Nosso corpo não é do médico. Nosso corpo é nosso, eu faço com ele o que eu quero. [...] Se eu estou naquele hospital, e estou sendo pago para trabalhar todo dia, lá eu sou médico e tenho que deixar a religião da porta da rua para fora. Então essa tua pergunta, ela traz o seguinte: a força da igreja é muito grande e a força da direita é muito grande (Entrevista 4, RFS/CISMU).

Você está estudando o que agora se chama de PNAISM, que a tradição era o PAISM. Eu acho que para a nossa história do feminismo e da construção do SUS, as políticas para as mulheres têm um papel muito importante. Lembrando que o movimento feminista e o movimento de saúde das mulheres propõem uma série de elementos que vão tratar da saúde das mulheres, superando uma visão que era de tratar da saúde das mulheres só do ponto de vista da procriação, da saúde materna. Então o feminismo trouxe essa discussão para dentro da saúde antes mesmo do SUS. Vai ter um momento importante no movimento feminista que vai levar à construção do movimento socialista, que levou à construção do SUS. Mas as mulheres já estavam debatendo primeiro o que é a saúde, quais são os determinantes da saúde. Enfim, tem vários elementos extremamente importantes quando a gente está pensando na saúde. Inclusive que as pessoas, em particular as mulheres, precisavam ser tratadas na sua plenitude, desde a infância até a idade idosa, e que existe uma transformação na vida da saúde das mulheres que não se resume à sua saúde reprodutiva. Então, eu acho que o tema que você está trabalhando é muito interessante e tem uma história importante de construção tanto de políticas públicas que devem enfrentar a desigualdade das mulheres, como também da relação que o feminismo vai ter no conjunto da disputa política (Entrevista 5, SPM).

Partindo dessa trajetória histórica, com a criação da PNAISM em 2004 como um marco na política de saúde das mulheres promovido pelo governo Lula 1 (2003-2006), na eleição de 2010 a candidata petista Dilma Rousseff, do mesmo partido (PT), lançou o programa Programa de Governo intitulado “Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira”, no qual se afirmou que

As forças do progresso reunidas na coligação PARA O BRASIL SEGUIR MUDANDO não querem apenas dar continuidade ao realizado a partir de 2003. Querem avançar e avançar muito. Esses avanços só serão possíveis porque o país mudou nos últimos anos. E mudou para melhor (Rousseff, 2010, p. 7).

Nesse momento, a agenda do governo Dilma 1 (2011-2014) apresentou uma forte ideia de continuidade do projeto político inaugurado por Lula na década anterior, sustentando que os avanços obtidos deveriam ser aprofundados, e não interrompidos, em um movimento de reafirmação das políticas sociais e de inclusão, como a PNAISM. No Programa, os compromissos relacionados às mulheres apareceram de forma explícita nos itens 4 e 5, relacionados ao meio ambiente e à erradicação da pobreza e das desigualdades, enquanto no item 9, referente ao SUS, o mesmo não ocorreu (Rousseff, 2010). A integralidade e o enfoque de gênero também não foram tratados de modo explícito no texto que, por sua vez, enfatizou a democracia, as desigualdades e a valorização da liberdade religiosa e dos direitos humanos como fundamentos de um Estado promotor de cidadania e inclusão social. Para além disso, ao afirmar que “Dilma é a garantia de unir o País, respeitando as diferenças políticas, ideológicas, religiosas e culturais dos brasileiros.” (Rousseff, 2010, p. 7), o documento evidenciou uma tentativa do governo em produzir uma blindagem preventiva capaz de viabilizar consensos e ampliar interlocuções políticas diante do avanço de grupos conservadores no Poder Legislativo, especialmente os evangélicos (Corrêa e Kalil, 2020).

Após a publicação de seu Programa de Governo e durante o segundo turno das eleições de 2010, em busca de apoio político, a então candidata divulgou uma carta aberta aos católicos e evangélicos se posicionando em relação ao aborto (Corrêa e Kalil, 2020; Machado, 2012). Na carta, Dilma afirmou ser “pessoalmente contra o aborto”, comprometendo-se a não propor alterações na legislação sobre o tema e a defender a preservação da liberdade religiosa, alegando que sua campanha era “pela vida, pela paz, pela justiça social, pelo respeito, pela prosperidade e pela convivência entre todas as pessoas” (Gazeta do Povo, 2010). Já nesse momento, antes mesmo de ser eleita, a carta reforçou como a pauta do aborto foi fragilizada frente às pressões conservadoras do período, iniciando concessões que já se distanciavam dos

princípios e objetivos defendidos pela PNAISM, assim como da agenda de sustentação das políticas sociais proposta no Programa de Governo de Dilma.

Essa estratégia de moderação frente aos ataques conservadores que ameaçavam a candidatura de Dilma na época acabou por reverberar na agenda do governo eleito. Assim, como apontado na Entrevista 1, ainda que a agenda do governo federal e do MS durante o governo Dilma 1 (2011-2014) tenha priorizado a saúde das mulheres, a correlação de forças era extremamente desfavorável no Congresso e restringiu avanços na PNAISM.

Nós estávamos em 2011, no governo Dilma, com a primeira presidenta desse país. Achávamos que ali tínhamos a possibilidade de avançar nessa temática, mas a correlação de forças sempre foi muito contrária. As forças conservadoras e retrógradas no Congresso se reafirmaram com muita força e estão lá até hoje, e a gente não conseguiu avançar nessa direção [...] Quando começamos esse movimento [de avançar na perspectiva de construção de uma política da saúde das mulheres], e já no início da Rede Cegonha, quem coordenava a Comissão de Direitos Humanos no Congresso na época era um deputado da ultradireita, e ele literalmente perseguiu [servidores do MS] por um tempo, [que estavam] muito marcados por essa pressão. Qualquer movimento tomado ali em relação a isso tinha repercussões políticas. Algumas vezes, inclusive, [houveram convocações] para ir até a Comissão prestar esclarecimentos sobre iniciativas, muito tímidas, no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Então não houve nenhum movimento nessa direção de pensar a PNAISM, a não ser um certo desejo, mas com uma impossibilidade política de avançar. Para tu teres uma ideia, aqui um parêntese: quando efetivamente aumentou muito a pressão para o governo Dilma, e sobretudo ali naquele período de 2013 com as Jornadas de Junho, já um pouco antes o Ministério [MS] se dobrou, o Padilha não conseguiu contornar, e foi retirado de todos os documentos do Ministério a palavra aborto e outras expressões, como direitos sexuais. Ou seja, foi feita uma faxina em documentos do Ministério da Saúde. Para tu ver o clima: em busca de governabilidade, o Ministério fez esse tipo de concessão. [Parte dos servidores foram] absolutamente contrários, diziam que não iriam fazer isso, não iriam colocar isso em lugar nenhum, mas aí o Padilha convocou alguém do seu gabinete para fazer. Então estávamos, nesse período, em uma situação política bastante delicada e bastante negativa em relação a essas pautas de gênero e direitos sexuais reprodutivos (Entrevista 1, MS).

A Entrevista 3 corroborou que o avanço de forças conservadores afetou negativamente a saúde das mulheres no governo Dilma 1 (2011-2014), reforçando a “faxina” realizada nos documentos do MS em conceitos centrais da agenda, assim como a resistência de parte da burocracia da pasta ao iminente retrocesso em curso. Assim, a retirada da palavra *aborto* ilustrou explicitamente os limites da agenda naquele momento, ainda que muitas vezes o tema tenha permanecido oculto em outras nomenclaturas, como *perda gestacional*, em uma estratégia de sobrevivência política da pauta. Além disso, ficou evidente como esse cenário

deslocou os esforços governamentais para soluções consideradas politicamente mais viáveis, centralizando a atuação na RC em detrimento da PNAISM.

A Rede Cegonha propunha uma mudança de modelo favorável às mulheres [...] Era um modelo que, por mais que a gente não tenha anunciado atenção ao abortamento, isso estava incluído. Quando a Dilma entrou ela teve que fazer alguns combinados com os evangélicos de não falar de aborto. Então a gente não falava de aborto, a gente falava de perda gestacional, a gente dava um jeito. Mas tínhamos liberdade para poder tocar as pautas da violência. Trocamos os nomes para ficar mais ameno, então não tinha a palavra aborto, mas a gente trabalhou para que as maternidades incluíssem a questão da violência sexual. Foi no governo Dilma que foi lançada a Lei do Minuto Seguinte⁶² sobre o tratamento obrigatório e integral às vítimas de violência sexual. Foi em 2011 também que a gente fez a primeira compra de misoprostol⁶³ pelo Ministério [MS] e distribuímos para as maternidades. Porque se a diretora é religiosa, se a diretora é uma freira, ela não comprava misoprostol, que é um medicamento que salva a vida de mulheres (Entrevista 3, MS).

Ademais, nesse momento, a criação da RC pelo governo federal e as críticas dos movimentos feministas a ela acirraram disputas históricas em torno do aborto, evidenciando tensões entre os diferentes grupos de interesses em conexão com a política de saúde das mulheres: os movimentos feministas e os grupos conservadores religiosos – especialmente os evangélicos (Souto e Moreira, 2021; Corrêa e Kalil, 2020). Como apontado na Entrevista 1, e em referência à carta aberta divulgada por Dilma durante as eleições de 2010 (Gazeta do Povo, 2010), já no seu primeiro governo (2011-2014) a influência da bancada evangélica sobre a agenda condicionou decisões políticas, levando a então presidenta a retirar da pauta o debate sobre a descriminalização do aborto e bloquear avanços demandados pelos movimentos.

Quando a Dilma assume, já no mês seguinte, chega na Casa Civil um documento assinado, eu acho que por quase um milhão de pessoas, que foi organizado por vários movimentos de mulheres sobre a descriminalização do aborto. Mas você lembra que mesmo na campanha de Dilma esse assunto foi retirado da pauta e ela assumiu um compromisso perante a comunidade evangélica, essa plural e complexa comunidade. Ela retirou de pauta o tema da descriminalização do aborto. A Casa Civil mandou isso para [o MS] avaliar e dar uma posição, só que obviamente esse debate estava obstruído dentro do Ministério da Saúde e não havia como avançar. [...] Então, esse é um ponto de tensão. Os movimentos tinham a expectativa de que a presidenta avançaria nesse tema da política, porque a descriminalização do aborto faz parte da política. [...] Então, de um lado, tinha essa pressão dos movimentos como um todo para descriminalizar. Por outro, quando a gente apresenta a Rede Cegonha como agenda, os movimentos caíram de pau [no MS] dizendo: olha, a

⁶² A chamada Lei do Minuto Seguinte (Lei nº 12.845/2013) garante atendimento imediato, integral e humanizado às pessoas em situação de violência sexual no SUS, independentemente de registro policial ou comprovação da violência (Brasil, 2013c).

⁶³ O misoprostol é um medicamento usado na interrupção da gravidez em casos legais e sob orientação médica (HIAE, 2025).

gente tem uma agenda que é pensar o aborto e vocês vêm com uma agenda retrógrada associar a mulher de novo apenas ao campo da reprodução? A esse campo, digamos assim, mais tradicional, que reduz boa parte das mulheres à sua dimensão reprodutiva. Nas conversas [que foram sendo construídas entre MS e movimentos feministas], qual foi a direção? A gente colocava o seguinte: a pauta mais aguda está obstruída [aborto], então a pauta dos direitos reprodutivos por dentro da Rede Cegonha é o lugar de resistência (Entrevista 1, MS).

Essa obstrução, somada à expectativa frustrada de que o governo avançaria nos direitos sexuais e reprodutivos sob a gestão de uma presidenta mulher, fez do tema do aborto um dos pontos centrais de tensão entre o MS no governo Dilma 1 (2011-2014) e os movimentos feministas. No entanto, o relato da Entrevista 1 evidenciou que, no início da gestão, a pluralidade de vozes dos movimentos feministas, marcados por agendas diversas, apresentou desafios no diálogo com o MS para a construção de consensos mínimos capazes de orientar proposições efetivas para a PNAISM.

[O MS abriu] uma conversa na CISMU sobre a necessidade de se avançar na perspectiva da construção de uma política de saúde das mulheres. Chegamos a fazer uma ou duas reuniões ampliadas com a CISMU, mas ali também identificamos uma miríade, uma composição muito complexa e difícil. A gente não pode falar em movimento das mulheres, são muitos movimentos. E eu lembro que foi muito difícil essa primeira reunião por conta de uma bastante fragmentação desses movimentos, que estavam sustentados em certas identidades. Mulheres lésbicas, pretas, indígenas, movimento sindical rural, ou seja, tinha uma grande dificuldade da gente pensar ali o que resultaria em um plano comum. Mas não se avançou em nada em relação à pactuação, porque não teve nenhuma proposição (Entrevista 1, MS).

Ademais, a Entrevista 1 também mencionou que esse diálogo entre o MS e os movimentos feministas se deu, principalmente, através da CISMU/CNS. Criada em 1993 na esteira dos avanços da agenda de saúde das mulheres promovidos pelo PAISM, a CISMU foi resultado direto da mobilização feminista capitaneada por diferentes movimentos de mulheres, com destaque para a Rede Feminista de Saúde, tornando-se um importante espaço de pactuação da PNAISM (Souto e Moreira, 2021; Lima e Deslandes, 2014). Como reforçado na Entrevista 2, a criação de uma vaga específica para mulheres no CNS foi fruto dessa articulação e representou a entrada organizada das pautas de direitos sexuais e reprodutivos no espaço deliberativo do SUS.

A criação da vaga específica para as mulheres no Conselho Nacional foi muito uma luta da Rede Feminista [RFS], que era praticamente o único movimento feminista que tinha saúde no seu nome. Muitas outras entidades lutam por muitos direitos das mulheres, inclusive de saúde. Mas a Rede Feminista de Saúde é específica, voltada para saúde e direitos sexuais reprodutivos. [...] Então é a Comissão [CISMU] que de fato faz a discussão pioneira dos assuntos [de saúde da mulher] antes deles chegarem no plenário do Conselho Nacional de Saúde (Entrevista 2, RFS/CISMU).

Desde então, a CISMU, central na elaboração da PNAISM em 2004, seguiu atuante durante todo o período de 2011 a 2022, consolidando-se como uma instância fundamental na formulação e acompanhamento da política (Souto e Moreira, 2021; Lima e Deslandes, 2014). Sua importância decorreu tanto da sua função de recomendar ações ao CNS quanto de atuar como um canal permanente de comunicação entre Estado e sociedade civil, assegurando que as diretrizes da saúde das mulheres incorporassem demandas históricas dos movimentos feministas (Brasil, 2018). Ademais, “a CISMU/CNS é composta por conselheiros(as) nacionais de saúde e representantes de entidades que atuam nas temáticas relativas à saúde das mulheres” (Brasil, 2018, p. 9), confirmando esse espaço plural apontado acima nas Entrevistas 1 e 2, onde diferentes agendas eram negociadas a fim de influenciar os rumos da política.

Assim, a tensão entre movimentos feministas e o MS, em consonância com o avanço de grupos religiosos no Legislativo, desencadeou o deslocamento de pautas feministas para a centralidade da “família” na política de saúde da mulher, criando um ambiente no qual a RC se consolidou como a resposta política viável, reformulando a política a partir de uma abordagem materno-infantil (Rosa e Cabral, 2023, 2024). Nessa perspectiva, a Entrevista 5 destacou que esse período também dialogou com pressões internacionais, vinculadas aos indicadores de mortalidade materna e à agenda global de direitos das mulheres, contribuindo para que algumas ações avançassem nesse sentido por meio da RC.

Eu acho que esse é o período de fortalecimento dessa política [governos Lula 1 e 2]. A partir de então ela perde um pouco do seu vigor. Tivemos os dois governos do presidente Lula e aí, no governo da Dilma, vamos ter muitos problemas. Lembrando que na própria campanha já apareceu o tema do aborto. Eu acho que foi uma maneira errada a maneira como se resolveram essas questões durante a campanha, mas enfim. Com relação à saúde das mulheres e essa história da Rede Cegonha, a gente tem que fazer um parêntese: nós estamos entrando naquela era da influência dos indicadores das Nações Unidas, nos quais a questão da mortalidade materna era um aspecto extremamente relevante. E se a gente se lembra do final da campanha da presidenta Dilma, é uma imagem belíssima, mas ela era exatamente uma ode que mostrava uma coisa da maternidade. Aí nós vamos entrar na política de saúde das mulheres que tem a chamada Rede Cegonha. Quer dizer, pelo próprio nome. Eu quero dizer para você que foi uma derrota da Secretaria [SPM] perante o Ministério da Saúde. Nós tentamos de tudo quanto foi jeito debater que não podia ser. E, obviamente, isso vinha no lastro de tudo que tinha acontecido durante a campanha eleitoral. E aí então a política tem um retrocesso bastante grande. E logo em seguida, no começo do governo da presidenta Dilma, teve toda a questão do *kit gay*⁶⁴. Então

⁶⁴ A chamada questão do *kit gay* se refere à controvérsia em torno do material educativo *kit de combate à homofobia*, elaborado por entidades de defesa dos direitos humanos e da população LGBTQIA+ para combater as discriminações nas escolas, e cuja implementação foi vetada em 2011 após forte reação de parlamentares e

nós estávamos com a questão da sexualidade sob uma pressão dos movimentos de extrema direita já com bastante força. O que já apareceu na campanha e o que vai se consolidar no Parlamento, gerando o que aconteceu com ela [*impeachment*]. Bom, então, eu acho que a PNAISM ela passa por um enfraquecimento bastante grande do seu entendimento de como política integral, se centrando na questão da mortalidade materna. A gente não pode dizer que não teve bastante progresso, porque foi investido muito. O Brasil tinha números escandalosos de mortalidade materna, coisa que não tinha sentido. E [foram adotadas] medidas como, durante o parto, a mulher não tem que ficar circulando por várias maternidades, ela estar acompanhada e nunca ficar sozinha. Toda a discussão da violência obstétrica estava presente. Foi um momento também de muita participação dos municípios. Foi uma gestão, naquele momento, para enfrentar a mortalidade materna. Mas uma coisa estava clara: o símbolo da nossa política era a Rede Cegonha. Então teve um retrocesso, sim. É o começo de um retorno, e daí só piora (Entrevista 5, SPM).

Logo, o governo Dilma 1 (2011-2014) marcou o início de um retrocesso que se consolidou nos governos seguintes, no qual a agenda integral da PNAISM passou a encontrar limites crescentes (Rosa e Cabral, 2023; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). A coexistência de avanços e retrocessos foi reforçada nos relatos abaixo das Entrevistas 1 e 5, ao confirmarem que naquele momento os direitos sexuais e reprodutivos, a mortalidade materna e a violência obstétrica se tornaram os eixos prioritários da agenda da saúde das mulheres, impulsionando melhorias importantes na atenção.

[No governo Dilma 1] essa era a agenda principal [direitos sexuais e reprodutivos]. Naquele momento, entre as possibilidades, era essa agenda que estava sendo tocada com mais prioridade. Nessa época, entre as agendas que a PNAD [Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios] propõe, a dos direitos sexuais e reprodutivos era a que estava tendo maior prioridade dentro do governo. [...] Não tenha a menor dúvida que no primeiro governo tudo que se refere à saúde reprodutiva e à saúde materna teve um avanço e uma melhora. Caiu substancialmente a mortalidade materna. Foi um esforço governamental bastante forte, porque o Brasil queria abaixar esses números, porque era vergonhoso onde a gente estava colocado. Teve um investimento importante também na questão da violência obstétrica, desse número de cesáreas desnecessárias (Entrevista 5, SPM).

O tema da violência contra a mulher era um tema muito importante. A gente fez muitas reuniões e discussões, até o ponto que a Dilma lançou — eu não sei exatamente a data, eu acho que é 2012 —, o programa nacional que combate todas as violências contra as mulheres⁶⁵. E o dispositivo que saiu dali foi a Casa da Mulher

lideranças religiosas conservadoras, que passaram a enquadrá-lo como uma ameaça aos valores da “família” (BBC News Brasil, 2011).

⁶⁵ O Programa Nacional ‘Mulher, Viver sem Violência’ foi lançado em 13 de março de 2013, com o objetivo de integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira” (Brasil, 2014).

Brasileira⁶⁶. Mas tiveram um conjunto de iniciativas interministeriais de combate à violência contra as mulheres. Esse é um tema que avançou muito (Entrevista 1, MS).

Assim, na eleição de 2014, Dilma lançou sua segunda candidatura, desta vez com o Programa de Governo “Mais mudanças, mais futuro” (Rousseff, 2014). Aqui, a presença da palavra *mudança* já no título do documento deu o teor do seu conteúdo, evidenciando uma tentativa de reposicionar politicamente o governo diante do avanço de forças conservadoras e das críticas e perda de apoio que marcaram o final do seu primeiro mandato. Adicionalmente, o documento enfatizou a ideia de renovação sem rompimento, inaugurando “um novo ciclo de mudanças” sustentado pela solidez econômica, pela amplitude das políticas sociais e pela competitividade produtiva (Rousseff, 2014).

Na mesma linha do anterior, no eixo da saúde, o Programa não mencionou a saúde das mulheres como prioridade, direcionando-se à ampliação geral do acesso e da qualidade do SUS (Rousseff, 2014). O mesmo ocorreu no eixo de direitos humanos, o qual, ainda que tenha considerado as questões de raça, cor, credo, orientação sexual e identidade de gênero, não explicitou o foco na saúde, centrando-se em diretrizes de empoderamento, autonomia e violência zero para as mulheres.

Ainda no elenco de desafios institucionais, a luta pelos direitos humanos se mantém, sempre, como prioridade, até que não existam mais brasileiros tratados de forma vil ou degradante, ou discriminados por raça, cor, credo, orientação sexual ou identidade de gênero. Mais empoderamento, autonomia e violência zero serão as diretrizes das nossas políticas para as mulheres no próximo período da Presidenta Dilma. A implementação da Casa da Mulher Brasileira será decisiva para este objetivo, assim como as medidas de promoção da igualdade (Rousseff, 2014, p. 34).

A partir dessa agenda oficial de mudanças presente no Programa de Governo da segunda gestão Dilma (Rousseff, 2014), a Entrevista 6 apontou como esse governo ainda manteve o adensamento da formulação e articulação de ações de saúde das mulheres. Isso porque, no período em que MS esteve sob a gestão dos Ministros Alexandre Padilha e Arthur Chioro, entre 2011 e 2015, a pasta contou com um impulso importante na formulação e execução de políticas, ainda que, no caso da saúde das mulheres, as ações tenham se concentrado em temas específicos da agenda — como a mortalidade materna.

O ponto é que nos governos da Dilma, em que o Ministro foi o Padilha, depois dele tiveram muitas características de refinamento institucional das políticas públicas. Por

⁶⁶ A Casa da Mulher Brasileira é uma iniciativa focada em serviços de atendimento multidisciplinar e humanizado às mulheres em situação de violência, com o objetivo de facilitar o acesso aos serviços especializados, garantindo condições de enfrentamento à violência, o empoderamento das mulheres e sua autonomia econômica (Brasil, [s.d.]).

exemplo: foram criadas figuras na gestão de apoio institucional para ajudar os municípios a garantirem a execução das políticas públicas e tudo isso funcionou para a política de saúde das mulheres. Tanto que a gente conseguiu diminuir muito um dado que até hoje é muito alarmante para o Brasil, que é a mortalidade materna. E teve um aprofundamento e fortalecimento da atenção primária à saúde, que é exatamente a porta de entrada do cuidado integral da saúde das mulheres. Então foi um período, em síntese, de muita formulação. Mas foi um período principalmente de invenção de mecanismos institucionais para a execução das políticas públicas, que eu acho que tem a ver com quem era presidente da República, que era a Dilma, que era uma mulher que queria fazer a política pública chegar para as pessoas. A Dilma acompanhava isso de muito perto. E tem a ver com os Ministros também. [...] O segundo governo da Dilma foi um governo muito ativo na formulação de políticas de saúde das mulheres e também com muita articulação política no território, constituindo processos institucionais para que as políticas fossem implementadas e executadas. Então, o governo tinha tanto esse componente formulativo, como também de execução, que eu queria dar mais destaque, principalmente sobre o Ministério [MS] do Alexandre Padilha, que tem muito essa característica. O Chioro também foi Ministro nesse período. [...] E o Padilha tinha sido antes dele⁶⁷. Então, os dois tiveram muito essa característica de fazer (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

Todavia, mesmo diante de alguns avanços, a Entrevista 5 indicou que, no governo Dilma 2 (2015-2016), a correlação de forças passou a ser profundamente desfavorável à agenda proposta pela PNAISM. O agravamento dessa disputa culminou no *impeachment* da então presidenta, e abriu caminho para a posse de Michel Temer, a partir de quando as políticas para as mulheres, como um todo, passaram progressivamente a se deslocar para um enquadramento centrado na família — movimento esse que se consolidou no governo Bolsonaro (Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025).

No segundo governo da presidenta Dilma teve todo o *impeachment* a partir de uma campanha bastante misógina e uma organização da extrema direita. Nesse segundo governo a gente tem, primeiro, um enfraquecimento da própria Secretaria de Políticas para as Mulheres. No final do governo da presidenta Dilma, eu acho que numa avaliação não adequada, ela juntou todos os Ministérios — de direitos humanos, mulheres, racial — em único Ministério, e nós voltamos a ser uma Secretaria dentro de um Ministério mais geral. E obviamente isso implicou porque a SPM era um poder de pressão junto ao Ministério da Saúde no sentido da implementação da política, desse ponto de vista de construir a PNAISM deslocando da questão materno-infantil. E claro que era importante a redução da mortalidade materna, e ela continuou no segundo governo como prioridade, mas a Rede Cegonha foi um símbolo, né? Agora depois, com o governo Temer e a posição da extrema direita, que é uma posição de retrocesso em relação ao papel da mulher, um retorno à questão do seu papel na família, essencialmente como reprodutora, sem autonomia política, sem ser um sujeito de transformação, foi tirado do governo o papel de enfrentamento das desigualdades de gênero e raça, centrando em um papel

⁶⁷ Durante os governos Dilma, Alexandre Padilha, médico filiado ao PT, foi Ministro da Saúde entre 2011 e 2014, sendo substituído em 2014 por Arthur Chioro, também médico e filiado ao PT, que por sua vez permaneceu no cargo até 2015.

tradicional da família. Então, o retrocesso na saúde foi imenso, com desestruturação de toda a política e da própria política das mulheres também. Quer dizer, no caso do Temer, ele desmanchou as Secretarias e ela passou a funcionar dentro do Ministério da Justiça. Depois com o Bolsonaro, o centro foi da família. Se constituiu um Ministério [MMFDH] e foi toda uma ação da extrema direita em função de uma política completamente contrária à igualdade e contra as mulheres (Entrevista 5, SPM).

Logo, foi notório o reposicionamento da agenda federal na passagem do governo Dilma 2 (2015-2016) para o governo Temer (2016-2018) que, conforme apontado na Entrevista 5, já se insinuava antes mesmo do *impeachment*, quando setores da oposição passaram a mobilizar pautas econômicas e moralmente conservadoras, defendendo limites ao escopo das políticas sociais (Junqueira, 2022; Tokarski *et al.*, 2023a). O *impeachment* operou, portanto, como um catalisador de um rearranjo já em curso, no qual a agenda de igualdade de gênero e a política de saúde das mulheres passaram a ser reinterpretadas sob parâmetros mais restritivos, preparando o terreno para a reorientação das prioridades estatais que marcaria o ciclo pós-2016 (Almeida e Amaral, 2020).

Essa inflexão se tornou explícita nos documentos programáticos divulgados pelo PMDB, partido de Temer, ainda durante a segunda gestão de Dilma (PMDB, 2015; 2016). Em 2015, o PMDB lançou o programa “Uma ponte para o futuro”, enquanto uma proposta de estabilização macroeconômica ancorada no ajuste fiscal e redução do papel do Estado (PMDB, 2015). No ano seguinte, no auge da crise que desencadeou o processo de *impeachment* de Dilma, o partido publicou um novo documento, a “Travessia Social”, que, com foco nas políticas sociais, reforçou os fundamentos de austeridade e eficiência administrativa, agora revestidos de uma retórica de proteção social e equilíbrio fiscal (PMDB, 2016). Assim, após assumir o governo em 2016, Temer adotou ambos documentos como base programática (Branco, 2016; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023), convertendo-os em guias de ação e justificativa para reformas estruturais e medidas de austeridade fiscal — agendas que expressaram o realinhamento ideológico e institucional da política social brasileira naquele período (Sátyro, 2024).

Primeiramente, o documento “Uma ponte para o futuro” propôs, “diante de tudo”, uma agenda de “mudanças necessárias” para retomar o crescimento econômico e a execução efetiva de políticas sociais (PMDB, 2015). Nesse sentido, focado no âmbito econômico, o tema da saúde foi abordado apenas como um componente do equilíbrio orçamentário, sendo mencionado na defesa do fim das vinculações constitucionais de gasto e na necessidade de

maior racionalidade na alocação de recursos. Além disso, não houve menções das políticas para as mulheres, tampouco dos enfoques de gênero e raça, evidenciando o deslocamento de uma concepção de cidadania inclusiva para uma lógica neoliberal.

Em seguida, a divulgação da “Travessia Social”, na esteira das propostas do programa de 2015, apresentou a necessidade de “buscar o equilíbrio fiscal, retomar o crescimento e ampliar as boas políticas sociais” (PMDB, 2016, p. 6). Na mesma linha do anterior (PMDB, 2015), o documento não fez menção às mulheres e às questões de gênero e raça, concentrando-se em reafirmar o equilíbrio fiscal e o crescimento econômico como eixos da “travessia”. Com um capítulo específico para cada política social, a saúde foi reconhecida como um direito garantido a partir do SUS, que “deve ser universal, equitativo e integral”, e cuja garantia dependeria de ações que promovessem a ampliação do acesso à saúde a partir da eficiência financeira do sistema. Essa proposta se mostrou alinhada à aliança política neoliberal e conservadora do governo Temer (2016-2018) através da qual, conforme apontado na Entrevista 4, a saúde integral das mulheres perdeu espaço na agenda, ruptura essa que se traduziu no seu desfinanciamento e na redução expressiva do papel da PNAISM no território.

Eu te diria que o governo Dilma continuou lutando pela saúde de nós mulheres. [...] O segundo governo já foi difícil, porque ela levantava questões que não agradavam à direita. Então, todas as questões encaminhadas pela Dilma começaram a ser complicadas pela não aceitação do seu posicionamento político. Tanto que deu na sua intervenção, que foi uma coisa triste. Aí entra esse senhor Temer, que parecia que ele não tinha vindo de uma mulher, que foi encontrado no meio do caminho. Todas as questões voltadas à mulher tiveram uma queda muito grande. A PNAISM teve uma queda muito grande em todos os estados do Brasil. Ela não acabou, mas diminuiu o seu papel. Não eram mais colocados recursos na PNAISM. E essa é uma política que necessita de dinheiro, necessita de anticoncepcionais, necessita de médicos, ginecologistas e obstetras, necessita um preparo do primeiro atendimento, da atenção primária ou básica de saúde. Ali a pessoa tem que atender muito bem. E o SUS tem essa montagem toda, que é uma coisa maravilhosa, que não existe no mundo (Entrevista 4, RFS/CISMU).

Além disso, como evidenciado na Entrevista 7, diferentemente dos governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), em que a participação dos movimentos sociais era ampla, a partir de Temer (2016-2018) esse cenário se alterou de forma significativa: os movimentos feministas perderam espaço institucional enquanto grupos conservadores e religiosos, antes concentrados sobretudo no Poder Legislativo, passaram a ocupar posições estratégicas no Poder Executivo. Essa recomposição política produziu retrocessos expressivos na pauta da saúde sexual e reprodutiva e esvaziou as políticas de enfrentamento à violência que vinham sendo

priorizadas nas gestões anteriores, marcando uma inflexão no compromisso estatal com a agenda de direito das mulheres à saúde.

Até o governo da Dilma 2 a gente tinha muita participação do movimento social. Tanto dentro do governo como em diálogo com o governo. Depois isso mudou radicalmente e começou a ter muita participação de grupos religiosos dentro da Secretaria de Políticas para as Mulheres. A Secretaria [SPM] estava fatiada para vários segmentos religiosos, muitos deles bem radicais, e com isso mudou drasticamente. Não se falava mais de saúde sexual reprodutiva, não se falava muito sobre enfrentamento de violência sexual (Entrevista 7, SPM).

Um ponto central desses retrocessos no governo Temer (2016-2018), apresentando na Entrevista 7, foi a agenda de descriminalização do aborto, uma vez que nesse momento setores autodeclarados “pró-vida”, que já vinham engajados em uma ofensiva antigênero nos anos anteriores, passaram a ocupar posições estratégicas nos Ministérios e a despriorizar a pauta. Além disso, o relato reforçou uma condição evidenciada na Seção 4.1 pela Entrevista 6, de que a política de saúde das mulheres historicamente operou como uma política de governo, e não de Estado, ficando vulnerável à oscilação dos grupos que chegam ao poder. Essa condição fez com que os avanços e retrocessos no tema do aborto se tornassem diretamente dependentes da correlação de forças no Poder Legislativo e Executivo, resultando em agendas de governo que flutuaram conforme interesses político-ideológicos conjuturais.

No início do governo do Temer a questão do aborto foi completamente desmobilizada, muito por conta de setores que se diziam “pró-vida”. Dentro da Secretaria toda a atenção passou a se voltar para a questão da maternidade, de dificultar o acesso ao aborto legal, ou até mesmo de fazer uma alteração legislativa nos casos que permitiam o aborto. [Esse cenário] está estritamente ligado às prioridades das políticas públicas e às pautas dos grupos de interesse que têm apoio e atuação no governo do momento. Então, infelizmente, [a saúde das mulheres] ainda não se constituíram como políticas de Estado, ainda são políticas de governo que flutuam conforme os interesses dos grupos que estão no poder no momento (Entrevista 7, SPM).

Nesse cenário, a distinção entre políticas de governo e de Estado revelou a vulnerabilidade da PNAISM às oscilações da sua *capacidade político-relacional*. Um exemplo disso foi apontado na Entrevista 6, que indicou como o conservadorismo historicamente avançou mais pelo Congresso, criando uma tensão recorrente na condução da política de saúde das mulheres. Assim, considerando que o governo Temer (2016-2018) passou a contemplar também atores conservadores, a convergência de agenda entre Executivo e Legislativo ampliou a resistência à integralidade proposta pela PNAISM, fortalecendo a oposição às pautas de direitos das mulheres e estreitando as margens para avanços no período.

O Congresso, nesse ponto de vista de avanço do conservadorismo, está sempre um pouco à frente do governo federal. Mesmo na época do Temer (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

A Entrevista 6 também destacou que a dificuldade de avançar e os riscos de retrocessos na pauta dos direitos sexuais e reprodutivos levaram o aborto a se tornar a principal agenda da saúde das mulheres no Congresso, ainda que com diferentes níveis de visibilidade entre as gestões (2011-2022). Nesse ponto, o relato evidenciou que essa priorização mobilizou tanto a direita quanto a esquerda, ainda que por razões distintas: enquanto setores progressistas buscaram expandir mecanismos de proteção e fortalecer instrumentos como a Lei Maria da Penha⁶⁸, grupos conservadores empregaram uma ofensiva contra o aborto, reforçando uma concepção de saúde da mulher centrada na maternidade. Assim, o aborto se consolidou como um eixo transversal da agenda para diferentes grupos de interesse, ocupando um lugar central nas disputas legislativas sobre a saúde das mulheres e restringindo a agenda integral proposta pela PNAISM à temática dos direitos sexuais e reprodutivos.

Tem um elemento muito importante que é a agenda no Congresso e a tentativa de retroceder direitos relacionados à autonomia das mulheres de cuidar do seu próprio corpo. Tem, por exemplo, o Estatuto do Nascituro, que tramita desde 2007⁶⁹ passando por todo esse período todo que você está estudando, indo e voltando. [...] E de fato, nesse último período, houve uma concentração das forças progressistas na pauta da violência contra a mulher, em desenvolver mecanismos de aprimoramento da Lei Maria da Penha que garantissem o acolhimento das mulheres vítimas de violência. Então, tem essa parte e tem de fato, por parte do Congresso, disputas entre os atores políticos que estão aqui, que colocaram muita força em políticas e legislações centradas na mulher como mãe. Isso de fato gerou um reforço desse lugar da mulher como mãe, tanto à direita quanto à esquerda. Porque a esquerda, obviamente com uma intenção de garantir mais direitos para as mulheres, o resultado final foi reforçar cada vez o lugar da mulher como mãe na sociedade (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

Ademais, mesmo diante do avanço de grupos conservadores religiosos no governo Temer (2016-2018), em uma aliança com a agenda neoliberal institucionalizada pela EC nº 95/2016 (Tokarski *et al.*, 2023a; Menicucci, 2024), iniciativas relevantes ainda foram implementadas, embora seus desdobramentos tenham enfrentado obstáculos impostos por

⁶⁸ A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) institui mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo medidas protetivas, instrumentos de responsabilização e diretrizes para a atuação integrada do Estado (Brasil, 2006).

⁶⁹ O Estatuto do Nascituro é um Projeto de Lei brasileiro que tramita desde 2005 — ativo durante todo o período de 2011 a 2022 —, e visa assegurar “proteção integral ao nascituro”, ou seja, garantir que embriões e fetos ainda não nascidos sejam reconhecidos como pessoas e tenham seus direitos fundamentais assegurados desde a concepção, em uma oposição à luta feminista pela descriminalização do aborto (Henrique, 2022).

essa nova conjuntura política. A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu) foi uma dessas iniciativas (Souto e Moreira, 2021).

Com a 1ª edição em 1986, a 2ª CNSMu foi aprovada pelo CNS em 2016 e a etapa nacional realizada em 2017, tendo como tema *os desafios para a integralidade com equidade* (Brasil, 2016b). Promovida com o intuito de pensar os desafios atuais da PNAISM, a 2ª CNSMu foi orientada pelo eixo central de “Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres”, destrinchado em quatro eixos temáticos: (i) o papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; (ii) o mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; (iii) vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres; e (iv) políticas públicas para as mulheres e a participação social. Ao mesmo tempo, a Conferência assumiu um papel central de mobilização e resistência, funcionando como um espaço de articulação política contra os retrocessos em curso — especialmente a EC nº 95/2016 — e reafirmando a defesa da integralidade, do financiamento público e da cidadania das mulheres.

Esta Conferência jogará papel destacado para ampliar a mobilização e o engajamento das mulheres, dos movimentos sociais de mulheres e de parceiras (os) com a agenda de resistência e de lutas contra qualquer retrocesso, na cultura e na política, pela igualdade de gênero. Será importante também na luta contra o congelamento de recursos públicos por 20 anos e contra a mercantilização/privatização do SUS, que ferem a Constituição da República Federativa do Brasil (CF 1988) e a democracia, criando um cenário de ruptura institucional da agenda de construção solidária do acesso das mulheres à saúde integral equânime, como direito de cidadania (Brasil, 2016b, p. 5).

Ademais, o documento disponibilizou, em cada Eixo Temático, questões que poderiam ativar debates nas conferências livres, rodas de conversa, fóruns, grupos de discussão e etapas deliberativas municipais, regionais, estaduais, do Distrito Federal e nacional (Brasil, 2016b, p. 6). Isso porque a Conferência foi organizada em etapas municipais, macrorregionais, estaduais, nacionais e conferências livres, cada qual com funções específicas no processo, que passaram desde o debate inicial nos territórios até a síntese das propostas que orientam a formulação e o fortalecimento da política de saúde das mulheres.

Assim, a 2ª CNSMu assumiu uma importância particular no contexto de retrocessos do governo Temer (2016-2018), ao funcionar como espaço de reafirmação da agenda histórica dos movimentos feministas e da participação social diversa (Souto e Moreira, 2021). Nesse sentido, a Entrevista 3 destacou que a elaboração e a realização da Conferência trouxeram

contribuições fundamentais para a atualização da PNAISM, sistematizando recomendações e evidências acumuladas nos territórios. No entanto, assim como ocorreu no primeiro governo Dilma (2011-2014), conforme apontado pela Entrevista 1 na Seção 4.1, a ampliação da influência de grupos conservadores durante a gestão Temer impediu novamente que o documento orientador da política fosse atualizado (Brasil, 2004a, 2011b), bloqueando a materialização dos avanços propostos.

A gente fez o encontro da PNAISM na Conferência Nacional de Saúde das Mulheres [CNSMu]. Foi a segunda Conferência e foi muito legal. Ali tinham recomendações e muitas questões que a gente gostou. O problema era incorporar isso no documento da PNAISM, já que estávamos expostas a atores não muito favoráveis. Porque na Conferência eram só mulheres, era todo mundo que queria tudo para as mulheres. Mas como é que você faz isso com uma política que teria que ter uma portaria? E ter uma portaria em 2015, 2016, quando estava apertando o cerco maior ainda sobre as questões ligadas às mulheres, os direitos das mulheres, o aborto, estava piorando a situação (Entrevista 3, MS).

Essa ofensiva de atores conservadores nas políticas de saúde, identificada no relato da Entrevista 3 (2016-2018), e que havia ganhado corpo nos governos Dilma 2 (2015-2016) através das parcerias público-privadas, se intensificou no governo Temer (2016-2018). Como apontou a Entrevista 5, a incorporação em 2016 desses grupos religiosos ao núcleo do Poder Executivo produziu um retrocesso que, a partir de 2019, se mostrou ainda mais profundo, fazendo com que a política de saúde das mulheres perdesse centralidade institucional e a PNAISM, na prática, desaparecesse, deixando de orientar ações, prioridades e estruturas dentro do MS.

Uma coisa que aconteceu nos governos Lula que vem até o governo da presidenta Dilma, é que esses grupos de interesse, em geral representantes das igrejas, estavam fazendo parte do sistema, como nas OSS [Organizações Sociais de Saúde]⁷⁰. Inicialmente a Igreja Católica e depois outro tipo de cristãos, que vão ter um interesse forte. Com a mudança de governo, esses grupos de interesse passaram para dentro do governo, fazendo parte da gestão. Esse é um retrocesso gigantesco. E aí vem o desastre que aconteceu com a saúde no governo do Bolsonaro, com a pandemia e tudo mais o que aconteceu. Então a saúde das mulheres desapareceu, a PNAISM desapareceu completamente (Entrevista 5, SPM).

Nesse contexto, divulgado na eleição de 2018, o programa de governo de Jair Bolsonaro representou uma inflexão marcada pela fusão da defesa da livre iniciativa e do Estado mínimo, centrada em valores religiosos e familiares como pilares da vida social e da agenda do governo (Bolsonaro, 2018). O Programa se colocou em oposição a “ideologias

⁷⁰ As OSS são entidades privadas que firmam contratos de gestão com o poder público para administrar serviços estatais, operando com recursos públicos porém sob gestões privadas (Uip, 2024).

perversas”, substituindo a linguagem dos direitos humanos e da equidade por um vocabulário moralizante que reafirmava o lema: “Brasil acima de tudo, Deus acima de todos”. No campo da saúde, deu continuidade ao projeto neoliberal de Temer, “abandonando qualquer questão ideológica” e assumindo o compromisso de “fazer muito mais com os atuais recursos”, sendo a melhora do serviço um desafio urgente (Bolsonaro, 2018, p. 37).

Sem qualquer menção a políticas para as mulheres, às questões de gênero e raça ou à integralidade na saúde, o Programa colocou direitos como privilégios, associando políticas de igualdade a benefícios indevidos e reforçando uma visão meritocrática e excludente de cidadania (Bolsonaro, 2018). Ademais, no capítulo de “Valores e Compromissos”, a primeira seção foi chamada de “O fruto da vida é sagrado!”, abordando a defesa da liberdade, da propriedade privada e da “família” e repudiando a interferência do Estado na vida privada — em uma clara ruptura com a agenda integral com enfoque de gênero proposta pela PNAISM.

Assim, o apagamento da integralidade em prol da promoção de um serviço materno-infantil no Programa de Governo de Bolsonaro se materializou em diversos retrocessos da agenda promovidos durante a sua gestão (2019-2022) (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Os relatos da Entrevista 4 e 6 demonstraram de forma contundente que esses retrocessos implicaram em um abandono institucional da política de saúde das mulheres, que gerou um aumento das desigualdades no serviço e o apagamento, até mesmo, das pautas que tinham sido priorizadas nas gestões anteriores, como a violência obstétrica.

Tenho a tristeza de falar desse senhor Jair Bolsonaro: foi uma coisa horrorosa, com Bolsonaro a gente só andou pra trás. Todas as questões voltadas à mulher andaram para trás. Ele criticava a mulher de forma tranquila. [...]. Esse homem odiava as mulheres. A política não acontecia. Não se podia falar em aborto nem de maior atenção à mulher. O programa de atenção primária à saúde foi vilipendiado e ele é o primeiro atendimento: a gente chega no local, ainda tensa, nervosa, doente ou não doente, é aquela figura que está ali. Eu respeito muito o primeiro atendimento. [...] Nesse processo todo nós começamos a vivenciar, ou olhar mais de perto, uma questão que vivemos até hoje: a questão da violência contra a mulher no geral, violência física, violência doméstica e violência obstétrica. Isso se dá muito em função da mulher negra e da não valorização da enfermagem. [...] Então, com Bolsonaro, nós vimos que andamos para trás. Muitas mulheres passaram até a ter medo de uma gravidez porque, na parte hospitalar, era muita cesárea. Até a mulher já pedia cesárea para não sofrer de dor (Entrevista 4, RFS/CISMU).

Na época do Bolsonaro de fato começou a ter um desmonte da concepção da política, porque aí sim retornou a ideia de uma política de saúde voltada para o papel da mulher na sociedade, que era o papel de ser mãe, o papel de estar dentro de casa. Então tem um retrocesso na concepção da política de saúde das mulheres (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

Na entrevista 5, os relatos das Entrevistas 4 e 6 foram corroborados, indicando um cenário de retrocessos profundos na saúde das mulheres a partir de 2019. Esses retrocessos, atravessados por uma mudança ideológica de cunho religioso e neoliberal, conectada a redes internacionais conservadoras, impulsionaram medidas regressivas e enfraqueceram a capacidade do Estado em garantir direitos, especialmente em políticas de gênero e para mulheres (Roggeband e Krizsán; 2020).

No governo Bolsonaro todas as portarias que tratavam dos direitos sexuais das mulheres foram para o brejo. O serviço teve retrocessos gigantescos, inclusive com a criminalização da prática de aborto. As portarias que apareceram foram o oposto do sentido que estava sendo construído, o sentido de dar autonomia, de dar decisão para as mulheres. Foi um retrocesso total, gigantesco mesmo. O Brasil passou a participar de articulações internacionais com outros representantes da extrema direita no mundo. Então, na questão da saúde, você vai ter ao mesmo tempo uma privatização e precarização bastante forte do serviço e da prática da saúde, porque, obviamente, os recursos foram para outro lugar. No caso da saúde das mulheres, da questão LGBTQIA+, foi tudo buraco abaixo. Enfim, foi um retrocesso tanto do ponto de vista da formulação como do ponto de vista de recursos. O SUS foi bastante desmontado. Lembrando que a Fiocruz escapou por um triz, e foi a pandemia fez com que a Fiocruz não fosse privatizada. Pensar nisso, né? (Entrevista 5, SPM).

Um exemplo disso é que, nesse momento, a criminalização do aborto se tornou uma das pautas centrais do MS em paralelo às privatizações e recorrentes tentativas de desmonte em curso na pasta (Corrêa e Kalil, 2020; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024; Menicucci, 2024). No entanto, a Entrevista 2 evidenciou que, embora a agenda federal dos governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) tenha dialogado diretamente com os interesses de grupos antigênero e neoliberais, a atuação dos movimentos feministas foi decisiva para conter alguns retrocessos e manter a agenda integral da PNAISM em disputa. Isso porque, mesmo diante das tentativas de esvaziamento dos espaços participativos, o CNS permaneceu ativo, aprovando resoluções, questionando a execução orçamentária e garantindo a realização da 16ª CNS em 2019.

Em relação ao Conselho Nacional de Saúde, no governo Bolsonaro, nós continuamos funcionando. Foi um Conselho que eles tentaram fechar, mas não conseguiram. Muitos conselhos foram fechados, mas o nosso é instituído por lei, então eles precisariam ter mexido em uma lei federal. Mas eles não conseguiram e continuamos tendo viagens, reprovando relatórios de gestão e questionando o não uso da verba. Mostramos muitas vezes que o dinheiro deveria ter sido usado para isso, ou que não se usou para aquilo [...] Os relatórios muitas vezes tinham resoluções do Conselho, e às vezes o Ministro da saúde não queria publicar, mas a gente publicava e divulgava. Acho que foi um período de resistência bem interessante. E depois a gente conseguiu realizar a 16ª Conferência Nacional de Saúde. Estava muito temerosa de que ela não fosse sair, mas ela conseguiu ser

realizada e foi um marco mesmo naquele período de resistência (Entrevista 2, RFS/CISMU).

Esse papel de resistência ao avanço conservador do governo Bolsonaro também se expressou na forma como os movimentos feministas se reorganizaram diante do fechamento dos canais institucionais. O relato da Entrevista 2 apontou que, apesar da ausência de espaço no governo — especialmente no MS, que passou a dialogar prioritariamente com atores religiosos —, os movimentos ampliaram sua articulação com a sociedade civil, fortaleceram redes internas de comunicação e intensificaram sua articulação com o Poder Legislativo. Esse processo envolveu desde a criação de frentes parlamentares até a pressão direta nos gabinetes de deputadas, buscando barrar retrocessos e garantir algum grau de incidência na agenda.

Depois do governo Bolsonaro, que o aperto financeiro foi demais, e muitas reuniões passaram a ser online reuniões com a Covid-19, a gente aprendeu muito. Vira e mexe tinham eventos online. E eu queria até reforçar isso, porque foi muito importante para nós. Não só nós da Rede Feminista, mas o movimento feminista como um todo não tínhamos nenhuma interlocução com o Ministério [MS] no governo Bolsonaro, nenhuma. Eles passaram a ter interlocução talvez com movimentos de igrejas, com o CFM [Conselho Federal de Medicina], enfim, essa turma toda passou a ser ouvida e consultada. E com todas nós, o que aconteceu? Primeiro aquele apavoramento inicial porque a gente não sabia bem o que fazer, mas logo começamos a nos comunicar e a participar entre nós. A gente aumentou muito a proximidade entre os movimentos feministas. [...] Algumas de nós íamos nos gabinetes das deputadas mulheres que pudessem ter alguma sensibilidade para tentar barrar aqueles retrocessos horrorosos que tentaram fazer o tempo inteiro. Então foi uma atividade fora do Ministério. Eu fui inclusive para eventos em Buenos Aires e no Peru para falar o que estava acontecendo no Brasil. As pessoas feministas de outros lugares estavam preocupadas (Entrevista 2, RFS/CISMU).

Nesse ponto, é interessante notar como, diferentemente do apontado anteriormente na Entrevista 1, que durante o governo Dilma 1 (2011-2014) a pluralidade dos movimentos feministas acabou por gerar a falta de certos consensos, no governo Bolsonaro (2019-2022) a Entrevista 2 evidenciou que os movimentos se unificaram em prol de uma pauta de resistência. Além disso, o relato também destacou a importância da articulação desses movimentos com redes e organizações internacionais, que funcionaram como suporte financeiro, político e simbólico em um contexto de forte regressão institucional no país. Esse vínculo transnacional ampliou a capacidade de resistência dos movimentos feministas e garantiu que parte da agenda de direitos das mulheres continuasse ativa.

A gente aumentou a nossa articulação como sociedade civil e tentávamos chegar nas parlamentares que tivessem um mínimo de sensibilidade para as questões que estavam com risco sério de regressão. E uma das coisas que a gente teve foi o apoio do Fundo de Investimento Social Elas, que é um fundo ligado à ONU que tem uma

linha de autonomia sexual. Então o Fundo nos possibilitou realizar algumas atividades e projetos. Conseguimos publicar o Almanaque d'Elas⁷¹ para trabalhar a questão de gênero e a questão biológica, transgênero, toda essa nova nomenclatura. Fizemos muitos cursos online, disponibilizamos vídeos em nosso site e fizemos encontros entre nós. Conseguíamos ter pelo menos um encontro presencial anual com 20, 30 entidades feministas e rearticulamos uma rede que é a Frente Nacional pela Legalização do Aborto, que funcionava em momentos eventuais, não o tempo inteiro (Entrevista 2, RFS/CISMU).

Ademais, como apontado na Entrevista 5, a destruição progressiva das estruturas do SUS — materializada na descontinuidade de equipes, práticas, financiamentos e mecanismos de coordenação entre os entes federados (Menicucci, 2024) — produziu efeitos diretos sobre a capacidade de oferta da PNAISM e sobre a própria noção de saúde integral, até hoje não revertidos plenamente. A desorganização da formação profissional, a fragilização das diretrizes nacionais e a perda de articulação entre níveis de atenção resultaram em serviços incapazes de reconhecer e responder às múltiplas dimensões do adoecimento das mulheres.

Eu acho que a partir do terceiro governo do presidente Lula a gente não conseguiu reconstituir o que havia antes lá no primeiro governo, como equipe, como projeto, como formulação. Porque a destruição foi muito grande: destruição das equipes, destruição das práticas, destruição de tudo. Porque o SUS é toda uma concepção, ele é um sistema, ele trabalha com a forte interação entre municípios, estados e o governo federal. [À esfera federal] cabe a formulação da política e a definição das diretrizes, e a partir do momento que você desmonta por dentro esses mecanismos, para reconstituir é difícil. Esse é um aspecto. Um segundo aspecto é a formulação de equipe. Vamos pensar que um dos aspectos bastante importantes, que começou com o PAISM, foi toda uma necessidade de formação do profissional para um atendimento da saúde integral. [...] Se o sistema não tem um olho, não está treinado, ele não percebe o porquê aquela mulher está com dor de cabeça, está passando mal. Às vezes é decorrente de uma violência que ela está sofrendo muito importante, uma violência sexual. Então era necessário olhar essas questões e entender esse processo de adoecimento e saúde das mulheres pelo seu processo de vida, que tem tudo isso. Inclusive até o que é o atendimento ao parto. Enfim, tem toda uma questão de formação, de atenção dos serviços para esse aspecto integral da saúde. E esse era o grande pulo do gato: a fortaleza de você ter um sistema que acolhe a pessoa na sua integralidade. Então, eu acho que hoje o desafio é voltar aos princípios geradores da construção da política e estabelecer relações de fortalecimento das instâncias do SUS que foram desmontadas ao longo desse processo visando a privatização. E um controle sobre a execução das verbas públicas a partir do momento que você estabelece a gestão da política de atenção básica com as OSS. Os desvios que têm em relação ao uso da verba não podem acontecer. [...] Então a gente não avançou. E a gente precisa avançar porque, enfim, é direito das mulheres, direito à sua autonomia, direito ao seu corpo. É bastante complicado (Entrevista 5, SPM).

⁷¹ O Almanaque d'Elas foi uma iniciativa editorial da Rede Feminista de Saúde em parceria com o Fundo de Investimento Social Elas e a Casa da Mulher Catarina, voltada à popularização de conceitos do feminismo e dos direitos sexuais e reprodutivos através de uma linguagem acessível e com o objetivo de fortalecer a formação política e a difusão da agenda da saúde integral das mulheres (RFS, 2016).

A Entrevista 6 também reforçou como no período da pandemia de Covid-19 houve um agravamento da desarticulação institucional, que já estava em curso no governo Bolsonaro, uma vez que a pandemia não incorporou um recorte de gênero e tampouco considerou as características sociais e biológicas das mulheres.

Tem uma coisa muito séria que é desarticulação institucional da execução das políticas públicas que aconteceu no governo Bolsonaro. E também na metade do governo dele teve a pandemia, que chegou como um fator de aprofundamento desse desmonte das políticas. O Brasil, por exemplo, foi um dos países que mais mulheres grávidas morreram durante a pandemia. Não tinha uma ação, ou seja, a pandemia não teve um recorte de gênero. A pandemia não teve um recorte para olhar pelas mulheres nas suas características, tanto biológicas como sociais. E isso custou a vida das mulheres durante a pandemia (Entrevista 6, Câmara dos Deputados).

No entanto, a Entrevista 2 destacou que, do ponto de vista dos movimentos feministas, o período Bolsonaro não representou apenas retrocessos: foi também um momento de aprendizagem e reinvenção política. Diante do fechamento dos espaços institucionais, as feministas reorganizaram suas formas de atuação, desenvolvendo novas estratégias de articulação e monitoramento das políticas a partir de iniciativas por fora do Estado. Nesse contexto adverso, a resistência se construiu no cotidiano, garantindo que parte da agenda sobrevivesse mesmo sem respaldo governamental.

Quando o pessoal fala ‘a gente foi tudo para trás no período bolsonarista’, não foi. No período bolsonarista, a gente [enquanto movimentos feministas] foi desafiado a se comunicar de outra forma, a ser criativo e a produzir coisas. Então isso foi muito legal. E eu acho que percebemos, inclusive, que a gente não precisa estar só nos espaços institucionais, que a política de saúde pode ser cutucada e, vamos dizer, atualizada, com coisas que a gente faz. Eu queria te dar um exemplo de uma coisa muito bonita que a gente tem muito orgulho de ter produzido pela Rede Feminista. Como o foco estava na questão do aborto, no tempo do Bolsonaro a gente percebeu que não tinha como avançar, a gente tinha que resistir. Então começamos a olhar melhor para como estavam funcionando os serviços de aborto legal: quantos existiam, quantos estavam funcionando, se teve risco de fechamento — a gente viu que na época da Covid-19 tiveram tentativas e mesmo fechamento de serviço. [...] Então tudo isso foi costurado por fora do Estado (Entrevista 2, RFS/CISMU).

Em síntese, de 2011 a 2022, a PNAISM foi atravessada pela influência de diferentes grupos de interesse que acompanham a formulação e a implementação da política de saúde das mulheres desde o início do século XXI, sendo os movimentos feministas e os grupos religiosos, em uma aliança com atores neoliberais, os principais deles (Souto e Moreira, 2021; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Nesse sentido, foram identificados indícios de retrocesso na *capacidade político-relacional* da política já no governo Dilma 1 (2011-2014) que, em nome da governabilidade em um contexto de correlação forças negativo diante do fortalecimento da ofensiva antigênero no Poder Legislativo, fez importantes concessões na pauta do aborto (Entrevistas 1 e 3, Gazeta do Povo, 2010). Além disso, com o aprofundamento da crise político-econômica em curso (Corrêa e Kalil, 2020), a agenda do seu segundo governo (2015-2016) colocou a amplitude das políticas sociais relacionada à solidez econômica e à competitividade produtiva (Rousseff, 2014) promovida por grupos neoliberais, o que, em consonâncias com as restrições impostas pelo avanço da ofensiva antigênero, demonstrou a fragilização da *capacidade político-relacional* da PNAISM, restringindo ainda mais sua agenda à temática sexual e reprodutiva. Ao mesmo tempo, nas duas gestões Dilma os movimentos feministas mantiveram articulação com o governo federal e alguns avanços foram alcançados, especialmente a partir da RC, em questões como a violência obstétrica e a mortalidade materna (Entrevista 6).

No entanto, a partir de Temer (2016-2018) e a *capacidade político-relacional* da PNAISM passou a ser afetada de forma mais contundente pela ofensiva religiosa e neoliberal organizada no Congresso, cuja presença transbordou para o Poder Executivo, iniciando o rompimento da relação de proximidade construída com os movimentos feministas nos governos petistas (Entrevistas 5 e 7; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Esse cenário foi reforçado pela inação do governo frente às propostas da 2ª CNSMu que, ainda que tenha sido um espaço importante de resistência da agenda da PNAISM, não desencadeou mudanças na política considerando os altos riscos de retrocessos (Entrevista 3; Brasil, 2016b). Além disso, a agenda neoliberal defendida pelo governo (PMDB 2015, 2016) foi institucionalizada com a criação EC nº 95/2016, fazendo com que a PNAISM, assim como diversas outras políticas sociais, sofresse um processo acelerado de desfinanciamento, desinstitucionalização e erosão de princípios estruturantes (Machado e Jerônimo, 2024; Sátyro, 2024).

Na esteira dessas transformações, a aliança entre ofensiva antigênero e neoliberalismo gestada na gestão Temer assumiu o cerne da agenda política no governo Bolsonaro, com esses grupos ocupando de forma sistemática o Estado e desmontando a *capacidade político-relacional* da PNAISM. Isso porque, com uma agenda de governo voltada para a centralidade da “família”, condicionando direitos à valores morais religiosos e à lógica de eficiência dos gastos públicos, Bolsonaro não apenas manteve vigente a agenda dos grupos neoliberais,

como garantiu o protagonismo político de atores religiosos ao institucionalizar a ofensiva antigênero como uma diretriz de governo (Bolsonaro, 2018; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Dessa forma, os movimentos feministas, historicamente articulados à PNAISM pela CISMU, mobilizaram estratégias de resistência e sustentação da agenda e se reorganizaram por fora do Estado, garantindo que parte das pautas permanecessem na agenda mesmo em um ambiente político adverso — mas não impedindo o desmonte da política (Entrevista 2).

Assim, a análise das evidências acerca da *capacidade político-relacional* da PNAISM entre as gestões Dilma 1 e 2 (2011-2016), Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) convergiu para a Hipótese Específica 2, presumindo que o eixo de articulação da agenda da PNAISM tenha sido deslocado de atores dos movimentos feministas para grupos religiosos e neoliberais. Nesse sentido, a incorporação de atores conservadores às arenas decisórias e a reorganização das pressões políticas sobre a agenda de governo passaram a moldar novas relações entre Estado e sociedade, assim como os rumos da política (Gomide, 2016; Bauer e Knill, 2012). Assim, ao longo do período, a *capacidade político-relacional* da PNAISM foi progressivamente capturada por coalizões conservadoras que encontraram ressonância especialmente no governo Bolsonaro, ampliando seu poder de veto e restringindo a influência dos movimentos feministas na formulação e condução das políticas para as mulheres (Roggeband e Krizsán, 2020; Biroli, Tatagiba e Quintela, 2024).

4.3. Capacidade fiscal: a (não) priorização da PNAISM no orçamento da saúde das mulheres e do SUS

A partir de 2004, ano de lançamento da PNAISM, até 2016, a Ação Orçamentária 6175 – *Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher*⁷², criada no âmbito do MS, constituiu o principal instrumento financeiro destinado à sua execução no âmbito federal. Nesse período, em que quatro governos petistas estiveram na presidência – Lula 1 e 2 (2003-2010) e Dilma 1 e 2 (2011-2016) –, ter uma Ação específica inscrita na LOA representou um marco de institucionalização e reconhecimento político da PNAISM, permitindo a alocação direta de recursos, a definição de metas próprias e a

⁷² A Ação Orçamentária 6175 passou por alterações de nomenclatura ao longo dos anos, embora tenha mantido o mesmo número identificador, preservando, portanto, sua continuidade como instrumento de financiamento da PNAISM. Em 2004, constava na LOA como Atenção à Saúde da Mulher; em 2008, passou a denominar-se Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher; e, a partir de 2010, assumiu a formulação de Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

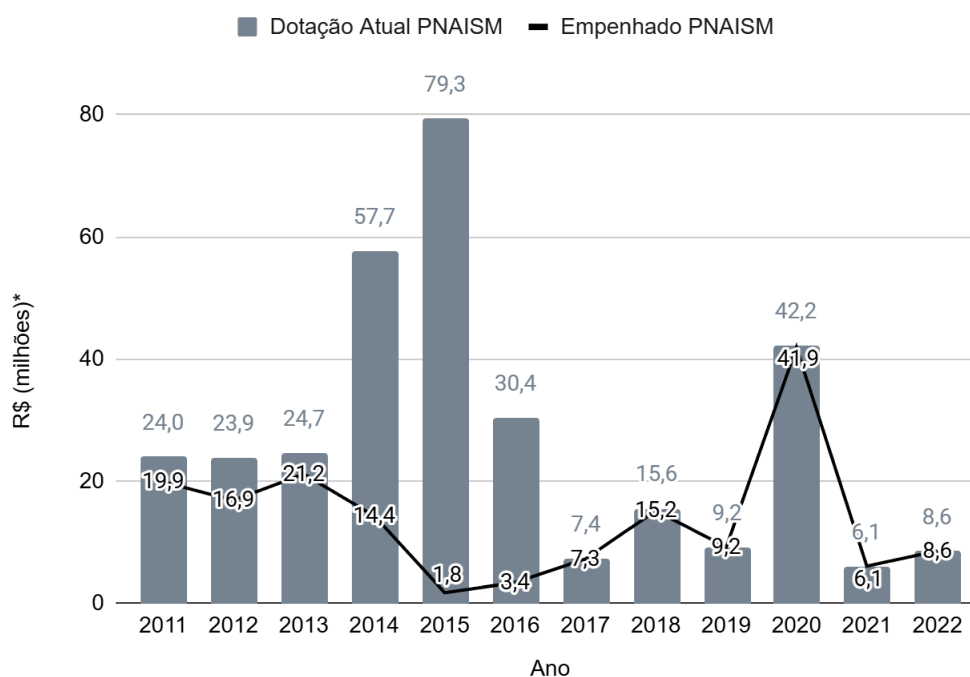
rastreabilidade dos gastos, assegurando maior transparência e prioridade da política dentro do orçamento da saúde.

Todavia, a partir de 2017, na gestão Temer (2016-2018), a Ação 6175 foi extinta e substituída por Planos Orçamentários subordinados à Ações mais amplas, como a *20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde* e, a partir de 2021, na gestão Bolsonaro (2019-2022), a *21CE - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde*. Essa mudança teve efeitos estruturais sobre o financiamento e a governança da política, uma vez que, ao ser reclassificada como Plano Orçamentário, a PNAISM perdeu a autonomia decisória e a visibilidade que uma Ação própria lhe conferia, passando a figurar apenas como um desdobramento interno de Ações mais amplas do SUS. Assim, o desaparecimento da Ação específica e sua absorção por outras mais abrangentes não apenas dificultaram o rastreamento financeiro da PNAISM, mas também sinalizaram uma mudança de prioridade no interior da agenda federal de saúde, marcando o início de um ciclo de erosão orçamentária que se aprofundou nos anos subsequentes.

Considerando, portanto, os valores de dotação atual e empenhados da cesta de Ações e Planos Orçamentários vinculados à PNAISM (Quadro 6 da Seção 3.3), os Gráficos 1 e 2 a seguir apresentam a análise realizada de sua execução orçamentária entre 2011 e 2022.

Gráfico 1 - Execução orçamentária da PNAISM (2011-2022)

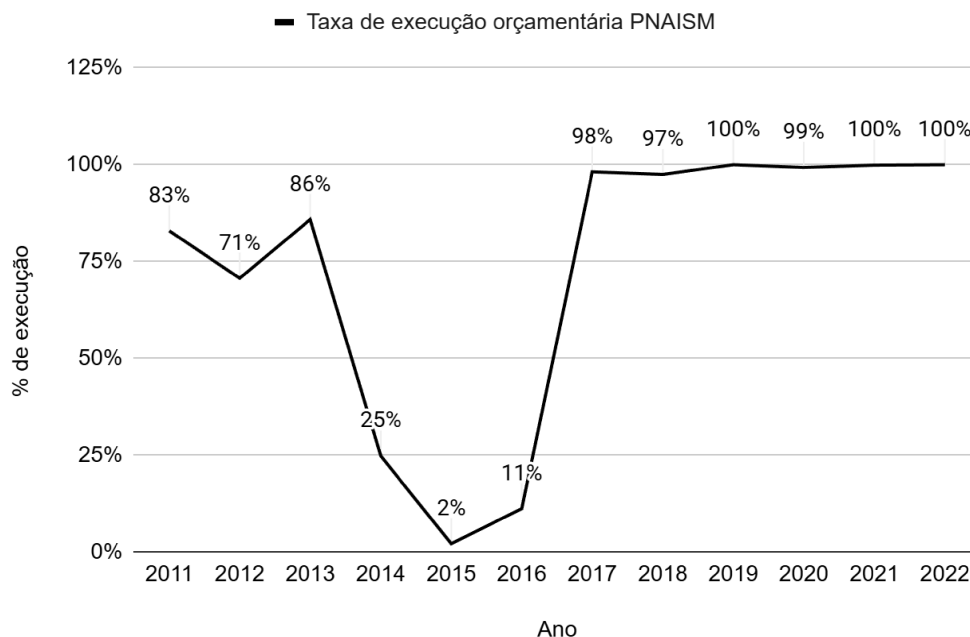
*Valores corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2023



Fonte: elaboração própria a partir de dados extraídos do SIOP.

Gráfico 2 - Taxa de execução orçamentária da PNAISM (2011-2022)

*Valores empenhados/dotados corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2023



Fonte: elaboração própria a partir de dados extraídos do SIOP.

Nos três primeiros anos da série histórica, durante o governo Dilma 1 (2011-2014), a dotação da PNAISM se manteve estável, com valores dotados em torno de R\$ 24 milhões e taxas de execução que oscilaram de 83% em 2011 para 71% em 2012 e 86% em 2013, demonstrando um padrão de estabilidade e regularidade no financiamento da política. Contudo, em 2014, no último ano da primeira gestão Dilma, a dotação mais que dobrou de tamanho, alcançando R\$ 57,7 milhões, ao passo que os valores empenhados caíram para R\$ 14,4 milhões, resultando em uma consequente queda da taxa de execução para 25% e evidenciando o início de um momento de corrosão da execução orçamentária da PNAISM.

A segunda gestão de Dilma (2015-2016) se inicia em 2015 com o pico da dotação da série, alcançando R\$ 79,3 milhões, ao mesmo tempo em que o valor empenhado atingiu seu mínimo, de apenas R\$ 1,8 milhões, resultando em uma taxa de execução de 2% — a menor de todo o período analisado. Essa baixa taxa de execução da política demonstrou uma descontinuidade na liberação dos recursos e um descompasso entre compromisso formal e ação efetiva. Isso porque, embora a PNAISM tenha permanecido formalmente prevista no orçamento, com o pico da dotação em 2015, a drástica redução nos valores empenhados revela um aprofundamento da paralisia orçamentária iniciada em 2014, na qual os gastos previstos não se materializaram.

Cabe destacar que essa baixa taxa de execução observada em 2015 deve ser interpretada à luz do contexto de ajuste fiscal iniciado naquele ano. Marcado pela nomeação de Joaquim Levy para o Ministério da Fazenda — um economista prestigiado pelo mercado financeiro por ser de recorte mais fiscalista — e pela adoção de uma estratégia de forte contenção do gasto público, o ajuste fiscal implicou em cortes significativos no orçamento federal aprovado em 2014, inclusive nas áreas sociais como a saúde (Benites, 2015; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023). Nesse cenário, os dados sugerem que o PNAISM pode ter sido uma das políticas do SUS escolhidas para um maior enxugamento no setor.

Ademais, ainda que com uma *capacidade fiscal* fortalecida entre 2011 e 2013, na Entrevista 5 foi identificado que, nos governos Dilma, a expansão das parcerias público-privadas influenciou diretamente na efetividade da transformação do orçamento em serviços na ponta, uma vez que ampliou a influência de atores religiosos na atenção básica do SUS, fragilizando a implementação de uma série de direitos garantidos pela PNAISM.

O conjunto do recurso era do Ministério da Saúde e a questão era de fundo a fundo⁷³. Mas qual é o problema que nós vamos encontrar? Porque esse também era o papel da SPM, de tentar ultrapassar essas barreiras. Muitos dos serviços de atenção básica da saúde, eles passam a ter uma parceria público-privada, principalmente a gestão das OSS. Isso para a PNAISM vai ser um enfrentamento e esse também será o nosso debate muito forte, porque muitas dessas OSS têm origem religiosa. Então, toda a política de prevenção por exemplo, da questão da sexualidade, dos direitos reprodutivos, passam a ser ameaçadas. Enfim, aí o papel da SPM era exatamente ver nos municípios e nos estados o que estava acontecendo e fazer uma vigilância se os métodos estavam presentes na rede, porque isso faz parte da integralidade da política. Então isso também nos ocupava um tempo gigantesco. E teve um processo de aceleração desde a presença da OSS na gestão da atenção básica da saúde e, obviamente, com uma interferência bastante grande na atenção do que se refere aos direitos sexuais (Entrevista 5, SPM).

Nesse sentido, as baixas taxas de execução orçamentária entre 2014 e 2016, aliadas ao relato da Entrevista 5 sobre a expansão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e da influência religiosa na atenção à saúde das mulheres, podem ser lidas como um sinal de inflexão no ambiente político e institucional que afetou diretamente a *capacidade fiscal* da PNAISM. Isso porque, desde as eleições de 2010, o avanço da ofensiva antigênero e do neoliberalismo no Brasil vinha tendo cada vez mais influência na agenda e na gestão do governo, sendo a restrição orçamentária um dos principais instrumentos mobilizados por esses

⁷³ “As transferências fundo a fundo se caracterizam pelo repasse por meio da descentralização de recursos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal” (Brasil, [s.d.]a).

grupos para limitar o avanço das políticas sociais, especialmente as de gênero (Almeida e Amaral, 2020; Roggeband e Krizsán, 2020). Dessa forma, o aprofundamento da crise político-econômica⁷⁴, o ganho de espaço das iniciativas público-privadas e a adoção das medidas do ajuste fiscal abriram caminhos para o início de um ciclo de retrocessos que culminaram no *impeachment* de Dilma (Machado e Jerônimo, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023; Almeida e Amaral, 2020).

Assim, em 2016, ano marcado pelo encerramento do segundo mandato de Dilma (2015-2016) e início do governo Temer (2016-2018), observa-se nos Gráficos 1 e 2 uma redução significativa da dotação orçamentária da PNAISM em relação a 2015, retornando a valores próximos ao período 2011-2013 ao alcançar R\$ 30,4 milhões. Apesar dessa retração, o valor empenhado apresentou leve recuperação em relação a 2015, atingindo R\$ 3,4 milhões, acompanhado de uma elevação modesta da taxa de execução, que sobe para 11%, ainda muito inferior ao desempenho observado até 2013.

Ainda sob a gestão Temer (2016-2018), em 2017 e 2018, verifica-se uma corrosão da execução orçamentária da PNAISM. Nesse período, a dissolução da Ação Orçamentária 6175 em Planos Orçamentários vinculados a Ações genéricas do SUS, em consonância com a drástica queda da dotação para R\$ 7,4 milhões em 2017 e R\$ 15,6 milhões em 2018 — níveis muito inferiores aos registrados até 2016 — representou uma mudança estrutural na forma de financiamento da política. Isso porque, ainda que as taxas de execução tenham alcançado 98% e 97%, observa-se uma mudança significativa no padrão orçamentário, em que os valores dotados, de R\$ 7,4 milhões em 2017 e R\$ 15,6 milhões em 2018, passaram a se situar em patamares abaixo da dotação que caracterizava a política desde 2014.

Essa queda abrupta da dotação da PNAISM em 2017 e 2018, acompanhada da dissolução de sua Ação Orçamentária, apresenta-se como um efeito da agenda do governo Temer (2016-2018) que, a partir da aliança entre o neoliberalismo fiscal e o conservadorismo moral, materializada na EC nº 95/2016, consolidou o desfinanciamento das políticas sociais iniciado com o ajuste fiscal de Dilma em 2015 (Junqueira, 2022; Mendes, Carnut e Melo, 2023; Machado e Jerônimo, 2024). Essa emenda instituiu um Teto de Gastos por vinte anos e

⁷⁴ A crise político-econômica que culminou no *impeachment* de 2016 tem raízes na crise financeira global de 2008, que reduziu o crescimento brasileiro e intensificou disputas distributivas. A partir de 2014, esse cenário de recessão se agrava em consonância com a crise promovida pelas Jornadas de Junho de 2013 e pela Operação Lava Jato e crescente polarização política, criando as condições discursivas e institucionais que viabilizaram a subsequente agenda de austeridade neoliberal conservadora (Almeida e Amaral, 2020; Corrêa e Kalil, 2020).

reduziu a vinculação constitucional das despesas em saúde, produzindo efeitos duradouros sobre o financiamento do SUS e das políticas para as mulheres — que indicam ter repercutido na *capacidade fiscal* da PNAISM (Menicucci, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a).

Aqui, revela-se uma nova mudança no padrão da taxa de execução orçamentária da PNAISM: enquanto nos governos Dilma, entre 2014 e 2016 o orçamento era autorizado mas não executado, em uma primeira ruptura com a estabilidade orçamentária de 2011 a 2013, a partir de 2017, nas gestões Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022), executa-se integralmente um orçamento drasticamente reduzido e despriorizado.

Assim, dando continuidade a um padrão estabelecido na gestão Temer e à política de austeridade fiscal da EC nº 95/2016, durante o governo Bolsonaro (2019-2022), a dotação da PNAISM se manteve em patamares reduzidos, abaixo de R\$ 10 milhões, e com valores empenhados praticamente equivalentes, que produziram taxas de execução próximas ou iguais a 100% em todos os anos. Destaca-se como exceção o ano de 2020 que, na contramão da tendência geral de restrição orçamentária da PNAISM no governo Bolsonaro (2019-2022), atingiu o maior valor empenhado e o terceiro maior valor dotado da série histórica, com a dotação chegando a R\$ 42,2 milhões e o empenho a R\$ 41,9 milhões.

Neste ano de 2020, observa-se uma exceção pontual, impulsionada por gastos extraordinários associados à pandemia de Covid-19 (Machado e Jerônimo, 2024; Menicucci, 2024), mas que ainda assim não alterou o quadro geral de subfinanciamento e erosão da *capacidade fiscal* da PNAISM, cenário evidenciado pela retomada de dotação e valores empenhados inferiores a R\$ 10 milhões em 2021 e 2022. Nesse sentido, os aportes emergenciais de 2020 se configuraram como uma resposta extraordinária à crise sanitária, que por sua vez impediu que o desmonte em curso do SUS enquanto sistema se aprofundasse, mas não alterou a tendência estrutural de desfinanciamento da PNAISM (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024).

No entanto, no que se refere ao orçamento da política de saúde das mulheres, entre 2011 e 2022, além da PNAISM, a RC constitui a única iniciativa que também contou com uma Ação Orçamentária própria na LOA, permitindo identificar a centralidade atribuída a cada uma delas no orçamento da saúde das mulheres. Isso porque, como apontam Rosa e Cabral (2024, p. 700), “com o advento da RC, houve concentração da maior parte de verbas

em ações ligadas à rede materno-infantil e um desfinanciamento da atenção integral à saúde das mulheres”, gerando uma sobreposição entre as iniciativas e reorientação das prioridades.

Assim, criada em 2011 no governo Dilma 1 (2011-2014), a RC passou a ter uma Ação específica na LOA a partir de 2012, sob o código *20R4 – Apoio à Implementação da Rede Cegonha*, que se manteve até o final da gestão Temer (2016-2018). Ademais, nesse intervalo, além dessa Ação específica de implementação, a RC foi simultaneamente contemplada em outras Ações Orçamentárias da saúde de caráter mais amplo, notadamente as de código 8535 (2013) e 8585 (2013 a 2017).

A partir de 2019, contudo, observa-se um processo semelhante ao ocorrido com a PNAISM em 2016, cuja Ação de implementação foi absorvida por outras Ações mais genéricas. No governo Bolsonaro (2019-2022), a RC deixou de contar com uma Ação própria e foi incorporada às Ações *20YI – Implementação de Políticas de Atenção à Saúde* e *21CE – Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde*, que também coexistiram com um Plano Orçamentário para a RC entre 2019 e 2022 na Ação *8535 – Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde*. Assim, em 2019, ainda que dois anos mais tarde e em escalas diferentes, a RC reproduziu a trajetória da PNAISM, vendo sua Ação própria desaparecer e sua *capacidade fiscal* se deteriorar conforme a iniciativa foi sendo diluída em Ações mais amplas do orçamento da saúde.

Além disso, desde sua criação no governo Dilma 1 (2011-2014), como evidenciado na Entrevista 3, ainda que a RC não tenha tido uma Ação Orçamentária própria na LOA a partir de 2019, tendo seu orçamento sido significativamente maior que o da PNAISM em todo o período de 2012 a 2022, ambos eram geridos de forma conjunta pelo MS, compondo o orçamento da política de saúde das mulheres. Na prática, isso acabou por reforçar a centralidade da atenção obstétrica, restringindo a *capacidade fiscal* da PNAISM de desenvolver plenamente sua proposta de integralidade.

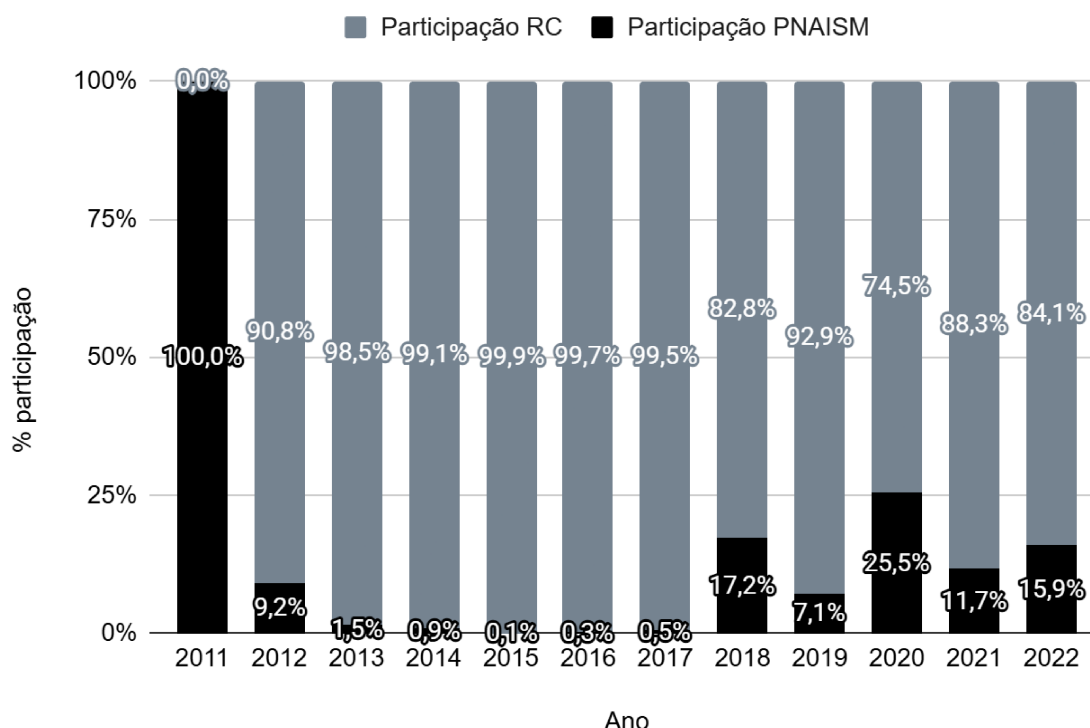
[A RC] tinha 120 milhões para gastar anualmente [com a RC], mas eram 120 milhões para gastar em coisas novas, que são a construção de centros de parto normal, de maternidades, de casas de gestante, bebê e puérpera. A gente, inclusive, com esse recurso, conseguiu fazer outras ações. No planejamento reprodutivo, por exemplo, a gente fez várias ações com esse recurso. Ações de violência, ações para mulheres indígenas. Então, foi isso. O orçamento da PNAISM a gente deixava especificamente para seminários, encontros, ações mais focalizadas no que é a característica da PNAISM: uma política escrita, gerada e acompanhada pelos movimentos de mulheres. Então, o da PNAISM era pouquinho, mas ia tudo pra gente, sabe? [...] O orçamento era junto e aí a gente dividia as ações. O que cabia

mais à PNAISM eram ações que não tinham a ver com a atenção obstétrica. Mas, como [o orçamento da PNAISM] era pequeno, a gente punha muita coisa da atenção obstétrica pela Rede Cegonha. O aborto é a atenção obstétrica. Planejamento reprodutivo pós-evento obstétrico, que é o dia, o pós-parto, o pós-abordo, é atenção obstétrica. Então, a gente fazia essa mistura e usava os dois orçamentos para tocar a política (Entrevista 3, MS).

Desse modo, ressalta-se a importância de analisar como cada iniciativa contribuiu para a composição do orçamento, a fim de compreender como as mudanças no financiamento refletiram a hierarquia de prioridades dentro da política de saúde das mulheres. Isso porque, sendo as únicas iniciativas de saúde das mulheres com Ação Orçamentária específica na LOA, como apontado na Entrevista 3 e observado no Gráfico 3 abaixo, a participação do orçamento da PNAISM no orçamento total da política de saúde das mulheres é sistematicamente inferior à da RC, revelando uma assimetria na distribuição de recursos e uma efetiva mudança de prioridade no direcionamento interno do financiamento da saúde das mulheres a partir de 2012.

Gráfico 3 - Participação do orçamento da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres (2011-2022)

*Valores empenhados corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2023



Fonte: elaboração própria a partir de dados extraídos do SIOP.

A partir do Gráfico 3, considerando que a RC foi criada em 2011 e passou a constar na LOA a partir de 2012, nota-se que, durante os governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), a PNAISM

passou a ter uma participação residual no orçamento da saúde das mulheres, variando entre 0,1% e 9,2%, enquanto a RC concentrou mais de 90% da participação no período. Sob Temer (2016-2018), essa proporção se manteve inicialmente em 0,3% em 2016 e 0,5% em 2017, tendo a participação do orçamento da PNAISM aumentado de forma mais expressiva em 2018, quando atingiu 17,2% do orçamento da saúde das mulheres. A partir de então, já no governo Bolsonaro (2019-2022), a participação do orçamento da PNAISM apresentou maior variação, caindo para 7,1% em 2019, crescendo de forma atípica para 25,5% em 2020, e alcançando 11,7% em 2021 e 15,9% em 2022.

De modo geral, observa-se que a participação da PNAISM permaneceu sistematicamente menor no orçamento da saúde das mulheres em todo o período de 2012-2022, evidenciando como, com a consolidação da RC, houve um deslocamento estrutural de recursos em direção à agenda por ela proposta, acompanhado do desfinanciamento das ações da PNAISM (Rosa e Cabral, 2023).

Essa tendência de priorização orçamentária da RC foi corroborada na Entrevista 3, que apontou como os tipos de ações custeadas pela PNAISM e pela RC variavam significativamente, já que a PNAISM operava exclusivamente com recursos de custeio — voltados para capacitações e instrumentos como os Termos de Execução Descentralizada (TEDs)⁷⁵ — enquanto a RC dispunha tanto de custeio quanto de capital, permitindo investimentos infraestruturais, como a construção de maternidades por exemplo. Essa assimetria evidencia como ambas não apenas recebiam volumes distintos de orçamento, mas também possuíam capacidades muito diferentes de indução e transformação da assistência à saúde das mulheres, conferindo à RC um poder de intervenção estrutural que a PNAISM nunca teve.

O orçamento da PNAISM era só custeio, não tinha capital. Ou seja, custeio é só para capacitações e outras questões, como os TEDs. TED é Termo de Execução Descentralizada, que eram feitos com as universidades, com a OPAS [Organização Pan-Americana da Saúde] e com a Fiocruz. A PNAISM era só isso. A Rede Cegonha tinha capital também, então podia fazer reforma, infraestrutura, ampliação, essas coisas (Entrevista 3, MS).

Além disso, a Entrevista 3 também apontou que, ainda no governo Dilma 1 (2011-2014), foi adotada uma estratégia que dava maior visibilidade à RC dentro do MS ao se

⁷⁵ Os TEDs são instrumentos por meio dos quais o MS transfere recursos a instituições executoras, como universidades federais, para realização de ações pactuadas.

incorporar ao orçamento da Rede gastos obstétricos já existentes no SUS. Esse movimento promoveu um efeito de “inchaço artificial” nos valores vinculados à RC, já que, através da Ação Orçamentária 8585, a Rede também absorvia despesas rotineiras que não configuravam novos investimentos na política.

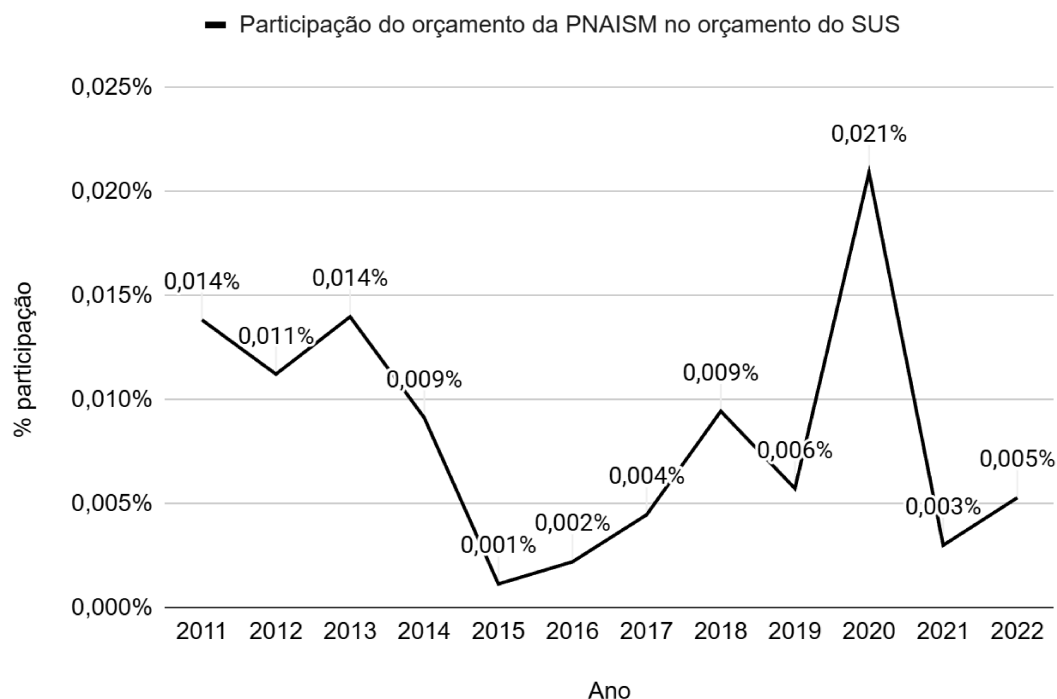
O Plano Orçamentário é tudo que você gasta com atenção obstétrica. Então, o que que o governo quis mostrar? Que não é só o dinheiro que vai para a Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres que faz a Rede Cegonha, mas todo o dinheiro que vai, por exemplo, para atenção obstétrica das maternidades. Todo o custeio de centro de parto normal, de maternidade, de UTI materna, desse dinheiro que é da... como se chama a Ação? [Lorena: a Ação Orçamentária na LOA com os valores em bilhões é 8585 - *Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade*] Isso. Então eles puseram isso para mostrar o investimento em atenção obstétrica, tudo que o Departamento faz de repasse do recurso para os hospitais, por isso que ficou bilhões. Mas eles discriminam o que eram novos investimentos, que são os 120 milhões, com o que era o investimento que o Ministério já fazia de repasse para estados e municípios, ou direto para as maternidades, para o custeio de ações da atenção obstétrica. Isso foi um jogo de números para virar bilhões, porque bilhões você não usa em uma Área Técnica. [...] Eu lembro que colocaram esse tanto de dinheiro mais para mostrar que tem investimento, sabe? Mas não é um investimento que vai para a Área para fazer as ações (Entrevista 3, MS).

Sobre esse ponto é interessante notar, no Gráfico 3, como entre 2013 e 2017, período no qual a Ação 8585 compôs o orçamento da RC refletindo os incrementos artificiais citados na Entrevista 3, a participação da PNAISM no orçamento da política de saúde da mulher foi o menor da série histórica, mantendo-se abaixo de 2%. Ademais, a partir de 2018, quando a Ação 8585 deixa constar como parte do orçamento da RC, ainda que em patamares baixos — evidenciando a priorização da RC em detrimento da PNAISM em todo o período —, a participação da PNAISM cresceu em comparação ao período 2013-2017, variando entre 7,1% e 25,5%. Assim, observa-se como a *capacidade fiscal* da PNAISM foi sendo corroída, limitando sua participação na definição das prioridades e fazendo com que a RC se tornasse a principal iniciativa de saúde das mulheres em termos de orçamento (Rosa e Cabral, 2024).

Por fim, para além da análise da participação do orçamento da PNAISM no orçamento da saúde das mulheres, o mesmo se faz necessário em relação ao orçamento do SUS (Gráfico 4), aqui representado pela *Função 10 - Saúde* da LOA. Isso porque, enquanto uma política de saúde, a *capacidade fiscal* da PNAISM foi afetada diretamente por dinâmicas mais amplas de alocação de recursos no sistema e das prioridades temáticas de cada gestão (Rosa e Cabral, 2023; Menicucci, 2024), evidenciando o grau de prioridade conferido à política no conjunto das ações do SUS.

Gráfico 4 - Participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS (2011-2022)

*Valores empenhados corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2023



Fonte: elaboração própria a partir de dados extraídos do SIOP.

No Gráfico 4 é possível observar que, durante o governo Dilma 1 (2011-2014), a participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS se manteve estável, variando entre 0,009% e 0,014% e indicando uma certa regularidade no orçamento que não esteve mais presente na segunda gestão, entre 2015 e 2016. Nesses dois anos, quando a participação da PNAISM despencou respectivamente para 0,001% e 0,002% do orçamento do SUS, observa-se uma ruptura significativa em direção à corrosão da *capacidade fiscal* da política, que já havia sido identificada anteriormente nos Gráficos 1 e 2 e relacionada à adoção do ajuste fiscal que promoveu cortes no SUS como um todo (Benites, 2015). Ademais, sob o governo Temer (2016-2018), em um cenário de aprofundamento do ajuste fiscal com a adoção do Teto de Gastos (Menicucci, 2024), a participação do orçamento da PNAISM voltou a crescer gradualmente, saindo de 0,002% em 2016 para 0,004% em 2017 e 0,009% em 2018, mas sem retornar aos patamares relativos ao período 2011-2014.

A gestão Bolsonaro (2019-2022) se apresentou, em seguida, como uma nova ruptura, ainda que menos abrupta, nesse cenário de mudanças da participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS. Isso porque, a partir de 2019, essa participação voltou a cair, atingindo 0,006% em 2019, 0,003% em 2021 e 0,005% em 2022. A exceção, tanto desta

gestão quanto de toda a série histórica, apresentou-se no ano de 2020 quando, sob o advento da Covid-19, a participação atingiu seu pico, alcançando 0,021%. Logo, a consolidação da aliança entre austeridade fiscal e ofensiva antigênero no governo Bolsonaro, e a ocupação do MS por esses atores (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024), fez com que fosse promovido não apenas o desfinanciamento do SUS, como também a despriorização da PNAISM na pasta.

Em síntese, a partir da execução orçamentária da PNAISM, assim como de sua participação no orçamento da política de saúde das mulheres e do SUS entre 2011 e 2022, observou-se uma corrosão contínua da *capacidade fiscal* da política. Primeiramente, já em 2012, durante o governo Dilma 1 (2011-2014), a entrada da Ação Orçamentária da RC na LOA redefiniu a hierarquia interna da saúde das mulheres, reduzindo o peso do orçamento da PNAISM em detrimento da nova iniciativa. Ainda no mesmo governo, em 2014, a queda abrupta da taxa de execução da PNAISM e da sua participação no orçamento do SUS evidenciou a dificuldade crescente de transformar dotações em ações efetivas, refletindo o início de um momento de austeridade do governo federal que se aprofundou na gestão Dilma 2 (2015-2016) com a adoção do ajuste fiscal.

A partir de 2017, após o início do governo Temer (2016-2018) e a implementação do Teto de Gastos pela EC nº 95/2016, uma nova ruptura na *capacidade fiscal* da PNAISM é observada, com a extinção de sua Ação específica na LOA e sua incorporação à Ações genéricas do SUS, que refletiu não apenas em sua perda de autonomia e prioridade, como também promoveu uma queda no orçamento da política que se consolidou nos anos seguintes. Isso porque, a partir de 2019, no governo Bolsonaro (2019-2022), a aliança entre ofensiva antigênero e neoliberalismo na gestão do governo não apenas intensificou a tentativa de desmonte da saúde, como também provocou uma despriorização da saúde das mulheres. Todavia, a pandemia de Covid-19, que deu força ao SUS para resistir ao desmonte enquanto sistema (Machado e Jerônimo, 2024), não parece ter tido o mesmo efeito sobre a PNAISM, uma vez que, a partir de 2021, o baixo orçamento da PNAISM, acompanhado da baixa participação no orçamento da política de saúde das mulheres e do SUS como um todo, indicam um desfecho diferente: um desmonte efetivo da *capacidade fiscal* da PNAISM.

A partir dessas evidências, a Hipótese Específica 3 foi, portanto, confirmada. Isso porque a *capacidade fiscal* da PNAISM no período foi corroída pela combinação entre a lógica neoliberal de retração do Estado e o avanço das ofensivas antigênero, que

redirecionaram recursos para agendas conservadoras e converteram o financiamento em um mecanismo de veto indireto às políticas de igualdade de gênero (Jordan *et al.*, 2013; Bauer e Knill, 2012; Pierson, 1994; Roggeband e Krizsán, 2020). Desse modo, assim como ocorreu com a *capacidade regulatória e político-relacional*, a *capacidade fiscal* da PNAISM foi gradativamente corroída em meio ao estrangulamento do financiamento do SUS e à reorientação das prioridades temáticas da agenda que se iniciaram já nos governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), consolidando-se nas gestões seguintes de Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) (Machado e Jerônimo, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a).

4.4. Capacidade burocrática: o papel da estrutura burocrática e dos instrumentos de gestão e coordenação federal da PNAISM

A PNAISM foi criada em 2004 vinculada à Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), vínculo este evidenciado nas fichas bibliográficas dos documentos da política (2004a; 2011b) e na literatura que a analisa (Souto e Moreira, 2021; Rosa e Cabral, 2024). Responsável pela elaboração do documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes* (Brasil, 2004a), ainda em 2003 a ATSM publicou uma síntese da proposta da PNAISM e um resumo das atividades realizadas naquele ano pela Área (Brasil, 2003a). Neste documento, são explicitadas as atribuições da ATSM, a qual cabia

Formular, em parceria com outras áreas do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; apoiar e incentivar a formação de profissionais de saúde para a implantação e implementação da atenção qualificada à saúde da mulher; investir na ampliação e fomentar a criação de tecnologias adequadas para a atenção integral à saúde da mulher; criar instrumentos gerenciais para apoiar a implementação, acompanhamento, controle e avaliação das políticas, ações e serviços de saúde; apoiar as organizações de mulheres para o controle social (Brasil, 2003a, p. 5).

Ademais, o documento orientador da PNAISM também evidenciava a posição organizacional naquele momento da ATSM dentro do MS, vinculada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (Brasil, 2004a). A partir dessa estrutura inicial e considerando o período de 2011 a 2022, no primeiro ano do governo Dilma 1 (2011-2014) foi publicado o Decreto nº 7.530/2011, atualizando o organograma do MS para o início da nova gestão. Embora neste Decreto, assim como no Decreto nº 7.797/2012, o conjunto de Departamentos que compõem a SAS fosse diferente da

estrutura de 2004, sob a qual a PNAISM foi criada, observa-se que o DAPES, onde se encontrava a ATSM, manteve-se subordinado à SAS, reproduzindo na saúde das mulheres em 2011 e 2012 a mesma estrutura da década anterior (Brasil, 2011d, 2012).

Esse cenário se alterou em 2013 com a publicação do Decreto nº 8.065/2013, que transformou a ATSM em Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSMU), mantendo sua vinculação ao DAPES da SAS (Brasil, 2013a). A partir de então, a CGSMU manteve vigente sua hierarquia organizacional resultante deste Decreto até o final do governo Temer (2016-2018), mesmo com uma alteração na estrutura do MS logo após sua posse em 2016, com o Decreto nº 8.901/2016, que não afetou a Coordenação-Geral (Brasil, 2016c).

Assim, entre 2013 e 2018, a criação e manutenção da CGSMU representou uma mudança significativa no *status* organizacional da PNAISM que, desde 2004, havia sido operada por uma Área Técnica no interior do DAPES. Isso porque, na hierarquia do MS, as unidades se organizam em níveis que vão do Ministro às Secretarias, aos Departamentos e, em seguida, às Coordenações-Gerais, sob as quais se encontram as Coordenações e Áreas Técnicas. Portanto, como evidenciado na Entrevista 3, a consolidação da saúde das mulheres como Coordenação-Geral, significou não apenas um ganho de *status* formal, mas também o reconhecimento de sua importância estratégica, inserindo-a em um nível hierárquico que lhe conferia maior visibilidade e poder decisório.

Área Técnica é uma nomenclatura que diz de um certo lugar de hierarquia. [No governo Dilma] a saúde das mulheres passou para Coordenação-Geral, e Coordenação-Geral têm um lugar. [...] Quando se fala em Coordenação-Geral é porque tem um DAS⁷⁶, tem um *bottom* ali e você anda nos espaços de poder de decisão, você pode assinar algumas coisas. Então tem toda uma coisa por trás (Entrevista 3, MS).

Todavia, durante o governo Bolsonaro (2019-2022), a estrutura organizacional do MS passou por uma mudança significativa, rompendo vínculos institucionais que historicamente sustentaram a articulação das áreas. Essa mudança ocorreu ainda no primeiro ano de governo, com o Decreto nº 9.795/2019, que desmembrou a SAS em duas Secretarias: a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), para onde foi transferida a PNAISM, e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) (Brasil, 2019a). A reestruturação promovida pelo Decreto resultou na perda de *status* hierárquico da política de saúde das mulheres, que deixou

⁷⁶ No âmbito do MS, “ter um DAS” significa que a estrutura possui cargos de Direção e Assessoramento Superior, que conferem autoridade formal de chefia e acesso a espaços decisórios. Por sua vez, a expressão “tem um *bottom ali*”, usada de modo informal na entrevista, alude ao reconhecimento simbólico, político e institucional desse *status* adquirido pela ATSM ao se transformar em Coordenação-Geral.

de ocupar o nível de Coordenação-Geral. A partir de então, a área passou a se configurar apenas como Coordenação de Saúde da Mulher (COSMU), subordinada à Coordenação-Geral de Ciclos da Vida (CGCIVI) que, alocada no DAPES/SAPS, abrigava em si, para além da saúde da mulher, a saúde da criança e o aleitamento materno, assim como de adolescentes e jovens, do homem e da pessoa idosa (Brasil, 2019a).

Dessa forma, a nova configuração da SAPS e o rebaixamento hierárquico da CGSMU para COSMU resultou na ausência de sua menção nos Decretos sobre a estrutura organizacional do MS, que a detalha até o nível de Coordenação-Geral sem explicitar Coordenações ou Áreas Técnicas específicas, reforçando a marginalização e perda de visibilidade institucional da política de saúde das mulheres no MS⁷⁷.

Ademais, no último ano do governo Bolsonaro (2019-2022), o Decreto nº 11.098/2022 promoveu uma nova reestruturação no organograma do MS, mantendo a SAPS ao passo que redefiniu sua composição interna (Brasil, 2022b). Constituída desde 2019 pelo DAPES, pelo Departamento de Saúde da Família (DESF) e pelo Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), em 2022 o DAPES desaparece da SAPS, que passou a reunir, para além do DESF e do DEPROS, o Departamento dos Ciclos da Vida (DECIV) e o Departamento de Saúde Materno Infantil (DESMI). Nessa nova configuração, a COSMU permaneceu vinculada à unidade de Ciclos da Vida que, criada em 2019 como uma Coordenação-Geral (CGCIVI), foi elevada à Departamento (DECIV) em 2022.

Essas mudanças na estrutura organizacional da PNAISM refletem um contexto maior de ocupação do Poder Executivo durante o governo Bolsonaro (2019-2022), em pastas como o MS, o MMFDH e o MEC, por atores antigênero que passaram a reorientar normas, discursos e instrumentos governamentais com o objetivo de deslegitimar a igualdade de gênero na ação pública e moralizar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Nesse processo, as políticas para as mulheres foram desestruturadas, com a redução de *capacidades burocráticas* e a adoção de um paradigma centrado na família tradicional como eixo ordenador das políticas públicas (Tokarski *et al.*, 2023a) — que também pôde ser observado na política de saúde das mulheres com o rebaixamento da CGSMU para COSMU e sua alocação no CGCIVI e DECIV.

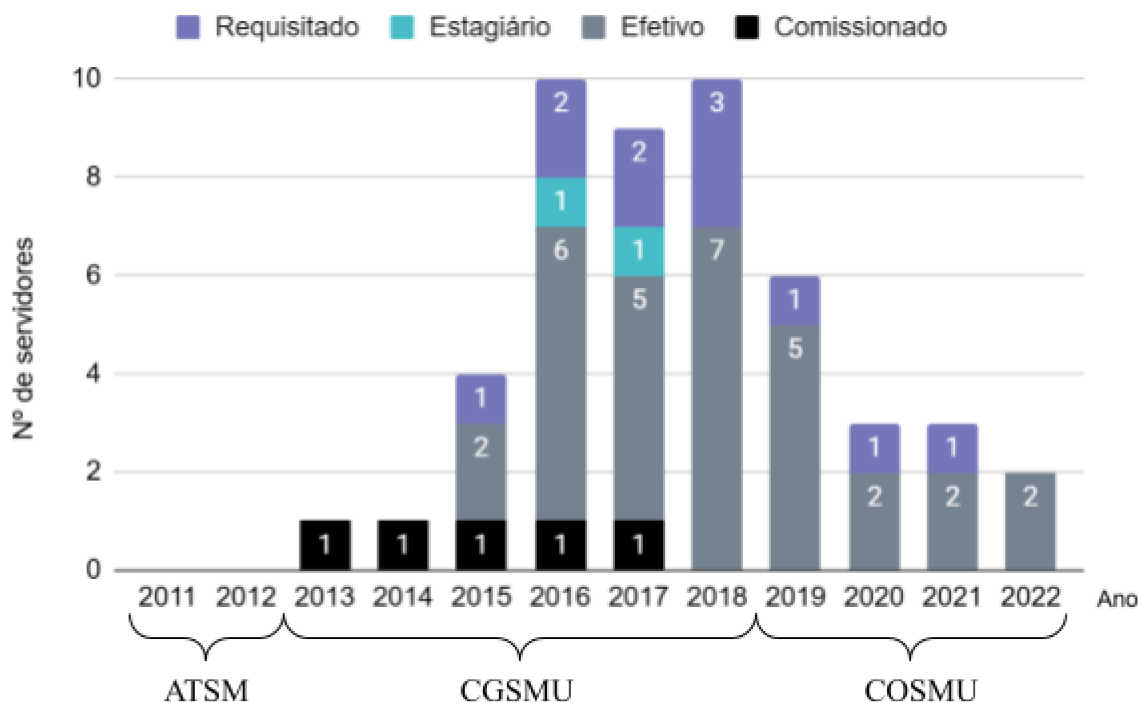
⁷⁷ Na gestão Bolsonaro, entre 2019 e 2022, as mudanças na estrutura organizacional responsável pela PNAISM não estão mapeadas nos Decretos, e a identificação da posição da COSMU na SAPS foi realizada a partir de documentos do MS do período e de evidências coletadas nas entrevistas (Brasil, 2020b; 2022c).

Nesse sentido, ainda que no governo Bolsonaro a ATSM não tenha sido extinta — como apontam Biroli, Quintela e Tatagiba (2024) —, a Entrevista 3 reforçou que essa perda de *status* hierárquico à qual foi submetida representou um rebaixamento institucional que diluiu sua autonomia e enfraqueceu a agenda da saúde das mulheres na pasta.

Acaba o governo Temer, chega o inominável e eles mudam o organograma do Ministério [MS]. Então eles dissolvem a Secretaria de Atenção à Saúde [SAS], que era uma só, que conversava todo mundo junto, em duas Secretarias: a Secretaria de Atenção Primária [SAPS] e a Secretaria de Atenção Especializada em Saúde [SAES], que adorou ser uma Secretaria, subiu de posto. [...] Eles puseram todas as políticas de saúde das mulheres, da criança, do idoso, dentro da Secretaria de Atenção Primária Saúde. [...] Mas aí o que acontece? A saúde das mulheres começa a ser vista pelo olhar de quem é da atenção primária à saúde [...] Quando fizeram isso sumiu a saúde das mulheres, simplesmente sumiu. Teve muita dificuldade em tocar as pautas, não tinha autonomia nenhuma (Entrevista 3, MS).

Essas transformações na hierarquia da estrutura organizacional responsável pela PNAISM também se refletiram na composição de sua equipe técnica, apresentando variações quantitativas e qualitativas entre 2011 e 2022. O Gráfico 5, a seguir, apresenta essa evolução, evidenciando como as mudanças estruturais repercutiram diretamente no tamanho e na composição do corpo técnico responsável pela política de saúde das mulheres no MS.

Gráfico 5 - Corpo técnico alocado na estrutura organizacional da PNAISM no MS (2011-2022)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados obtidos via LAI.

Primeiramente, o Gráfico 5 não apresenta valores para os anos de 2011 e 2012, período em que a PNAISM ainda estava sob responsabilidade da ATSM. Isso porque, segundo o retorno da solicitação feita via LAI, as informações sobre a equipe estão disponíveis apenas a partir de 2013, ano em que a ATSM foi elevada à CGSMU — Coordenação-Geral que, posteriormente, em 2019, perdeu seu *status* hierárquico ao se transformar em COSMU. Assim, já nesse primeiro momento, o fato de não ser possível obter via LAI os dados da equipe envolvida com a PNAISM em 2011 e 2012 revela que o baixo nível hierárquico da Área Técnica dificultou o registro e a rastreabilidade das equipes no interior do MS, indicando uma fragilidade da *capacidade burocrática* da PNAISM nesse período.

Por sua vez, nos governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), entre 2013 e 2016, período no qual a PNAISM esteve sob a gestão da CGSMU, é possível observar no Gráfico 5 uma tendência de crescimento e diversificação da equipe responsável pela saúde das mulheres no MS. Nesse período, a Coordenação-Geral passou a contar não apenas com um cargo comissionado, como também com cargos efetivos em 2015 e um estagiário em 2016, quando atingiu, pela primeira vez na série histórica, o pico de 10 servidores alocados na equipe.

Ademais, foi apontado na Entrevista 1 que, ainda durante o governo Dilma 1 (2011-2014), sob a gestão do Ministro Alexandre Padilha, iniciou-se uma mudança na pasta que refletiu diretamente na *capacidade burocrática* da política de saúde das mulheres. Isso porque, para além da realização de concursos e contratação de equipes técnicas, as parcerias com universidades e organismos internacionais foram expandidas, ampliando a base técnica disponível e introduzindo novos repertórios à equipe responsável pela agenda em um movimento de legitimação da saúde das mulheres.

As Áreas Técnicas do Ministério da Saúde são Áreas Técnicas relativamente pequenas, não são Áreas Técnicas grandes. E o Ministério da Saúde estava em um processo de transição, porque ainda boa parte das Áreas Técnicas do Ministério daquela época eram sustentadas com a contratação de consultores para compor a Área a partir de projetos com organismos internacionais, sobretudo UNESCO, OPAS e PNUD. Então tinham muitos termos de cooperação, cartas de acordo, que permitiam que a gente contratasse equipes técnicas para isso. O Ministério da Saúde, junto à época com o MPOG, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, começou um processo, e aí é um processo macropolítico, de fazer concursos e contratar equipes técnicas a partir de concursos. [...] [A partir de então, o MS passou] a ter alguns aportes de técnicos novos, que receberam inclusive formação da ENAP [Escola Nacional de Administração Pública] nesse período, e a Área Técnica teve um pequeno incremento. Mas o que funcionou muito nessa época, eu acho que isso é muito importante, viu? Porque mais do que ter uma Área Técnica, que é importante, é fundamental que o Ministério tenha técnica e ciência. É sobre ter

relações com as universidades, com os centros de pesquisa, com os grupos de pesquisa, com os serviços que são de referência para essa área. Então, nós criamos uma rede muito extensa que não era de consultores, mas de colaboradores da política (Entrevista 1, MS).

Na ATSM/CGSMU, responsável por todas as iniciativas de saúde da mulher naquele momento, esse fortalecimento das equipes técnicas foi impulsionado pelo interesse do governo Dilma na agenda, que se consolidou a partir da criação RC e da priorização e visibilidade à ela atribuída no MS — conforme apontado na Entrevista 3 e visto ao longo deste capítulo. Frente à centralidade da iniciativa, o relato indicou que ocorreu um aumento do interesse dos servidores em trabalhar especificamente com a RC, demonstrando como foi após a sua criação que a saúde das mulheres se consolidou como um espaço de maior interesse e relevância dentro do MS. Assim, esse cenário, acompanhado da elevação da ATSM à CGSMU em 2013, ampliou o *status* institucional da área e sua capacidade técnica, aprofundando uma legitimidade que a PNAISM ainda não havia conseguido alcançar.

Na época, a saúde das mulheres era muito legitimada no Ministério, apesar de ser uma área sempre conflituosa, que todo mundo falava que era uma área difícil. Pouca gente queria trabalhar lá. Mas depois, com a Rede Cegonha, passou a ter 28 pessoas⁷⁸, talvez uma das maiores Coordenações (Entrevista 3, MS).

Ademais, as Entrevistas 1 e 3 apontaram como essa expansão da equipe e a priorização da saúde das mulheres no MS, enquanto uma instituição “sustentada sob práticas que são micropolíticas e moleculares”, foi influenciada, também, pelo novo estilo de gestão informalmente menos hierarquizado do então Ministro Alexandre Padilha. Essa nova dinâmica, baseada na transversalidade e na cooperação entre as áreas para o alcance de metas prioritárias do governo, alterou as relações internas de poder e aproximou gestores e coordenadores, permitindo uma maior articulação entre políticas antes administrativamente fragmentadas, como a saúde das mulheres. Isso porque, com a consolidação de um estilo de gestão mais horizontalizado e voltado ao diálogo, ampliou-se a circulação de informações e a integração entre as áreas, reduzindo barreiras formais e estimulando processos de trabalho mais compartilhados e responsivos.

Na época o Ministro da Saúde era o Padilha, que tinha um estilo de gestão muito participativo. A hierarquia, ele não obedecia muito. Não é que não obedecia, ele incluía junto com o diretor os coordenadores e quem eu quisesse levar. Eu levava

⁷⁸ Cabe observar que a informação apresentada de que 28 pessoas compunham a CGSMU não corresponde integralmente aos dados do corpo técnico disponibilizados pela LAI, devendo ser interpretada como um relato baseado na memória e experiência do(a) Entrevistado(a), útil para compreender os processos de valorização simbólica e organizacional da área.

minhas técnicas, que a maioria era bolsista, numa reunião na sala do Ministro (Entrevista 3, MS)

Há uma organização que é invisível, que está sustentada sob práticas que são micropolíticas e moleculares. Então, se você olhar o Ministério da Saúde na perspectiva organizacional formal, não houve nenhuma mudança. Aliás, houve uma mudança em 2013. [...] Mas o que aconteceu? O Padilha vinha da experiência como Ministro do Lula, [...] e quando ele assumiu o Ministério com a Dilma, foi uma disputa muito grande esse Ministério, não sei se você lembra, mas acho que o Padilha é o último Ministro que a Dilma ratifica o nome, já nas vésperas do Natal. [...] Então a gente ficou naquela transição ali, uma transição muito difícil nesse período. E o Padilha, ele tem um estilo de gestão que faz algum tipo de subversão dessa lógica mais formal do Ministério, que é uma máquina super complexa e muito burocratizada e hierarquizada. [...] A gente levou essa perspectiva de necessidade de transversalizar, ou seja, de ampliar o grau de comunicação entre as diferentes áreas. Isso foi tomando um certo fôlego dentro do Ministério da Saúde e quando o Padilha assumiu, um par de anos depois, eu te diria, em cinco, seis anos depois [do início desse movimento], o Padilha manteve a estrutura formal, mas ele acionou um mecanismo de conversa direta com diretores e coordenadores de área. Nós temos o sistema de gestão do Ministério que é colegiado e a gente estava na época na SAS, que era a Secretaria de Atenção à Saúde, que juntava, inclusive, a atenção especializada com a atenção básica. [...] Mas o Padilha tinha uma forma de gestão, uma estilística de gestão que é acionar conversas diretas. Isso causou uma certa apreensão, porque os secretários ficaram muito persecutórios. [...] A gente foi criando uma certa cultura de uma gestão mais descentralizada e corresponsabilizada, e isso melhorou muito, por óbvio, a gestão do Ministério como um todo. [...] Então eu quero dizer o seguinte: nós não tivemos dificuldades, pelo contrário, essa dinâmica gestora, a partir do conceito da transversalidade, permitiu conversas mais extensas por dentro do Ministério da Saúde. [...] Então, eu diria que teve uma dinâmica gestora bastante interessante, uma concepção de gestão importante bancada pelo Padilha, que fez uma gestão bastante corajosa. É uma gestão corajosa enfrentar essa estrutura piramidal do Ministério da Saúde (Entrevista 1, MS).

No entanto, conforme o trecho abaixo da Entrevista 3, essa nova dinâmica de trabalho em torno da saúde das mulheres seguiu sendo articulada mais em função da RC do que da PNAISM. Isso porque a agenda da Coordenação-Geral passou a orbitar prioritariamente em torno da RC, cuja estrutura ampliada, rede de parcerias e visibilidade política acabaram subordinando, na prática, a pauta da PNAISM dentro do Ministério.

Quando a gente fala sobre Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, não era só a coordenadora, era uma área com 28 pessoas, além dos TEDs com a Fiocruz, o IFF [Instituto Fernandes Figueira], com a UFMG [Universidade Federal de Minas Gerais], com outras universidades e com a OPAS. Então, trabalhar em conjunto. [...] Por exemplo, a SGTES [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde] tinha cursos de enfermagem obstétrica. Ali no gabinete da Dilma a gente prestava conta. A Rede Cegonha estava também no Ministério do Desenvolvimento, aquele que cuida da Bolsa Família. Tudo isso tinha uma pontinha de Rede Cegonha. Para quê? Para poder fortalecer mulheres em situação de vulnerabilidade que estivessem grávidas (Entrevista 3, MS).

Todavia, no governo Temer (2016-2018), mesmo sem alterações no *status* hierárquico da PNAISM, já é possível observar indícios de uma perda de *capacidade burocrática* da política. Primeiramente, como apresentado no Gráfico 5, ainda que nesse governo o corpo técnico seja o maior do período, com 10 servidores em 2016 e 2018 e 9 em 2017, a perda em 2018 do cargo comissionado para o exercício das funções de chefia, que havia estado presente na CGSMU desde sua criação em 2013, já sinalizava o início de um processo de enfraquecimento da Coordenação-Geral. Além disso, na Entrevista 3 foi apontado como, na gestão Temer (2016-2018), quando o MS passou a operar sob a gestão do então Ministro Ricardo Barros⁷⁹, foi iniciado um processo de substituição dos servidores, impedindo o avanço de certas pautas e gerando desconfiança entre aqueles que lá estavam — ainda que tenha sido possível avançar em algumas agendas importantes nesse período.

O Ministro da Saúde em 2017 era o Ricardo Barros. Ele ficou até no final do governo Temer. E o que acontece? Ele chega, um político, e [os servidores] começam a desconfiar de tudo. Ele começa a por pessoas estranhas no governo, a barrar algumas pautas. Mas vem o dia 8 de março e ele anuncia duas coisas maravilhosas que estavam ainda pendentes: a diretriz de parto normal, que não tinha sido ainda publicada e que era maravilhosa [...], e o APICEON, Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, com atenção ao parto e nascimento, atenção ao abortamento, atenção à violência sexual e ao aborto legal. Então a gente pensou: a opção é mudar o ensino em obstetrícia (Entrevista 3, MS).

No entanto, mesmo com retrocessos iniciais no governo Temer, foi no governo Bolsonaro (2019-2022) que a *capacidade burocrática* da política de saúde das mulheres foi corroída, não apenas pelo rebaixamento da CGSMU para COSMU, como também pela dissolução de seu corpo técnico. Como demonstrado no Gráfico 5, no período em que esteve sob a gestão da COSMU (2019-2022), de 2018 para 2019 o número de servidores caiu quase pela metade — de 10 para 6 — e, a partir de 2020, consolidou-se em um patamar significativamente inferior ao observado nas gestões anteriores — entre 3 e 2 servidores.

Além disso, em continuidade à mudança realizada em 2018, entre 2019 e 2022 a COSMU não contou com nenhum cargo comissionado. Nesse período, portanto, é possível identificar um esvaziamento progressivo do corpo técnico que, composto por servidores requisitados e efetivos nos três primeiros anos, finalizou o período em 2022 com apenas 2 efetivos, refletindo o enfraquecimento da Coordenação no MS. Esse enfraquecimento pode

⁷⁹ Ricardo Barros foi Ministro da Saúde entre maio de 2016 e abril de 2018, sendo membro do Partido Progressista (PP), “um partido de centro-direita formado por personalidades historicamente ligadas ao partido que apoiou o regime militar, a Aliança Renovadora Nacional (ARENA)” (Machado e Jerônimo, 2024, p. 178, tradução livre).

ser relacionado à ocupação da ofensiva antigênero na pasta durante o governo Bolsonaro (2019-2022), que promoveu a atuação de atores “pró-vida”, conservadores e religiosos em Secretarias chaves, ao passo que também substituiu quadros especializados por militares e médicos conservadores, impulsionando mudanças regressivas nos princípios e objetivos da política de saúde das mulheres e na sua priorização enquanto agenda do SUS (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Mas para além da estrutura organizacional e do corpo técnico próprio responsável pela PNAISM, sua *capacidade burocrática* também esteve vinculada à existência e à eficiência no uso de instrumentos federais de coordenação e indução da sua implementação pelos estados e municípios. Nesse sentido, ainda que seu documento de princípios e diretrizes não tenha apontado explicitamente esses instrumentos (Brasil, 2004a, 2011b), é importante destacar que a *capacidade burocrática* da PNAISM entre 2011 e 2022 foi também orientada por instrumentos como o PNPM e o PNS, que apresentaram ações direcionadas à sua implementação e acompanhamento.

Durante os governos Dilma 1 e 2 (2011-2016) o 3º PNPM (2013-2015) mobilizou importantes *capacidades burocráticas* na gestão da PNAISM. Sendo uma política intersetorial, ainda que o MS fosse o responsável central por sua formulação, implementação e acompanhamento, a SPM, através dos PNPMs, exerceu desde o início um papel decisivo na sua construção e articulação (Souto e Moreira, 2021). Isso porque, como apontado nas Entrevistas 7 e 5, cabia à SPM coordenar a interlocução da política de saúde das mulheres com estados e municípios e acompanhar a execução das ações previstas a partir da PNAISM, reafirmando sua função estratégica na defesa da integralidade da política e dos diferentes segmentos de mulheres.

Na Coordenação que atuava com a saúde das mulheres, na qual eu estava, dentro da Secretaria de Articulação Institucional da Secretaria de Políticas para as Mulheres, a gente tinha o papel de fazer a articulação e pensar as políticas públicas em relação às mulheres. E no plural, né? Então, não só de vários aspectos das políticas para as mulheres, mas também para vários segmentos de mulheres (Entrevista 7, SPM).

O conjunto das políticas públicas de enfrentamento para a construção da igualdade das mulheres tinha uma Coordenação e uma participação da Secretaria, mas a execução sempre coube aos Ministérios específicos. Então, a implementação e a ação junto aos municípios, porque isso implicava em verbas, execução de projetos, de propostas, isso sempre coube ao Ministério da Saúde. [...] [Na SPM], além de ter a política, a gente tinha os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres [PNPMs], que eram construídos a partir das Conferências [CNPMs]. A Secretaria via os relatórios da Conferência e depois, junto com cada um dos Ministérios, construía

cada uma das ações. E isso fazia parte do PPA [Plano Plurianual], de todo o plano de planejamento do governo. Você tinha o PPA com as ações, era isso que permitia inclusive toda a discussão orçamentária. Então, o Plano de Políticas para as Mulheres era um plano do governo que era acompanhado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (Entrevista 5, SPM).

Assim, o 3º PNPM (2013-2015), com um capítulo específico destinado à PNAISM, organizou a agenda em metas e linhas de ação, por sua vez acompanhadas de planos de ação específicos (Brasil, 2013b). Esse capítulo explicita uma agenda ampla e coerente com a integralidade e o enfoque de gênero ao abranger ações relacionadas à violência, câncer, saúde mental, ISTs/HIV, planejamento reprodutivo e desigualdades raciais e sociais, evidenciando o Nesse sentido, ao abordar a PNAISM de forma direta e estratégica, evidencia-se o papel do 3º PNPM na reafirmação da política como eixo estruturante da saúde das mulheres — diferentemente do PNS 2012-2015, no qual a saúde das mulheres era protagonizada pela RC.

Ademais, como evidenciado na Entrevista 5, os PNPMs eram um eixo essencial de sustentação política e intersetorial da PNAISM, já que funcionavam como um instrumento de coordenação federativa, possibilitando que a SPM fizesse a “ponte” entre o que estava previsto no Plano, o que estava sendo executado nos estados e municípios e o que precisava ser tensionado para avançar.

O nosso papel [enquanto SPM] era muito mais de fazer essa ponte entre o que estava sendo proposto, o que estava no Plano [PNPM], e junto acompanhar onde que estava a execução no Ministério da Saúde. Muitas vezes o que a gente tinha que fazer era: bom, cadê esse Plano? O que está acontecendo nos municípios? O que está acontecendo com a verba? Fazer esse tipo de acompanhamento era um pouco a nossa função. E fazer a disputa, principalmente no primeiro governo da presidenta Dilma, de prioridade absoluta da política para as mulheres, levando as demandas que estavam acontecendo nos municípios. Essa relação institucional com os estados e os municípios também era uma função da Secretaria, e a gente fazia isso através de outros organismos semelhantes nos estados e municípios. Quase todos os estados tinham alguma instância dentro dos governos estaduais, por exemplo, que cuidava das políticas para as mulheres. [...] Então, o nosso papel não era da execução, mas de cuidar de que a política pudesse estar acompanhando as suas várias ações. [...] A gente também tinha um pouco desse papel de fazer com que quem estava nos estados e municípios pudesse utilizar das várias ferramentas de acompanhamento da política de saúde e conhecer a própria necessidade do local. [...] Então, o nosso papel era um pouco, vamos dizer, de garantir a integralidade, pelo menos os aspectos fundamentais da política, que ela pudesse estar em andamento e entender por que estava emperrada (Entrevista 5, SPM).

No entanto, considerando o período de 2011 a 2022, o 3º PNPM (2013-2015) foi o último Plano disponível, já que, em 2016, durante a realização da 4ª CNPM, o *impeachment* de Dilma e as mudanças institucionais desencadeadas interromperam sua elaboração

(Tokarski *et al.*, 2023a; Souto e Moreira, 2021). A partir desse momento, o Plano perdeu sua força como instrumento de sustentação da PNAISM, encerrando um ciclo que, desde 2004, vinha progressivamente fortalecendo a política.

Ademais, essa ruptura do PNPM entre a gestão Dilma 2 (2015-2016) e Temer (2016-2018) também se expressou na perda de outro instrumento relevante: a Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM (Brasil, 2015). Como indicado na Entrevista 7, esse documento representou um esforço de fortalecimento da articulação promovida pela SPM, constituindo um instrumento que buscava orientar as gestoras dos Organismos de Políticas para as Mulheres (OPMs)⁸⁰ na utilização de indicadores, bases de dados e ferramentas de registro, assim como no conhecimento das necessidades locais. Tratou-se, portanto, de uma tentativa de conferir maior autonomia técnica aos estados e municípios para monitorar a implementação da PNAISM e as ações previstas no PNPM, alinhando diagnóstico local, planejamento e controle social.

O documento de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM, voltado para a saúde, foi um documento que foi construído no âmbito de uma consultoria junto com a OPAS e UNFPA [Fundo de População das Nações Unidas] [...] Dentro da organização do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres a gente tem, nos âmbitos estaduais e municipais, o que nos últimos anos tem sido fortalecido novamente, que são os Organismos de Política para as Mulheres, que são as instâncias para pensar e implementar a política das mulheres nos municípios e nos estados. E essa era uma estratégia de descentralizar esse monitoramento e acompanhamento das ações de saúde nos estados e municípios, tentando a mesma estrutura que ocorre com o SUS na saúde estadual e municipal. As complexidades dos atendimentos de saúde em cada uma dessas esferas. Então, era um documento que foi elaborado para servir de subsídio às gestoras desses Organismos para fazer esse acompanhamento e esse monitoramento, pautado tanto na PNAISM como no PNPM (Entrevista 7, SPM).

Como apontado na Entrevista 7, sendo um instrumento inédito de monitoramento que vinha sendo articulado desde o governo Dilma 1 (2011-2014), ele representou um passo importante no avanço da implementação da PNAISM durante o governo Dilma 2 (2015-2016), tendo sido descontinuado nas gestões seguintes. Além disso, o relato destacou como, em 2015, o documento foi efetivamente implementado por meio de oficinas nacionais voltadas às gestoras dos OPMs, nas quais o passo a passo presente no documento era apresentado e debatido. Essas capacitações buscavam garantir que estados e municípios

⁸⁰ “Os OPM – Organismos de Políticas para Mulheres são órgãos da administração executiva em suas três esferas (Federal, Estadual e Municipal), responsáveis pela execução das políticas públicas voltadas para garantir direitos, promover a equidade e a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres e incorporar as mulheres como sujeitos políticos” (Brasil, [s.d.]).

tivessem autonomia para utilizar o instrumento no acompanhamento da política, compreendendo suas etapas, acessando bases de dados do SUS e articulando diagnóstico e planejamento em nível local e regional.

Nós chegamos a fazer capacitações com as gestoras desses organismos [OPMs] de todo o Brasil para entenderem direito a proposta e implementarem esse monitoramento. Essa estratégia foi pensada e executada, na verdade, um pouquinho antes [de 2015], em 2013, 2014, quando foi contratada a consultoria para construir esse documento. E por que foi pensado isso, qual era o grande gargalo? Era justamente como acompanhar, como ter indicadores e como medir se de fato as ações propostas estavam sendo executadas, e em que medida e de que forma. E esse gargalo era justamente a questão das fontes de dados: a construção dos indicadores e onde buscar os dados para os indicadores. E a capacitação era voltada para isso também, para entender cada um dos indicadores, cada um dos pontos colocados na PNAISM e no PNPM relacionados à saúde das mulheres, o que significavam e onde buscar os dados para fazer esse acompanhamento. Na capacitação a gente acessava esses bancos de dados, os documentos sistematizando as pesquisas nacionais de saúde e as fontes de dados acadêmicas. Então era uma oficina bem prática. Consultamos ali os bancos de dados do SUS também, para entender como se montavam as pesquisas, como se acessava os painéis, para que as gestoras municipais e estaduais tivessem autonomia nesse acompanhamento dentro das suas realidades locais. Agora isso foi uma iniciativa pontual, principalmente naquele período. Não sei depois como isso ficou, mais recentemente. Mas desde a entrada do Temer e do Bolsonaro tudo isso parou (Entrevista 7, SPM).

Ademais, entre 2011 e 2022, para além do 3º PNPM (2013-2015) e da Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM, os PNSs também foram instrumentos importantes na condução da PNAISM. Em 2011, no primeiro ano do governo Dilma 1 (2011-2014), foi publicado o PNS 2012-2015 (Brasil, 2011c). Nesse momento, é notório como a saúde das mulheres assume um protagonismo da agenda do SUS, tendo reservada uma diretriz específica para ela: *Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade*. No entanto, considerando que “a implementação dessa diretriz estará baseada na organização e desenvolvimento da Rede Cegonha” (Brasil, 2011c, p. 75), ainda que as 15 metas propostas abrangessem os diferentes grupos de mulheres, todas elas foram voltadas para questões relacionadas ao planejamento familiar e à saúde sexual e reprodutiva, sem menção explícita à PNAISM e à diversificação das ações.

Em 2016, quando foi publicado o PNS 2016-2019, elaborado na gestão Dilma 2 (2015-2016) e vigente durante todo o governo Temer (2016-2018) e no primeiro ano do governo Bolsonaro (2019-2022), é possível perceber uma mudança na priorização da saúde das mulheres. Isso porque, ainda que nesse momento a PNAISM tenha sido referenciada no

objetivo vinculado a essa agenda, em detrimento da centralidade atribuída à RC no PNS 2012-2015, existe apenas uma meta a ser alcançada, relacionada à *atenção integral às pessoas em situação de violência sexual* (Brasil, 2016a), indicando para uma redução do escopo do PNS enquanto instrumento da política.

Por fim, o último PNS vigente no período, publicado durante a gestão Bolsonaro (2019-2022), foi o PNS 2020-2023 (Brasil, 2020a). O documento, tendo a *atenção integral à saúde da mulher e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde* (entre elas a RC) como parte de uma de suas diretrizes, apresenta sete metas específicas para a saúde das mulheres, distribuídas entre os objetivos da atenção primária e da atenção especializada à saúde. Nesse momento, o PNS 2020-2023 apresentou mais metas do que o PNS 2016-2019, e menos do que o PNS 2012-2015, mas todas elas foram relacionadas à saúde materna. Fica evidente, portanto, como a formulação e publicação do PNS 2020-2023 traduziu uma nova reorientação dos instrumentos de coordenação do SUS, privilegiando a saúde materna e reduzindo o espaço das ações voltadas à integralidade proposta pela PNAISM — retrocesso esse condizente com a consolidação da ofensiva antigênero e da centralidade da família no MS naquele momento (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Assim, no período de 2011 a 2022, os PNSs se mostraram como um instrumento limitado para a indução federal da PNAISM, com metas escassas e orientadas sobretudo à saúde sexual e reprodutiva limitando o escopo integral da PNAISM nas versões 2012-2015 e 2016-2019 e convertendo-o em uma agenda materno-infantil na versão 2020-2023 (Brasil, 2011c, 2016a, 2020a, 2004a). Nesse contexto, a inexistência no MS de um plano de ação específico e abrangente para a PNAISM fez com que o 3º PNPM (2013-2015) assumisse, nos governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), a função de principal instrumento de gestão e coordenação da política, oferecendo metas, linhas e plano de ação capazes de sustentar sua implementação no território (Brasil, 2013b). No entanto, após 2016, a descontinuidade desse instrumento, assim como da recente Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM (Brasil, 2015), resultou em um enfraquecimento expressivo da *capacidade burocrática* da PNAISM, que perdeu importantes instrumentos de articulação federal da política com estados e municípios.

Essa fragilização da *capacidade burocrática* foi reforçada também pelas evidências das alterações na estrutura organizacional e composição do corpo técnico responsável pela PNAISM no MS. Ainda que em 2013, durante a gestão Dilma 1 (2011-2014) a ATSM tenha

sido elevada ao *status* de CGSMU, as entrevistas evidenciaram que a motivação para isso era a prioridade da saúde das mulheres na agenda federal materializada na RC que, no período, tinha grande variabilidade dentro da pasta. Todavia, é a partir de 2018, no último ano do governo Temer (2016-2018), que os retrocessos no corpo técnico responsável pela PNAISM no MS passaram a ser mais evidentes com extinção do cargo comissionado da CGSMU. Essa mudança, mantida no governo Bolsonaro (2019-2022), foi aprofundada com a perda de *status* hierárquico da CGSMU, que se transformou em COSMU em 2019, o que, acompanhado da redução no tamanho e composição do corpo técnico da Coordenação durante toda a gestão, evidenciou o enfraquecimento da *capacidade burocrática* da PNAISM.

Assim, a Hipótese Específica 4, referente ao rebaixamento do *status* organizacional da estrutura de gestão federal da PNAISM com o seu desmonte, assim como a redução de seu corpo técnico e instrumentos de gestão e coordenação federal, foi confirmada. Considerando estes como elementos estruturantes da *capacidade burocrática* da política (Gomide, 2016), seu corte, redução e reformulação promovidos no contexto da ofensiva antigênero (Roggeband e Krizsán, 2020) limitaram a efetividade da implementação da PNAISM (Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013). Nesse sentido, o desmonte da *capacidade burocrática* da PNAISM, assim como o da *capacidade regulatória*, se deu de forma politicamente menos visível, através de retrocessos que deslocaram gradualmente a burocracia para uma saúde materno-infantil nos governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), e se consolidaram nos governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) com o avanço da ofensiva antigênero no Legislativo e sua ocupação da ofensiva do Executivo a partir de 2019, desestruturando não apenas a agenda da PNAISM, como também sua estrutura administrativa (Corrêa e Kalil, 2020; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

4.5. O processo de desmonte: condições, estratégias e efeitos do dismantelamento multidimensional, gradual, cumulativo e ideologicamente orientado da política de saúde das mulheres

A partir das evidências identificadas nas seções anteriores acerca das continuidades e rupturas nas capacidades estatais federais em torno da PNAISM, esta seção amplia a investigação ao interpretar como tais movimentos se articularam em um processo mais amplo de desmonte da política de saúde das mulheres entre 2011 e 2022. Esse desmonte foi

antecedido por um contexto pré-2011, no qual a consolidação da perspectiva de integralidade institucionalizada pelo PAISM em 1984 coexistiu desde então com a latência das disputas político-normativas entre a agenda dos movimentos feministas e a oposição dos grupos religiosos pela perspectiva materno-infantil (Rosa e Cabral, 2024; Souto e Moreira, 2021). Nesse período, a criação da PNAISM em 2004 foi um importante marco institucional que buscou ampliar a abordagem integral, incorporando o enfoque de gênero e fortalecendo a institucionalização do Programa (PAISM) ao transformá-lo em Política Nacional (PNAISM) (Souto e Moreira, 2021). Todavia, mesmo sendo um marco desde sua criação, a PNAISM se caracterizou mais como política de governo que de Estado, tendo sua implementação se mostrado vulnerável às prioridades da agenda dos governos e a correlação de forças entre os grupos de interesse envolvidos com a política (Entrevista 6).

Nesse sentido, no governo Dilma 1 (2011-2014) os órgãos ligados à saúde das mulheres — o MS, na formulação e implementação da PNAISM, e a SPM, na articulação interministerial e territorial — foram ocupados por servidoras vinculadas aos movimentos feministas, que imprimiram força política à sua agenda (Souto e Moreira, 2021; Tokarski *et al.*, 2032; Entrevistas 1, 3, 5 e 7). Por sua vez, a CISMU do CNS — através dos movimentos feministas e, especialmente, da RFS — operou como uma instância de controle social e mediação entre sociedade civil e o MS, reforçando as pautas da PNAISM e tensionando retrocessos iminentes (Souto e Moreira, 2021; Entrevistas 1, 2 e 4). Em contrapartida, o Congresso foi o *locus* privilegiado de atuação de grupos conservadores, religiosos e neoliberais, os quais pressionaram o Executivo e, embora tenham encontrado resistência nas posições ocupadas pelas feministas no governo, produziram uma correlação de forças que levou Dilma a fazer concessões relevantes em nome da governabilidade, especialmente na pauta do aborto (Corrêa e Kalil, 2020; Entrevistas 1, 2 e 4).

Essa correlação de forças desfavorável pode ser identificada antes mesmo do início do governo, quando, ainda na discussão do Programa de Governo para as eleições de 2010, e em uma tentativa de conciliar com os grupos religiosos, a então candidata Dilma Rousseff divulgou uma carta aberta aos grupos católicos e evangélicos na qual se comprometeu a não atuar sobre a agenda do aborto (Gazeta do Povo, 2010). Essas concessões se aprofundaram no MS ao longo dos quatro anos de governo já que esses grupos conservadores ganharam ainda mais força no Congresso, em uma ofensiva antigênero que desencadeou uma revisão nos documentos da pasta, suprimindo conceitos centrais da PNAISM, como aborto e direitos

sexuais, ainda que os temas seguissem ativos na agenda sob uma nova roupagem (Corrêa e Kalil, 2020; Entrevista 1 e 6). Assim, sob o ponto de vista da *capacidade político-relacional*, no governo Dilma 1 (2011-2014) a PNAISM aparentemente sofreu com estratégias de desmonte por mudança de arena e ação simbólica nas quais, especialmente a partir da agenda do aborto, houve uma transferência de responsabilidades da política para o Congresso e foi anunciada uma redução da intensidade substantiva da política — ainda que na prática esta limitação tenha se materializado apenas discursivamente e sem extinguir os serviços (Bauer e Knill, 2012).

Esses retrocessos também podem ser observados na *capacidade regulatória* da PNAISM (Entrevistas 1 e 3; Rousseff, 2010). Isso porque, a não atualização do documento de princípios e diretrizes em 2011, resultado tanto da multiplicidade de demandas dos movimentos feministas quanto da pressão crescente de grupos conservadores e religiosos, mantiveram a política ancorada em marcos normativos de 2004 (Entrevistas 1 e 3). Esta opção pela não revisão e republicação da versão original do documento que orienta a PNAISM (Brasil, 2004a, 2011b) poderia configurar uma estratégia de desmonte por *default* (Bauer e Knill, 2012), cujo principal efeito foi a não realização de ajustes na intensidade substantiva da PNAISM que, a partir de uma rigidez regulatória, limitou sua capacidade de responder às novas demandas da saúde das mulheres na direção da integralidade e da promoção da saúde com enfoque de gênero.

Ademais, a criação da RC em 2011 foi um marco da gestão Dilma 1 (2011-2014) uma vez que, enquanto uma iniciativa que integrava a PNAISM, foi priorizada no governo em detrimento da própria política (Entrevista 1; Brasil, 2011a; Rosa e Cabral, 2024). Assim, em uma possível estratégia de mudança de arena, a RC reconfigurou de modo significativo a intensidade formal da política de saúde das mulheres ao restringir as ações, ainda que sob uma abordagem integral e não exclusivamente materno-infantil, à atenção ao pré-natal, parto e nascimento e redução de mortalidade materna — e, posteriormente à sua criação, fomentando a agenda de violência obstétrica (Entrevistas 2, 3 e 6; Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020). Essa mesma estratégia de desmonte por mudança de arena parece ter sido reproduzida no PNS 2012-2015 que, ainda que reforçasse discursivamente a integralidade, concentrou sua diretriz de saúde das mulheres e suas respectivas metas na RC, reformulando não apenas a *capacidade regulatória* da PNAISM como também sua *capacidade burocrática* (Brasil, 2011c; Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020).

No entanto, a priorização da RC em detrimento da PNAISM como principal iniciativa de saúde das mulheres do governo Dilma 1 (2011-2014) também trouxe avanços para a agenda integral da política. Isso porque, apesar de restringir o escopo à temática dos direitos sexuais e reprodutivos, a RC trouxe ganhos de visibilidade e legitimidade para a saúde das mulheres no MS, permitindo avançar em temas como a mortalidade materna e a violência obstétrica (Entrevista 3). Como reflexo desse ganho de importância, em 2013 a ATSM — estrutura organizacional do MS responsável pela saúde das mulheres — foi elevada ao posto de Coordenação Geral (CGSMU), reforçando uma maior visibilidade, autonomia e priorização estratégica da política que marcou um contraponto à fragilização em curso da *capacidade burocrática* da PNAISM (Brasil, 2013a; Entrevista 3). Além disso, foi nesse governo que, sob a gestão do então Ministro Alexandre Padilha, o MS passou por mudanças que conformaram uma gestão transversal e descentralizada, fomentada por concursos e parcerias com universidades e organizações internacionais que ampliaram a permeabilidade institucional à agenda das políticas para as mulheres (Entrevistas 1 e 3).

Ainda nessa gestão foi publicado o 3º PNPM (2013-2015) que, baseado na PNAISM, terminou por ser um instrumento fundamental de reafirmação dos princípios e diretrizes da política e de articulação para o fortalecimento de suas *capacidades regulatória e burocrática* (Brasil, 2013b). Isso porque, no âmbito federal, a SPM — responsável pelos PNPMs —, assim como o MS, a CISMU e o Congresso Nacional, compunham os principais espaços de formulação, articulação, implementação e monitoramento da PNAISM, cada qual operando segundo arranjos institucionais e disputas internas próprias que resultaram na construção da política de saúde das mulheres (Souto e Moreira, 2021; Entrevistas 1, 4, 5 e 6). Nesse contexto, coube ao 3º PNPM, enquanto um instrumento diretamente orientado pela PNAISM no período 2011-2014, apresentar um plano de ação estruturado e específico que reafirmava os princípios e diretrizes da política e orientava sua implementação e acompanhamento na ponta (Brasil, 2013b; Entrevistas 5 e 7).

Mas a despeito dos fortalecimentos pontuais desencadeados pela centralidade da RC na agenda do governo Dilma 1 (2011-2014), os retrocessos em curso na PNAISM também foram observados na sua *capacidade fiscal* (Entrevista 3). Contando com uma Ação Orçamentária própria na LOA desde 2004, entre 2011 e 2013 os valores de dotação e empenho destinados à política se mantiveram em níveis relativamente estáveis, assim como sua participação no orçamento do SUS. No entanto, em 2014, ao final da gestão, quando a

crise política-econômica do governo já ganhava corpo, iniciou-se um ciclo de retração no qual a dotação da PNAISM cresceu mas o empenho caiu drasticamente, promovendo uma queda da taxa de execução orçamentária da PNAISM de 86% (2013) para 25% (2014) e uma redução da sua participação no orçamento do SUS. Assim, em 2014, podemos ter vivido uma estratégia de desmonte por *default* que, ao ampliar a dotação e reduzir o empenho, não ajustou a intensidade substantiva da PNAISM e reduziu sua *capacidade fiscal* (Bauer e Knill, 2012).

Ademais, quando a RC passou a constar na LOA em 2012, a participação do orçamento da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres caiu substancialmente para menos de 10% da despesa, e assim se manteve até 2018. A diferença nesse período se deu não apenas pelos maiores valores de novos investimentos na RC que na PNAISM, como também pelo “inchaço artificial” do orçamento a partir da inclusão de gastos pré-existentes com custeio da atenção obstétrica que deram ainda mais visibilidade à Rede no MS (Rosa e Cabral, 2024; Entrevista 3). Essas decisões indicam como, já no governo Dilma 1 (2011-2014), houve uma manipulação da intensidade formal da PNAISM já que, apesar da manutenção de um importante instrumento como a Ação Orçamentária própria, a prioridade de financiamento se deslocou para outras iniciativas de modo a operar em uma possível mudança de arena do desmonte (Bauer e Knill, 2012).

Por sua vez, o governo Dilma 2 (2014-2015) herdou um cenário marcado por continuidades do primeiro mandato — como a centralidade da RC e a vigência do PNS 2012-2015 e do 3º PNPM (2013-2015) — e pelas tensões acumuladas no período — resultantes da crescente ofensiva antigênero no Congresso, da disputa entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil e da fragilidade institucional de uma política não atualizada e sem uma portaria —, que aprofundaram retrocessos importantes nas capacidades estatais da PNAISM.

Com o título “Mais mudanças, mais futuro”, embora o discurso de renovação sem rompimento anunciado no Programa de Governo para a segunda gestão sinalizasse a intenção de aprofundamento da agenda do primeiro governo, com a ampliação das políticas sociais, essa renovação se daria através da solidez econômica e da competitividade produtiva, revelando um reposicionamento da agenda social diante das pressões por políticas de austeridade (Rousseff, 2014). Esse contexto, já marcado pela ofensiva antigênero, produziu um progressivo estreitamento da *capacidade político-relacional* da PNAISM na medida em que deu força para a agenda de grupos conservadores que privilegiavam a centralidade da

“família” e o papel da mulher como mãe, comprometendo a integralidade e a promoção da saúde com enfoque de gênero enquanto princípios orientadores da política (Tokarski *et al.*, 2023a; Entrevista 4). Isso não levou à extinção da PNAISM, mas diminuiu sua potência, como resultado de uma estratégia de desmonte que poderia ser tipificada como por mudança de arena (Bauer e Knill, 2012), que transferiu as responsabilidades em torno da política e restringiu sua atuação à temática dos direitos sexuais e reprodutivos frente ao ganho de protagonismo de atores conservadores da agenda neoliberal de retração das políticas sociais.

Nessa gestão, frente aos limites impostos pela correlação de forças, a RC seguiu como uma iniciativa estratégica para o MS e para o governo federal, dando centralidade à política de saúde das mulheres ao mesmo tempo em que restringia a amplitude de sua agenda integral. Na prática, essa ambivalência também seguiu produzindo alguns resultados positivos, ainda que limitados frente à amplitude da proposta da PNAISM, como a redução da mortalidade materna, o ganho de visibilidade da violência obstétrica e o fortalecimento institucional da atenção primária, temáticas nas quais, especialmente a partir da RC, ainda foi possível avançar (Entrevistas 2, 5 e 6). No entanto, nesse momento, o documento orientador da PNAISM seguiu sem atualizações (Brasil, 2004a, 2011b), indicando a continuidade do desmonte da *capacidade regulatória* da PNAISM por uma estratégia de *default* que não ajustou a sua intensidade substantiva (Bauer e Knill, 2012).

Além disso, o PNS 2016-2019 (Brasil, 2016a), elaborado no governo Dilma 2 (2015-2016) e publicado em 2016, ano de início da gestão Temer (2016-2018), ainda que mencionando explicitamente a PNAISM, deu continuidade à priorização de ações voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos, apresentado apenas uma meta relativa à violência sexual — podendo ter aprofundado um desmonte por mudança de arena que manipulou a intensidade formal da política (Bauer e Knill, 2012), fragilizando suas *capacidades regulatória* e *burocrática*. Isso porque, nessas capacidades, o desmonte por mudança arena também parece ter sido adotado no governo Dilma 1 (2015-2016), sendo a estratégia de centralização temática da saúde das mulheres iniciada no PNS 2012-2015 atualizada na nova versão do PNS 2016-2019 de forma ainda mais restritiva por meio do foco exclusivo na violência obstétrica (Brasil, 2011c, 2016a; Bauer e Knill, 2012).

Todavia, frente ao contexto de mudanças na *capacidade político-relacional* em função da maior influência dos grupos religiosos e conservadores como concessão para manter a base de apoio no Congresso, o desmonte da *capacidade burocrática* parece ter sido mais lento em

comparação à *capacidade regulatória* da PNAISM. Nesse momento, por ser mais visível para esses grupos, avanços na *capacidade regulatória* tinham um custo político maior, fazendo com fosse na *capacidade burocrática* que, sob a governabilidade da gestão do MS e maior influência da SPM e dos grupos feministas ali alojados, e dentro das suas possibilidades, buscou-se reagir produzindo algumas respostas voltadas ao fortalecimento institucional da política de saúde das mulheres.

Refletindo essa ambivalência da agenda de governo frente ao contexto político-institucional da época, ao passo que no PNS 2016-2019 a *capacidade burocrática* da PNAISM foi reduzida, na estrutura burocrática da política no MS se observa um efeito oposto, de fortalecimento — mais uma vez influenciado principalmente pela centralidade da RC na agenda dos governos Dilma (2011-2016) (Entrevista 3). Isso porque, ao passo que a gestão transversal e descentralizada do MS seguia vigente, a CGSMU manteve seu *status* hierárquico na estrutura organizacional da pasta e houve uma ampliação e diversificação do seu corpo técnico, consolidando em 2016, pela primeira vez, uma equipe de dez profissionais (Entrevista 3 e 6).

O fortalecimento dessa *capacidade burocrática* também foi reforçado pelos instrumentos da SPM. Isso se deu, sobretudo, pela vigência do 3º PNPM (2013-2015), que permaneceu como marco orientador da agenda com um plano de ação estruturado e que se desdobrou implementação na criação da Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM em 2015 (Brasil, 2013b, 2015). A Proposta, em desenvolvimento desde o governo Dilma 1 (2011-2014), foi concebida como um instrumento de orientação técnica para estados e municípios e promoveu a padronização de indicadores, o uso de bases de dados e o fortalecimento dos OPMs, em um esforço de aprimorar a articulação em torno da implementação da PNAISM (Entrevistas 5 e 7). Desse modo, o 3º PNPM e a Proposta de Monitoramento e Acompanhamento fortaleceram a política ao garantir instrumentos importantes que promoveram mais coordenação e autonomia técnica aos diferentes níveis de gestão (Bauer e Knill, 2012).

Por fim, ainda no governo Dilma 2 (2015-2016), a coexistência entre avanços e retrocessos também ficou explícita na gestão da *capacidade fiscal* da PNAISM, que seguiu ancorada na sua Ação Orçamentária própria na LOA. Isso porque, em continuidade à queda observada em 2014, em 2015 e 2016 a execução orçamentária da PNAISM apresentou a pior taxa de execução de todo o período 2011-2022, chegando a 2% e 11%, como consequência do

descompasso entre altas dotações e valores empenhados muito baixos. Assim, ainda que o governo tenha projetado no orçamento uma clara ampliação da despesa ao elevar seus valores dotados, a pressão fiscal sob o governo Dilma 2 (2015-2016) levou a não fazê-lo, reduzindo sua execução em série histórica a níveis baixíssimos e promovendo um desmonte da *capacidade fiscal* da PNAISM como uma estratégia de menor visibilidade e menor comprometimento eleitoral. Esses baixos valores empenhados, em consonância com a manutenção do “inchaço” bilionário do orçamento da RC com os custos da atenção obstétrica (Entrevista 3), fizeram com que a participação do orçamento da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres seguisse baixa, ao passo que a participação no orçamento do SUS chegou também aos menores valores do período, com 0,000% e 0,0002%. Logo, não ajustando a intensidade substantiva da política ao promover baixas taxas de execução e manipulando a intensidade formal da PNAISM ao priorizar a RC, supõe-se aqui terem sido mantidas as estratégias de desmonte por *default* e mudança de arena que, desde o governo anterior, vinham promovendo retrocessos em sua *capacidade fiscal* (Bauer e Knill, 2012).

Esse cenário de avanços e retrocessos do governo Dilma 2 (2015-2016) foi afetado pela crise político-econômica do governo que levou, em 2016, ao *impeachment* da então presidenta, emergindo como um evento catalisador do rearranjo do Estado em torno da agenda da austeridade neoliberal e da centralidade da “família” (Corrêa e Kalil, 2020; Tokarski *et al.*, 2023a; Almeida e Amaral, 2020).

Assim, ao assumir interinamente em 2016, a gestão Temer (2016-2018) reorganizou a agenda do governo a partir dos programas “Uma ponte para o futuro” e “Travessia Social”, que deram centralidade ao ajuste fiscal, reduzindo o papel do Estado e reorientando as políticas sociais sob a lógica da eficiência administrativa (PMDB, 2015; 2016). Essa ruptura proposta pela agenda do governo se materializou de forma ainda mais contundente com a aprovação da EC nº 95/2016 — marco institucional que consolidou o desfinanciamento iniciado no governo Dilma e inaugurou um ciclo de retrocessos estruturais, afetando de modo direto a capacidade de financiamento do SUS e das políticas para as mulheres (Mendes, Carnut e Melo, 2023; Machado e Jerônimo, 2024; Menicucci, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a). Além disso, a perda de espaço dos movimentos feministas no governo e a ampliação de influência de grupos conservadores religiosos desmobilizou a pauta do aborto, em um alinhamento com as prioridades e interesses políticos que passavam a ser dominantes daquele momento (Entrevistas 5, 6 e 7; Brasil, 2016a). Desse modo, é factível que a *capacidade*

político-relacional tenha sido desmontada por mudança de arena uma vez que, cada vez mais presentes no Poder Executivo, esses atores alinhados a uma política antigênero e neoliberal passaram a assumir responsabilidades na formulação, implementação e gestão da PNAISM em detrimento da coalizão com movimentos feministas que ali estiveram durante os governos Dilma 1 e 2 (2011-2016) (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020).

Ainda na *capacidade político-relacional* da PNAISM, também foi identificado um aspecto típico de um desmonte por *default* (Bauer e Knill, 2012), que pode ser exemplificado pela realização, em 2017, da 2ª CNSMu: *desafios para a integralidade com equidade* (Brasil, 2016b). Organizada pela CISMU/CNS em estreita articulação com os movimentos feministas, a 2ª CNSMu buscava pensar os desafios da PNAISM, retomar espaços dentro do Estado e organizar a resistência ao avanço de agendas conservadoras (Souto e Moreira, 2021). Todavia, a proposições da Conferência, em uma estratégia de baixa visibilidade frente ao custo político do desmonte, não parecem ter gerado ajustes positivos na intensidade substantiva da PNAISM, exatamente pelas mudanças político-relacionais da política já descritas que impedia seu avanço (Entrevista 3).

Esses retrocessos na *capacidade político-relacional* também se apresentaram nas *capacidades fiscal, regulatória e burocrática* da PNAISM. Primeiramente, na *capacidade fiscal*, esse contexto de austeridade institucionalizada e ampliação do diálogo com grupos antigênero em detrimento dos movimentos feministas, reduziu os custos político-eleitorais de promover o desmonte. Nesse momento, observa-se, pela primeira vez, a adoção de uma estratégia de ação ativa de desmonte da PNAISM, evidenciada na perda da sua Ação própria na LOA em 2017, que reduziu a densidade desse instrumento da política ao deslocar sua implementação para um Plano Orçamentário em uma Ação mais geral do SUS (Bauer e Knill, 2012). Esse desmonte ativo também aparenta ter se expressado na execução orçamentária da PNAISM que, em uma ruptura qualitativa com o governo anterior, embora tenha mantido taxas de execução elevadas entre 2017 e 2018, o fez sob valores dotados e empenhados cada vez menores, demonstrando a falta de compromisso do governo em investir na política.

Ao mesmo tempo, a participação da PNAISM no orçamento do SUS cresceu em relação ao período Dilma 2 (2015-2016), o que não seria tão difícil em razão dos baixíssimos patamares neste último período, ainda que permanecesse abaixo do observado no governo Dilma 1 (2011-2014). Além disso, a partir de 2018, sua participação no orçamento da saúde das mulheres atingiu mais de 10% pela primeira vez desde 2012, mas às custas da expressa

redução dos recursos destinados à RC já que, nesse ano, a Rede perdeu os valores bilionários relacionados ao custeio da atenção obstétrica hospitalar que, desde 2013, inflavam seu orçamento na LOA (Entrevista 3). Ainda assim, durante todo o período, a RC concentrou mais de 80% do orçamento da política de saúde das mulheres, dando continuidade, mesmo que em diferentes níveis, do aparente desmonte por mudança de arena que vinha manipulando a intensidade formal da PNAISM desde 2012 (Bauer e Knill, 2012).

Por sua vez, na *capacidade regulatória*, a não atualização do documento orientador da PNAISM (Brasil, 2004a, 2011b), parece ter mantido o não-ajuste de sua intensidade substantiva em uma estratégia de desmonte por *default* (Bauer e Knill, 2012). Aliado a isso, a restrição do escopo da PNAISM à temática reprodutiva no PNS 2016-2019 vigente (Brasil, 2016a), em consonância com a não atualização do 3º PNPM (2013-2015) (Brasil, 2013b; 2024a), promoveram um possível desmonte por mudança de arena e *default*, que não apenas manipulou a intensidade formal da PNAISM, como não ajustou sua intensidade substantiva (Bauer e Knill, 2012).

Essas estratégias parecem ter sido replicadas no desmonte da *capacidade burocrática* da PNAISM. Mesmo com resistências internas e externas, de atores da Secretaria e dos movimentos feministas, retrocessos importantes foram promovidos na gestão Temer (2016-2018) através da SPM (Entrevistas 5 e 7). Mesmo com a realização da 4ª CNPM em 2016, já sob o advento do *impeachment* de Dilma, a elaboração do PNPM que atualizaria a 3ª edição de 2013-2015 foi interrompida e, no governo Temer (2016-2018), o Plano foi descontinuado enquanto instrumento das políticas para as mulheres, entre elas a PNAISM (Souto e Moreira, 2021; Tokarski *et al.*, 2023a). O mesmo ocorreu com a Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM de 2015 que, a partir de 2016 também foi interrompida — até então, os únicos com um plano de ação mais robusto para coordenação a implementação da PNAISM no território (Entrevista 7). Esta configuração reforça uma possível combinação de estratégias de desmonte por *default* e mudança de arena (Bauer e Knill, 2012), marcada pelo não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM e deixando a política sem os instrumentos que vinham fortalecendo sua *capacidade burocrática* através da SPM.

No MS, ainda que a CGSMU tenha se mantido ativa, em 2018 a Coordenação-Geral perdeu seu cargo comissionado existente desde 2013, em uma estratégia de mudança de arena que sugere um possível enfraquecimento da intensidade formal da política de saúde das

mulheres (Bauer e Knill, 2012). Ademais, atores neoliberais e antigênero, que antes atuavam concentrados no Poder Legislativo, adentraram a estrutura do Poder Executivo, alterando de dentro a dinâmica de formulação, implementação e acompanhamento da saúde das mulheres, bem como limitando a *capacidade burocrática* da PNAISM em efetivar sua agenda (Corrêa e Kalil, 2020; Tokarski *et al.*, 2023a; Entrevistas 3 e 5). Essa dinâmica já tinha apresentado reflexos no PNS 2016-2019 que, vigente durante todo o governo Temer, limitou à saúde das mulheres à 1 meta vinculado à violência obstétrica, reduzindo sua capacidade burocrática e reforçando o possível desmonte por mudança de arena que manipulou a intensidade formal da PNAISM.

O governo Bolsonaro (2019-2022) trouxe um aprofundamento dos retrocessos observados no contexto político-institucional da gestão Temer (2016-2018): a ofensiva antigênero se transformou em uma diretriz de governo que, em consonância com a austeridade fiscal institucionalizada pela EC nº 95/2016, consolidou o desmonte da política de saúde das mulheres (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024; Menicucci, 2024; Entrevista 2). Nesse sentido, o próprio Programa de Governo do então candidato substituiu os objetivos de igualdade de gênero por uma agenda centrada na “família”, em Deus e na propriedade privada (Bolsonaro, 2018) — elementos esses que orientaram a reconfiguração conservadora das políticas sociais e operaram como base normativa para a tentativa de desmonte generalizado do Estado de Bem-Estar Social brasileiro (Sátyro, 2024).

Essa mudança de agenda, pautada na defesa da “família” e da mulher como mãe e cuidadora, produziu forte retração nos temas historicamente defendidos pela PNAISM, como o aborto e, até mesmo, a violência obstétrica, substituindo-os por um enfoque materno-infantil que reforçou papéis tradicionais de gênero e limitou o escopo da política (Entrevistas 4 e 6). Esse cenário também aprofundou a reconfiguração da relação entre Estado e grupos de interesse que havia se iniciado na gestão anterior, desalojando movimentos feministas de espaços até então ocupados no Estado e consolidando a atuação de grupos conservadores religiosos na condução das políticas públicas em diferentes pastas, como no MS, no MEC e no MMFDH (Entrevista 2; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Assim, o governo pode ter promovido um desmonte por mudança de arena (Bauer e Knill, 2012) que, pela inversão da agenda de governo e dos grupos de interesse com maior espaço no Estado, transferiram às responsabilidades da PNAISM, reformulando sua *capacidade político-relacional* em prol de uma agenda conservadora de grupos religiosos e neoliberais (Roggeband e Krizsán, 2020).

Essa configuração político-racional refletiu na *capacidade regulatória* da política de saúde das mulheres no governo Bolsonaro (2019-2022) com a substituição da integralidade pelo materno-infantilismo — aprofundada ao longo da gestão e formalmente institucionalizada com a implementação da RAMI em 2022, que trazia no próprio nome os retrocessos que perpassaram o período (Brasil, 2022a). Isso porque, em substituição à RC, a RAMI simbolizou não apenas o abandono da integralidade, mas também a consolidação de agenda materno-infantil, criticada pelos movimentos feministas desde a RC (Entrevista 5 e 6). Ademais, em termos regulatórios, a PNAISM também teve sua capacidade fragilizada frente à publicação do PNS 2020-2023, que restringiu as ações de saúde das mulheres à gestação, indicando um possível desmonte por mudança de arena que, junto com a criação RAMI, manipularam sua intensidade formal, redirecionando-a para o paradigma materno-infantil e apagando de vez o enfoque integral e de gênero na saúde das mulheres (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020). Essa estratégia parece ter sido adotada em conjunto com um desmonte por *default* da *capacidade regulatória* da PNAISM, evidenciado pela não atualização do seu documento orientador e do 3º PNPM (Brasil, 2004a, 2011b, 2013b, 2024a), que não ajustou a intensidade substantiva da política (Bauer e Knill, 2012)

A essa altura é importante lembrar que, na gestão Bolsonaro, o MS foi ocupado por atores antigênero e militares que se colocaram abertamente contra o aborto e o enfoque de gênero, bem como utilizaram do discurso neoliberal de “fazer mais com menos” para produzir retrocessos na PNAISM e no SUS como um todo (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024; Machado e Jerônimo, 2024). Nesse contexto, em 2019, a estrutura organizacional do MS foi atualizada e a CGSMU, antes uma Coordenação-Geral subordinada ao DAPES/SAES, se transformou em COSMU, dessa vez sob a nova estrutura CGSMU/CGCIVI/DAPES/SAES (Brasil, 2019a). Nesse período enquanto COSMU (2019-2022), a área de saúde das mulheres, ainda que não tenha sido extinta como apontou Biroli, Quintela e Tatagiba (2024), apresentou uma importante perda de autonomia e *status* hierárquico que refletiu no esvaziamento gradativo do corpo técnico que a compunha — tanto em número de servidores quanto na diversidade dos cargos. Essa configuração sugere um desmonte por mudança de arena da *capacidade burocrática* da PNAISM, que manipulou a intensidade formal da política ao enfraquecer a base organizacional que desde o governo Dilma I (2011-2014) vinha fortalecendo a saúde das mulheres no MS (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020).

Ainda no MS, a publicação do PNS 2020-2023, embora tenha mantido o princípio da atenção integral, concentrou as sete metas relativas à saúde das mulheres exclusivamente na agenda materna (Brasil, 2020a), o que sugere uma estratégia de mudança de arena que reformulou a intensidade formal da PNAISM, rebatendo em sua *capacidade burocrática* (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020). Por fim, na SPM, em um não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM, o desmonte de sua *capacidade burocrática* parece ter operado por *default* (Bauer e Knill, 2012), visto que as perdas de parte da estrutura da pasta responsável pela política já haviam sido iniciadas no governo Temer (2016-2018) e não foram retomadas em Bolsonaro (2019-2022) — como o PNPM e a Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM (Entrevistas 5 e 7).

Por fim, o cenário sugere uma estratégia de desmonte ativo da *capacidade fiscal*, não só da PNAISM como da política de saúde das mulheres como um todo, que teve a densidade de seus instrumentos reduzida no período (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020). A corrosão da *capacidade fiscal* da PNAISM que se iniciou no governo Temer (2016-2018) foi consolidada na nova gestão, na qual a taxa de execução permaneceu alta ao custo de valores dotados e empenhados cada vez mais baixos — ainda que, em termos de empenho, tenham superado exclusivamente o atípico momento do governo Dilma 2 (2015-2016).

Essa redução no orçamento da PNAISM refletiu na queda da sua participação no orçamento do SUS, com exceção de 2020 quando, ao atingir o maior valor empenhado entre 2011 e 2022, o orçamento da mulher alcançou a maior participação no SUS em todo o período. No entanto, essa participação não refletiu as necessidades concretas da saúde integral das mulheres na pandemia de Covid-19, uma vez que, sem um recorte de gênero, e frente à descoordenação do governo federal e do MS na gestão da crise sanitária, o Brasil foi um dos países com o maior número de mortes (Entrevistas 4 e 6; Machado e Jerônimo, 2024; Menicucci, 2024). Ademais, com características do que Bauer e Knill (2012) tipificam como uma estratégia de desmonte por mudança de arena, a RC seguiu com maior participação no orçamento da política de saúde das mulheres do que a PNAISM, manipulando a intensidade formal da política e fragilizando sua implementação (Roggeband e Krizsán, 2020).

A partir da análise das continuidades e rupturas nas capacidades estatais da PNAISM, interpretadas em termos das condições, estratégias e efeitos que moldaram o processo de desmonte da política de saúde das mulheres entre as diferentes gestões federais de 2011 a 2022, o Quadro 9 sistematiza as principais evidências encontradas na pesquisa e apresentadas

neste capítulo. Em seguida, a Figura 4 retoma o modelo de análise apresentado na Figura 2 da Seção 3.1, desta vez o estruturando a partir dos resultados encontrados.

Quadro 9 - Conjunção de fatores do fenômeno de interesse: continuidades e rupturas das capacidades da PNAISM em termos presumidos do desmonte (2011-2022)

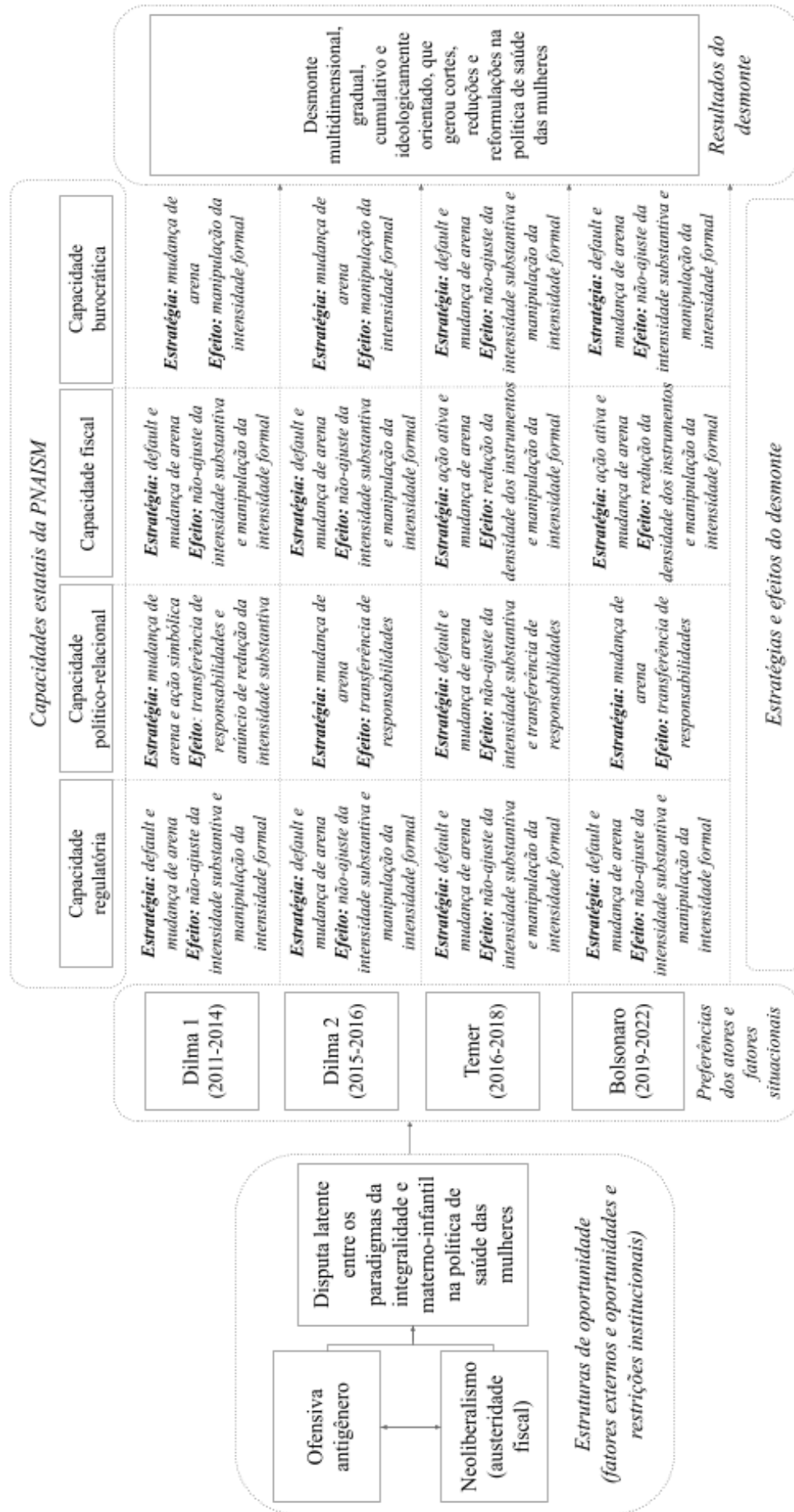
Condições	Capacidades	Evidências	Estratégias	Efeitos
Dilma 1 (2011-2014)				
<p>- Avanço da ofensiva antigênero e da agenda neoliberal no Poder Legislativo pressionando o Poder Executivo em retrocessos nas políticas sociais</p> <p>- Disputa entre integralidade e maternidade e infantilismo reacendida com a criação da RC e sua priorização na política de saúde das mulheres</p>	Regulatória	Não atualização do documento orientador da PNAISM, com republicação da versão original	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		Criação e priorização da RC em detrimento da PNAISM na política de saúde das mulheres	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
		PNS 2012-2015 condicionou promoção da saúde integral das mulheres à implementação da RC	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Político-relacional	Comprometimento do Poder Executivo em não atuar na agenda do aborto, deixando tais decisões para o Congresso	Mudança de arena	Transferência de responsabilidades da PNAISM
		"Faxina" nos documentos do MS em termos como <i>aborto</i>	Ação simbólica	Anúncio de redução da intensidade substantiva da PNAISM
	Fiscal	2014: Queda na taxa de execução orçamentária da PNAISM: intenção de ampliação da despesa (dotação alta) sem realizá-la (baixo empenho)	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		2014: Queda na participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		Maior participação da RC do que da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Burocrática	PNS 2012-2015 com metas vinculadas à RC	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Dilma 2 (2015-2016)			
<p>- Avanço da ofensiva antigênero e da agenda neoliberal no Poder Legislativo pressionando o Poder Executivo em retrocessos nas políticas sociais, que levaram à</p>	Regulatória	Não atualização do documento orientador da PNAISM	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		PNS 2016-2019 com restrição do escopo da PNAISM a temática dos direitos sexuais e reprodutivos	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Político-relacional	Restrição da agenda da saúde das mulheres à temática dos direitos sexuais frente ao avanço de grupos	Mudança de arena	Transferência de responsabilidades da PNAISM

adoção do ajuste fiscal e retrocessos nas políticas sociais - Disputa entre integralidade e materno-infantilismo latente com a priorização da RC em detrimento da PNAISM na política de saúde das mulheres		antigênero e neoliberais no Legislativo		
	Fiscal	Pior taxa de execução orçamentária da PNAISM entre 2011 e 2022: intenção de ampliação da despesa (dotação alta) sem realizá-la (baixo empenho)	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		Maior participação da RC do que da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
		Menor participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS entre 2011 e 2022	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
Burocrática	PNS 2016-2019 com 1 meta de saúde das mulheres relacionada à violência obstétrica	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM	
Temer (2016-2018)				
- Consolidação do neoliberalismo e avanço da ofensiva antigênero no Poder Executivo, desencadeando na adoção do Teto de Gastos (EC nº 95/2016) e o aprofundamento de retrocessos nas políticas sociais - Disputa entre integralidade e materno-infantilismo latente com a priorização da RC em detrimento da PNAISM na política de saúde das mulheres	Regulatória	Não atualização do documento orientador da PNAISM	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		Não atualização do PNPM	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		PNS 2016-2019 com restrição do escopo da PNAISM a temática dos direitos sexuais e reprodutivos	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Político-relacional	Início da inversão de grupos de interesse no Poder Executivo: atores neoliberais e antigênero ganham espaço em detrimento dos movimentos e a agenda de austeridade fiscal é institucionalizada	Mudança de arena	Transferência de responsabilidades da PNAISM
		2017: 2ª CNSMu não gerou alterações na PNAISM frente à correlação de forças	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
	Fiscal	2017: PNAISM perde a Ação Orçamentária própria na LOA, passando a constar em Planos Orçamentários de Ações mais amplas	Ação ativa	Redução da densidade dos instrumentos da PNAISM
		PNAISM com alta taxa de execução de valores dotados e empenhados baixos	Ação ativa	Redução da densidade dos instrumentos da PNAISM
		Maior participação da RC do que da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Burocrática	Não atualização do PNPM e descontinuidade da Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		2018: CGSMU perdeu o cargo	Mudança	Manipulação da intensidade

		comissionado existente desde 2013	de arena	formal da PNAISM
		PNS 2016-2019 com 1 meta de saúde das mulheres relacionada à violência obstétrica	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
Bolsonaro (2019-2022)				
<p>- Consolidação do neoliberalismo e da ofensiva antigênero no Poder Executivo, com continuidade do Teto de Gastos (EC nº 95/2016) e promoção de desmontes nas políticas sociais</p> <p>- Substituição da integralidade pelo materno-infantilismo com a priorização da RC e, em 2022, sua substituição pela RAMI, em detrimento da PNAISM, que consolidou a perspectiva da mulher como mãe na política de saúde das mulheres</p>	Regulatória	Não atualização do documento orientador da PNAISM	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		Não atualização do PNPM	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM
		Priorização da RC em detrimento da PNAISM e criação da RAMI em 2022, institucionalizando o materno-infantilismo	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
		PNS 2020-2023 com restrição do escopo da PNAISM a abordagem materno-infantil	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Político-relacional	Agenda de governo materno-infantil em termos de saúde das mulheres e consolidação da ofensiva antigênero como diretriz de governo em consonância com a austeridade fiscal	Mudança de arena	Transferência de responsabilidades da PNAISM
	Fiscal	PNAISM com alta taxa de execução de valores dotados e empenhados muito baixos (com exceção de 2020 - pandemia), refletindo na queda da participação do seu orçamento no orçamento do SUS	Ação ativa	Redução da densidade dos instrumentos da PNAISM
		Maior participação da RC do que da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
	Burocrática	Perda de <i>status</i> hierárquico da estrutura organizacional da saúde das mulheres no MS (CGSMU → COSMU), com redução do seu corpo técnico	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
		PNS 2020-2023 com 7 metas de saúde materno-infantil	Mudança de arena	Manipulação da intensidade formal da PNAISM
		Não atualização do PNPM e da Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM	<i>Default</i>	Não-ajuste da intensidade substantiva da PNAISM

Fonte: elaboração própria.

Figura 4 - Conjunção de fatores do fenômeno de interesse: a análise do desmonte da política de saúde das mulheres (2011-2022)



Fonte: elaboração própria.

Desse modo, a Figura 4 ilustra como, entre 2011 e 2022, na medida em que os fatores situacionais e as preferências dos atores foram se moldando ao avanço da ofensiva antigênero e da agenda neoliberal, em consonância com a latência da histórica disputa normativa entre os paradigmas da integralidade e materno-infantil, as estratégias adotadas, e seus respectivos efeitos, foram sendo combinados na produção de um processo de desmonte multidimensional, gradual, cumulativo e ideologicamente orientado da política de saúde das mulheres, que cortou, reduziu e reformulou as capacidades estatais da PNAISM entre as gestões federais do período, consolidando-se no Bolsonaro (2019-2022).

Nesse governo, ainda que o SUS não tenha sido desmontado efetivamente enquanto Sistema, mesmo frente às constantes tentativas e ao enfraquecimento de suas capacidades estatais (Machado e Jerônimo, 2024), seria temerário generalizar este resultado para todas suas frentes de atuação considerando a efetividade aqui verificada do desmonte da política de saúde das mulheres. Nesse sentido, os resultados desta pesquisa convergiram para a hipótese central aqui proposta, de que a PNAISM foi uma dessas políticas de saúde efetivamente desmontadas. Esse processo não extinguiu a Política Nacional, mas corroeu sua densidade e intensidade enquanto política pública de forma que, após três gestões federais de retrocessos em graus e por razões distintas, no governo Bolsonaro a integralidade e a promoção da saúde com enfoque de gênero foram substituídos em prol de uma abordagem materno-infantil que já havia sido institucionalmente superada desde a década de 1980.

Além disso, a hipótese adicional da pesquisa também foi confirmada. Isso porque, diferentemente do SUS e das políticas para as mulheres, que tiveram o início de seus processos de desmonte nos governos Dilma 2 (2015-2016) e Temer (2016-2018) (Menicucci, 2024; Machado e Jerônimo, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a; Carlos, Pereira e Rodrigues, 2025), a política de saúde das mulheres apresentou mudanças regressivas já na gestão Dilma 1 (2011-2014). É verdade que foi na gestão Bolsonaro (2019-2022) que se consolidou a aliança entre ofensiva antigênero e neoliberalismo como diretriz de governo e, diferentemente das gestões anteriores, liderou um processo de desmonte da PNAISM que promoveu de forma efetiva a desestruturação de suas capacidades estatais e a submissão de seus princípios e objetivos à lógica materno-infantil. No entanto, esse processo foi resultado de um acúmulo gradual e multidimensional de mudanças regressivas e ideologicamente orientadas, que vinham sendo promovidas desde a primeira gestão de Dilma a partir de cortes, reduções e reformulações na política de saúde das mulheres e seus instrumentos.

Esses resultados dialogam com a literatura com qual a pesquisa se ancora, uma vez que, em desmontes de políticas de gênero e para mulheres, seria de se esperar que esses processos gerassem mudanças em uma direção específica, não apenas reduzindo ou extinguindo políticas, como também esvaziando suas capacidades e reformulando seus princípios e objetivos (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020). Ademais, desdobraram-se de contextos marcados pelo avanço da ofensiva antigênero e da austeridade neoliberal, sob os quais, a depender da constelação de custos e benefícios políticos em aderir (ou não) ao desmonte e atribuir (ou não) visibilidade à ele, diferentes estratégias e efeitos seriam articulados ao longo do tempo (Bauer e Knill, 2012; Jordan *et al.*, 2013; Roggeband e Krizsán, 2020). No caso da PNAISM, tais estratégias são indissociáveis da disputa histórica em torno da política que, atravessada pela ofensiva antigênero na década de 2010 e em uma convergência com a austeridade neoliberal do período, redefiniu prioridades estatais e desmontou a integralidade e o enfoque de gênero em prol de uma agenda centrada na “família” e no papel da mulher como mãe e reprodutora (Rosa e Cabral, 2024; Corrêa e Kalil, 2020; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Vindo de um contexto de expansão da política de saúde das mulheres — desde 1984, quando a integralidade passou a orientar a política a partir do PAISM, passando por 2004, quando o enfoque de gênero foi incorporado e o Programa se tornou Política Nacional com a criação da PNAISM — o período de 2011 a 2022 foi marcado pelo retorno da abordagem materno-infantil como princípio orientador da saúde das mulheres, que se estabeleceu em um contexto de convergência da ofensiva antigênero com a austera agenda neoliberal. Aqui, um ponto de controvérsia entre a literatura e os depoimentos colhidos nesta pesquisa foi a percepção, na primeira, da retomada do paradigma materno-infantil já com a criação da RC, ao passo que parte dos depoimentos convergem para a ideia que — a despeito do simbolismo negativo do seu nome e das críticas e resistências dos movimentos feministas à iniciativa — as ações na RC foram orientadas por uma perspectiva integral, que teria permitido importantes avanços em questões como a mortalidade materna e a violência obstétrica, até que houvesse uma substituição normativa efetivamente consolidada no governo Bolsonaro (2019-2022).

Nesse sentido, a Figura 4 demonstra como as gestões Dilma 1 e 2 (2011-2016), com um comportamento muito semelhante, não tinham como agenda de governo o desmonte da PNAISM, mas aderiram ao processo frente à correlação de forças que tornou os custos em

não desmontar maiores do que os de fazê-lo. Isso porque o desmonte foi promovido predominantemente por *default* e mudança de arena, ambas estratégias de baixa visibilidade, embora uma de decisão passiva e a outra ativa. Essas estratégias refletem a priorização da saúde das mulheres que se deu a partir da RC em detrimento do não-ajuste da intensidade substantiva e da manipulação da intensidade formal da PNAISM que desencadearam retrocessos em todas as suas capacidades nas duas gestões. A exceção desse cenário aconteceu na *capacidade político-relacional* no governo Dilma 1 (2011-2014), quando fez concessões no avanço da pauta do aborto sob a pressão de grupos religiosos, em uma estratégia de ação simbólica que garantiu maior visibilidade ao desmonte mas que, na prática, materializou-se apenas em uma nova roupagem discursiva.

Com o *impeachment* de Dilma em 2016 e o início da gestão Temer (2016-2018), uma mudança qualitativa importante aconteceu no processo de desmonte da política de saúde das mulheres, intensificando-o a partir da institucionalização do neoliberalismo e do ganho de espaço da ofensiva antigênero no Estado. Essa mudança pode ser observada na *capacidade fiscal* da PNAISM uma vez que, ainda que mantendo a estratégia de desmonte por mudança de arena, é a partir de Temer que ações ativas passaram a ser adotadas, reduzindo a densidade de seus instrumentos. Essa estratégia ativa de desmonte atribuiu alta visibilidade ao processo e, em conjunto com o desmonte das demais capacidades por estratégias de *default* e mudança de arena, por sua vez de baixa visibilidade, materializaram a escolha do governo em aprofundar o processo de desmonte da PNAISM em um cenário de crescente polarização que, a partir desse momento, começou a apresentar mais benefícios do que custos políticos.

No entanto, as *capacidades regulatória, político-relacional e burocrática* seguiram sendo desmontadas por estratégias de *default* e mudança de arena, em uma priorização da RC frente à inação na PNAISM e seus instrumentos e à entrada no Executivo de grupos antigênero e neoliberais, sendo ambas estratégias de baixa visibilidade que refletem como nesse momento os custos políticos em desmontar ainda existiam — mesmo que menores que nos governos Dilma. A adoção dessas estratégias, portanto, explicaria o esvaziamento gradual da participação dos movimentos feministas na agenda da política de saúde das mulheres dentro do Estado, já que mesmo resistindo à ofensiva antigênero e neoliberal, e propondo avanços na agenda da saúde integral das mulheres, ainda foi possível a promoção de um desmonte de baixa visibilidade que refletiu no não-ajuste da intensidade substantiva e na

manipulação da intensidade formal da PNAISM, assim como na transferência de suas responsabilidades.

A partir desse acúmulo de retrocessos, a gestão Bolsonaro (2019-2022) aprofundou o cenário de cortes, reduções e reformulações que vinha se desdobrando em diferentes formatos e níveis nas gestões anteriores, não apenas corroendo ainda mais as capacidades estatais da PNAISM, como também passando por uma nova mudança qualitativa que consolidou o desmonte da política de saúde das mulheres. Isso porque, em uma aliança com a agenda neoliberal que deu continuidade à austeridade institucionalizado pela EC nº 95/2016, nesse momento os movimentos feministas foram efetivamente alijados das posições de governo antes ocupadas e a ofensiva antigênero foi institucionalizada como diretriz, deslocando para o centro do debate o combate à categoria de gênero e aos direitos sexuais e reprodutivos e tornando politicamente viável o efetivo desmonte da política de saúde das mulheres (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a).

Nesse contexto, em um cenário semelhante à Temer (2016-2018) e diferente de Dilma 1 e 2 (2011-2016), ações ativas de desmonte foram promovidas e intensificadas na *capacidades fiscal* da PNAISM, indicando a decisão ativa do governo Bolsonaro em não apenas promover o desmonte com reduções na densidade da política, como em atribuir alta visibilidade a este processo em um contexto em que os custos políticos em fazê-lo eram baixos frente aos benefícios. No entanto, em continuidade às três gestões anteriores, a mudança de arena foi a estratégia comum de desmonte adotada em todas as capacidades. Nesse momento, essa escolha reflete as decisões ativas do governo, ocupado por grupos neoliberais e antigênero, em deslocar o princípio orientador da política de saúde das mulheres da integralidade para o materno-infantilismo, desmobilizando a PNAISM via ações de baixa visibilidade que transferiram responsabilidades e manipularam sua intensidade formal, promovendo um desmonte com custos políticos mitigados frente à oposição. Em completo, nas *capacidades regulatória e burocrática* essa consolidação pode ter mobilizado outras decisões de baixa visibilidade como *default*, que passivamente não ajustaram a intensidade substantiva da PNAISM e contribuíram para o seu desmonte.

Logo, se orientar pelo questionamento da efetivamente do desmonte da política de saúde das mulheres no governo Bolsonaro (2019-2022), e cumprindo os objetivos de análise das continuidades e rupturas das capacidades estatais da PNAISM entre as gestões federais de 2011 a 2022, assim como a partir dessas mudanças interpretar as condições, estratégias e

efeitos do seu processo de desmonte, os resultados desta pesquisa permitem admitir que a política de saúde das mulheres sofreu um desmonte efetivo. Este entretanto se deu de forma gradual, cumulativa e ideologicamente orientada, corroendo diferentes dimensões de capacidades estatais, reduzindo a densidade e intensidade da política e deslocando seus princípios e objetivos que, no governo Bolsonaro, culminaram na substituição efetiva da integralidade e do enfoque de gênero pelo materno-infantilismo e a centralidade da “família”. Assim, o desmonte observado entre 2019 e 2022 não foi apenas uma trajetória de continuidade linear, ainda que tenha se dado a partir do acúmulo de retrocessos já promovidos, mas um aprofundamento qualitativamente distinto, resultante da convergência da institucionalização da ofensiva antigênero e do neoliberalismo no Estado e de escolhas políticas que cortaram, reduziram e reformularam estruturas, instrumentos e prioridades da política de saúde das mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo investigar se o desmonte da política de saúde das mulheres – analisado a partir da PNAISM – foi efetivo no governo Bolsonaro (2019-2022), e em que medida esse processo representou uma ruptura em relação às gestões anteriores ou um aprofundamento de dinâmicas de retrocessos já em curso nos governos Temer (2016-2018) e Dilma 1 e 2 (2011-2016). Para tanto, adotou um estudo de caso único, qualitativo e longitudinal, sustentado pela triangulação de dados documentais, orçamentários e entrevistas focais semiestruturadas que produziram evidências para a análise das continuidades e rupturas das capacidades estatais da PNAISM entre 2011 e 2022, permitindo interpretá-las em termos de condições, estratégias e efeitos do desmonte da política de saúde das mulheres.

Esse desmonte, compreendido como um processo de mudança política pelo corte, redução e/ou reformulação de políticas públicas ao longo do tempo, que não pressupõe necessariamente sua extinção formal, foi investigado a partir de um modelo de análise sensível às especificidades da política de saúde das mulheres e ao contexto em que ela esteve inserida (Bauer e Knill, 2012; Roggeband e Krizsán, 2020). Esse modelo, operacionalizado a partir das capacidades estatais mobilizadas em torno da PNAISM, permitiu a análise de como continuidades e rupturas em suas diferentes dimensões — *regulatória*, *político-relacional*, *fiscal* e *burocrática* (Gomide, 2016) — foram cumulativamente reconfiguradas, oferecendo uma chave analítica capaz de apreender o desmonte como um fenômeno multidimensional, gradual e ideologicamente orientado.

Isso porque, através dessas continuidades e rupturas na PNAISM e por combinações distintas de estratégias e efeitos, que variaram entre as diferentes capacidades estatais e gestões federais, cortes, reduções e/ou reformulações foram observados em todas as dimensões mobilizadas — confirmando as quatro hipóteses específicas desta pesquisa. Nesse sentido, a análise das evidências reunidas ao longo do Capítulo 4 também confirmou as hipóteses geral e complementar de que o desmonte da política de saúde das mulheres foi efetivo no governo Bolsonaro, sendo o resultado dos retrocessos legados das gestões anteriores (2011-2018) e das especificidades da sua gestão (2019-2022).

Para situar esses resultados, é preciso retomar o contexto do Brasil na década de 2010, que foi marcada por uma crise político-econômica que articulou o avanço de agendas antigênero e neoliberais e desaguou no *impeachment* de Dilma em 2016, produzindo um

ambiente político-institucional de forte pressão ideológica e adverso à sustentação de políticas sociais (Faria e Lima, 2024; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023). Nesse contexto, especialmente a partir da EC nº 95/2016 de Temer e do governo Bolsonaro, o desmonte das políticas públicas passou a operar não apenas como resposta a constrangimentos fiscais, mas também como uma estratégia deliberada de reconfiguração do papel do Estado que combinou austeridade, desregulamentação e redução do compromisso com a igualdade em áreas centrais do campo social — ainda que o Estado de Bem-Estar Social brasileiro tenha se mostrado resiliente como um todo frente aos retrocessos promovidos (Sátyro, 2024). Ademais, nesse período, processos de desmonte de diferentes políticas foram atravessados pelo avanço e, a partir de 2019, institucionalização da ofensiva antigênero, que mobilizou pautas religiosas para reformular os sentidos das políticas públicas e reorientar as prioridades governamentais a partir da centralidade normativa da “família” como eixo da ação estatal (Corrêa e Kalil, 2020; Junqueira, 2022).

Neste cenário, as políticas de alto teor ideológico para a nova coalizão no governo nacional se mostraram particularmente vulneráveis ao desmonte, uma vez que incidiam sobre agendas historicamente contestadas e sensíveis a reorientações programáticas do Estado (Tokarski *et al.*, 2023a; Machado e Jerônimo, 2024). Assim, no governo Bolsonaro (2019-2022), quando a ofensiva antigênero foi institucionalizada em consonância com a austeridade fiscal, essa vulnerabilidade ficou evidente em pastas como o MMFDH e o MS, nas quais as políticas para as mulheres e políticas de saúde, como a de saúde mental, foram desmontadas a partir de cortes, reduções e reformulações de suas capacidades (Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024; Menicucci, 2024). Na interseção dessas pastas, e ocupando lugar central na convergência entre a agenda neoliberal, antigênero e materno-infantil do governo eleito, a política de saúde das mulheres, em especial sua proposta integral e com enfoque de gênero representada pela PNAISM, apresentou-se como alvo estratégico do desmonte.

Isso porque a política de saúde das mulheres é atravessada por disputas ideológicas em torno da integralidade e do materno-infantilismo, que historicamente estruturaram os sentidos e os limites da ação estatal nesse campo (Souto e Moreira, 2021; Rosa e Cabral, 2024). Ainda que a perspectiva integral implementada pelo PAISM na década de 1980 tenha sido reforçada com a transformação do Programa em Política Nacional com a criação da PNAISM em 2004, e o enfoque de gênero incorporado explicitamente desde então, a política não adquiriu o caráter de uma política de Estado, tornando-se frágil frente às mudanças na correlação de

forças político-sociais. Assim, a partir de 2011, com a criação da RC e o avanço de grupos antigênero e neoliberais, a tensão entre os diferentes paradigmas voltou a ocupar lugar central na agenda da política de saúde das mulheres e a PNAISM passou a ser atravessada por um processo de desmonte que, até 2022, cortou, reduziu e reformulou suas capacidades estatais — ainda que ela não tenha sido formalmente extinta.

Ademais, essas mudanças nas diferentes dimensões das capacidades estatais mobilizadas demonstram como esse processo não ocorreu de forma homogênea nem isolada, mas em ritmos e formatos distintos que, em conjunto e ao longo do tempo, revelaram a natureza multidimensional e o caráter gradual e cumulativo do desmonte ideologicamente orientado da política de saúde das mulheres. Na *capacidade regulatória*, a política foi enfraquecida frente à ausência de atualização do documento orientador da PNAISM (Brasil, 2004a, 2011b) e do ganho de protagonismo da RC a partir de 2011 (Brasil, 2011a) que, substituída pela RAMI em 2022 (Brasil, 2022a), reorientou a integralidade em direção ao materno-infantilismo enquanto princípio orientador da política de saúde das mulheres (Entrevistas 1, 2, 3 5, 6 e 7; Rosa e Cabral, 2024). Ademais, a não atualização do 3º PNPM (2013-2015) (Brasil, 2024a) e a priorização da temática dos direitos sexuais e reprodutivas e da saúde materna nos três PNSs vigentes no período (Brasil, 2011c; 2016a; 2020), especialmente na versão 2020-2023, reforçaram sua fragilização regulatória.

Essa mudança se deu na esteira de transformações da *capacidade político-relacional* da PNAISM, na medida em que grupos religiosos e neoliberais passaram a pressionar o governo na direção de retrocessos em direitos, pelo Legislativo até 2016 e, a partir de então, ao ocupar cada vez mais o Executivo — ao passo que os movimentos feministas perdiam espaço dentro do Estado (Entrevistas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7; Souto e Moreira, 2021; Corrêa e Kalil, 2020; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024). Nesse contexto, os governos Dilma 1 e 2 enfrentaram limites estruturais que restringiram a materialização da agenda de expansão das políticas sociais, enquanto, a partir de 2016, os governos Temer e Bolsonaro foram capazes de implementar uma agenda governamental em torno de valores morais religiosos e agendas neoliberais austeras (Rousseff, 2010; 2014; PMDB, 2015; 2016; Bolsonaro, 2018; Corrêa e Kalil, 2020; Junqueira, 2022).

Na *capacidade fiscal* os retrocessos já eram evidentes desde 2011 com a criação da RC, fazendo com que, a partir de então, não apenas nos anos em que o orçamento Rede esteve “inchado” por gastos com custeio da atenção obstétrica, mas em todo o período analisado, a

participação do orçamento da PNAISM no orçamento da política de saúde das mulheres fosse significativamente menor (Entrevista 3; Rosa e Cabral, 2024). Ademais, nos governos Dilma, entre 2014 e 2016, a taxa de execução orçamentária da PNAISM e a participação do seu orçamento no orçamento do SUS atingiram os menores níveis do período, demonstrando a disparidade entre compromisso formal e sua materialização efetiva na implementação da política, que refletiram a correlação de forças desfavorável à agenda de saúde das mulheres, assim como os efeitos do ajuste fiscal adotado (Corrêa e Kalil, 2020; Gomide, Silva e Leopoldi, 2023). A partir de então, com o congelamento dos gastos sociais promovidos pela EC nº 95/2016 de Temer, os retrocessos no financiamento do SUS foram aprofundados (Sátyro, 2024; Menicucci, 2024) e a execução orçamentária da PNAISM adquiriu um novo formato. Assim, entre 2017 e 2022, a sua taxa de execução aumentou ao passo que os valores dotados e empenhados foram sendo reduzidos, com exceção de 2020 quando tais valores aumentaram frente às necessidades impostas à saúde com a pandemia de Covid-19. Essa inflexão foi acompanhada da perda da Ação Orçamentária própria na LOA a partir de 2017 e da queda da participação do orçamento da PNAISM no orçamento do SUS no governo Bolsonaro, que reforçaram o desmonte ativo de sua *capacidade fiscal*.

Ao mesmo tempo, nos governos Dilma a *capacidade burocrática* da PNAISM foi fragilizada com a priorização da RC em detrimento da PNAISM no PNS 2012-2015 (Brasil, 2011c), assim como na agenda da estrutura organizacional do MS responsável pela política de saúde das mulheres. Isso porque, ainda que essa estrutura e seu corpo técnico tenham sido fortalecidos com a transformação da ATSM em CGSMU, isso se deu frente à centralidade que a RC trouxe para a saúde das mulheres no MS (Brasil, 2013a; Entrevistas 3). Sob o governo Temer, a não atualização do 3º PNPM (2013-2015) e a descontinuidade da Proposta de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM em 2016 refletiram o processo de desmonte das políticas para as mulheres na SPM, entre as quais a PNAISM era uma das centrais — reforçando o enfraquecimento de sua *capacidade burocrática* (Brasil, 2013b, 2015, 2024a; Entrevistas 5 e 7; Tokarski *et al.*, 2023a). Esses retrocessos foram consolidados no MS no final do governo Temer e ao longo da gestão Bolsonaro: em 2018 com a perda do cargo comissionado da CGSMU e em 2019 com a sua transformação em COSMU, enfraquecendo seu *status* hierárquico e diminuindo seu corpo técnico (Brasil, 2019; Entrevista 3). Ademais, a priorização explícita da saúde materno-infantil no PNS 2020-2023 reforçou esse cenário, por sua vez permeado pela ocupação da pasta por atores antigênero e pela

reformulação da agenda em torno da “família” (Brasil, 2020a; Biroli, Quintela e Tatagiba, 2024).

Assim, durante os governos Dilma 1 e 2 (2011-2016), embora a agenda feminista ainda fosse formalmente acomodada no interior do governo, a crescente pressão de grupos religiosos no Poder Legislativo e a adoção do *ajuste fiscal* como resposta à crise político-econômica do período produziram um ambiente adverso, no qual a pauta do aborto foi progressivamente corroída no plano institucional e a RC passou a assumir centralidade na política de saúde das mulheres em detrimento da PNAISM. Considerando essa correlação de forças, em que os custos políticos em não aderir ao desmonte eram maiores do que o de fazê-lo, foi adotada apenas uma vez a estratégia de desmonte por ação simbólica, que atribuiu alta visibilidade ao processo em resposta às pressões colocadas pela oposição. Isso porque o desmonte não se configurou como uma agenda explícita de governo, tendo operado predominantemente por estratégias de baixa visibilidade, como *default* e mudança de arena, que, embora distintas em sua natureza — uma de decisão passiva e outra ativa —, produziram retrocessos cumulativos ao longo do período em prol da governabilidade da gestão.

Com o início do governo Temer (2016-2018), o processo de desmonte da PNAISM passou por uma inflexão qualitativa relevante, marcada pela institucionalização da austeridade fiscal e pela redução dos custos políticos associados ao retrocesso em políticas sociais. Tendo como marco a aprovação do Teto de Gastos, a aliança entre neoliberalismo e conservadorismo que operou o *impeachment* de Dilma em 2016 abriu espaço para que o governo adotasse estratégias mais ativas e visíveis de desmonte da política de saúde das mulheres, combinando desmonte ativo e por mudança de arena — ainda que suas *capacidades regulatória* e *burocrática* permanecessem operando também por *default*. Nesse período, não apenas o corte de instrumentos da SPM refletiu negativamente na PNAISM, como, no interior do próprio MS, o encerramento de sua Ação Orçamentária própria na LOA em 2017 e a perda do cargo comissionado da CGSMU em 2018 sinalizaram o aprofundamento dos retrocessos em curso. Dessa forma, o governo Temer adotou um padrão de desmonte que aprofundou retrocessos e preparou o terreno institucional e ideológico para sua consolidação efetiva observada a partir de 2019.

Assim, foi sobretudo no governo Bolsonaro (2019-2022) que, a partir do acúmulo dos retrocessos herdados das gestões anteriores, o processo de desmonte da PNAISM se consolidou, assumindo um caráter mais abrangente e sistemático a partir das especificidades

da sua gestão. Nesse período, a institucionalização da ofensiva antigênero no interior do Poder Executivo, articulada à continuidade da agenda neoliberal, reduziu de forma mais intensa os custos políticos do retrocesso e, para além dos cortes e restrições, reformulou de forma efetiva os sentidos da política de saúde das mulheres. Nesse contexto, o governo combinou estratégias de *default*, que mantiveram e estabilizaram retrocessos já produzidos nas gestões anteriores, com a adoção de estratégias de desmonte ativo e de mudança de arena, que por sua vez promoveram novos cortes e reformulações na PNAISM. Essas mudanças consolidaram seu desmonte e corroeram a integralidade e o enfoque de gênero em favor de enquadramentos materno-infantis como princípio organizador da política de saúde das mulheres.

Nesse ponto, é interessante notar como, ainda que com diferentes combinações entre as possíveis estratégias de desmonte e seus consequentes efeitos sobre as capacidades estatais aqui tratadas, assim como nas quatro gestões federais entre 2011 e 2022, a estratégia que esteve unanimemente presente nessas capacidades foi a de mudança de arena. Isso poderia se dever, diante da trajetória histórica da política de saúde das mulheres e do SUS, da reorientação da política da integralidade para o paradigma materno-infantil e da transferência de responsabilidades de grupos feministas para religiosos e neoliberais, à adoção desta estratégia trazer um menor custo político, considerando ser esta uma opção ativa por um desmonte de menor visibilidade. Isso poderia ser factível por preservar formalmente a política ao mesmo tempo em que esvazia seus conteúdos centrais, produzindo cortes, reduções e, principalmente, uma reformulação da saúde integral das mulheres sem enfrentar diretamente os conflitos simbólicos e institucionais associados à sua extinção.

Desse modo, o desmonte da PNAISM se apresentou como um ponto de convergência entre os desmontes em curso nas políticas de saúde e para as mulheres (Menicucci, 2024; Tokarski *et al.*, 2023a) e como símbolo dos retrocessos almejados pelo governo Bolsonaro (Corrêa e Kalil, 2020). Sua análise permitiu avançar na compreensão da complexidade das mudanças envolvidas e que promoveram cortes, reduções e reformulações de políticas frente ao avanço de agendas conservadoras. Ao operacionalizar o modelo de análise de desmonte (Bauer e Knill, 2012) a partir das dimensões de capacidades estatais (Gomide, 2016), articulando-o às contribuições da literatura sobre desmonte de políticas em contextos de ofensiva antigênero e neoliberalismo (Roggeband e Krizsán, 2020), esta pesquisa demonstrou que o desmonte da PNAISM assumiu um caráter multidimensional, gradual, cumulativo e ideologicamente orientado. A política de saúde das mulheres, portanto, coloca-se como um

caso analítico exemplar para compreender como o desmonte pode se consolidar sem a extinção formal das políticas, operando por meio de um processo contínuo de esvaziamento institucional que promove retrocessos nas capacidades estatais das políticas e reverte seus objetivos e escopo de atuação em quadros de proteção da “família tradicional”.

Nesse sentido, frente ao avanço de forças conservadoras que vêm crescendo no mundo ao longo do século XXI, os resultados desta pesquisa contribuíram para explicitar como e por que políticas sociais de alto teor ideológico se tornam alvo de desmontes em cenários de avanço de ofensivas antigênero e agendas neoliberais. Ao revelar como a corrosão das capacidades estatais da PNAISM desmontou a política de saúde das mulheres, esta pesquisa ilumina as mudanças na trajetória da política, assim como os atuais desafios de reconstrução de um serviço que garanta o acesso das mulheres brasileiras à saúde pública, universal, integral, equânime, de qualidade, humanizada e com enfoque de gênero.

Os resultados aqui encontrados poderão oferecer subsídios para pensar a reconstrução das capacidades estatais necessárias à PNAISM, de modo que ela se torne uma política de Estado capaz de garantir o acesso à saúde integral como direito universal, em todo o território e para todas as mulheres. Assim, ainda que atualmente iniciativas como a priorização declarada da saúde integral das mulheres pelo MS no governo Lula 3 (2023-2026) e a tramitação do Projeto de Lei nº 5.673/2023 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher (Brasil, 2025a, 2025b) demonstrem que essa reconstrução já está em curso, tais iniciativas podem ser insuficientes isoladamente. Isso porque, frente às evidências aqui analisadas, a reconstrução da PNAISM exigirá ir além de seu fortalecimento político-normativo, sendo necessário promover a ativação contínua de capacidades — como regulatórias, político-relacionais, fiscais e burocráticas — que lhe deem sustentação em diferentes dimensões e, em conjunto, fortaleçam sua implementação.

No entanto, reconhece-se que a efetividade do desmonte analisado também foi perpassada por outros fatores e dinâmicas não contemplados diretamente nesta pesquisa, decorrentes das limitações inerentes às escolhas metodológicas que tiveram que ser feitas ao longo do seu percurso, como de resto ocorre em qualquer empreendimento científico. O modelo analítico adotado para análise do desmonte da PNAISM operou a partir de um conjunto restrito de dimensões e indicadores de capacidades estatais que condizem com o objetivo de pesquisa, mas que podem ter omitido aspectos importantes que poderão ser agregados em estudos futuros sobre o tema. Ainda assim, considerando o caráter

multidimensional do fenômeno, a complexidade do contexto político-institucional analisado e a consistência das evidências trianguladas, os resultados sustentaram aspectos peculiares no desmonte da PNAISM, não apenas no governo Bolsonaro, como a partir do legado de retrocessos das gestões anteriores.

Em termos de lacunas de pesquisa que já podemos projetar, a disponibilidade e a natureza dos documentos analisados, assim como os vieses inerentes às entrevistas realizadas, podem ter influenciado a forma como determinados processos foram apreendidos e interpretados, mas não comprometeram a validade dos achados ao revelar perspectivas importantes sobre o fenômeno a partir da triangulação de fontes. Ademais, a pesquisa não se debruçou diretamente sobre os efeitos do desmonte na ponta da implementação e na experiência das usuárias dos serviços, aspecto que poderia aprofundar a compreensão em termos dos impactos concretos dessas transformações sobre o acesso e a qualidade da atenção à saúde integral das mulheres. Além disso, a investigação se concentrou no nível federal, opção analítica coerente com os objetivos propostos, mas que, como todo recorte, implica limitações, especialmente no que se refere à incorporação de dinâmicas subnacionais relevantes para a implementação das políticas de saúde em um país federativo, no qual o SUS opera segundo os princípios organizativos da descentralização, da regionalização e da hierarquização.

Tais lacunas apontam para a necessidade de estudos futuros que aprofundem a compreensão sobre o fenômeno, complementando ou aprimorando a interpretação dos achados ou, ainda, indicando caminhos relevantes de continuidade da agenda de pesquisa sobre a política de saúde das mulheres na Ciência Política. Nesse sentido, pesquisas futuras podem explorar a trajetória da PNAISM em outros níveis da federação e suas variações territoriais, investigando como distintos arranjos institucionais, capacidades estatais e dinâmicas federativas condicionaram sua coordenação, implementação, monitoramento e avaliação em contextos subnacionais, apresentando diferentes caminhos que, em conjunto, desmontaram a política de saúde das mulheres no território.

Adicionalmente, agendas de pesquisa comparativas com outras políticas públicas, tanto no setor da saúde quanto em outras políticas para as mulheres, ou ainda entre políticas de saúde das mulheres em diferentes países, podem contribuir para aprofundar a compreensão dos mecanismos de desmonte que se articulam nos contextos de ofensiva antigênero e neoliberalismo, e através deles se materializam. Ademais, frente às possíveis diferenças

internas nas mudanças promovidas na política de saúde das mulheres, também seria frutífero o estudo do desmonte da RC, uma vez que, desde sua criação em 2011, na prática, a iniciativa frequentemente operou de forma paralela à PNAISM e com maior protagonismo na agenda, colocando em xeque o papel da Política Nacional enquanto referência central e articuladora da política de saúde das mulheres no país e apresentando indícios de um processo de desmonte com características particulares.

Por fim, é também latente a necessidade de produção de conhecimento sobre possíveis avanços e bloqueios no processo de reconstrução da PNAISM no contexto recente do Governo Lula 3, tomando como ponto de partida o legado institucional, normativo e político de avanços e retrocessos acumulados na política de saúde das mulheres desde a década de 1980 e seus atuais desafios. Assim, sem reproduzir dinâmicas que a fragilizem e de modo a honrar sua trajetória histórica, abrem-se caminhos para consolidar e adequar sua implementação às condições, necessidades e demandas atuais das mulheres brasileiras. Nesse sentido, refletir sobre o desmonte promovido — e a reconstrução necessária — da PNAISM implica reconhecer que a sustentabilidade da política de saúde das mulheres depende do fortalecimento de suas capacidades estatais e de uma sociedade política, técnica e academicamente engajada que seja capaz de assegurar que o Estado brasileiro garanta a todas as mulheres o direito de acesso a uma saúde integral com enfoque de gênero, humanizada e de qualidade e que considere suas diversas especificidades.

REFERÊNCIAS

- Almeida, Daniella. Conferência de mulheres aprova propostas de políticas públicas. Brasília, DF: Agência Brasil, 2025. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2025-10/conferencia-de-mulheres-aprova-propostas-de-politicas-publicas>>. Acesso em: 28 out. 2025.
- Almeida, João Paulo; Amaral, Maria Virgínia. A relação entre a imprensa, o acontecimento discursivo do golpe-impeachment e o desmonte das políticas públicas. *Revista da Abralín*, v. 19, n. 3, p. 429-454, 2020.
- Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. (trad.) Luís Antero Rero e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- Bauer, Michael; Knill, Christoph. A conceptual framework for the comparative analysis of policy change: measurement, explanation and strategies of policy dismantling. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 16, n. 1, p. 28-44, 2014.
- Bauer, Michael; Knill, Christoph. Understanding policy dismantling: an analytical framework. In: Bauer, Michael W. *et al.* (eds.). *Dismantling public policy: preferences, strategies and effects*. Oxford: Oxford University Press, p. 30-51, 2012.
- Bauer, Michael *et al.* (eds.). *Dismantling public policy: preferences, strategies and effects*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Bauer, Michael; Becker, Stefan. Democratic backsliding, populism, and public administration. *Perspectives on Public Management and Governance*, v. 3, n. 1, p. 19-31, 2020.
- Bauer, Michael *et al.* (eds.). *Democratic backsliding and public administration: how populists in government transform state bureaucracies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
- Baumgartner, Frank; Jones, Bryan. *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.
- BBC News Brasil. Crise financeira: um colapso que ameaçou o capitalismo. BBC News Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55966588>>. Acesso em: 18 set. 2025.
- BBC News Brasil. Dilma determina suspensão de material de kit contra a homofobia. BBC News Brasil, 2011. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/05/110525_brasil_homofobia_rp>. Acesso em: 15 nov. 2025.
- Benites, Afonso. Rombo nas contas provoca cortes em saúde, educação e programas sociais. Brasília: El País, 2015. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/01/politica/1441064251_785364.html>. Acesso em: 13 nov. 2025

Biroli, Flávia; Tatagiba, Luciana; Quintela, Débora Françolin. Reações à igualdade de gênero e ocupação do Estado no governo Bolsonaro (2019-2022). Campinas: Revista Opinião Pública, v. 30, p. 1-32, 2024.

Bonet-Martí, Jordi. Los antifeminismos como contramovimiento: una revisión bibliográfica de las principales perspectivas teóricas y de los debates actuales. Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales, 18(1), p. 61-71, 2021.

Bowen, Glenn. Document Analysis as a Qualitative Research Method. Qualitative Research Journal, vol. 9, no. 2, p. 27-40, 2009.

Branco, Mariana. Ações do governo Temer estarão baseadas no documento “Uma ponte para o futuro”. Brasília, DF: Agência Brasil, 2016. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2016-05/acoes-do-governo-temer-estarao-baseadas-no-documento-uma-ponte-para-o>>. Acesso em: 15 nov. 2025.

Brandão, Elaine Reis; Cabral, Cristiane da Silva. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil. Sexual and Reproductive Health Matters, v. 27, nº 2, p. 76-86, 2019.

Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão aprova projeto que cria Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Agência Câmara de Notícias, Brasília, 2025a. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/1127625-comissao-aprova-projeto-que-cria-politica-nacional-de-atencao-a-saude-da-mulher/>>. Acesso em: 21 dez. 2025.

Brasil. Fundo Nacional de Saúde. Modalidades de Transferência. Brasília: Fundo Nacional de Saúde (FNS), [s.d.]. Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/modalidades-de-transferencia/>>. Acesso em: 13 nov. 2025.

Brasil. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 26 nov. 2025.

Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF: Presidência da República, 2013c. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm>. Acesso em: 7 nov. 2025.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 23 set. 2025.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 23 set. 2025.

Brasil. Mato Grosso do Sul. Governo do Estado. Organismos de Políticas para Mulheres. Campo Grande, MS: Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.naosecale.ms.gov.br/organismos-de-politicas-para-mulheres/>>. Acesso em: 9 dez. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. A saúde integral da mulher é prioridade absoluta do Ministério da Saúde, afirma Padilha em primeira reunião no Congresso Nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/a-saude-integral-da-mulher-e-prioridade-absoluta-do-ministerio-da-saude-afirma-padilha-em-primeira-reuniao-no-congresso-nacional>>. Acesso em: 21 dez. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Mulher. Nota Técnica nº 12/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/505116/>>. Acesso em: 8 dez. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas em Saúde Comunitária. Nota Técnica nº 65/2022 – DECIV/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2206412>. Acesso em: 8 dez. 2025.

Brasil. Ministério das Mulheres. Casa da Mulher Brasileira: atendimento integral e humanizado para mulheres em situação de violência. Brasília: Ministério das Mulheres (MMulheres), [s.d.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/casa-da-mulher-brasileira>>. Acesso em: 7 nov. 2025.

Brasil. Ministério das Mulheres. Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, 2024a. Disponível em: <<https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conferencias-nacionais-de-politicas-para-mulheres>>. Acesso em: 28 out. 2025.

Brasil. Ministério das Mulheres. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/mulheres/pt-br/observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero>>. Acesso em: 23 set. 2025.

Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. A mulher no orçamento: 2024 ano base 2023. Brasília, DF: Ministério do Planejamento e Orçamento, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/paginas/2024_05_16- a mulher orcamento 2023.pdf>. Acesso em: 14 out. 2025.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Programa ‘Mulher, Viver sem Violência’. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/programa-mulher-viver-sem-violencia>>. Acesso em: 7 nov. 2025.

Braun, Julia. 13 de junho de 2013: a noite que durou 10 anos. BBC News Brasil, 2023. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/articles/c0j5125089do>>. Acesso em: 18 set. 2025.

Carlos, Euzeneia; Pereira, Matheus; Rodrigues, Cristiano. Desmonte de políticas públicas no governo Bolsonaro: políticas para mulheres, de igualdade racial e para LGBTQIA+ em perspectiva comparada. São Paulo: Lua Nova, 124, e124044ec, p. 1-44, 2025.

Carneiro, Tânia *et al.* O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v. 38, n. 102, p. 429-439, 2014.

Cavalcante, Pedro Luiz. Dirigindo na contramão: expansão e desmonte da política de inovação no Brasil. In: Gomide, Alexandre de Ávila; Silva, Michelle Morais de Sá; Leopoldi; Maria Antonieta (edit.). Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022). Brasília: IPEA: INCT/PPED, p. 287-317, 2023.

Cingolani, Luciana. The role of state capacity in development studies. *Journal of Development Perspectives*, vol. 2:1-2, p. 88-114, 2018.

Corrêa, Sonia; Kalil, Isabela. Política antigênero em América Latina: Brasil. *Gênero & Política em América Latina (G&PAL)*. Observatorio de Sexualidad y Política (SPW), 2020.

Cury, Carlos Roberto. A educação sob o governo Bolsonaro: entre o desmonte e a resistência. In: Faria, Carlos Aurélio; Lima. Luciana (org.). *As políticas públicas do governo Bolsonaro: desmonte, resiliência e refundação*. Porto Alegre: Jacarta Produções, p. 135-155, 2024.

Faludi, Susan. *Backlash: the undeclared war against american women*. New York: Crown Publishers, 1991.

Faria, Carlos Aurélio Pimenta; Lima. Luciana Leite (org.). *As políticas públicas do governo Bolsonaro: desmonte, resiliência e refundação*. Porto Alegre: Jacarta Produções, 2024.

Faria, Carlos Aurélio; Casarões, Guilherme; Lopes, Dawisson. A política externa do governo Bolsonaro: refundação, resistência e resiliência. In: Faria, Carlos Aurélio; Lima. Luciana (org.). *As políticas públicas do governo Bolsonaro: desmonte, resiliência e refundação*. Porto Alegre: Jacarta Produções, p. 225-252, 2024.

Fernandes, Priscila *et al.* Puericultura no Brasil: definição, história e conquistas. São Paulo: Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n 6, 2023.

Freitas, Giselle *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, 11(2), p. 424-428, 2009.

Gomide, Alexandre de Ávila; Silva, Michelle Morais de Sá; Leopoldi; Maria Antonieta (edit.). Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022). Brasília: IPEA: INCT/PPED, 2023.

Gomide, Alexandre; Pereira, Ana Karine; Machado, Raphael. O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. Goiânia: Sociedade e Cultura, v.20, n.1, p. 3-12, 2017.

Gomide, Alexandre. Capacidades estatais para políticas públicas em países emergentes: (des)vantagens comparativas do Brasil. In: Gomide, Alexandre; Boschi, Renato (orgs.). Capacidades estatais e democracia: a perspectiva dos países em desenvolvimento. Brasília: Ipea, p. 15-47, 2016.

Graff, Agnieszka; Korolczuk, Elżbieta. Introduction: the demonization of “gender” and the crisis of democracy. In: Graff, Agnieszka; Korolczuk, Elżbieta. Anti-gender politics in the populist moment. Routledge Studies in Gender, Sexuality and Politics, p. 1-14, 2022.

Henrique, Layane. Estatuto do nascituro: o que é e por que gera polêmica. Politize!, 2022. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/estatuto-do-nascituro/>>. Acesso em: 26 nov. 2025.

HIAE. Misoprostol: entenda o que é e para que serve esse medicamento. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2025. Disponível em: <<https://www.einstein.br/n/vida-saudavel/misoprostol-entenda-o-que-e-e-para-que-serve-esse-medicamento>>. Acesso em: 7 nov. 2025.

Irving, Marta; Oliveira, Elizabeth; Lima, Marcelo Augusto. A agenda de biodiversidade em risco? Decodificando tendências de políticas públicas de proteção da natureza no Brasil. In: Gomide, Alexandre de Ávila; Silva, Michelle Morais de Sá; Leopoldi; Maria Antonieta (edit.). Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022). Brasília: IPEA: INCT/PPED, p. 185-214, 2023.

Jordan, Andrew *et al.* Policy dismantling. Journal of European Public Policy, 20(5), p. 795-805, 2013.

Junqueira, Rogério Diniz. A invenção da “ideologia de gênero”: um projeto reacionário de poder. Brasília: LetrasLivres, 2022.

Kingdon, John W. Agendas, alternatives, and public policies. 2. ed. New York: Harper Collins College Publishers, 1995 [1st edition 1984]).

Kripka, Rosana Maria Luvezute; Scheller, Morgana; Bonotto, Danusa de Lara. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características da Pesquisa Qualitativa. IN:

Costa, António Pedro; Castro, Paulo Alexandre; Rodrigues, Sanny; Pais, Sónia; Linhares, Ronaldo Nunes (orgs). Atas do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e do 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação: Investigação Qualitativa na Educação. Aracaju: 4º CIAIQ/6º SIMEDUC, p. 243-247, 2015.

Lima, Claudia; Deslandes, Suely. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.3, p.787-800, 2014.

Machado, José Angelo; Jerônimo, Mauro Lúcio. The Unified Health System at risk and the sequelae of the Bolsonaro era. In: Sátyro, Natália (edit.). *Social policies in times of austerity and populism: lessons from Brazil.* New York: Routledge, p. 158-180, 2024.

Machado, Maria das Dores Campos. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. *Brasília: Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 7, p. 25-54, 2012.

Madeira, Alberto Pereira; Débora, Diniz. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), p. 563-572, 2016.

Mahoney, James; Thelen, Kathleen. A Theory of Gradual Institutional Change. In: Mahoney, James; Thelen, Kathleen (edit.). *Explaining Institutional Change: ambiguity, agency, and power.* Cambridge University Press, p. 1-37, 2009.

Mano, Maíra Kubík; Macêdo, Márcia Santos. Direitos reprodutivos, um dos campos de batalha do golpe. In: Rubim, Linda; Argolo, Fernanda (orgs.). *O golpe na perspectiva de gênero.* Salvador: EDUFBA, p. 85-103, 2018.

Maracci, João Gabriel; Prado, Marco Aurélio Máximo. Ofensivas antigênero e a depuração dos direitos humanos como política de Estado no Brasil. *Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 22, p. 1372-1392, 2022.

Mariano, Ricardo. Mudanças no campo religioso brasileiro no censo de 2010. *Debates do NER*, Porto Alegre, ano 14, n. 24, p. 119-137, 2013.

Marinho, André. Escola Sem Partido: um misto de inquisição e Macarthismo. *Central Única dos Trabalhadores (CUT)*, 2016. Disponível em: <<https://www.cut.org.br/artigos/escola-sem-partido-um-misto-de-inquisicao-e-macarthismo-a-55a>>. Acesso em: 18 set. 2025.

Medeiros, Patrícia; Guareschi, Neuza Maria. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Florianópolis: Estudos Feministas*, 17(1):296, p. 31-48, 2009.

Menicucci, Telma. A política de saúde no governo Bolsonaro: desmonte ou mudança institucional? In: Faria, Carlos Aurélio Pimenta; Lima, Luciana Leite (orgs.). *As políticas públicas do governo Bolsonaro: desmonte, resiliência e refundação.* Porto Alegre: Jacarta Produções, p. 99-134, 2024.

Miskolci, Richard; Campana, Maximiliano. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Revista Sociedade e Estado*, 32(3), p. 725-747, 2017.

Peters, Guy B.; Zittoun, Philippe. Introduction. In: Peters, Guy B.; Zittoun, Philippe (eds.). Contemporary approaches to public policy: theories, controversies and perspectives. London: Palgrave Macmillan, p. 18-31, 2016.

Pierson, Paul. Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Política of Retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

Real-Dato, José. Mechanisms of Policy Change: A proposal for a synthetic explanatory framework. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 11:1, p. 117-143, 2009.

REF. Almanaque d'Elas. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS), 2016. Disponível em: <https://redesaude.org.br/books/almanaque-delas/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

RFS. Apresentação. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS), [s.d.]a. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/institucional/>. Acesso em: 23 set. 2025.

RFS. Linha do Tempo dos 30 Anos da Rede Feminista de Saúde. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS), [s.d.]b. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 23 set. 2025.

Roggeband, Conny; Krizsán, Andrea. Democratic backsliding and the backlash against women 's rights: understanding the current challenges for feminist politics. UN Women, Discussion Paper, 2020.

Rosa, Hevelyn; Cabral, Cristiane. Mulheres de família: moralidades sexuais e reprodutivas das políticas públicas de saúde. *Boa Vista: Boletim de Conjuntura*, ano VI, v. 17, nº51, p. 696-718, 2024.

Rosa, Hevelyn; Cabral, Cristiane. Uma cidadania da fertilidade: as políticas de saúde da mulher como tecnologias de produção do sexo e do gênero. *São Paulo: Saúde e Sociedade*, v. 32, nº 2, 2023.

Rosa, Hevelyn. Políticas do Feminino: saúde, sexo, gênero. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

Sabatier, Paul A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences*, v.21, p. 129-168, 1988.

Sabatier, Paul A. Knowledge, policy-oriented learning, and policy change: an advocacy coalition framework. *Knowledge*, 8(4), p. 649-692, 1987.

Sabatier, Paul A.; Jenkins-Smith, Hank C. (edit.). Policy change and learning: an advocacy coalition approach. Boulder, CO: Westview Press, 1993.

Sátyro, Natália; D'Albuquerque, Raquel Wanderley. O que é um Estudo de Casos e quais são suas potencialidades? *Revista Sociedade e Cultura*, v. 23, 2020.

Sátyro, Natália. Conclusion: policies dismantling and system retrenchment. In: Sátyro, Natália (edit.). *Social policies in times of austerity and populism: lessons from Brazil*. New York: Routledge, p. 353-381, 2024.

Scott, Joan W. Gender: a useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, v. 91, n. 5, p. 1053-1075, 1986.

Serrano, Fernando. *Políticas antigênero em América Latina: resúmenes de los estudios de caso nacionales*. Rio de Janeiro: Observatorio de Sexualidad y Política (SPW); Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), 2021.

Sicsu, João. Ajuste fiscal e de ideias. *Carta Capital*, 2015. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaio/ajuste-fiscal-e-de-ideias-9837-html/>>. Acesso em: 18 set. 2025.

Souto, Kátia; Moreira, Marcelo Rasga. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres*. Rio de Janeiro: *Saúde Debate*, v. 45, nº 130, p. 832-846, 2021.

Tokarski, Carolina *et al.* De política pública à ideologia de gênero: o processo de (des)institucionalização das políticas para as mulheres de 2003 a 2020. Texto para discussão (TD) 2866. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2023a.

Tokarski, Carolina *et al.* De política pública à ideologia de gênero: o processo de (des)institucionalização das políticas para as mulheres de 2003 a 2020. In: Gomide, Alexandre; Silva, Michelle; Leopoldi, Maria Antonieta (eds.). *Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022)*. Brasília: IPEA: INCT/PPED, p. 321-356, 2023b.

Uip, David. *Organizações Sociais na saúde pública*. CNN Brasil, 2024. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/colunas/david-uip/saude/organizacoes-sociais-na-saude-publica/>>. Acesso em: 15 nov. 2025.

Yin, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (trad.) Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2ª ed., 2001.

Zanatta, Luiz Fabiano *et al.* Igualdade de gênero: por que o Brasil vive retrocessos? Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 8, p. 1-6, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - LISTA DE REFERÊNCIAS DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA DOCUMENTAL

Bolsonaro, Jair Messias. O caminho da prosperidade: proposta de plano de governo. 2018.

Disponível em:

<<https://veja.abril.com.br/wp-content/uploads/2018/10/plano-de-governo-jair-bolsonaro.pdf>>.

Acesso em: 06 out. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Fortalecer a defesa do SUS com a participação e a força das mulheres: Cismu - Comissão Intersectorial de Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/2a-cnsdm/cartilha-fortalecer-a-defesa-do-sus-com-a-participacao-e-a-forca-das-mulheres-cismu.pdf>>. Acesso

em: 10 out. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.228, de 1º de julho de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). 2022a.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html>. Acesso

em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Cegonha. 2011a. Disponível

em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso

em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde - PNS 2016-2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2016_2019_30032015_final.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde - PNS 2020-2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf>. Acesso

em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde - PNS 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em:

<https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso

em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher: Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007. Resumo de Atividades 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1 ed., 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1 ed., 2004a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres: Saúde das mulheres: desafios para a integralidade com equidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Saude_Direitos_Mulheres_II/2cnsmu_docorientador.pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.. 2022b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11098.htm>. Acesso em: 29 out. 2025.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. 2011d. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm>. Acesso em: 29 out. 2025.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.797, de 30 de agosto de 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm>. Acesso em: 29 out. 2025.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.064, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. 2013a. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 29 out. 2025.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2016c. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8901.htm>. Acesso em: 29 out. 2025.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2019. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9795.htm>. Acesso em: 29 out. 2025.

Brasil. Presidência da República. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM - e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, 2015. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b.

Disponível em:

<https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/arquivo33_pnpm.pdf>. Acesso em: 30 set. 2025.

Gazeta do Povo. Em busca do voto cristão, Dilma assina carta ambígua. Curitiba: Gazeta do Povo, 2010. Disponível em:

<<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/eleicoes/2010/em-busca-do-voto-cristao-dilma-assina-carta-ambigua-19oia61mtsro40yxaeun2nny/>>. Acesso em: 06 out. 2025.

PMDB. A travessia social: uma ponte para o futuro. Fundação Ulysses Guimarães, Partido do Movimento Democrático Brasileiro, 2016. Disponível em:

<https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/TRAVESSIA%20SOCIAL%20-%20PMDB_LIVRETO_PNTE_PARA_O_FUTURO.pdf>. Acesso em: 06 out. 2025.

PMDB. Uma ponte para o futuro. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, Partido do Movimento Democrático Brasileiro, 2015. Disponível em:

<https://www.mdb-rs.org.br/fl_adm/uploads/documentos/Uma_ponte_para_o_futuro.pdf>. Acesso em: 06 out. 2025.

Rousseff, Dilma. Programa de Governo Dilma Rousseff: Mais Mudanças, Mais Futuro. Partido dos Trabalhadores (PT), 2014. Disponível em:

<https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acervo/Programa-de-governo-presidencia_2014.pdf>. Acesso em: 06 out. 2025.

Rousseff, Dilma. Programa de Governo Dilma Rousseff: Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira. Partido dos Trabalhadores (PT), 2010. Disponível em:

<https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acervo/Programa-de-governo-presidencia_2010.pdf>. Acesso em: 06 out. 2025.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Discente pesquisadora: Lorena Ávila Soares Fonseca

Docente orientador: Prof. Dr. José Angelo Machado

Programa: Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGCP)

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Título do projeto: Ofensiva antigênero, neoliberalismo e o desmonte da política de saúde das mulheres no Brasil (2011-2022).

Público-alvo: Servidores(as) do Ministério da Saúde e/ou demais atores que atuaram na formulação, implementação e/ou gestão da política de saúde para mulheres ao longo dos três governos analisados.

Objetivo: O objetivo da pesquisa é analisar a trajetória da política de saúde para mulheres no Brasil entre 2011 e 2022 e a existência ou não do seu desmonte, com foco nas continuidades e rupturas de suas capacidades estatais durante os governos de Dilma Rousseff, Michel Temer e Jair Bolsonaro. A pesquisa se concentra na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerando fatores *regulatórios*, *burocráticos*, *fiscais* e *político-relacionais* que possam subsidiar o entendimento das condições, estratégias e efeitos do desmonte, caso este seja confirmado.

Roteiro semiestruturado: Este roteiro conta com 24 perguntas pré-definidas, que foram elaboradas com base nos conceitos e dimensões analíticas que fundamentam a pesquisa. O roteiro está dividido em 6 blocos, sendo eles: (1) introdução; (2) *capacidade regulatória*; (3) *capacidade burocrática*; (4) *capacidade fiscal*; (5) *capacidade político-relacional*; e (6) considerações finais. Por se tratar de um roteiro semiestruturado — que combina diretrizes previamente definidas com abertura à escuta —, é flexível e permite que outras perguntas com formato semelhante possam ser incluídas no decorrer da entrevista caso surjam tópicos relevantes não mapeados previamente. O(a) entrevistado(a) terá total liberdade para abordar tópicos que considerar pertinentes, mesmo que não estejam contemplados originalmente no roteiro, assim como para recusar ou interromper a entrevista a qualquer momento, sem necessidade de justificativa ou prejuízo algum.

FICHA DA ENTREVISTA

Nome da pesquisadora:	
Nome do entrevistado:	
Área de formação do entrevistado:	
Instituição atual do entrevistado:	
Função/cargo atual do entrevistado:	
Local e data:	
Formato da entrevista:	
Duração da gravação:	
Código de identificação da entrevista:	

BLOCO 1: INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação e alinhamentos iniciais

Prezado(a) participante, meu nome é Lorena Ávila Soares Fonseca, sou mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob orientação do Prof. Dr. José Angelo Machado. Estou desenvolvendo uma pesquisa que investiga as continuidades e rupturas das capacidades estatais da política de saúde das mulheres entre 2011 e 2022, com foco na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A entrevista será conduzida com base em um roteiro semiestruturado, com duração aproximada entre 60 e 90 minutos, e tem como objetivo compreender as transformações institucionais, políticas e técnicas da política ao longo do período. As informações compartilhadas serão tratadas com sigilo e confidencialidade. Você terá liberdade para recusar qualquer pergunta e poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Com sua autorização, a entrevista será gravada para fins de transcrição e análise acadêmica.

1. Você tem alguma dúvida sobre a pesquisa ou sobre os objetivos da entrevista antes de começarmos?

1.2 Informações do entrevistado

2. Para começarmos, você poderia se apresentar brevemente, comentando sobre sua trajetória de formação e profissional?
 - a. Probe: Você poderia contar brevemente sobre sua trajetória profissional dentro do Ministério da Saúde? Há quanto tempo atua (ou atuou) na instituição e em quais áreas esteve vinculado(a)?
3. Em que momento da sua trajetória, e a partir de qual instituição, você passou a ter relação com a política de saúde para mulheres, especialmente com a PNAISM? Qual era sua função, cargo ou posição formal no período em que esteve vinculado(a) à política?
 - a. Probe: Você acompanhou a política de saúde para mulheres em mais de uma gestão federal? Em quais anos, instituições e funções você teve contato direto com essa política?
 - b. Probe: Em algum momento você já foi vinculado(a) à Área Técnica de Saúde da Mulher?

BLOCO 2: CAPACIDADE REGULATÓRIA

4. Quais foram as principais portarias e normas técnicas que marcaram a política de saúde para mulheres entre 2011 e 2022?
 - a. Probe: Você percebeu alguma alteração na lógica regulatória da política de saúde para mulheres entre os três governos do período? Quais foram os efeitos práticos?
 - b. Probe: Houve algum momento em que se tentou revogar ou substituir normas específicas da PNAISM? Quais normas foram estas? Quais as justificativas apresentadas?
5. Com relação a documentação de 2004 que regulamenta a política (Princípios e Diretrizes e Plano de Ação 2004-2007), ela foi atualizada posteriormente? Além disso, em 2015, foi produzido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres um plano de

monitoramento e acompanhamento da PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; esse monitoramento foi implementado?

6. Como a PNAISM se articula com as demais ações e programas voltados à saúde das mulheres? Todas elas estão subordinadas a PNAISM ou existem iniciativas que funcionam de forma paralela? E como você avalia a relação entre os objetivos, princípios e diretrizes da PNAISM com essas outras ações e programas?
 - a. Probe: Quais outras ações e programas foram promovidas no âmbito da saúde das mulheres entre 2011 e 2022? E como você avalia a relação entre as diretrizes da PNAISM e essas políticas/programas? Elas coexistiam ou competiam?

BLOCO 3: CAPACIDADE BUROCRÁTICA

7. Houve mudanças relevantes no nível hierárquico ou nas atribuições formais da Área Técnica de Saúde da Mulher no MS entre as gestões Dilma, Temer e Bolsonaro? Ela foi extinta em algum momento? Como essas mudanças influenciaram sua capacidade de atuação na PNAISM?
 - a. Probe: Como a posição da Área Técnica de Saúde da Mulher no organograma do Ministério da Saúde influenciava sua capacidade de atuação na PNAISM?
8. Como você descreveria o tamanho e a qualificação técnica da equipe envolvida com a PNAISM no MS ao longo dos três governos? Houve alguma redução ou reestruturação significativa?
9. Alguma outra Área ou Departamento também foi responsável direto pela PNAISM no período além da Área Técnica de Saúde da Mulher? Qual o seu papel na política?
10. Quais foram os principais instrumentos de gestão e coordenação federal da PNAISM entre 2011 e 2022?
11. Quais eram as responsabilidades da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) em relação a PNAISM? Entre 2011 e 2022, em algum momento existiu dentro da SPM, uma área ou coordenação específica voltada à gestão ou acompanhamento da política? Como se dava a articulação dessa área com o MS?

BLOCO 4: CAPACIDADE FISCAL

12. A execução orçamentária da PNAISM refletia suas prioridades e metas? Como?
13. Em algum momento, você identificou contingenciamento ou cancelamento de verbas específicas para a PNAISM?
 - a. Probe: A PNAISM teve orçamento próprio, vinculado diretamente à sua implementação até 2016 pela ação 6175 da LOA. Considerando que a política não foi extinta mas sua Ação Orçamentária sim, sendo financiada a partir de Planos Orçamentários a partir de 2017. Isso teve algum efeito sobre a PNAISM? Quais as principais diferenças antes e depois de 2017?
 - b. Probe: Os recursos destinados à PNAISM costumavam ser integralmente executados? Houve variações entre os governos?
14. O que compõe o orçamento da política de saúde das mulheres para além do orçamento destinado às ações específicas da PNAISM (6175) e da RC (20R4) na LOA?
 - a. Probe: Houve disputa orçamentária entre a PNAISM e outras ações de saúde para mulheres, como a Rede Cegonha por exemplo? Como essa priorização era definida?
 - b. Probe: Sendo a Rede Cegonha parte da PNAISM, porque é o único programa de saúde das mulheres com Ação Orçamentária própria/diferente da PNAISM?
15. Houve impacto direto do ajuste fiscal do governo Dilma e da EC nº 95/2016 do governo Temer e Bolsonaro sobre o financiamento da política de saúde para mulheres? Se sim, a política de saúde das mulheres como um todo sofreu perdas orçamentárias maiores ou mais rápidas do que outras áreas da saúde? E especificamente a PNAISM?
 - a. Probe: Quais estratégias foram utilizadas para garantir recursos à política em contextos de austeridade?
16. Durante a pandemia de Covid-19, como as mudanças no volume e na priorização do orçamento do SUS se refletiram no orçamento da PNAISM?

BLOCO 5: CAPACIDADE POLÍTICO-RELACIONAL

17. Quais eram os principais espaços de interlocução do governo com os grupos de interesse em torno da política de saúde das mulheres? E nesses espaços, quais grupos (internos e externos ao MS) influenciaram mais diretamente a política nesse período?
 - a. Probe: Ocorreram mudanças na interlocução entre governo e sociedade civil nas gestões Dilma, Temer e Bolsonaro? Como foi a relação da política com movimentos feministas e organizações da sociedade civil? E com os grupos religiosos, especialmente os evangélicos?
18. Houve influência de organismos internacionais, tratados multilaterais ou recomendações de entidades como a ONU ou o Vaticano sobre a formulação, implementação ou reformulação da política de saúde para mulheres? Como esses atores e agendas internacionais se relacionavam com a política e o MS?
19. Como o alinhamento político dos governos influenciou as decisões sobre a PNAISM?
 - a. Probe: A política de saúde para mulheres foi usada como instrumento de disputa ideológica em algum momento? Como isso se manifestou?
 - b. Probe: Houve pressão política (direta ou indireta) para a reformulação ou esvaziamento da PNAISM? De onde ela vinha?

BLOCO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS

20. Durante a pandemia de Covid-19, você percebeu alguma mudança significativa na condução ou nas diretrizes da PNAISM? Poderia exemplificar?
21. Como você avalia a trajetória da política de saúde para mulheres no Brasil ao longo dos últimos três governos? Houve continuidade, reformulação ou desmonte?
 - a. Probe: Quais capacidades estatais da PNAISM foram mais fragilizadas e quais foram mais preservadas ao longo do período analisado?
22. Se você pudesse destacar um aprendizado a partir desse ciclo de mudanças, qual seria? E quais desafios você acredita que a política venha enfrentando após esse período?

23. Gostaria de acrescentar algo que não foi abordado ao longo da entrevista, mas que você considera relevante para compreender a trajetória da política de saúde para mulheres no período analisado?
24. Você teria outra pessoa para me indicar para uma entrevista?
- a. (Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Rede Feminista de Saúde, Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) no Conselho Nacional de Saúde, etc.).

Finalização e agradecimentos: Agradeço imensamente pela sua disponibilidade em participar desta pesquisa e por compartilhar suas reflexões e experiências. Sua contribuição é fundamental para aprofundar a compreensão sobre a trajetória da política de saúde para mulheres no Brasil. Reforço que sua identidade será preservada em todas as etapas do estudo, e as informações fornecidas serão utilizadas de forma anônima e confidencial. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado por e-mail para assinatura, conforme previsto pelas normas de ética em pesquisa. Caso tenha interesse, você poderá solicitar a qualquer momento o acesso aos dados que dizem respeito à sua participação, bem como aos resultados gerais da pesquisa quando disponíveis. Fico à disposição para quaisquer dúvidas futuras e reitero meus agradecimentos pela colaboração.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Ofensiva antigênero, neoliberalismo e o desmonte da política de saúde das mulheres no Brasil (2011-2022)

Discente Pesquisadora: Lorena Ávila Soares Fonseca

Docente Orientador: Prof. Dr. José Angelo Machado

Programa: Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGCP)

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem duas partes:

Parte I: Folha de informações (para compartilhar informações sobre a pesquisa com você)

Parte II: Declaração de consentimento (para assinaturas se você concordar em participar)

Você receberá por e-mail uma via do TCLE completo e assinado.

PARTE I: Folha de Informações

1. Apresentação

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa de dissertação, conduzida no âmbito do mestrado em Ciência Política da UFMG. O objetivo do estudo é analisar a trajetória da política de saúde para mulheres no Brasil entre 2011 e 2022 e a existência ou não do seu desmonte, com foco nas continuidades e rupturas das capacidades estatais da política durante os governos Dilma Rousseff, Michel Temer e Jair Bolsonaro. A pesquisa se concentra na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerando dimensões *regulatórias*, *burocráticas*, *fiscais* e *político-relacionais*.

2. Metodologia da pesquisa

Esta pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa, baseada em um estudo de caso longitudinal da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) entre 2011 e 2022. Para coleta das informações, pretende-se uma triangulação de dados entre referências bibliográficas, dados orçamentários, documentos e entrevistas. Nesse sentido, uma das principais estratégias metodológicas será a realização de entrevistas semiestruturadas com servidores(as) do Ministério da Saúde e/ou demais atores que atuaram na formulação, implementação e/ou gestão da política de saúde para mulheres ao longo dos três governos analisados.

Rubrica do participante	
Rubrica do pesquisador	

Esse tipo de entrevista combina perguntas previamente definidas com flexibilidade para que você compartilhe livremente informações, experiências e percepções que considere relevantes, mesmo que não estejam diretamente contempladas nas perguntas. O roteiro de entrevista foi construído a partir de quatro dimensões de análise das capacidades estatais relacionadas à política de saúde para mulheres: *regulatória*, *burocrática*, *fiscal*, *político-relacional*. As entrevistas visam compreender as percepções dos envolvidos com a política e coletar informações técnicas sobre a estrutura institucional, seu funcionamento, relações e diretrizes, bem como identificar continuidades, rupturas e estratégias de desmonte ao longo do período estudado. A seleção dos(as) participantes está sendo realizada por amostragem do tipo "bola de neve" e, assim como você foi indicado(a), sinta-se à vontade para indicar outros possíveis entrevistados(as).

3. Procedimentos da entrevista

Sua participação consistirá em conceder uma entrevista a partir de um roteiro semiestruturado, com duração estimada entre 60 e 90 minutos. A entrevista será realizada presencialmente ou por videoconferência na plataforma *Google Meet*, conforme sua preferência e disponibilidade. Com sua autorização, a conversa será gravada e/ou filmada, exclusivamente para fins de transcrição e análise acadêmica. O roteiro servirá como orientação geral para a coleta de dados, com foco em quatro dimensões analíticas centrais à pesquisa: *capacidade regulatória*, *burocrática*, *fiscal* e *político-relacional* da política de saúde para mulheres. A estrutura do roteiro de entrevista está organizada em blocos temáticos, iniciando com perguntas sobre seu histórico profissional e trajetória institucional no Ministério da Saúde, passando pelos blocos correspondentes às quatro dimensões analíticas e encerrando com um momento final para considerações gerais. Se você se sentir desconfortável com qualquer pergunta da entrevista, não é necessário respondê-la.

4. Riscos e desconfortos

Os riscos envolvidos referem-se, primeiramente, à possibilidade de desconforto ao comentar sobre temas sensíveis para o(a) entrevistado(a). Para mitigar esse risco, sua participação será inteiramente voluntária, podendo ser recusada ou interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificativa ou prejuízo algum.

Rubrica do participante	
Rubrica do pesquisador	

Além disso, todas as informações fornecidas serão tratadas com sigilo e confidencialidade, com anonimização dos dados e armazenamento seguro dos registros, sendo os resultados obtidos utilizados apenas da maneira e de acordo com os propósitos esclarecidos neste documento. Nenhuma informação que permita a sua identificação será divulgada, e será garantido o direito de não responder a perguntas que você não se sinta confortável em abordar. Ademais, existe também o risco de possíveis falhas de segurança das plataformas virtuais utilizadas e que fogem ao controle dos pesquisadores. A fim de minimizar esse risco, nos comprometemos a analisar cuidadosamente a plataforma em que os dados serão armazenados, sopesando-os com as possibilidades financeiras da pesquisa. Em casos de uma eventual falha de segurança, comunicaremos imediatamente às autoridades competentes. Por fim, conforme a Resolução nº 466/2012, quaisquer danos associados ou decorrentes da pesquisa serão indenizados por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, garantindo a cobertura material para a reparação do dano eventualmente causado.

5. Confidencialidade e sigilo

Todas as informações coletadas serão tratadas com rigorosa confidencialidade. Sua identidade será preservada e os dados serão anonimizados, garantindo total confidencialidade das informações compartilhadas. As transcrições das entrevistas serão codificadas, e os dados serão armazenados com segurança, acessíveis apenas à pesquisadora e ao seu orientador.

6. Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados em trabalhos acadêmicos e científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e outros eventos do tipo, tais como: monografias, dissertações, teses, resumos expandidos, resumos simples, artigos científicos, capítulos de livros, apresentações em Grupos de Trabalho, workshops, palestras e mesas redondas. Ademais, os pesquisadores encaminharão os resultados e fornecerão informações deste trabalho aos participantes que manifestarem interesse, respeitando-se os limites éticos e as etapas previstas para a pesquisa.

Rubrica do participante	
Rubrica do pesquisador	

7. Esclarecimentos e contatos

Em caso de dúvidas gerais sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Lorena Ávila Soares Fonseca pelo telefone (31) 98729-1866 ou pelo e-mail lorenaavilasfufmg@gmail.com, bem como com o orientador José Angelo Machado pelo telefone (31) 99613-1907 ou pelo e-mail joseangelo@fafich.ufmg.br.

Em caso de dúvidas éticas, você poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, situado no 2º andar da Unidade Administrativa II, sala 2005, no Campus da UFMG – Avenida Antônio Carlos, nº 6627, Bairro Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG., telefone (31) 3499-4592 e e-mail coep@prpq.ufmg.br, nos horários de atendimento de 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00.

PARTE II: Declaração de Consentimento

Eu, _____, declaro que li as informações acima (ou elas foram lidas para mim). Declaro também que tive a oportunidade de fazer perguntas a respeito do projeto e todas as questões que fiz foram respondidas de forma clara. Assim, confirmo meu consentimento voluntário para a entrevista proposta, bem como a gravação para fins de transcrição e análise, com garantia de sigilo e confidencialidade dos meus dados e entendendo que tenho o direito de me retirar a qualquer momento, sem que esta decisão tenha qualquer consequência sobre mim.

Informo que este é o endereço de e-mail através do qual desejo receber minha via assinada do TCLE: _____

Local e data: _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador