



Enquadramentos das políticas públicas de saúde para as mulheres ribeirinhas no Brasil

Ana Beatriz Barroso Mota¹ , Breno de Oliveira Ferreira^{2*} 

RESUMO

Este estudo buscou discutir os enquadramentos das políticas públicas de saúde para as mulheres ribeirinhas no Brasil, em concordância com as demandas apresentadas pelo movimento feminista no decorrer da história, transitando pela trilha histórica das discussões voltadas para o cuidado à saúde dessas mulheres. Fundamentado a partir das análises dos sete documentos selecionados, a partir dos conceitos de interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva, buscou-se compreender o movimento de políticas públicas para mulheres ribeirinhas e seus atravessamentos a partir de quatro eixos principais: integridade corporal, autonomia pessoal, diversidade, barreiras geográficas (deslocamento e localização) e barreiras sociais. A análise documental aponta para a necessidade de reformulação das ações políticas ofertadas para essas mulheres viabilizando suas diversidades, promovendo políticas que assegurem o combate às desigualdades e discriminações, comprometendo-se a respeitar cada mulher em sua humanidade.

Palavras-chave: Mulheres ribeirinhas. Políticas públicas. Direitos. Saúde. Brasil.

Frameworks of public health policies for riparian women in Brazil

ABSTRACT

This study aims to discuss the frameworks of public health policies for riparian women in Brazil, aligned with the demands presented by the feminist movement throughout history, following the historical path of debates on the health care of these women. Based on the analysis of seven selected documents, emphasizing the concepts of intersectionality, human rights and reproductive justice, the objective was to understand the movement of public policies for riparian women and their intersections from four main axes: bodily integrity, personal autonomy, diversity, geographical barriers (displacement and location), and social barriers. The document analysis points to the need for a reformulation of political actions offered to these women, considering their diversities and promoting policies that ensure the fight against inequalities and discrimination, with a commitment to respect each woman in her humanity.

Keywords: Riparian women. Public policies. Rights. Health. Brazil.

Marcos de las políticas públicas de salud para las mujeres ribereñas en Brasil

RESUMEN

Este estudio buscó discutir los marcos de las políticas públicas de salud para las mujeres ribereñas en Brasil, en concordancia con las demandas presentadas por el movimiento feminista a lo largo de la historia, transitando brevemente por la historia de la consolidación de las discusiones enfocadas en el cuidado de la salud de estas mujeres. Razado en el análisis de siete documentos seleccionados, basado en los conceptos de interseccionalidad, derechos humanos y justicia reproductiva, se buscó comprender el movimiento de políticas públicas para mujeres ribereñas y sus intersecciones desde cuatro ejes principales: integridad corporal, autonomía personal, diversidad, barreras geográficas (desplazamiento y ubicación) y barreras sociales. El análisis documental apunta a la necesidad de reformular las acciones políticas ofrecidas a estas mujeres, considerando sus diversidades y promoviendo políticas que aseguren la lucha contra las desigualdades y discriminaciones, comprometiéndose a respetar a cada mujer en su humanidad.

Palabras clave: Mujeres ribereñas. Políticas públicas. Derechos. Salud. Brasil.

¹ Psicóloga pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil.

² Doutor em Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Docente da graduação e pós-graduação em Psicologia na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil. *Autor correspondente: breno@ufam.edu.br.





INTRODUÇÃO

A formulação acerca dos direitos sexuais e reprodutivos se deu através dos movimentos sociais feministas nas primeiras décadas de XX. O movimento de produção de políticas sobre direitos reprodutivos foi resultado da ação do movimento feminista, agregado à profissionais de saúde, tendo em seu princípio a luta pelos direitos à anticoncepção e ao aborto. A luta pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos visava desvincular a abordagem demográfica no controle da natalidade, assegurando o direito de acesso a informações, meios e métodos anticoncepcionais e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livres de discriminação, imposição e violência (Carvalho; Monteiro, 2021).

O conceito de direitos sexuais passou a ser elaborado a partir de 1990, no âmbito dos movimentos homossexuais norte americanos e europeus, sendo posteriormente incorporado ao movimento feminista, que considerava a sexualidade como domínio crucial para compreender e transformar a desigualdade de gênero. A ideia de direitos sexuais é importante para que os indivíduos, sobretudo as mulheres, não sejam reduzidos a seres reprodutivos, mas também sexuais (Carlos, 2019).

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres começaram a ser discutidos de maneira tardia, e foi a partir da Conferência de Bucareste, realizada em 1974, que essa questão ganhou destaque. A pauta principal da conferência consistia em controlar a natalidade ao redor do mundo. O resultado dessa conferência se deu através da realização de um Plano de Ação, que convidava os países a adotarem políticas populacionais em um cenário de desenvolvimento socioeconômico (Gomes, 2021).

Passados dez anos da implementação do Plano de Ação de Bucareste, aos que adotaram as políticas populacionais como planejamento familiar ou como programas de planejamento populacional, esses países passaram por uma avaliação que ocorreu através da Conferência do México, ocorrida em 1984 (Berer, 2011). As recomendações criadas na Conferência do México tinham como base de observação a capacidade das mulheres de controlar sua própria fecundidade, constituindo assim para as mulheres um suporte para o gozo de outros direitos: como oportunidades socioeconômicas igualitárias, permissividade às mulheres a assumirem responsabilidades em suas vidas reprodutivas. Pode-se perceber que apesar da pauta estar voltada para o direito das mulheres, era visível que o objetivo principal da referida Conferência era controlar a superpopulação mundial e não de assegurar direitos públicos básicos para as mulheres (Lindgren-Alves, 2018).





Posteriormente à Conferência do México, ocorreu em 1994 a Conferência do Cairo, cujo tópicos principais discutidos e que remetem a pauta desta pesquisa eram voltados para planejamento familiar, população e mulher, saúde e bem-estar familiar, a capacitação e o fortalecimento (*empowerment*) da mulher, saúde e mortalidade, saúde reprodutiva e planejamento familiar. Diferente das Conferências anteriores a de Cairo transmite os direitos sexuais e reprodutivos como direitos sociais, trazendo para o âmbito governamental a responsabilidade discutir e desenvolver políticas que englobam fatores que caminham lado a lado de mulheres, fatores estes que estão diretamente ligados a aspectos culturais e sociais como classe, idade, educação entre outros. Seu Plano de Ação ressalta o conceito de saúde reprodutiva como a capacidade de ter uma vida sexual satisfatória e segura e direitos reprodutivos como direito fundamental de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente o número, o espaçamento e a época de seus filhos e de ter informação e meios de fazê-los, assim como o direito de atingir o nível mais elevado de saúde sexual reprodutiva (Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994).

Na compreensão do conceito de saúde reprodutiva, está integrada a saúde sexual, que possibilita uma melhor qualidade nas relações pessoais, desvinculando-as da reprodução e das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Sendo assim, a saúde sexual abrange a autonomia, liberdade, livre da violência e discriminação, abordando uma visão positiva da sexualidade humana, capaz de proporcionar prazer e estimular as relações. As concepções de saúde sexual e reprodutiva buscavam romper com a definição de reprodução como um dever feminino e buscavam ampliar a compreensão sobre a saúde sexual e reprodutiva como conteúdos de cidadania, sociedade e Estado (Gomes, 2021).

Expandir a atenção sobre saúde sexual e reprodutiva exige considerar a complexidade que cerca a pluralidade de contextos dos diversos segmentos populacionais, incluindo aqueles que são considerados como mais vulneráveis, como o caso das pessoas que vivem em contextos ribeirinhos (Parmejiani *et al.*, 2021). O cenário ribeirinho é atravessado por condições adversas que contribuem com a situação de iniquidade acerca dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, além das questões socioeconômicas e geográficas que os isolam e atingem sua saúde e qualidade de vida (Bôas; Oliveira, 2016).

As particularidades econômicas, sociais e culturais das comunidades ribeirinhas são obstáculos significativos para o sucesso dos programas de saúde voltados para mulheres. Assim, é essencial considerar esses aspectos específicos ao formular e aprimorar estratégias para promover políticas para essas mulheres (Cabral; Cella; Freitas, 2020). O estudo de Holanda *et al.* (2022) revela a importância de considerar as condições de vulnerabilidade ambiental,





social e econômicos que podem afetar a vida e a saúde sexual das mulheres em áreas periféricas. As diferenças só se tornam problemáticas quando as características que as distinguem se convertem em desigualdades, enraizadas no contexto do colonialismo, se perpetuam na exploração econômica, na opressão política ou no campo das injustiças (Kublikowski, 2024).

Os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil são direitos humanos garantidos como direitos fundamentais com base na dignidade da pessoa humana, contudo, são formulados de forma hegemônica, sem considerar a diversidade das mulheres. Embora existam políticas e direitos, diante de entraves socioeconômicos e jurídicos, eles não são efetivamente exercidos por todas as mulheres e em sua maioria são violados, por razões vinculadas ao gênero e suas interseccionalidades como cor, classe social e contexto territorial, por exemplo (Souza, 2023).

O termo interseccionalidade remete a uma metáfora criada por Kimberlé Crenshaw, que utiliza a imagem de cruzamentos entre avenidas para ilustrar como diferentes contextos sociais e relações de poder se interseccionam e afetam os indivíduos, especialmente mulheres em contextos de vulnerabilidade. Assumir a interseccionalidade como hipótese analítica significa reconhecer que os direitos humanos não são universalmente garantidos em sua totalidade, pois são atravessados por eixos de poder, subordinação e exclusão que condicionam o acesso a bens, serviços e oportunidades fundamentais para a vida. Como ferramenta crítica, a interseccionalidade representa um compromisso com a justiça social, ao propor uma análise sensível às múltiplas opressões que estruturam a vida em sociedade. Em termos conceituais, sua compreensão parte do reconhecimento de que as relações sociais são organizadas com base em normas e hierarquias construídas a partir do gênero e de outros marcadores sociais da diferença, como raça, classe, território e geração (Bourguignon, 2024).

Para consolidar o núcleo teórico, foram utilizados conceitos de interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva. A noção de interseccionalidade parte do entendimento de que a vida em sociedade se estrutura por meio de relações sociais organizadas com base em padrões e construções sociais. Trata de uma abordagem que analisa como diferentes sistemas de opressão — racismo, sexismo e classismo — se combinam e se reforçam, gerando desigualdades estruturais. Pontua como políticas e práticas específicas podem aprofundar essas desigualdades, afetando de forma dinâmica e simultânea grupos sociais marginalizados, como mulheres ribeirinhas (Collins, 2021; Gonzalez, 2020).

Vale pontuar que o sistema colonial instituiu a subalternização com base na noção de diferença, negando a legitimidade de outras formas de existência e sociabilidade. A lógica da diferença colonial promoveu a divisão dos seres humanos em grupos distintos, atribuídos a posições sociais desiguais. E elementos como o modelo europeu de modernidade, o papel do





colonizador, a masculinidade, a branquitude, a heterossexualidade e a religião católica funcionaram como instrumentos normativos de dominação, que alicerçaram a constituição das sociedades latino-americanas (Lugones, 2014).

A justiça reprodutiva, por sua vez, constitui um paradigma teórico e prático forjado por movimentos ativistas, com base em perspectivas decoloniais, feministas e críticas aos direitos humanos tradicionais. Em oposição à visão liberal que trata a saúde reprodutiva como escolha individual, enfatiza a justiça social, destacando que a autonomia depende do acesso a recursos e da superação de opressões interseccionais (Ross; Solinger, 2017). Conforme Ávila (2003), a justiça reprodutiva deve ser ancorar em um modelo interseccional, capaz de vincular o local ao global, questionar todas as formas de controle populacional, responsabilizar governos e corporações, promover lideranças marginalizadas e articular teoria, estratégia e práticas como elementos inseparáveis para a transformação social.

Dessa forma, considerando os fatos históricos até agora apresentados e sua importância para os avanços nos debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que trouxeram para o debate público temas até então não considerados 'pertencentes' a esse espaço, revisaremos, a partir da Conferência do Cairo, até um cenário nacional, documentos públicos voltados para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com enfoque especial nas mulheres ribeirinhas no contexto brasileiro.

METODOLOGIA

Neste estudo, em termos metodológicos, optamos pela pesquisa documental devido à oportunidade de acessar documentos que contêm proposições sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres ribeirinhas, produzidos e divulgados no Brasil. Estudo documental é um método de pesquisa que envolve a análise de documentos existentes para obter dados e informações relevantes sobre um tema específico. O objetivo do estudo documental é interpretar e compreender o conteúdo desses documentos, identificar padrões, contextos históricos e sociais, e extrair informações que contribuam para o entendimento do fenômeno investigado, além de ser uma abordagem amplamente utilizada nas ciências sociais (Graziotin; Klaus; Pereira, 2022).

De acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009), apoiando-se em Cellard (2008), a análise de documentos ocorreu considerando cinco dimensões interrelacionadas. A primeira refere-se ao contexto histórico, o que implica compreender o ambiente social, político, econômico e cultural no qual o documento foi produzido, possibilitando interpretar as ideias e





intenções dos autores. A segunda dimensão aborda a identidade do autor ou autores, permitindo avaliar sua posição social, interesses e os motivos que justificam a preservação e circulação daquele documento em detrimento de outros. A terceira diz respeito à qualidade da informação, exigindo uma verificação da procedência, autenticidade e confiabilidade do conteúdo apresentado. A quarta dimensão foca na forma e suporte do texto, ou seja, no tipo de documento e suas características materiais, que influenciam sua interpretação e o alcance da mensagem. Por fim, a quinta dimensão trata da estrutura interna e dos conceitos-chave, sendo necessário identificar os principais termos utilizados, seu significado no contexto específico, e a lógica argumentativa que organiza o conteúdo do texto.

Para tanto, os dados foram coletados em fontes documentais, que têm sua relevância pelo fato de reunirem documentos importantes para o campo das políticas públicas de saúde. Com isso, utilizou-se o modelo de análise de ciclos de políticas de Stephen Ball, proposto por Rezende e Baptista (2015). O foco está em acompanhar como as políticas se movem e como os consensos e conflitos acontecem, constituídos por três contextos: o contexto de influência, o contexto de produção de textos e o contexto de prática. É nessa interação e diálogo entre esses três contextos que é possível compreender os determinantes no processo de formulação e implementação de uma política. À medida que esses contextos dialogam e interagem, torna-se possível ao pesquisador compreender os determinantes e condicionantes presentes no processo de formulação, que refletem diretamente quando essa política é colocada em prática (Rezende; Batista, 2015).

Esses documentos foram problematizados por meio das seguintes questões analíticas: a) Em que contexto se formularam as políticas que, em menor ou maior proporção, se voltavam para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres ribeirinhas no Brasil? b) Quais as influências que incidiram sobre essas políticas? c) Ao longo do tempo quais foram os desdobramentos dos princípios políticos dos primeiros documentos oficiais que mencionaram a saúde sexual e reprodutiva das mulheres ribeirinhas? A partir da triangulação teórica entre interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva, foram elaboradas análises feministas e críticas para compreensão das tensões nas arenas das políticas públicas de saúde para as mulheres ribeirinhas no Brasil.

Este estudo não tramitou pela avaliação do comitê de ética em pesquisa, pois trata-se de um estudo documental que utiliza fontes secundárias de dados, seguindo a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016). Contudo, manteve-se todo o cuidado de garantir as descrições e narrativas, em sua integralidade, contidas nos documentos e/ou referências utilizadas.





ANÁLISES E RESULTADOS

Nesta sessão, os dados referentes à análise foram organizados da seguinte forma: foi explorado inicialmente o impacto da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, um marco na promoção dos direitos das mulheres, especialmente em sua autonomia e saúde reprodutiva. Estruturado em três partes, aborda a descentralização das políticas de crescimento populacional pós-CIPD, enfatizando direitos humanos e igualdade de gênero. Destaca também a criação da Assistência Integral à Saúde da Mulher no Brasil em resposta às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, analisa os desdobramentos pós-Cairo+10 e o papel do feminismo na defesa dos direitos reprodutivos, com foco nos avanços e desafios das políticas brasileiras, explorando documentos políticos que influenciaram essas iniciativas e seu impacto na vida das mulheres.

O êxito na Conferência do Cairo, que foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) pioneira na evolução dos direitos das mulheres, principalmente no que tange sobre capacidade de decisão na sua própria vida, se deu graças ao empenho dos mais de 11 mil participantes, que eram representantes de Governo, das Nações Unidas e de organizações não-governamentais e os meios de comunicação que contribuíram com seus conhecimentos especializados. Se deu a partir da Conferência de Cairo a descentralização no controle das políticas de programas em relação ao crescimento populacional, passando a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos, onde a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero (Patriota, 1994).

No Brasil, os movimentos de mulheres nos anos 80, reivindicavam um programa de saúde voltado para as mulheres que contemplasse de forma integral sua necessidade de saúde, não apenas as dimensões de concepção e contracepção. Diante disso, em 1984, foi lançada a Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da ação programática criada para atender as necessidades da saúde das mulheres durante seu ciclo vital, dando total atenção a todos os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras (Vedana; Gervasoni, 2020).

Em 2004, realizou-se um levantamento referente aos avanços e as lições aprendidas desde a Conferência Cairo+10, e os resultados alcançados indicavam que a maioria significativa dos países adeptos não mediram esforços para proteger os direitos reprodutivos de mulheres e meninas, e muitos desses países incorporaram os princípios da agenda do Cairo em suas





políticas públicas. Em contrapartida, em países mais pobres os programas de ação do Cairo ainda eram uma realidade distante de serem implementadas (Gomes, 2021; Corrêa, 2004).

A história do movimento feminista está intrinsecamente ligada ao debate sobre controle de população e planejamento familiar. Conduzindo para o contexto político questões cruciais sobre a saúde da mulher, defendendo o direito à autonomia sobre sua vida reprodutiva e sexual como fundamentais para a cidadania feminina. Exigindo que o Estado obtenha uma postura alinhada com esses princípios, criticando abordagens pró ou anti natalistas baseadas em considerações religiosas, econômicas, geopolíticas ou demográficas (Pintaguy, 1999; Britto, 2014).

O movimento feminista, reconhecendo o direito das mulheres de vivenciarem a maternidade como opção - com acesso à informação, à contracepção segura e ao tratamento da infertilidade, ao pré-natal e ao parto em condições adequadas, bem como à interrupção voluntária da gravidez, ao tratamento às sequelas do abortamento provocado, à prevenção de doenças - luta para que o Estado desenvolva ações propositivas em saúde reprodutiva (Resende, 2017).

A delegação brasileira no Cairo atuou de forma bastante ágil, eficiente e coordenada, desempenhando papel reconhecidamente importante para fazer avançar questões de saúde e cidadania que já havíamos incorporado em propostas constitucionais, legislações e programas vigentes no Brasil (Giffin, 1999; Menandro, 2018). Partindo das ações organizadas nas Conferências Mundiais na ótica para o acesso da população feminina à informação, tratamento e condições adequadas de saúde reprodutiva serão analisados nesta pesquisa documentos políticos formulados no Brasil voltados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Documentos em relação às políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil

Ball (1993) considera que o seu método não tem o intento de ser uma descrição das políticas, mas sim de um modo de pensar as políticas e saber como elas são feitas. Em seu modelo de análise, o enfoque está em acompanhar como as políticas se movem e como os consensos, conflitos e tensões acontecem. Para o autor, os significados atribuídos à política influenciam diretamente tanto sua investigação quanto a forma como é entendida. As políticas, em geral, não determinam ações específicas, mas moldam os contextos nos quais determinadas possibilidades são restringidas ou reformuladas, estabelecendo objetivos e efeitos desejados. Como aponta suas obras, a política pode ser compreendida sob duas abordagens: como texto e como discurso. Enquanto texto, a política é vista como um conjunto de representações que são constantemente codificadas e decodificadas em meio a disputas, compromissos, interpretações





legitimadas e ressignificações, sempre atravessadas pelas vivências e significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos. Já enquanto discurso, a política consiste em práticas que configuram objetos e produzem sentidos, determinando o que pode ser dito, por quem, quando e com que legitimidade. Essa perspectiva evidencia que, embora a política regule a distribuição de vozes, há sempre a presença de discursos alternativos, contraditórios ou marginalizados.

Os sete documentos políticos evidenciados e analisados nesta pesquisa a partir do modelo de Ball e o núcleo analítico dos feminismos, pautados na Tabela 1, foram selecionados a partir do resgate histórico das necessidades configuradas através das pautas trazidas nas Conferências Mundiais que refletiram e ainda refletem na realidade das mulheres brasileiras e organizadas a partir do seu ano de publicação, sendo assim os registros inseridos nesta pesquisa foram: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática” (Brasil, 1984); “Área Técnica de Saúde da Mulher” (Brasil, 2003); “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes” (Brasil, 2004a); “Plano Nacional de Políticas para Mulheres” (Brasil, 2004b); “II Plano Nacional de Políticas para Mulheres” (Brasil, 2008); “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta” (Brasil, 2013a); “Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva” (Brasil, 2013b).

Os primeiros registros documentais no que se diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil se deram a partir da Conferência do México, sendo assim, em 1984, advém o primeiro documento intitulado de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da ação programática, que consistia no desenvolvimento de métodos e técnicas para a melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais, como a morbidade clínica voltada ao aparelho reprodutivo.

O Ministério da Saúde (MS) juntamente às instituições públicas do setor de saúde atuava na expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas à saúde e no destaque de atividades chave para seu exercício. De acordo com o MS, os objetivos estabelecidos para a atenção à mulher percebiam que os serviços de saúde deviam ser dotados por viés adequado, articulando-se ao Governo Federal, de Estados e Municípios com o objetivo de promover assistência integral clínico-ginecológica e educativa, compreendendo a saúde como um direito social, de acesso a todos, assegurada como competência de todos os poderes (Brasil, 1988). À vista disso é responsabilidade dos poderes legislativos assegurar que saúde de qualidade abrace todo o território brasileiro e que estejam condizentes com a realidade vivenciada por todos os brasileiros, essencialmente para mulheres (Brasil, 1984).





Tabela 1 - Documentos Políticos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil, Manaus, 2025.

Ano	Documento	Desígnio
1984	Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática	Primeiro documento que aborda sobre saúde da mulher.
2003	Área Técnica de Saúde da Mulher	Documento elaborado com objetivo de fornecer objetivos, metas, estratégias, ações, recursos e parcerias para prestação de cuidados de saúde bem estruturados, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual, incluindo abordar a discriminação e as frustrações que as mulheres enfrentam ao procurar serviços de saúde.
2004	Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes	Documento que estabeleceu um conjunto de princípios e diretrizes para promover a saúde das mulheres de forma abrangente, abordando questões como acesso universal aos serviços de saúde, promoção da equidade de gênero, respeito à diversidade cultural e étnica, garantia de atendimento integral durante todas as fases da vida da mulher, incluindo aspectos físicos, mentais e emocionais.
2004	Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres	Documento que delinea estratégias para promover a igualdade de gênero e combater a violência contra as mulheres no Brasil.
2008	II Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres	Atualização do PNPM I
2013	Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva	Documento elaborado pelo MS que forneceu diretrizes e orientações para profissionais de saúde que atuam na atenção básica, abordava uma série de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, com o objetivo de promover a saúde e prevenir problemas nessa área.
2013	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta	Documento que forneceu diretrizes e estratégias para promover a saúde das populações que vivem em áreas rurais, incluindo agricultores familiares, trabalhadores rurais, comunidades quilombolas, indígenas, ribeirinhas e outras comunidades tradicionais.

Fonte: Elaboração pelo(s) autor(es), 2025.

O movimento feminista, nas primeiras décadas de XX, consistia no direito da mulher ao controle do seu corpo, permitindo um exercício da sexualidade livre da ameaça da gravidez não desejada, expressando uma nova consciência do corpo feminino, e uma busca das transformações das questões de gênero (Pedrosa, 2005).





Com o desenvolver dos debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil nota-se um avanço na produção de documentos públicos abordando o tema, notadamente nos anos entre 2003 e 2008. Nesse contexto, as políticas públicas desempenham um papel fundamental na proteção e promoção desses direitos. No ano de 2003 o MS publicou o documento “Área Técnica da Saúde da Mulher” que continha um resumo de práticas exercidas no ano vigente e propostas de serviços e atividades quanto à saúde da mulher. O documento visava fornecer objetivos, metas, estratégias, ações, recursos e parcerias para prestação de cuidados de saúde, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual, incluindo abordar a discriminação e as frustrações que as mulheres enfrentam ao procurar serviços de saúde (Brasil, 2003).

Em concordância com o documento da Área Técnica da Saúde a Mulher resulta o documento intitulado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes” (PNAISM), publicado em 2004, este documento estabelece um conjunto de princípios e diretrizes para promover a saúde das mulheres de forma abrangente, tratando questões como acesso universal aos serviços de saúde, promoção da equidade de gênero, respeito à diversidade cultural e étnica, garantia de atendimento integral durante todas as fases da vida da mulher, incluindo aspectos físicos, mentais e emocionais, destacando a importância da prevenção e do tratamento de doenças específicas, como câncer de mama e colo do útero, saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e combate à violência de gênero (Brasil, 2004a).

Apoiando-se na ótica de promoção ao combate à violência de gênero aponta pelo documento PNAISM advém o documento nomeado “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres” (PNPM) que delineia estratégias para promover a igualdade de gênero e combater a violência contra as mulheres no Brasil, aborda questões como o fortalecimento da rede de atendimento às vítimas de violência, a criação de políticas públicas específicas para mulheres em situação de vulnerabilidade, a capacitação de profissionais para lidar com casos de violência de gênero e a promoção da equidade salarial e participação política das mulheres (Brasil, 2004b). Poucos anos após a publicação da PNPM sucede em 2008 o “II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres” (II PNPM), este plano sobrepõe o primeiro PNPM, reforçando o compromisso do governo brasileiro para a promoção dos direitos das mulheres e o fortalecimento de políticas públicas voltadas para essa parcela da população refletindo na promoção da igualdade de gênero e a garantia dos direitos das mulheres em todas as esferas da sociedade (Brasil, 2008).





Partindo da ótica dos demais documentos políticos apresentados o “Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva”, publicado 2013, surgiu como um guia com diretrizes e orientações para profissionais de saúde que atuam na atenção básica. O caderno abordava uma série de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, com o objetivo de promover a saúde e prevenir problemas nessa área, abrangia questões como educação sexual, prevenção de gravidez não planejada, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV/Aids, saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, saúde da mulher, planejamento familiar, atenção pré-natal, parto seguro e puerpério. Ademais, o documento enfatizava a importância da abordagem humanizada, respeitosa e integral na prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva, considerando os aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais dos indivíduos, também destacava a necessidade de garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde, independentemente de gênero, idade, orientação sexual, identidade de gênero ou condição socioeconômica (Brasil, 2013b).

O avanço na discussão e valorização da diversidade identitária ressalta que as identidades são importantes para a defesa de pautas singulares. Certamente a desigualdade de gênero atravessa as mulheres de forma que as deixem mais vulneráveis a violências e discriminações. As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. O relatório a respeito da situação da População Mundial, publicada em 2002, evidenciou que o número de mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade é superior ao de homens, trabalham durante mais horas e metade do seu tempo é gasto com atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (Pedrosa, 2005).

Entretanto, observando do ponto de vista intergênero existem mulheres que são mais inviabilizadas e vulneráveis que outras. Desta forma, requer-se uma atenção mais particular em relação à necessidade dessas mulheres, seguindo essa perspectiva de vulnerabilidade torna-se essencial analisar políticas voltadas para mulheres que se encontram nessa realidade.

Reconhecendo a necessidade de uma atenção mais específica às populações em situação de maior vulnerabilidade, o documento “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta” (Brasil, 2013a) estabelece diretrizes e estratégias voltadas à promoção da saúde de grupos que vivem em áreas rurais e tradicionais, como agricultores familiares, trabalhadores rurais, comunidades quilombolas, indígenas, ribeirinhas e demais comunidades tradicionais. A política parte do reconhecimento das especificidades e dos múltiplos desafios enfrentados por essas populações no acesso aos serviços de saúde, relacionados ao isolamento geográfico, às condições de trabalho, à cultura e ao modo de vida.





Dentre as principais diretrizes apresentadas no documento, destaca-se aquela que trata do acesso a serviços especializados, ao enfatizar a importância de garantir às populações do campo e da floresta o atendimento em áreas como saúde bucal, saúde da mulher, da criança e do adolescente, entre outras. A política tem como objetivo assegurar o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde, considerando as especificidades territoriais, culturais e os direitos dessas populações (Brasil, 2013a).

Diante dos avanços nas políticas públicas voltadas às mulheres, observa-se uma ênfase crescente na ótica da diversidade. Deixou-se de tratar os direitos das mulheres de forma homogênea, passando-se a reconhecê-los de maneira mais singularizada, com atenção às desigualdades que marcam a realidade de diferentes grupos de mulheres — especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade. Ao destacar essa diversidade, torna-se essencial explorar os aspectos que atravessam e definem socialmente essas mulheres, como classe, raça, território, sexualidade, entre outros marcadores sociais da diferença.

A saúde é um direito humano fundamental e essencial à vida, que não se limita à mera ausência de doenças. Trata-se de um fenômeno complexo, resultado de um processo de produção social, sustentado por um conjunto articulado de recursos sociais e pessoais. No Brasil, ao longo da formulação de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva voltadas às mulheres, observa-se uma limitação importante: a tendência a tratar a mulher brasileira de forma homogênea, negligenciando sua diversidade e os múltiplos contextos em que está inserida. Diante disso, é fundamental adotar uma linguagem e uma postura mais abrangentes, que reconheçam e respeitem as peculiaridades sociais, culturais e territoriais das mulheres brasileiras na elaboração e implementação dessas políticas.

A transformação do modo de produção das políticas públicas acerca dos direitos sexuais e reprodutivos é crucial para que a ideia de controle sobre os aparelhos reprodutivos das mulheres se torne princípios de equidade e liberdade, levando em conta as desigualdades de classe, gênero, de raça e de expressão sexual. A abordagem das questões relacionadas ao gênero feminino precisa ser compreendida e incorporada por questões de integralidade e equidade, transformando o direito ao atendimento médico em ação concreta, capaz de modificar os níveis de saúde da mulher, principalmente da mulher ribeirinha. Sendo assim, entender como os fatores sociais como integridade corporal, autonomia pessoal (sexual) e diversidade atravessam as mulheres brasileiras torna-se essencial para que possamos entender as políticas públicas já existentes e reivindicar a elaboração de novas políticas que respeitem e coloquem em evidência a diversidade existente no território brasileiro, sendo ela física, cultural ou territorial.





Integridade Corporal

À medida que as mulheres ao redor do mundo passaram a investir no desenvolvimento dos significados dos direitos sexuais e reprodutivos, estes significados se expandiram. Passando assim a englobar tanto um espectro de necessidades mais amplas que a regulação da fecundidade (mortalidade infantil e materna, infertilidade, esterilização indesejada, desnutrição de meninas e mulheres, mutilação genital feminina, violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis), quanto uma melhor compreensão das condições estruturais que restringem as decisões sexuais e reprodutivas, tais como: cortes nos investimentos sociais por efeito de programas de ajuste estrutural, falta de transporte, água, estruturas sanitárias, analfabetismo e pobreza. Com isso, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no mundo, mesmo as que se encontram em situação de pobreza, está se expandindo para que possa englobar as necessidades sociais que impedem uma real escolha sexual e reprodutiva (Petchesky; Weiner, 1990; Gomes, 2021).

Ao se discutir sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, incorpora-se também sua integridade corporal, sua autonomia e diversidade. A integridade corporal, ou o direito à segurança e ao controle sobre o próprio corpo, está na base da noção de liberdade sexual e reprodutiva. Ao afirmar o direito das mulheres com o subsídio de “controlar e ser donas” de seus corpos não significa que os corpos das mulheres são meros objetos, ao contrário, denota a noção de corpo como parte integral do eu, cuja saúde e bem estar, incluindo o prazer sexual, formam a base necessária para a participação ativa na vida social. Integridade corporal, desta forma, não é somente um direito individual, mas social, uma vez que sem ela as mulheres não podem funcionar como membros responsáveis da comunidade (Freedman; Isaacs, 1993; Petchesky, 1990/1994).

A integridade corporal das mulheres ribeirinhas é frequentemente ameaçada por condições de vida precárias e pelo acesso limitado a serviços de saúde. Estudos indicam que a violência de gênero é uma realidade significativa nessas comunidades, exacerbada pelo isolamento geográfico e pela falta de políticas públicas eficazes (Munhoz; Pontes Filho, 2025). Pode-se perceber que apesar de existirem políticas que se comprometem em estabelecer serviços especializados e o acesso a eles, a realidade das mulheres ribeirinhas é crítica. Sendo assim, as políticas públicas voltadas para essas mulheres em contexto vulnerável devem focar na criação de redes de proteção e programas de conscientização sobre os direitos das mulheres, a fim de melhorar a saúde dessas mulheres.

Campanhas educativas adaptadas às realidades culturais das populações ribeirinhas podem ser eficazes em mudar atitudes e comportamentos. Essas campanhas devem ser





desenvolvidas de acordo com a realidade dessas mulheres, garantindo que sejam culturalmente sensíveis e relevantes (De Oliveira; Alves, 2024). Outros estudos reforçam a necessidade de integrar abordagens educacionais e de conscientização adaptadas ao contexto ribeirinho. Destaca-se a necessidade de programas que ofereçam educação sexual e serviços de planejamento familiar acessíveis, pois a falta de informação adequada sobre saúde reprodutiva muitas vezes contribui para problemas de saúde graves e limitações na autonomia corporal dessas mulheres (Brasileiro; Lourinho, 2021).

Diante das múltiplas formas de opressão que incidem sobre os corpos das mulheres ribeirinhas, é urgente adotar uma perspectiva feminista interseccional que reconheça como gênero, classe, território, raça e desigualdade social se entrelaçam para restringir seus direitos sexuais e reprodutivos. A luta pela integridade corporal dessas mulheres não pode ser reduzida a um discurso normativo e institucionalizado, como pautado nas políticas analisadas; ela exige o reconhecimento de suas experiências situadas, de suas vozes e saberes locais, muitas vezes silenciados pelas políticas públicas desenhadas a partir de centros urbanos e por lógicas coloniais e patriarcais. É preciso romper com a lógica assistencialista e promover ações políticas emancipatórias que garantam não apenas o acesso aos serviços, mas a construção coletiva de políticas com e para essas mulheres, respeitando suas identidades, seus modos de vida e suas escolhas. Garantir a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres ribeirinhas é, acima de tudo, um ato de justiça social, de reparação histórica e de resistência contra um sistema que insiste em desumanizar corpos femininos periféricos. É importante que os documentos que legalizam os direitos, possam reconhecer que sem integridade corporal plena não há cidadania, e que a autonomia reprodutiva é uma questão profundamente política.

Autonomia Pessoal

No âmbito das políticas e programas nacionais e internacionais, tratar as mulheres como pessoas no que se refere a decisões sexuais e reprodutivas significa garantir que as organizações de mulheres estejam representadas e sejam ouvidas no processo em que as políticas populacionais e de saúde são formuladas e que mecanismos efetivos de prestação de contas nos quais as mulheres participem, sejam estabelecidos para garantir que não haja abusos, e que o respeito e autonomia pessoal das mulheres requer confiança: é preciso levar a sério os desejos e experiências das mulheres (Jain; Bruce; Mensch, 1992; Gomes, 2021). Segundo Connell (2016), o gênero é ao mesmo tempo criativo e violento, sendo constantemente transformado e às vezes levando até sua destruição. Sendo assim, as estruturações de gênero tanto podem ser fontes de prazer, de reconhecimento e identidade, como fontes de injustiças e danos.





Sendo assim, é necessário compreender os múltiplos fatores sociais, econômicos e culturais envolvidos na tomada de decisão de uma mulher. Para que sua decisão reprodutiva seja realmente "livre" e não compelida pelas circunstâncias ou pelo desespero, é fundamental que existam condições que constituam a base dos direitos sexuais e reprodutivos, o que as feministas chamam de "autonomia feminina". Esses fatores incluem aspectos materiais e de infraestrutura, como transporte, creches, subsídios financeiros, bem como serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados. Além disso, essas condições também abrangem fatores culturais e políticos, como acesso à educação, renda, autoestima e canais de tomada de decisão. Nesse contexto, o direito à saúde se estende aos demais direitos humanos, tornando-os igualmente essenciais para a condição de vida (Corrêa; Petchesky, 1996).

Quando se vincula os direitos individuais das mulheres à saúde e bem-estar e a autodeterminação de suas vidas sexuais com as mudanças sociais necessárias para eliminar a pobreza e dotar as mulheres de autonomia, essa estrutura dissolve as fronteiras entre sexualidade, direitos humanos e desenvolvimento, expandindo a visão que se tem não somente dos direitos sexuais e reprodutivos, mas dos direitos em geral. Considera-se o problema do individualismo e universalidade abstratos tipicamente presentes na linguagem dos direitos, principalmente no que tange o modelo liberal clássico - que supõe as escolhas e barganhas individuais como sendo potencialmente iguais - as diferenças de condição econômica, orientação sexual, raça ou de outras circunstâncias sociais que estruturam os limites de escolha das pessoas são tornadas invisíveis (Rosenfeld, 1992). A complexidade da autonomia reprodutiva entre as mulheres depende de vários fatores, sendo um deles o contexto sociodemográfico e cultural na qual a mulher está inserida, portanto a cada fator que ela está inserida determina o seu nível de liberdade para a execução da sua autonomia reprodutiva (Santos *et al.*, 2022).

A autonomia pessoal das mulheres ribeirinhas é crucialmente impactada por barreiras econômicas e educacionais. De acordo com Silva, Silva e Faval (2024), a falta de uma abordagem interdisciplinar na educação sexual compromete a formação integral da mulher ribeirinha, ao restringi-la de informações sobre aspectos biológicos. Essa situação é agravada pela carência de programas de capacitação profissional e acesso a recursos financeiros, limitando sua independência econômica. A autonomia reprodutiva também é uma área crítica que afeta diretamente a autonomia pessoal das mulheres ribeirinhas. Nesse contexto, a educação sexual para as mulheres se torna uma ferramenta essencial para ampliar a compreensão do mundo e estimular uma participação mais ativa na sociedade.





A falta de infraestrutura de saúde adequada e a ausência de profissionais em áreas remotas resultam em limitações no acesso a serviços básicos de saúde sexual e reprodutiva, como contraceptivos, exames pré-natais e cuidados ginecológicos. Estudos indicam que programas educativos que abordem temas como planejamento familiar, métodos contraceptivos e saúde sexual podem capacitar as mulheres com o conhecimento necessário para tomar decisões informadas sobre seus corpos. Dessa forma, aumentar a conscientização das mulheres ribeirinhas sobre seus direitos reprodutivos contribui para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres (Andrade *et al.*, 2025).

Por fim, face ao contexto dos documentos analisados, nota-se que a autonomia pessoal das mulheres ribeirinhas não pode ser compreendida como uma capacidade individual abstrata, mas como um direito político profundamente enraizado nas condições materiais, simbólicas e sociais que estruturam suas vidas. Uma abordagem feminista interseccional exige reconhecer que gênero, classe, território, raça e outras marcadoras sociais não apenas moldam as experiências dessas mulheres, mas também delimitam seus campos de escolha e agência. Falar de autonomia, portanto, é denunciar um sistema que naturaliza um conjunto de apagamentos e interditos. É afirmar que não há liberdade reprodutiva sem justiça social, e que garantir autonomia é garantir acesso à educação, saúde digna, informação, renda e participação política efetiva. As mulheres ribeirinhas têm o direito de existir plenamente, de desejar, de recusar e de decidir sobre seus corpos e vidas, e isso só será possível quando as políticas públicas deixarem de ser pensadas para elas e passarem a ser construídas com elas, a partir de suas vozes, saberes e territórios. Autonomia, nesse contexto, é resistência, é insurgência contra um modelo de direitos que universaliza opressões e invisibiliza realidades plurais.

Diversidade

A diversidade requer o respeito pelas diferenças entre as mulheres (valores, cultura, religião, orientação sexual, condições médicas ou familiares etc.), ao mesmo tempo em que defendemos a aplicabilidade universal dos direitos sexuais e reprodutivos, deve-se admitir que tais direitos frequentemente adquirem sentidos e ou se traduzem em prioridades diferentes segundo os contextos culturais e sociais (Berer, 2011).

As múltiplas identidades das mulheres como membros de grupos culturais, étnicos e familiares ou como pessoas com orientações sexuais e religiosas particulares desafiam o discurso dos direitos humanos a desenvolver uma linguagem e metodologia que sejam simultaneamente plurais e fiéis à integridade corporal e autonomia pessoal das mulheres (Corrêa; Petchesky, 1996). A afirmação da diversidade identitária nos permite melhor





compreender e transformar a realidade, reafirmar direitos e propor políticas de proteção específicas às mulheres mais vulneráveis (Cardoso, 2023).

A diversidade entre as mulheres que vivem em comunidades ribeirinhas influencia profundamente suas experiências e necessidades. A busca pela igualdade não é a busca por uma identidade única, mas sim pela igualdade política de direitos e pelo respeito à diversidade de estilos de vida, orientação sexual, perfis emocionais, estilos e identidades, que estão sempre em processo de fluidez e instabilidade (Machado, 2014).

Além das diferenças de idade e condições socioeconômicas, a diversidade étnica desempenha um papel crucial no contexto ribeirinho. Estudos demonstram que mulheres indígenas e quilombolas enfrentam desafios adicionais devido à discriminação racial e à marginalização histórica. Essas mulheres muitas vezes têm menor acesso a serviços de saúde e educação e são mais vulneráveis à violência de gênero. Para abordar essas disparidades, é fundamental que as políticas públicas incluam medidas específicas de inclusão racial e cultural. Isso pode incluir a formação de profissionais de saúde e educação para trabalharem de forma sensível às questões culturais, desenvolvendo suas competências para melhor tratar problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, a fim de subsidiar a educação e as práticas de cuidados (Cerqueira, 2024).

Ser uma mulher ribeirinha implica em um universo de escolhas e imposições. Nem todas as mulheres que fazem parte de um mesmo grupo social compartilham da mesma cultura e possuem a mesma identidade. No entanto, convivendo em coletividade com objetivos e princípios diferentes, podem manifestar identidades semelhantes (Montrucchio; Martins; Lopes, 2024). Essas diferenças impactam diretamente a forma como as mulheres acessam recursos e suporte social. Em comunidades mais coesas, as redes de apoio tendem a ser mais fortes, facilitando a organização comunitária e a implementação de programas de desenvolvimento. Assim, a realidade ribeirinha é constituída por uma vasta diversidade, com experiências, trajetórias e vivências variadas. Por outro lado, em contextos de isolamento, as mulheres podem enfrentar maior vulnerabilidade. Portanto, as políticas públicas devem ser flexíveis e adaptáveis, promovendo o fortalecimento das redes comunitárias e garantindo que serviços essenciais sejam acessíveis, mesmo nas áreas mais isoladas.

Reconhecer a diversidade entre as mulheres, especialmente em contextos como o das comunidades ribeirinhas, é uma exigência ética e política que desafia os discursos universalizantes e homogêneos dos direitos presentes nos documentos analisados. Uma abordagem feminista interseccional impõe o compromisso de enxergar e valorizar as múltiplas identidades que atravessam e complexificam a vivência das mulheres, sem reduzir suas





subjetividades a categorias fixas ou a uma suposta experiência de mulher universalizante. A diversidade não deve ser tratada como um adendo à política, mas como um princípio estruturante que exige políticas públicas plurais, culturalmente sensíveis e politicamente comprometidas com a redistribuição do poder e o enfrentamento das desigualdades históricas. Isso significa ouvir e incorporar as vozes das mulheres ribeirinhas como protagonistas na formulação e fiscalização das políticas que as afetam. Lutar pela diversidade é lutar contra a invisibilização, contra o silenciamento institucional. A diversidade, nesse sentido, é um ato político de afirmação da vida digna e da autonomia plena de todas as mulheres, especialmente daquelas que historicamente têm sido excluídas dos espaços de decisão.

Dificuldades no acesso

A população rural tem especificidades que devem ser consideradas: o contexto cultural, fatores socioeconômicos, além das dificuldades de acesso aos serviços de atenção à saúde (Jesus, 2019). Logo, fez-se crucial considerar as diferentes condições de vida e trabalho em que estão inseridas. No Brasil, a realidade rural é resultado de sua história econômica, política e cultural fundada na concentração e terra, de riqueza, no uso de recursos naturais, escravidão, no extermínio dos povos indígenas e na marginalização de famílias e mulheres camponesas. O âmbito rural é constituído pela população do campo, onde as mulheres rurais estão inseridas, sendo descrita como aquela que tem seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra (Silva; Pimentel, 2015).

O estudo de Gomes *et al.* (2018), aponta que a literatura tem registrado a violência interpessoal, discriminação e seus efeitos em disparidades na saúde, com maior incidência de agravos na população mais sensíveis à vulnerabilidade social e individuais, como dificuldade no acesso a serviços e cuidados; vulnerabilidade programática e inadequação de serviços; e o frágil reconhecimento desses sujeitos e populações como sujeitos de direitos.

A mulher no âmbito rural é, constantemente, destituída de autonomia e do direito de decidir, inclusive sobre seu próprio corpo. Diante dessa singularidade das mulheres ribeirinhas faz-se necessário ampliar e melhorar o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade, visando atender as peculiaridades e diversidade, respeitando suas crenças, valores e especificidades. A acessibilidade significa a possibilidade que as pessoas têm ou não de chegar aos serviços, já o acesso diz respeito à oferta, que permite o uso dos serviços para o alcance dos melhores resultados possíveis, ou seja, a forma que a pessoa vivencia o serviço (Costa *et al.*, 2017; Ferreira; Fernandes; Lacerda, 2024).





No campo dos direitos sociais, observa-se que a acessibilidade e o acesso aos serviços são limitados para as mulheres em contexto rural em virtude das iniquidades urbanas e territoriais. A acessibilidade aos serviços de saúde compreende-se através da relação entre a localização e o usuário, mulheres ribeirinhas, que são atravessados pela distância (barreira geográfica), trafegabilidade das estradas, forma e custo de deslocamento, disponibilidade de transporte público ou privado. Diante disso, mulheres em que vivem em contexto rural além das barreiras já mencionadas, há as barreiras sociais, que abrangem a respeito a questões socioculturais e ao baixo nível educacional, as barreiras de acesso e acessibilidade à saúde dificultam as mulheres ribeirinhas de usufruir dos seus direitos, mesmo eles sendo assegurados às políticas e planos que visam a promoção deles (Paula *et al.*, 2022).

De acordo com Cabral, Cella e Freitas (2020), apesar de muitas mulheres estarem tendo um maior controle reprodutivo, as mulheres ribeirinhas apresentam um padrão reprodutivo semelhante ao observado nas gerações passadas, marcado por gestações precoces, taxa de fecundidade e abortamentos elevados, gravidez de alto risco e assistência ao pré-natal, trabalho de parto e parto precários, esse quadro demonstra que a saúde reprodutiva dessas mulheres apresenta um perfil de risco. A saúde da mulher ribeirinha envolve diversos aspectos da vida social, como ambiente, alimentação, condições de trabalho, moradia, entre outros. A população que vive em contexto ribeirinho é formada de sujeitos de resistência, que possuem direitos sociais semelhantes aos da população urbana, mas que não são atendidos (Rodrigues; Martins, 2020).

A assistência à saúde da população ribeirinha tem interferência direta do meio geográfico em que vivem, pois os desafios vão desde o difícil acesso à precariedade dos recursos. A saúde da mulher ribeirinha é extremamente fragilizada, devido à ausência de políticas públicas que assegurem seus direitos básicos, sociais e de cidadania. Embora algumas mulheres tenham conhecimento acerca de métodos contraceptivos de barreira, a cultura local e a visão de mundo frequentemente influenciam suas atitudes, resultando em uma resistência a discutir questões sobre saúde sexual e reprodutiva (Costa, 2024). Santos *et al.* (2021), aponta a necessidade de mudanças nos serviços de saúde de modo que ampliem e fortaleçam o cuidado com um modelo de atendimento mais resolutivo, equitativo e universal, com assistência que atenda as expectativas e demandas peculiares da população ribeirinha.

As dificuldades de acesso enfrentadas pelas mulheres ribeirinhas não são meros entraves logísticos, mas expressões concretas de desigualdades estruturais, históricas e territoriais que atravessam seus corpos e vidas com violência e negligência. Uma leitura feminista e interseccional mostra que essas barreiras — geográficas, econômicas, institucionais e culturais





— se articulam com opressões de gênero, raça, classe e território, produzindo contextos de exclusão sistemática e negação de direitos. As políticas públicas, marcadas por um viés urbano e por lógicas coloniais de gestão do território, frequentemente falham em reconhecer a diversidade e complexidade das experiências das mulheres do campo, floresta e das águas. As trajetórias reprodutivas precárias, a ausência de transporte digno, o descaso na assistência pré-natal e a invisibilidade institucional revelam um Estado que não chega a essas mulheres — ou, quando chega, impõe normas e práticas desalinhadas com suas realidades. Assim, lutar pelo acesso e pela acessibilidade à saúde para mulheres ribeirinhas é uma ação política de enfrentamento às desigualdades e de afirmação da justiça reprodutiva como um direito inegociável, que precisa ser garantido com dignidade, escuta ativa e participação efetiva dessas mulheres nos espaços de decisão que lhes dizem respeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra que a construção das identidades sociais se tornou um dos instrumentos importantes para se compreender e discutir renovações no campo da política e do espaço social. A saúde das mulheres ribeirinhas é precária, refletindo a inequação dos serviços de saúde oferecidos em diversos níveis de complexidade. Fatores socioeconômicos interferem na qualidade de vida dessa população, agravados pela falta de apoio profissional especializado e pelo difícil acesso às localidades. Esses fatores, combinados, e analisados pela perspectiva da interseccionalidade, impactam negativamente na saúde das mulheres ribeirinhas.

Os documentos reforçam que gênero e sexualidade são determinantes sociais da saúde. Quando esses fatores se entrelaçam com questões geográficas, surgem complexos padrões de vulnerabilidade. Portanto, é crucial reconhecer plenamente os direitos humanos e fundamentais, especialmente para melhorar as condições de vida e saúde das mulheres, sobretudo aquelas que vivem nas comunidades ribeirinhas.

A análise dos documentos destaca, ainda, que a saúde é um campo para o desenvolvimento dos direitos das mulheres em suas diversidades, pois permite expor as diferentes questões relacionadas a elas, promovendo o reconhecimento e a valorização das identidades como fatores de inclusão nos espaços sociais e políticos. No entanto, evidencia as desigualdades enfrentadas pelas mulheres ribeirinhas, destacando as limitações de acesso e acessibilidade às políticas públicas. Nessa perspectiva, é essencial que os órgãos públicos deem mais visibilidade às mulheres e suas diversidades, promovendo políticas que assegurem o





combate às desigualdades e discriminações, comprometendo-se a respeitar cada mulher em sua humanidade.

Concluir a análise sobre os enquadramentos das políticas públicas de saúde para as mulheres ribeirinhas no Brasil exige reconhecer que tais políticas ainda operam sob paradigmas excludentes, urbanocêntricos e cisheteronormativos, que pouco dialogam com as demandas históricas do movimento feminista. Ao trilhar o percurso das lutas feministas — desde as reivindicações pelo direito ao corpo, ao cuidado, à maternidade voluntária e à autonomia sexual e reprodutiva — evidencia-se que as políticas construídas para as mulheres ribeirinhas seguem distantes da concretização de uma justiça reprodutiva plural, interseccional e territorializada. Apesar de alguns avanços normativos, o Estado brasileiro permanece alheio às realidades complexas dessas mulheres, que vivem imersas em múltiplas opressões de gênero, classe, raça, território e etnia. Seus corpos seguem sendo regulados por ausências: ausência de acesso à saúde integral, de transporte seguro, de serviços culturalmente sensíveis, de reconhecimento político. Portanto, urge romper com os enquadramentos biomédicos e assistencialistas que ainda orientam grande parte das intervenções estatais e construir políticas públicas feministas, antirracistas e decoloniais, que reconheçam as mulheres ribeirinhas como sujeitas de direitos e saberes, escutando suas vozes, respeitando seus modos de vida e garantindo-lhes não apenas acesso, mas pertencimento à cidadania plena. Somente assim será possível avançar rumo a uma saúde que não seja apenas técnica, mas política e emancipatória.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).





REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. B. C. A. *et al.* Uso de contraceptivos por mulheres atendidas por Unidade Básica de Saúde Fluvial em localidades rurais na Amazônia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e15212023, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.15212023>
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 2, p. S465-S469, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800027>.
- BALL, S.J. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. **Discourse**, London, v. 13, n. 2, p. 10-17, 1993.
- BERER, M. Repoliticising sexual and reproductive health and rights. **Reproductive Health Matters**, v. 19, n. 38, p. 4-10, nov. 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38596-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38596-5).
- BÔAS, L.; OLIVEIRA, D. A saúde nas comunidades ribeirinhas da Região Norte brasileira: revisão sistemática da literatura. **Livro de Atas do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**. Porto: CIAIQ, v. 2 (saúde), p. 1386-1395, 2016. Disponível em: <https://ludomedia.org/publicacoes/livro-de-atas-ciaiq2016-vol-2-saude/>. Acesso em: 10 dez. 2023.
- BOURGUIGNON, Ana Maria. Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 142, p. e9113, 2024. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9113>. Acesso em: 10 dez. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Área técnica de saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003. Acesso em: 10 dez. 2023.
- BRASIL, Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2023.
- BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres. Acesso em: 10 dez. 2023.
- BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM>. Acesso em: 10 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva. Acesso em: 10 dez. 2023.





BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510**, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASILEIRO, Alessandra Leão; LOURINHO, Lídia Andrade. Formação inicial do enfermeiro quanto a temática saúde sexual e reprodutiva: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e97101623232-e97101623232, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23232>.

BRITTO, M. A. F. A participação dos movimentos de mulheres na mudança do paradigma do controle da natalidade no Brasil até 1984. **Revista Perspectivas do Desenvolvimento**, v. 2, n. 3, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/perspectivasdodesenvolvimento/article/view/14364>. Acesso em: 10 dez. 2023.

CABRAL, I.; CELLA, W.; FREITAS, S.R. Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1066-1078, out.-dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012709>.

CARDOSO, Aldryn. Mudança no paradigma: humanizando o gênero no Ser. **Revista Macambira**, Serrinha (BA), v. 7, n. 1, e071005, jan./dez., 2023. DOI: <https://orcid.org/0000-0003-0772-7520>.

CARLOS, Paula Pinhal de. **Gênero, maternidade e direitos sexuais e reprodutivos**. 2019. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2019/1/2019_01_1745_1781.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

CARVALHO, Jamille Maria Rodrigues; MONTEIRO, Simone Souza. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. e00169720, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169720>.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295 - 316.

CERQUEIRA, Patrícia Maria Barbosa Cintra et al. Atenção à saúde de mulheres em comunidades ribeirinhas: estudo de revisão. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e141150-e141150, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.1150>.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, 2021.

CONNELL, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: Versos, 2016.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>.





CORRÊA, Sônia. **Cairo+ 10: a controvérsia que não acabou. Dez anos do Cairo–Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil.** ABEP/UNFPA, 2004.

COSTA, M. C. R. *et al.* Saúde da mulher ribeirinha: implicações no cuidado. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 3, pág. e3485, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N3-006>.

COSTA, M. C.; SILVA, E. B.; SOARES, J. S. F.; BORTH, L. C.; HONNEF, F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PDhWVNzrq5R7vYjjWT9Dkmg/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

DE OLIVEIRA, Maria Eliane Ramos; ALVES, Luciana Tavares. O papel transformador dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: desafios na atenção a comunidades quilombolas, ribeirinhas e indígenas. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 12, p. e7028, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N12-194>.

FERREIRA, C. S. B., FERNANDES, E. T. B. S., LACERDA, F. K. L. A invisibilidade das decisões sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem e trabalham no contexto rural. **Revista Macambira**, Serrinha (BA), v.8, n.1, e081029, jan./dez., 2024. DOI: <https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1418>.

FREEDMAN, L. P.; ISAACS, S. L. Human rights and reproductive choice. **Studies in Family Planning**, n. 24, pp. 18-30, 1993.

GIFFIN, K. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GOMES, Juliana Cesario Alvim. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. **Revista Direito GV**, v. 17, n. 3, p. e2136, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202136>.

GOMES, R.; MURTA, D.; FACCHINI, R.; MENEGHEL, S. N. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1997-2006, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano.** Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2020.

GRAZZIOTIN, L. S.; KLAUS, V.; PEREIRA, A. P. M. Pesquisa documental histórica e pesquisa bibliográfica: focos de estudo e percursos metodológicos. **Pro-posições**, v. 33, e20200141, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0141>. Acesso em: 10 dez. 2023.

HOLLANDA, G. S. E. *et al.* Quality of sexual life of riparian women: analysis of sexual practices and attitudes. **Enfermería Clínica (English Edition)**, v. 32, n. 6, p. 405–412, nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2022.04.006>.

JAIN, A.; BRUCE, J.; MENSCH, B. Settings standards of quality in family planning programs. **Studies in Family Planning**, n. 23, pp. 392-395, 1992. DOI: <https://doi.org/10.2307/1966897>.

JESUS, Diane Carlos de. A saúde mental da população rural e sua relação com os determinantes sociais e as iniquidades de saúde: uma revisão de literatura. 2019. 37 f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.26512/2019.TCC.22392>.





- KUBLIKOWSKI, I. Editorial. Diversidade, diferenças e desigualdades. **Revista Macambira**, Serrinha (BA), v.8, n.1, e081023, jan./dez.,2024. DOI: <https://doi.org/10.35642/rm.v8i1.1404>.
- LINDGREN-ALVES, José Augusto. **A década das conferências: 1990-1999**. 2. ed. Brasília: FUNAG, 2018. Disponível em: https://funag.gov.br/biblioteca-nova/produto/1-256-decada_das_conferencias_1990_1999_a. Acesso em: 10 dez. 2023.
- LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista estudos feministas**, v. 22, p. 935-952, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>.
- MACHADO, Lia Zanotta. Interfaces e deslocamentos: feminismos, direitos, sexualidades e antropologia. **Cadernos Pagu**, n. 42, p. 13-46, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-8333201400420013>.
- MENANDRO, L. M. T. Planejamento familiar e controle da natalidade no capitalismo. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/20018>. Acesso em: 10 dez. 2023.
- MONTRUCCHIO, Marisa; MARTINS, Danielle Lopes; LOPES, Jorge Domingues. A múltipla identidade das mulheres ribeirinhas de Curuçambaba-Pará, na região do Baixo Tocantins. **Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 6, n. 1, p. 01-22, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56579/rei.v6i1.981>.
- MUNHOZ, Larissa Gabrieli dos Santos; PONTES FILHO, Raimundo Pereira. Hipervulnerabilidade da mulher amazônica: violência de gênero no âmbito familiar. **Revista Saberes da Amazônia**, v. 10, n. 16, p. 1–16, 2025. DOI: <https://doi.org/10.31517/rsa.v10i16.125>.
- PARMEJANI, E. P. *et al.* Saúde sexual e saúde reprodutiva da população ribeirinha: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03664, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033103664>. Acesso em: 10 dez. 2023.
- PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** - Plataforma de Cairo. Brasília, 1994. Disponível em: https://www.unfpa.org.br/Arquivos/inst_int.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.
- PAULA, M. B. M. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem no contexto rural: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm.**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.69529>. Acesso em: 10 dez. 2023.
- PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(3\)12](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(3)12).
- PETCHESKY, R. P. **Abortion and woman's choice: the state, sexually and reproductive freedom**. 2. ed. Boston: Northeastern University, 1990.
- PETCHESKY, R. P. The body as property: a feminist revision. In: GINSBURG, F. D.; RAPP, R. (Eds.). **Conceiving the new world order: the global stratification of reproduction**. Berkeley: University of California Press, 1994.
- PETCHESKY, R. P.; WIENER, J. **Global feminist perspectives on reproductive rights and reproductive health**. New York: Reproductive Rights Education Project, Hunter College, 1990.
- PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, Karen (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 19-38.





RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - Plataforma de Cairo. Cairo, Egito, 1994. Disponível em: https://www.unfpa.org.br/Arquivos/inst_int.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

RESENDE, D. K. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 2, n. 4, p. 175-191, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/pretextos/article/view/15251>. Acesso em: 10 dez. 2023.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, Ruben Araújo de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Caminhos-para-Analise-das-Politicass-de-Saude.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

RODRIGUES, P. F.; MARTINS, L. C. de S. N. Ciências humanas: afeto, poder e interações. In: COLOMBO, Natalia (Org.). **Ciências humanas: afeto, poder e interações**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/ciencias-humanas-afeto-poder-e-interacoes>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ROSENFELD, M. Deconstruction and legal interpretation: conflict, indeterminacy and the temptations of the new legal formalism. In: CORNELL, D.; ROSENFELD, M.; CARLSON, D. G. (Eds.). **Deconstruction and the possibility of justice**. New York: Routledge, 1992.

ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. **Justiça reprodutiva: uma introdução**. Univ of California Press, 2017. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctv1wxsth>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SANTOS, I. O. *et al.* Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 24, supl. 1, p. 185-199, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34823>.

SANTOS, Iraneide Nascimento dos *et al.* Autonomia reprodutiva entre mulheres: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378462>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 13 maio. 2025.

SILVA, Monique Evelin Lobato da; SILVA, Caroline Carvalho; FAVAL, Gabriela Costa. Educação sexual para mulheres ribeirinhas: uma concepção freiriana. **Revista Científica Gênero na Amazônia**, n. 26, p. 85-92, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/rcga.v0i26.18170>.

SILVA, T. C.; PIMENTEL, D. C. Saúde das mulheres ribeirinhas: fortalecimento através das ações intersetoriais, educação em saúde e saúde itinerante no município de Barreirinha-AM. **Rede Unida, Encontro Regional Norte 2015**. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/regionais/norte/paper/view/1496>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SOUZA, Iara Antunes de. Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil na perspectiva do feminismo decolonial. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 12, n. 1, p. 81-91, 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/969>. Acesso em: 10 dez. 2023.





VEDANA, B. B.; GERVASONI, T. A. Os movimentos feministas na América-Latina e as perspectivas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. **Revista Ártemis**, v. 29, n. 1, p. 279, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1807-8214.2020v29n1.49848>.



Informações do Artigo	Article Information
<p>Recebido em: 01/10/2024 Aceito em: 23/07/2025 Publicado em: 25/07/2025</p>	<p>Received on: 2025/01/10 Accepted in: 2025/07/23 Published on: 2025/07/25</p>
<p>Contribuições de Autoria <u>Resumo:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Introdução:</u> Ana Beatriz Barroso Mota <u>Referencial teórico:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Análise de dados:</u> Ana Beatriz Barroso Mota <u>Discussão dos resultados:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Conclusão:</u> Ana Beatriz Barroso Mota <u>Referências:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Revisão do manuscrito:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Aprovação da versão final publicada:</u> Breno de Oliveira Ferreira</p>	<p>Author Contributions <u>Abstract/Resumen:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Introduction:</u> Ana Beatriz Barroso Mota <u>Theoretical reference:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Data analysis:</u> Ana Beatriz Barroso Mota <u>Discussion of results:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Conclusion:</u> Ana Beatriz Barroso Mota <u>References:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Manuscript review:</u> Breno de Oliveira Ferreira <u>Approval of the final published version:</u> Breno de Oliveira Ferreira</p>
<p>Conflitos de Interesse Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político e financeiro referente a este manuscrito.</p>	<p>Interest conflicts The authors declare that there is no personal, commercial, academic, political or financial conflict of interest regarding this manuscript.</p>
<p>Como Citar este artigo - ABNT MOTA, Ana Beatriz Barroso; FERREIRA, Breno de Oliveira Ferreira. Enquadramentos das políticas públicas de saúde para as mulheres ribeirinhas no Brasil. Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 9, n. 1, e091008, jan./dez., 2025. https://doi.org/10.35642/rm.v9i1.1534.</p>	<p>How to cite this article – ABNT MOTA, Ana Beatriz Barroso; FERREIRA, Breno de Oliveira Ferreira. Frameworks of public health policies for riparian women in Brazil. Revista Macambira, Serrinha (BA), v. 9, n. 1, e091008, jan./dez., 2025. https://doi.org/10.35642/rm.v9i1.1534.</p>
<p>Licença de Uso A Licença Creative Commons Atribuição- NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Esta licença permite compartilhar, copiar, redistribuir o manuscrito em qualquer meio ou formato. Além disso, permite adaptar, remixar, transformar e construir sobre o material, desde que seja atribuído o devido crédito de autoria e publicação inicial neste periódico. Não pode usar o material para fins comerciais.</p>	<p>Use license The Creative Commons Attribution- NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-NC-SA 4.0). This license allows sharing, copying, redistributing the manuscript in any medium or format. In addition, it allows adapting, remixing, transforming and building on the material, as long as due credit for authorship and initial publication in this journal is attributed. You may not use the material for commercial purposes.</p>