



# A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: DESAFIOS E AVANÇOS NO CUIDADO INTEGRAL

*Cristiane Amaral<sup>1</sup>, Rute Grossi-Milani<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista, Discente do Programa de Promoção da Saúde – Mestrado, Campus Maringá -PR – Universidade Cesumar – UNICESUMAR

cris\_1912@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia, Docente do Programa de Promoção da Saúde, Bolsista Produtividade da Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA) e do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI), Campus Maringá – PR – Universidade Cesumar – UNICESUMAR

rute.milani@unicesumar.edu.br

## RESUMO

Este artigo analisa a construção e evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil, com ênfase na trajetória da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. A partir de uma abordagem qualitativa e revisão bibliográfica, examina-se como as práticas de saúde voltadas às mulheres foram historicamente centradas na reprodução, sendo gradualmente transformadas por lutas feministas e movimentos sociais. Destaca-se o papel do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM de 1984 como marco na ampliação do cuidado, incorporando direitos sexuais, reprodutivos e atenção psicossocial. A PNAISM, instituída em 2004, consolida uma perspectiva interseccional ao considerar fatores de gênero, raça, classe e orientação sexual na formulação das ações de saúde. Seus eixos estratégicos incluem: atenção integral ao longo do curso de vida, enfrentamento da violência de gênero, promoção dos direitos reprodutivos e cuidado humanizado. Entre os avanços observam-se a ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo, rastreamento de cânceres e fortalecimento da rede de apoio às mulheres em situação de violência. Contudo, desafios persistem, como desigualdades regionais, subfinanciamento do SUS, resistência política aos direitos sexuais e reprodutivos, além da invisibilidade de grupos vulneráveis. Conclui-se que a efetividade da política depende da superação dessas barreiras estruturais, do fortalecimento das redes de atenção e do compromisso político com a equidade em saúde, reafirmando o SUS como espaço de garantia de direitos e cidadania plena para todas as mulheres.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos reprodutivos; Políticas públicas; Saúde da mulher.

## 1 INTRODUÇÃO

As práticas de atenção à saúde são historicamente construídas com a realidade que permeia as ações sociais. No que se refere à mulher, essas práticas foram construídas com fragilidade e vêm sendo consolidadas pouco a pouco em resposta às lutas e reivindicações femininas.

As políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil são fruto de um processo histórico de lutas sociais, transformações legais e disputas políticas que refletem as desigualdades de gênero no país. Inicialmente centradas na reprodução e na maternidade, as ações de saúde para mulheres foram marcadas por uma abordagem biomédica e reducionista.

Com o fortalecimento dos movimentos feministas, especialmente a partir das décadas de 1970 e 1980, emergiram reivindicações por uma atenção mais ampla e integral, que considerasse a mulher como um ser social e integrante do processo produtivo. Nesse contexto, destaca-se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, em 1984, e, posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004.

Partindo da concepção de lutas de classe, este estudo visa analisar a trajetória da construção das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil até a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, considerando aspectos sociais,



de gênero e interseccionalidade com a finalidade de compreender os avanços e os entraves na efetivação dos direitos das mulheres no campo da saúde (BRASIL,2004).

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo, fundamentado em revisão bibliográfica. Foram consultadas bases científicas como SciELO, LILACS e o Portal do Ministério da Saúde, além de legislações federais disponíveis online. Foram priorizadas produções acadêmicas e normativas que abordam saúde da mulher, políticas públicas, direitos sexuais e reprodutivos, violência de gênero e interseccionalidade.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O cenário nacional de lutas faz surgir em 1974 o Programa Nacional Materno Infantil – PNMI, pautado no processo biológico de formação, crescimento e desenvolvimento do ser humano, atendendo a mulher no decurso da gestação, parto e puerpério. Mesmo estando voltado para os aspectos biológicos, o PNMI foi um avanço nas políticas de atenção à saúde da mulher, considerado um marco da atenção à mulher no Brasil (SOUTO, MOREIRA; 2021).

Os movimentos de lutas, porém, buscavam mais, almejavam a atenção à mulher enquanto ser social e não apenas para mulher-mãe. Com o fortalecimento do movimento feminista somado ao movimento da reforma sanitária, emergem condições político-sociais que fomentam a discussão de um novo conceito de saúde que se consolidou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde resultando na formulação legal do Sistema Único de Saúde – SUS, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, garantidos também na Constituição de 1998, passaram a orientar as políticas de saúde, inclusive as voltadas à população feminina (MACHADO, PENNA; 2022).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, elaborado em 1983 e lançado em 1984, foi um marco na forma de eleição das prioridades de saúde feminina no Brasil. Rompeu com o modelo centrado na maternidade, incorporando planejamento familiar, saúde sexual, prevenção de cânceres ginecológicos, menopausa e atenção psicossocial (COSTA, CONDE, 2007).

O PAISM também reconheceu os direitos sexuais e reprodutivos como componentes fundamentais da cidadania e mesmo representando grande avanço na atenção à saúde das mulheres, o PAISM não alcançou a integralidade na assistência, permanecendo lacunas como infertilidade, saúde da adolescente, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, atenção às mulheres negras, mulheres com deficiência, mulheres LGBTQIA+ e outras minorias (MACHADO, PENNA; 2022).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, instituída em 2004, ampliou a atuação do Ministério da Saúde, incorporando temas como violência de gênero, mortalidade materna, diversidade sexual e planejamento reprodutivo. A política foi um marco ao articular ações com base em gênero, raça, orientação sexual e classe social, representando a consolidação de uma abordagem crítica à atenção à saúde da mulher, anteriormente limitada às funções biológicas da gestação, parto e puerpério. Seu marco inicial está ligado às críticas ao modelo tradicional hegemônico, o qual ignorava a integralidade das necessidades de saúde das mulheres, principalmente no que se refere à saúde sexual, reprodutiva e à violência de gênero (BRASIL, 2004).

O primeiro eixo fundamental é o da atenção integral à saúde da mulher ao longo de todo o curso de vida, reconhecendo que as necessidades em saúde não se limitam ao ciclo gestacional, mas atravessam diferentes fases — infância, adolescência, vida adulta e envelhecimento — com especificidades biológicas, psicológicas e sociais.



Outro eixo central é a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos universais, o que implica assegurar o acesso a informações seguras, ao planejamento reprodutivo, aos métodos contraceptivos, ao pré-natal e ao parto humanizado, além do respeito à autonomia das mulheres sobre seus corpos e decisões reprodutivas.

A prevenção e enfrentamento da violência doméstica, sexual e de gênero também constituem uma diretriz estratégica da PNAISM, reconhecendo que a violência é um grave problema de saúde pública que afeta diretamente a saúde física e mental das mulheres. Nesse sentido, a política orienta ações intersetoriais de acolhimento, notificação e encaminhamento das mulheres em situação de violência, bem como a qualificação das equipes para atuação ética e sensível a essa demanda (COSTA, CONDE, 2007).

A política também abrange a atenção qualificada e humanizada à mulher em situação de abortamento, com base nas normas legais vigentes, buscando evitar os riscos decorrentes do aborto inseguro e garantir o atendimento acolhedor e livre de julgamentos morais nos serviços de saúde.

Outro ponto de atenção é a prevenção e o controle do câncer de colo do útero e de mama, dada a elevada incidência e mortalidade dessas doenças entre a população feminina brasileira. A PNAISM orienta ações de rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, com especial atenção às mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

Além disso, a política propõe a atenção às doenças prevalentes na população feminina, como hipertensão, diabetes, depressão e outras condições crônicas, integrando as ações da PNAISM com as demais políticas de saúde, em especial no âmbito da Atenção Primária.

Por fim, destaca-se o compromisso com a promoção da equidade, priorizando o atendimento às mulheres negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de rua, privadas de liberdade, com deficiência e moradoras de áreas rurais ou periféricas. Essa diretriz reafirma a necessidade de considerar as desigualdades sociais, de raça e de orientação sexual como determinantes que impactam diretamente o acesso e a qualidade da atenção à saúde.

Ao articular esses eixos, a PNAISM propõe uma política de saúde da mulher fundamentada na justiça social, no respeito à diversidade e na promoção de uma cidadania plena e ativa, que reconhece as mulheres como sujeitos de direitos e protagonistas de suas trajetórias em saúde (MACHADO, PENNA; 2022).

### 3.1 DESAFIOS E AVANÇOS

Desde sua instituição em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM representou um marco no redirecionamento das políticas públicas voltadas à saúde feminina no Brasil. Entre os principais avanços promovidos pela política, destaca-se a ampliação da concepção de saúde da mulher, que passou a considerar não apenas os aspectos biológicos ligados à reprodução, mas também questões sociais, culturais e políticas que influenciam diretamente a saúde das mulheres em todas as fases do ciclo de vida (SOUTO, MOREIRA, 2021).

Outro avanço relevante foi a incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos como eixo central da política, contribuindo para o fortalecimento do acesso ao planejamento reprodutivo, à contracepção de forma segura e ao pré-natal humanizado. A partir da PNAISM, observou-se uma maior institucionalização de serviços voltados para o cuidado integral, como a ampliação das ações voltadas ao rastreamento e tratamento do câncer de colo do útero e de mama, além da incorporação da atenção à mulher em situação de violência como uma diretriz do cuidado integral no SUS.



Entretanto, a efetivação plena do PNAISM ainda encontra desafios significativos. Um dos principais obstáculos diz respeito às desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços de saúde, que afetam de maneira mais acentuada mulheres negras, indígenas, rurais, periféricas, privadas de liberdade e LGBTQIAPN+. Essas desigualdades revelam a insuficiência de políticas interseccionais e a fragilidade da rede de atenção em muitos territórios, sobretudo em áreas rurais e regiões Norte e Nordeste (MACHADO, PENNA; 2022).

Além disso, a subnotificação e invisibilidade da violência de gênero nos serviços de saúde ainda persistem, devido à ausência de protocolos eficazes, à escassez de profissionais capacitados e, muitas vezes, à própria reprodução de práticas institucionalmente violentas, como a violência obstétrica. Soma-se a isso o subfinanciamento crônico do SUS, que compromete a continuidade de ações estratégicas, dificulta a implementação de políticas em larga escala e enfraquece a articulação intersetorial necessária para um cuidado integral.

Outro desafio importante diz respeito à resistência sociopolítica à abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente em contextos marcados pelo conservadorismo moral e religioso. Essa resistência tem dificultado a discussão e a implementação de ações relacionadas ao aborto legal, à educação sexual nas escolas e ao acesso de pessoas trans aos serviços de saúde, tensionando os princípios de universalidade e equidade do SUS.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A trajetória das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil evidencia importantes conquistas no campo dos direitos humanos, do acesso e da equidade. O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, o combate à violência de gênero e a inclusão do conceito de interseccionalidade são avanços significativos.

Entretanto, ainda existem barreiras práticas e estruturais que comprometem a efetividade dessas políticas, sobretudo em populações vulnerabilizadas. É necessário fortalecer o SUS, ampliar o financiamento e promover a formação permanente das equipes de saúde com enfoque em gênero, raça e direitos humanos. O cuidado integral à saúde da mulher deve ser, acima de tudo, emancipador.

Por fim, a ausência de mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação da implementação da PNAISM prejudica a identificação de lacunas e a elaboração de estratégias corretivas. Embora a política seja normativa e orientadora, sua efetividade depende da adesão e da atuação das gestões estaduais e municipais, que muitas vezes carecem de suporte técnico e recursos para sua operacionalização.

Portanto, embora a PNAISM represente um avanço significativo na construção de uma política pública de saúde com base em direitos e na perspectiva de gênero, seu fortalecimento depende do enfrentamento contínuo das desigualdades, do compromisso político institucional e da participação ativa dos movimentos sociais na defesa do SUS e dos direitos das mulheres.



## REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. São Paulo: Nova Fronteira, 2019.

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**, 2004. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1984. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2025.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Lígia; CONTE, Danielle. *A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil*. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-76-77, p. 13–24, jan.–dez. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345310003.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2025.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SOUTO, Kátia Barreto; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul./set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em: 05 ago. 2025.

MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. *As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito*. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320221>. Acesso em: 05 ago. 2025. [SciELO Saúde Pública](https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320221)[doi.org](https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320221)