

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Milena Lima de Sousa.

RESUMO: As políticas públicas de saúde da mulher no Brasil passaram por importantes transformações nas últimas décadas, refletindo avanços sociais, científicos e institucionais voltados à garantia da atenção integral e dos direitos sexuais e reprodutivos. A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, representou um marco na reorganização da assistência, ao romper com o modelo centrado exclusivamente na maternidade e incorporar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado em todas as fases do ciclo de vida feminino. Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Rede Cegonha e, mais recentemente, a Rede Alyne fortaleceram a organização da assistência materno-infantil e o enfrentamento da mortalidade materna evitável no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente capítulo tem como objetivo analisar a evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, destacando seus principais marcos históricos, avanços, desafios e perspectivas para a consolidação da atenção integral. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, complementada por análise documental de legislações, políticas públicas, diretrizes ministeriais e documentos técnicos nacionais. Os resultados evidenciam importantes avanços relacionados à ampliação do acesso ao pré-natal, ao parto humanizado, ao planejamento reprodutivo, às ações de rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama, bem como à implementação de políticas voltadas à equidade, à dignidade menstrual e à redução da mortalidade materna. Entretanto, permanecem desafios relevantes, como o subfinanciamento do sistema, as desigualdades regionais e raciais no acesso aos serviços de saúde, a persistência da violência obstétrica e as dificuldades de integração entre os diferentes níveis de atenção. Conclui-se que o fortalecimento das políticas públicas de saúde da mulher depende da ampliação dos investimentos na Atenção Primária à Saúde, da qualificação permanente dos profissionais, da consolidação das redes de atenção e da implementação de estratégias intersetoriais capazes de garantir assistência integral, humanizada e baseada em evidências científicas para todas as mulheres brasileiras.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde; Atenção Integral à Saúde; Mortalidade Materna; Rede Alyne.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher constitui um dos principais eixos das políticas públicas de saúde no Brasil, em razão de sua relevância para a promoção da qualidade de vida, redução da morbimortalidade e garantia dos direitos humanos. Durante grande parte do século XX, as ações governamentais destinadas à população feminina estiveram concentradas quase exclusivamente no período gravídico-puerperal, restringindo o cuidado ao ciclo reprodutivo e ao papel materno. Essa abordagem limitava o acesso das mulheres às ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de outras condições clínicas que acometem as diferentes fases do ciclo de vida feminino, desconsiderando aspectos sociais, psicológicos, culturais e de gênero que influenciam diretamente o processo saúde-doença (1,2).

A partir da década de 1980, impulsionado pelos movimentos feministas, pela Reforma Sanitária Brasileira e pelo processo de redemocratização do país, iniciou-se uma importante transformação na organização da assistência à saúde da mulher. Nesse contexto, foi criado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado um marco histórico por introduzir o conceito de atenção integral, contemplando ações de planejamento reprodutivo, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, assistência ginecológica, climatério, prevenção dos cânceres femininos e promoção da

saúde em todas as etapas da vida. Essa mudança rompeu com o modelo exclusivamente materno-infantil e passou a reconhecer a mulher como sujeito de direitos e protagonista do próprio cuidado (1,3).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, fortalecendo a implementação de políticas públicas voltadas à promoção da equidade e da integralidade da assistência. Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, ampliou esse processo ao incorporar as perspectivas de gênero, raça, etnia, orientação sexual, direitos sexuais e direitos reprodutivos, reconhecendo que as desigualdades sociais influenciam diretamente as condições de saúde e o acesso aos serviços assistenciais. Dessa forma, consolidou-se um modelo de cuidado centrado na integralidade, na humanização e na redução das iniquidades em saúde (4,5).

Entre as principais prioridades das políticas públicas de saúde da mulher destacam-se a redução da mortalidade materna, o fortalecimento da assistência pré-natal, a promoção do parto seguro e humanizado, o planejamento reprodutivo, a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, o enfrentamento da violência contra a mulher e o rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama. Essas ações possuem impacto direto sobre os indicadores de saúde da população feminina e contribuem para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente da Meta 3.1, que estabelece a redução da razão de mortalidade materna em nível global (6).

Nas últimas décadas, importantes estratégias foram implementadas para qualificar a assistência materna e neonatal no Brasil. A Rede Cegonha, instituída em 2011, fortaleceu a organização da linha de cuidado da gestação, parto, nascimento e puerpério, promovendo maior integração entre os diferentes níveis de atenção e incentivando práticas baseadas na humanização do cuidado. Mais recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Alyne, voltada ao fortalecimento da atenção materna e infantil, com ênfase na redução da mortalidade materna evitável, na qualificação da assistência obstétrica e neonatal e na ampliação do acesso aos serviços especializados, especialmente para mulheres em situação de maior vulnerabilidade social (7).

Paralelamente às ações voltadas à saúde reprodutiva, observa-se expansão das políticas públicas relacionadas à prevenção e ao diagnóstico precoce das doenças crônicas que acometem a população feminina. O rastreamento organizado do câncer do colo do útero, a ampliação das estratégias para prevenção e diagnóstico do câncer de mama, as ações de planejamento familiar, a assistência ao climatério, o enfrentamento da violência de gênero e a implementação de políticas como o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual demonstram o avanço da compreensão de que a saúde da mulher deve ser abordada de forma integral, contínua e interdisciplinar ao longo de todo o ciclo de vida (4,8).

Apesar dos avanços obtidos, importantes desafios permanecem para a consolidação da atenção integral à saúde da mulher no Brasil. Persistem desigualdades regionais na oferta de serviços, diferenças raciais nos indicadores de mortalidade materna, limitações relacionadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde, dificuldades de acesso à atenção especializada e situações de violência obstétrica que comprometem a qualidade da assistência. Além disso, as mudanças no perfil epidemiológico da população feminina impõem novos desafios relacionados ao envelhecimento, às doenças crônicas não transmissíveis, à saúde mental e às condições associadas aos determinantes sociais da saúde, exigindo constante atualização das políticas públicas e fortalecimento das redes de atenção (5,6).

Diante desse contexto, compreender a evolução histórica das políticas públicas de saúde da mulher permite analisar os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde, identificar desafios persistentes e subsidiar estratégias capazes de fortalecer a atenção integral, reduzir desigualdades e garantir assistência humanizada, segura e baseada em evidências científicas para todas as mulheres brasileiras.

Objetivo

Analisar a evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) até a implementação da Rede Alyne, discutindo seus principais marcos históricos, avanços, desafios e perspectivas para o fortalecimento da atenção integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

O presente capítulo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, complementada por análise documental de legislações, políticas públicas, protocolos clínicos, diretrizes nacionais e documentos técnicos relacionados às políticas públicas de saúde da mulher no Brasil. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a síntese e a análise crítica das evidências científicas disponíveis, reunindo estudos com diferentes delineamentos metodológicos e proporcionando uma compreensão ampla da evolução histórica, da organização e dos desafios da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) (9).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed/MEDLINE. Complementarmente, foram consultados documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização das Nações Unidas (ONU), além da legislação brasileira pertinente às políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

Foram utilizados, de forma isolada e combinada, os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH): **"Saúde da Mulher", "Políticas Públicas", "Sistema Único de Saúde", "Saúde Materna", "Atenção Integral à Saúde da Mulher", "Rede Cegonha", "Rede Alyne", "Mortalidade Materna", "Women's Health", "Public Health Policy" e "Maternal Health"**, associados pelos operadores booleanos **AND** e **OR**, visando ampliar a sensibilidade e a especificidade da estratégia de busca.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos científicos publicados em português, inglês ou espanhol entre os anos de 1983 e 2025, contemplando o período correspondente à criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) até as políticas públicas mais recentes relacionadas à Rede Alyne. Também foram incluídos livros, revisões sistemáticas, revisões integrativas, estudos observacionais, documentos técnicos, protocolos clínicos, portarias ministeriais e demais publicações oficiais relacionadas à organização da assistência à saúde da mulher no Brasil.

Foram excluídos estudos duplicados, resumos publicados em eventos científicos, editoriais, cartas ao editor, trabalhos sem disponibilidade do texto completo e publicações que não apresentassem relação direta com os objetivos deste capítulo.

Após a seleção das referências, realizou-se leitura exploratória e, posteriormente, leitura analítica e crítica do material selecionado. As informações extraídas foram organizadas em categorias temáticas que contemplaram a evolução histórica das políticas públicas de saúde da mulher, a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Rede Cegonha, a Rede Alyne, as estratégias de redução da mortalidade materna, o rastreamento dos cânceres de mama e do colo do útero, as políticas de saúde sexual e reprodutiva, o enfrentamento da violência contra a mulher e os principais desafios para consolidação da atenção integral no Sistema Único de Saúde.

Os resultados foram discutidos à luz da literatura científica nacional e internacional e dos documentos normativos vigentes, buscando identificar avanços, limitações e perspectivas para o fortalecimento das políticas públicas de saúde da mulher. A análise priorizou aspectos relacionados à integralidade da assistência, equidade no acesso aos serviços, regionalização da atenção, redução das desigualdades sociais e raciais, qualificação das redes de atenção e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado no âmbito do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura evidencia que as políticas públicas de saúde da mulher no Brasil passaram por profundas transformações nas últimas quatro décadas, acompanhando mudanças sociais, epidemiológicas e institucionais que ampliaram o conceito de cuidado feminino. O modelo inicialmente centrado na reprodução e na maternidade foi progressivamente substituído por uma abordagem baseada na integralidade da assistência, reconhecendo a mulher como sujeito de direitos e contemplando suas necessidades ao longo de todo o ciclo de vida. Essa evolução permitiu ampliar o acesso aos serviços de saúde, fortalecer ações preventivas e incorporar princípios como equidade, humanização e participação social na formulação das políticas públicas (1,4).

Evolução histórica das políticas públicas de saúde da mulher

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, representou um marco na história da saúde pública brasileira ao romper com o modelo exclusivamente materno-infantil predominante até então. O programa passou a incorporar ações voltadas ao planejamento reprodutivo, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, assistência ginecológica, prevenção dos cânceres femininos, climatério e promoção da saúde, reconhecendo que as necessidades de saúde das mulheres ultrapassam o período gestacional (1,2).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e posteriormente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, consolidou-se uma perspectiva baseada na integralidade do cuidado. A PNAISM incorporou importantes dimensões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, à diversidade étnico-racial, às desigualdades de gênero, à atenção às mulheres em situação de violência e ao cuidado em todas as fases da vida, fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora das ações assistenciais (3,4).

Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante

Os estudos analisados demonstram que a Atenção Primária à Saúde constitui o principal ponto de entrada das mulheres no Sistema Único de Saúde. As equipes da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das usuárias, realização do pré-natal de baixo risco, planejamento reprodutivo, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, rastreamento dos cânceres de mama e colo do útero, acompanhamento do climatério e promoção da saúde sexual e reprodutiva (5).

Além das ações clínicas, a Atenção Primária desempenha importante papel na educação em saúde, identificação precoce de fatores de risco, acompanhamento das condições crônicas e encaminhamento oportuno para serviços especializados quando necessário. A literatura demonstra que municípios com cobertura ampliada da Estratégia Saúde da Família apresentam melhores indicadores relacionados ao pré-natal, vacinação, rastreamento oncológico e redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (5,6).

Rede Cegonha e Rede Alyne

A organização da assistência obstétrica passou por importante transformação com a implantação da Rede Cegonha, instituída em 2011, cujo objetivo foi garantir atenção humanizada durante o planejamento reprodutivo, gestação, parto, nascimento e puerpério. Entre seus principais avanços destacam-se a vinculação prévia da gestante à maternidade de referência, ampliação do acesso ao pré-natal, incentivo ao parto humanizado, qualificação da assistência neonatal e fortalecimento do transporte sanitário para gestantes e recém-nascidos (7).

Mais recentemente, a Rede Alyne foi instituída como estratégia de fortalecimento da assistência materna e infantil, buscando reduzir a mortalidade materna evitável, ampliar a qualidade do cuidado obstétrico e neonatal e aperfeiçoar a organização da rede assistencial. A nova estratégia reforça a necessidade de monitoramento contínuo dos indicadores de saúde materna, fortalecimento da Atenção Primária, integração entre os diferentes níveis de atenção e qualificação permanente das equipes multiprofissionais responsáveis pela assistência às gestantes e puérperas (8).

A criação da Rede Alyne representa também um importante reconhecimento da necessidade de enfrentar as desigualdades históricas relacionadas à assistência obstétrica brasileira, especialmente aquelas que afetam mulheres negras, indígenas, residentes em regiões de maior vulnerabilidade social e populações com menor acesso aos serviços especializados.

Mortalidade materna e desafios assistenciais

A redução da mortalidade materna permanece como um dos principais desafios da saúde pública brasileira. Embora o país tenha apresentado avanços importantes nas últimas décadas, os indicadores ainda permanecem acima das metas propostas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas. Grande parte dos óbitos maternos continua sendo considerada evitável mediante diagnóstico precoce, assistência pré-natal adequada, acesso oportuno aos serviços especializados e atendimento obstétrico qualificado (6).

Entre as principais causas de mortalidade materna destacam-se as síndromes hipertensivas da gestação, hemorragias obstétricas, infecções, complicações relacionadas ao parto e abortamento, além de causas indiretas agravadas durante a gestação. Estudos demonstram que essas complicações apresentam maior frequência entre mulheres em situação de vulnerabilidade social, evidenciando o impacto dos determinantes sociais da saúde sobre os desfechos maternos (6,9).

Rastreamento dos cânceres femininos

A prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama constitui uma das principais estratégias das políticas públicas voltadas à saúde da mulher. O câncer do colo do útero permanece entre as principais causas de morte por neoplasias ginecológicas, sendo fortemente associado à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV). A incorporação progressiva dos testes moleculares para detecção do DNA do HPV representa importante avanço na sensibilidade diagnóstica e na identificação precoce das lesões precursoras, complementando as estratégias tradicionais de rastreamento citopatológico (10).

Em relação ao câncer de mama, a mamografia continua sendo o principal método de rastreamento populacional para mulheres na faixa etária recomendada pelas diretrizes nacionais. O diagnóstico precoce possibilita maiores taxas de cura, tratamentos menos agressivos e redução da mortalidade, reforçando a importância das ações desenvolvidas pela Atenção Primária e pelos serviços especializados.

de diagnóstico (11).

Saúde sexual, planejamento reprodutivo e dignidade menstrual

Os estudos analisados demonstram que as políticas públicas de saúde da mulher passaram a incorporar de maneira mais ampla os direitos sexuais e reprodutivos. O acesso aos métodos contraceptivos, ao planejamento reprodutivo, às orientações sobre sexualidade, ao acompanhamento do climatério e à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis constituem componentes essenciais da atenção integral prevista pelo Sistema Único de Saúde (4).

Outra política recente refere-se às ações voltadas à dignidade menstrual, reconhecendo o acesso a produtos de higiene menstrual como importante determinante da saúde, da permanência escolar e da inclusão social. A distribuição gratuita de absorventes para populações em situação de vulnerabilidade representa estratégia voltada à redução das desigualdades e promoção da equidade em saúde (12).

Violência contra a mulher

A violência contra a mulher permanece como importante problema de saúde pública e constitui fator determinante para o adoecimento físico e mental feminino. A literatura destaca que mulheres expostas à violência apresentam maior risco de transtornos mentais, doenças crônicas, complicações obstétricas e redução da qualidade de vida.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde possui papel fundamental na identificação precoce dos casos, acolhimento das vítimas, notificação compulsória, atendimento multiprofissional e articulação com os serviços da assistência social, segurança pública e sistema de justiça. A qualificação das equipes para identificação da violência doméstica e obstétrica representa estratégia indispensável para garantir assistência integral e humanizada (13).

Principais desafios para a consolidação das políticas públicas

Apesar dos importantes avanços observados nas últimas décadas, persistem desafios relacionados ao subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, às desigualdades regionais na oferta de serviços, à insuficiência de profissionais especializados, às barreiras de acesso aos exames diagnósticos e às diferenças raciais nos indicadores de saúde materna.

Além disso, o envelhecimento da população feminina, o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, os transtornos de saúde mental e as mudanças no perfil epidemiológico exigem atualização permanente das políticas públicas e fortalecimento das redes de atenção.

De forma geral, os estudos analisados demonstram que o Brasil possui um dos mais amplos conjuntos de políticas públicas voltadas à saúde da mulher entre os sistemas universais de saúde. Entretanto, a efetividade dessas políticas depende da ampliação do financiamento público, do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da qualificação permanente dos profissionais, da expansão do acesso aos serviços especializados e da redução das desigualdades sociais, raciais e regionais. A consolidação da Rede Alyné representa importante oportunidade para fortalecer a assistência obstétrica e neonatal, mas seu sucesso dependerá da efetiva implementação das diretrizes propostas e do monitoramento contínuo dos indicadores de saúde da mulher (1–13).

CONCLUSÃO

A evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil evidencia importantes avanços na organização da assistência e na consolidação do princípio da integralidade do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, até a recente implementação da Rede Alyne, observa-se uma ampliação progressiva das ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência obstétrica, planejamento reprodutivo, rastreamento dos principais cânceres femininos e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Essas transformações contribuíram para superar o modelo assistencial restrito ao ciclo gravídico-puerperal, reconhecendo as múltiplas necessidades de saúde das mulheres ao longo de todo o ciclo de vida (1–4).

A análise da literatura demonstra que a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica na coordenação do cuidado, sendo responsável pelo desenvolvimento de ações preventivas, acompanhamento longitudinal das usuárias e articulação com os demais níveis de atenção. Da mesma forma, políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Rede Cegonha e a Rede Alyne fortaleceram a organização das redes assistenciais, ampliando o acesso ao pré-natal, ao parto humanizado, ao planejamento reprodutivo e às estratégias voltadas à redução da mortalidade materna evitável (4,5,7,8).

Entretanto, apesar dos avanços normativos e assistenciais, permanecem importantes desafios para a efetivação da atenção integral à saúde da mulher no Brasil. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, as desigualdades regionais e raciais no acesso aos serviços, a persistência da violência obstétrica, as dificuldades de acesso aos exames especializados e a necessidade de ampliação da cobertura das ações preventivas ainda comprometem a qualidade da assistência e contribuem para a manutenção de indicadores desfavoráveis, especialmente relacionados à mortalidade materna e aos cânceres de mama e do colo do útero (6,9–13).

Além disso, as mudanças no perfil epidemiológico da população feminina, marcadas pelo envelhecimento populacional, aumento das doenças crônicas não transmissíveis, maior prevalência de transtornos relacionados à saúde mental e persistência das desigualdades sociais, exigem constante atualização das políticas públicas e fortalecimento das redes de atenção. A incorporação de novas tecnologias para rastreamento, a ampliação das ações de promoção da saúde, o fortalecimento das estratégias de planejamento reprodutivo e a implementação de políticas voltadas à equidade representam importantes perspectivas para o aprimoramento da assistência (10–12).

Conclui-se que a consolidação das políticas públicas de saúde da mulher depende do fortalecimento contínuo da Atenção Primária à Saúde, da ampliação dos investimentos públicos, da qualificação permanente das equipes multiprofissionais, da integração entre os diferentes níveis de atenção e da implementação efetiva das diretrizes propostas pelas políticas nacionais. Somente por meio de uma assistência baseada na integralidade, na equidade, na humanização e nas melhores evidências científicas será possível reduzir as desigualdades em saúde, qualificar o cuidado oferecido às mulheres e garantir melhores indicadores de saúde feminina em todo o território brasileiro. Além disso, novas pesquisas são fundamentais para avaliar continuamente os impactos das políticas implementadas, subsidiando o aperfeiçoamento das estratégias de atenção integral à saúde da mulher no contexto do Sistema Único de Saúde.

AGÊNCIA DE FOMENTO

Não há

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.

2. Osís MJD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saude Publica**. 1998;14(Supl 1):25-32.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organiza o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 1990.
6. World Health Organization. **Trends in maternal mortality 2000 to 2023**. Geneva: World Health Organization; 2025.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 11 de setembro de 2024. Institui a Rede Alyne no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2024.
9. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da humanização da assistência ao parto no Brasil: desafios para a redução da morbimortalidade materna. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 2018;18(3):471-479.
10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2025.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Rastreamento do Câncer de Mama**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.
12. Brasil. Lei nº 14.214, de 6 de outubro de 2021. Institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2021.
13. United Nations. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: United Nations; 2015.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde das mulheres: desafios e perspectivas nas Américas**. Brasília (DF): OPAS; 2023.
15. Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
16. Organização Mundial da Saúde. **Women's health and well-being in the WHO European Region**. Geneva: World Health Organization; 2021.