

RECORTE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA SUA IMPLEMENTAÇÃO

HISTORICAL OVERVIEW OF THE CONSTRUCTION OF PUBLIC POLICIES FOR WOMEN'S HEALTH IN PRIMARY CARE AND THE ROLE OF THE NURSE IN THEIR IMPLEMENTATION

Mylena Ribeiro Ferreira¹
Carlos Oliveira dos Santos²

RESUMO: A pesquisa consiste em uma análise temporal dos fatores que contribuíram para a evolução dos direitos assistenciais à saúde da mulher, destacando o papel do enfermeiro nas principais etapas do processo: formação de normas, acolhimento da população, levantamento e processamento dos dados que serão transformados em indicadores (fundamentais para a manutenção e revisão das políticas de saúde públicas). Material e métodos: trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos, realizada de abril a novembro de 2023, com preferência à seleção de estudos nacionais e relacionados à atenção da saúde feminina e seus indicadores.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Atenção Básica. Prevenção. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT: The research consists of a temporal analysis of the factors that contributed to the evolution of women's health care rights, highlighting the role of nurses in the main stages of the process: formation of standards, reception of the population, collection and processing of data that will be transformed into indicators (fundamental for the maintenance and review of public health policies). Material and methods: this is a bibliographic review of articles, carried out from April to November 2023, with preference given to the selection of national studies related to female health care and its indicators.

Keywords: Women's Health. Basic Care. Prevention. Public Health Policies.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), e funciona como um ponto centralizador dos cuidados básicos iniciais necessários para identificar e evitar o agravamento de quadros que ocasionalmente seriam resolvidos sem maiores dificuldades se rastreados em tempo hábil. A APS acontece através de normas, que são formuladas de acordo com a efetiva necessidade

¹Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

²Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

do público alvo e podem variar de acordo com as especificidades de cada região, são as chamadas Políticas Públicas de Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, as mulheres são detentoras do título de maioria populacional no Brasil e também são as principais usuárias do SUS. Essa parcela da população demanda protagonismo de Políticas Públicas específicas e segmentadas, em razão das diversas variáveis que têm influência direta no conceito de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) (2004), a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Com o desenrolar dos anos, a atenção à mulher progrediu significativamente, ganhando espaço em questões profiláticas e curativas da área física/ginecológica, e também em questões sociais, mentais, reprodutivas, étnicas, culturais, entre outras.

Neste cenário, convém pontuar que o enfermeiro é o principal promotor da saúde da mulher na assistência primária, visto que, em sua competência, estão a gestão e aplicação dos programas de proteção e reabilitação da saúde feminina, e a supervisão das buscas ativas que são realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Em síntese, a ideia é:

1. trazer as mulheres para a unidade;
2. iniciar o acolhimento; e
3. inseri-las nos programas assistenciais e de monitoramento.

Assim, é fundamental reconhecer a importância do enfermeiro na construção das políticas públicas de saúde e investir na capacitação e valorização deste profissional, para que ele possa exercer seu papel de forma efetiva e contribuir para a melhoria da saúde da população.

Nesse sentido, o presente artigo justifica-se na necessidade de compreender a complexidade dos desafios relativos à saúde das mulheres, bem como em analisar a atuação dos profissionais competentes na busca pela garantia desses direitos. Estes fatores possibilitam uma visão holística sobre a eficácia das políticas existentes, sendo, portanto, determinantes para análise de variáveis como “alocação eficiente de recursos”, “avaliação de medidas preventivas e terapêuticas já implantadas” e “aprimoramento de estratégias e formulação de novos programas assistenciais”.

O intuito da investigação, portanto, reside em responder à questão: como a atuação do enfermeiro pode impactar e transformar as políticas de saúde pública para específicas para a saúde da mulher?

Para responder à questão, tomou-se como objetivos: demonstrar a evolução histórica dos direitos assistenciais à saúde do público feminino; ressaltar a importância de políticas direcionadas e abrangentes à diversidade territorial; e destacar o papel do enfermeiro na gestão e na assistência das UBS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Políticas públicas de saúde são estratégias estabelecidas pelo poder público com o objetivo de gerar certa proteção social através da promoção do cuidado e de ações preventivas, visando garantir os direitos basilares da cidadania e de uma vida digna, princípios fundamentais da república estabelecidos no artigo 1º, incisos II e III da CF/88:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como **fundamentos**:

[...]

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

[...]” (Grifos desta autora)

Tais políticas são idealizadas pelo Poder Público Federal, Estadual e Municipal, cada qual em sua esfera de competência, de forma correlacionada e lógica, baseadas em dados epidemiológicos e sociais, e são fundamentadas segundo as disposições das leis 8.080/90 e 8.142/90. Estabeleceu-se como critério que “o processo de elaboração das políticas deveria estar baseado na construção coletiva, viabilizando, dessa forma, a participação efetiva de órgãos públicos, da iniciativa privada, de entidades representativas dos profissionais e da sociedade civil.” (Ministério da Saúde, 1998, p.7)

A saúde da mulher é uma área abrangente e de extrema importância para o desenvolvimento de uma população. Muito além de consultas ginecológicas ocasionais com finalidade profilática ou curativa, a assistência a mulher perpassa por fatores sociais, culturais, psicológicos, reprodutivos e gestacionais, contemplando todo o necessário para a garantia de uma vida longa e digna, estendendo um olhar acurado a públicos de todas as idades, etnias e regiões.

A OMS (1946) aponta o conceito de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido, os planejamentos e estratégias para a saúde da mulher devem ser pensados de forma

que atendam suas demandas físicas, reprodutivas, mentais, sociais, econômicas, raciais, dentre outros aspectos fundamentais para a garantia da dignidade.

Antes da implantação do Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que foi o primeiro programa assistencial direcionado a mulher a ser introduzido em todo território nacional, os principais problemas na atenção à mulher estavam relacionados à dificuldade de acesso à contracepção, ao pré-natal, ao atendimento, à assistência hospitalar para o parto, às altas taxas de parto cesáreo, ao câncer de colo de útero e de mamas, às “DSTs”, ao aborto inseguro e à ausência de especificidade de protocolos segundo a faixa etária (Ministério da Saúde, 2005). Ainda segundo o Ministério da Saúde (2005), as principais causas de morte materna, estavam relacionadas a HAS não tratada, complicações no parto, infecções, hemorragias, e abortos inseguros.

A Constituição federal de 1988 instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, inferindo que esta deve ser garantida por meio de políticas econômico-sociais que visem a redução do risco de doenças e outros agravos, e estabeleceu acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, corrobora Lucchese, 2004:

Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (Lucchese, 2004).

2021

No Brasil, as políticas públicas têm uma história rica e complexa, marcada por avanços e retrocessos ao longo dos séculos. No período colonial, as ações de saúde reduziam-se basicamente ao controle sanitário e ao saneamento das zonas portuárias, através do Alvará Sanitário de 22 de janeiro de 1810, decretado pelo então Príncipe Regente.

A saúde da mulher passou a ser objeto de políticas públicas a partir de 1920, período em que, até então, as mulheres eram vistas apenas como mães/donas de casas, e não como pessoas detentoras de uma plena cidadania e gozo de direitos. Canesqui (1987) coloca que o enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social.

Por influência dos movimentos sociais e sanitários e, concomitantemente, a crescente pressão exercida pelo movimento feminista, que buscava reconhecimento e cidadania na época, foi elaborado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), voltado especificamente às demandas femininas. Seu texto contemplava todas as etapas da vida dessas mulheres, desde a adolescência até a terceira idade.

O programa, criado mais precisamente em 1984 pelo Ministério da Saúde, foi o primeiro programa assistencial para mulheres a ser implantado em todo o território nacional e a atuar em larga escala. Caracterizou-se por abranger o gênero feminino segundo especificidades de natureza etária, social, econômica, regional, cultural, entre outras, com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, provocando uma mudança drástica na atenção a este público: as mulheres, que antes eram vistas apenas como “corpos”, passaram a ser vistas como detentoras de direito. Este marco histórico foi responsável por uma verdadeira revolução nos princípios norteadores das políticas de saúde para mulheres, bem como, nos critérios utilizados para a avaliação de prioridades desta área (Brasil, 1984). Nesse sentido, dispõe o Ministério da Saúde:

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2004).

Não obstante, discorre ainda o Ministério da Saúde:

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 1984).

2022

O PAISM tinha como objetivo estabelecer procedimentos e protocolos, além de regulamentar a atenção à mulher, que deveria ser integral, abrangendo a assistência clínica, ginecológica e educativa, visando aprimorar a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, bem como, a abordagens específicas das necessidades desde a adolescência até a terceira idade, ao controle das “DSTs”, ao tratamento oncológico e à assistência à concepção e contracepção (Duarte, 1998).

Posteriormente, a constituição de 1988, que ficou conhecida como constituição cidadã (em razão do significativo avanço de direitos político-sociais trazidos pela mesma), tornou-se o principal símbolo da redemocratização do Brasil. Em seu texto, trouxe expresso, no artigo 5º, a inviolabilidade do direito à vida, para brasileiros e estrangeiros residentes no País, enfatizando ainda, em seu art. 6º, o direito à saúde e a proteção à maternidade.

Art. 6. São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a **proteção à maternidade** e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Grifos desta autora)

Em suma, a CF/88 incorporou diversos dos princípios trazidos no PAISM e versou

sobre a competência, financiamento de recursos e todo o aparato com o objetivo de proporcionar garantias de uma assistência sem distinção, não somente na recuperação, mas também na promoção e na proteção. Lucchese (2004) destaca que a ampliação da ideia de saúde adotada na Constituição demanda por parte do Estado a adoção de políticas econômico-sociais voltadas à minimização do risco de doenças e outros agravos, o que, por consequência, ampliou o horizonte das políticas públicas relacionadas à saúde, exigindo um trabalho integrativo dos criadores com outros setores.

A lei 8.080/90, instituiu o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), uma conquista revolucionária e grande marco histórico no cenário sanitário e social do país. Mendes (2011) traz que “O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi publicada no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde, sendo elaborada em razão da necessidade de estabelecer diretrizes que servissem como base para a criação de políticas em saúde pública, bem como análises do cenário epidemiológico levantado na época. Inspirado no PAISM, trouxe muitas referências do seu antecessor, que são amplamente aplicáveis ainda na atualidade. Dentre suas principais características, vale citar:

- Foco na integralidade e promoção de saúde do público feminino (princípios norteadores);
- Promoção de melhorias em procedimentos obstétricos;
- Avanços na seara dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Combate à violência sexual e doméstica;
- Adoção de providências acerca do abortamento inseguro;
- Avanço na prevenção e tratamento de mulheres portadoras de HIV/Aids; e
- Avanço no tratamento de câncer ginecológico e doenças crônicas não transmissíveis.

Por derradeiro, prescreve o texto do PNAISM, *ipsis litteris*:

A Política Nacional proposta considera a diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão. É, acima de tudo, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

O trabalho do enfermeiro é pautado no cuidado, zelo e garantia da atenção integral e humanizada ao paciente, desde a promoção até a reabilitação da saúde, inclusive a saúde da mulher, objeto deste estudo. É competência da enfermagem gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar as ações que correspondam às necessidades da

comunidade, no âmbito da atenção primária.

A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, dispõe sobre as atribuições do profissional de enfermagem na Política Nacional de Atenção Primária do SUS (descrito na Portaria como “Atenção Básica”):

[...]

4.2.1 - Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

(...) (Brasil, 2017).

Nesse sentido, a consulta de enfermagem deve ser realizada de acordo com o processo de sistematização da assistência, e é considerada uma ótima oportunidade para que o profissional estabeleça uma relação de confiança com o público da sua região de atuação.

A criação desse “vínculo” repercute diretamente no sucesso das ações de saúde implantadas na unidade, dada a importância do enfermeiro em estar sempre disposto a escutar a fundo as queixas das mulheres, bem como em acolhê-las, reconhecer seu direito ao esclarecimento/informação, e inseri-las nos programas de cuidado continuado, a fim de seguir monitorando sua saúde ao longo do tempo. Este contato possibilita uma visão holística e aprofundada dos problemas da comunidade, oportunizando ainda o tratamento precoce de doenças e agravos, e impedindo complicações que possam custar a vida e/ou a autonomia dessas mulheres.

Não obstante, o COREN-SP (2019) reforça que o enfermeiro tem um papel singular também no processo de promoção à saúde, prevenção e acompanhamento do câncer de colo uterino/mama, sendo a consulta de enfermagem uma ferramenta importante para a adesão e acompanhamento da saúde da mulher. Através de um cuidado centralizado, promove o aconselhamento reprodutivo, age na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e desempenha atividades de educação e saúde, fornecendo informações para o autoconhecimento e escolha de métodos contraceptivos e contraceptivos.

Outrossim, circunda no campo da enfermagem, ainda, a observância de três fatores que refletem diretamente o quadro sanitário de cada microrregião, e que servem como base para a formulação/reformulação das políticas públicas que, de tempos em tempos, são desenvolvidas para todas as instâncias da regionalização da saúde (das microrregiões às macrorregiões, em âmbito municipal, estadual e federal):

- a) o registro de indicadores da unidade;
- b) os métodos/procedimentos/conduas adotadas nas consultas; e
- c) as notificações de agravos e seus desdobramentos.

Por derradeiro, Soares (2016) assevera que a ausência do profissional de enfermagem nos espaços decisórios pode ser bastante prejudicial para o desenvolvimento da saúde no município, fator que reflete diretamente na construção do cuidado, uma vez que tais profissionais possuem grande competência de atuação na gestão pública - vale dizer: a gestão dos recursos inerentes à prestação de uma assistência de qualidade faz parte do rol de atribuições do enfermeiro.³

2025

3 MATERIAL E MÉTODOS

Realizado sob o método de pesquisa por revisão bibliográfica, caracterizado pela análise crítica e síntese de conhecimentos existentes na literatura sobre o tema, buscando identificar lacunas, tendências e perspectivas, proporcionando uma percepção ampliada da evolução temporal dos direitos assistenciais e da importância do enfermeiro nesse processo.

Os dados foram coletados através de periódicos, arquivos de órgãos com competência relacionadas à saúde, além de livros e revistas de autores que possuem contribuições para o desenvolvimento e pesquisa da área abordada, presentes nos bancos de dados das seguintes

³ Em outras palavras, os indicadores colhidos nas microrregiões são utilizados como objeto de análise para a reestruturação dos programas assistenciais dos municípios, que, por sua vez, servem de base para a revisão de protocolos e intervenções nos âmbitos estadual e federal - percebe-se que há uma ligação direta (isto é, um escalonamento) entre o que ocorre em todas as esferas relacionadas à construção/implantação das políticas públicas de saúde.

instituições: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico; Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS) SANAR MED e Senado Federal.

Para chegar ao atual embasamento teórico foram utilizados os seguintes descritores: “Políticas públicas”, “Contexto Histórico da Saúde Pública no Brasil”, “Legislação de Saúde Pública”, “SUS”, “Saúde da Mulher”, “Programas Assistenciais a Saúde da Mulher”, restringindo-se a materiais em português e de origem nacional.

Fundamentaram os critérios de inclusão: periódicos, artigos, teses, diretrizes, livros e leis, que abordassem a evolução da saúde pública e da saúde do público feminino no Brasil, suas dificuldades e características, bem como a atuação do enfermeiro frente a essas questões, publicados num intervalo de tempo de menos de 40 anos, bem como documentos oficiais relacionados a temática, datados de períodos anteriores a esse período.

Como critério de exclusão: foram desconsiderados artigos que trouxessem linguagens de difícil compreensão, que fugissem ao tema ou que estivessem relacionados com o cenário internacional. As variáveis para composição deste trabalho foram: 1- Cenário Político-social, 2- Patologias e complicações, 3- Morbidade e comorbidades, 3- Equipe de enfermagem, 4- Família e comunidade.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção das políticas públicas de saúde é um processo complexo, que envolve a participação de diversos atores. Neste Cômputo, o profissional de enfermagem tem incumbência substancial tanto na elaboração das propostas de promoção da saúde quanto na sua realização em si, em razão de possuir conhecimento técnico-científico, habilidades de gestão e liderança e estar presente em todas as etapas da prestação de cuidados. A participação do enfermeiro na construção das políticas públicas de saúde também é importante para garantir a humanização do atendimento e a promoção da equidade e da justiça social.

Além disso, o profissional de enfermagem possui uma visão ampla sobre as necessidades e demandas da população de mulheres sob sua competência, dentro do seu território de atuação, o que proporciona oportunidade para elencar as principais vulnerabilidades e necessidades desse público, identificar os fatores de risco, desenvolver estratégias educativas, preventivas e profiláticas, além de monitorar e avaliar as políticas de saúde já implantadas.

Em face do exposto, é fundamental reconhecer a importância das políticas de saúde pública na melhoria dos indicadores, em razão de um trabalho realizado pelo poder público, sociedade e profissionais de saúde, com destaque para as contribuições que os profissionais da enfermagem desenvolveram na implementação e efetivação da saúde da mulher. Sendo assim, é de suma importância o investimento dos gestores na qualificação e valorização dessa categoria, para que eles possam exercer seu papel de forma efetiva, contribuindo para a melhoria da saúde da população.

Parafraseando Florence Nightingale, “Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer-se uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diário Oficial da União, **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, Brasília, DF, 1946. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm.

BRASIL. Diário Oficial da União, **Constituição Federal de 1988**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=II%20%2D%20garantir%20o%20desenvolvimento%20nacional,quaisquer%20outras%20formas%20de%20discrimina%C3%A7%C3%A3o.

BRASIL. Diário Oficial da União, **Constituição Federal**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=II%20%2D%20garantir%20o%20desenvolvimento%20nacional,quaisquer%20outras%20formas%20de%20discrimina%C3%A7%C3%A3o.

BRASIL. Legislação Informatizada, **Alvará de 22 de janeiro de 1810. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1810**, Página 17, Vol. 1. Publicação Original. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/anterioresa1824/alvara-39909-22-janeiro-1810-570996-publicacaooriginal-94091-pe.html>.

BRASIL. Governo Federal. **Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde Metodologia de Formulação**. Brasília, DF, agosto de 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM 21 Anos Depois**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004. Disponível em: [o4_0209_M.indd](https://saude.gov.br/o4_0209_M.indd) (saude.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>.

CANESQUI, A. M. **Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana**. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 1987. Disponível em: https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_13.pdf.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Nova Iorque, EUA, 1946. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/o/Constituição %20da%20Organização%20Mundial%20da%20Saúde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/o/Constituicao%20da%20Organizacao%20Mundial%20da%20Saude%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf).

2028

COREN-SP. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Editoração: Gerência de Comunicação - Coren-SP. São Paulo, SP, 2019. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>.

DUARTE, Maria José Martins. **PAISM: um Marco na Abordagem da Saúde Reprodutiva no Brasil**. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.

GARCIA, Giulianna Soares. **Análise da Contribuição de Enfermeiros Gestores na Formulação de Políticas Públicas em Saúde**. UFPB. Recife, PB, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/25986/1/DISSERTAÇÃO%20Giulianna%20oSoares%20Garcia.pdf>.

LUCCHESI, Patrícia T. R.; coord. AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; de LIMA, Luciana Dias; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinas. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**, 2.^a edição, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

RODRIGUES, Talita. Reportagem: **Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos**. EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>.

SANAR MED. **História do SUS: da Colônia aos dias Atuais**. 2017. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/historia-do-sus-da-colonia-aos-dias-atuais>.

TOLEDO, Penelope. **Vamos Falar Sobre o Sistema Único de Saúde Brasileiro, INCQS, FIOCRUZ**, 2018. Disponível em: https://www.incqs.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1679:vamos-falar-sobre-o-sistema-unico-de-saude-brasileiro&catid=42&Itemid=132#:~:text=Conforme%20Jos%C3%A9%20Noronha%20explicou%2C%20as,saneamento%20b%C3%A1sico%20e%20de%20higiene.