



VII Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG
V Salão de Extensão

<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

ISSN 2318-8014



**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Júlia Masiero Cardoso^a, Lidiane Barazzetti*

^a) Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG).

* Fisioterapeuta, mestre e docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG).

Informações de Submissão

* Autor correspondente (Orientador)
Lidiane Barazzetti, endereço: Rua Os Dezoito
do Forte, 2366 - Caxias do Sul - RS - CEP:
95020-472.

Palavras-chave:

Saúde da Mulher. Política Nacional. Fisioterapia

Resumo

Introdução: Freitas et al. (2009) menciona que na maior parte do século XX, as políticas nacionais de saúde da mulher estiveram voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. A partir de 1984, uma proposta de atendimento integral ganhou corpo no então Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, em 2004, emergiu uma proposta que prioriza a promoção da saúde, por meio da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). **Objetivo:** Este estudo tem o propósito de revisar a abordagem dos objetivos citados na PNAISM e de que forma vem sendo discutida nos artigos científicos, para posteriormente, criar um artigo de revisão bibliográfica. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos acadêmicos qualitativos e quantitativos, na plataforma Google Acadêmico, no período correspondente de abril a junho de 2019, sendo utilizados os termos: “Saúde da Mulher”, “Política Nacional” e “Fisioterapia”. **Resultados:** Foram encontrados 12.600 artigos publicados no período de 2004 a 2012. Destes, foram selecionados 60 artigos, sendo priorizados aqueles que contemplavam apenas a língua portuguesa e o período de busca restrito de 2004 a 2019. **Discussão:** Pedrosa (2005) constata que é preciso desenvolver, cada vez mais, a capacidade de gerenciar os serviços e formar profissionais da saúde orientados a uma assistência integral e humana, com equidade, e sem o uso abusivo de tecnologias médicas. **Conclusão:** Faz-se necessária a incorporação dos princípios propostos na prática cotidiana dos serviços, que devem contar com suficientes recursos financeiros e recursos humanos capacitados a executar este novo modelo político.

1 INTRODUÇÃO

A partir do século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil, de modo que até então a mulher era vista como mãe e provedora do lar, sem serem questionados seus direitos de saúde dos básicos aos mais complexos.

Freitas et al. (2009), menciona que na maior parte do século XX, as políticas nacionais de saúde da mulher estiveram voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. A partir de 1984, uma proposta de atendimento integral ganhou corpo no então Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, em 2004, emergiu uma proposta que prioriza a promoção da saúde, por meio da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Reforçando o que foi dito anteriormente, o Ministério da Saúde (2004), traz que a PNAISM, trata de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o Estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina. Isso significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido.

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Além disso, propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Ainda apresenta condições de assistência em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério), como nos casos de doenças crônicas ou agudas.

Em 2003, teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, quando a equipe técnica de Saúde da Mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando as características da nova política de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Este estudo tem o propósito de revisar a abordagem dos objetivos citados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de qual forma vem sendo discutida nos artigos científicos, para posteriormente, criar um artigo de revisão bibliográfica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, aborda em suas diretrizes os seguintes tópicos: Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero, Evolução das Políticas de Atenção à

Saúde da Mulher, Situação Sociodemográfica, Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil, Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Em relação ao tópico Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero, a PNAISM informa que se toma como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos, removendo desta forma o enfoque restrito que abordam apenas aspectos da biologia e da anatomia do corpo feminino, passando a interagir com dimensões mais amplas dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania.

Falando sobre Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, a PNAISM relata que no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Após em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o PAISM que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos.

Tratando-se da Situação Sociodemográfica, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher afirma que o Brasil passou por importantes transformações na estrutura dinâmica nas últimas décadas, dando enfoque principalmente para a questão da taxa de fecundidade que teve uma queda abrupta: passou de 5,8 filhos por mulher na década de 1970, para 2,3 nos anos 2000, ocasionada, uma vez que, a mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho e no ensino superior. Além disso, a população está ficando cada vez mais velha, tendo uma relação direta com a boa qualidade de vida. O aumento da expectativa de vida, que era de 54 anos em 1970, passou para 68 anos em 1999 (IBGE, 2001), trouxe novas demandas para o setor Saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas e degenerativas, de maior incidência.

Sobre o tópico Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil, a PNAISM diz que no Brasil nos anos 2000, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas.

De forma discriminada a PNAISM trata sobre temas de extrema importância na atualidade: mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, DST/HIV/AIDS, violência doméstica e sexual, saúde das mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério e na menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, saúde das mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural e saúde da mulher em situação de prisão.

Sobre o tema Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a PNAISM informa que humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões.

A PNAISM traz como objetivos gerais:

– Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

E por fim, como objetivos específicos a PNAISM descreve:

– Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST: fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher; ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS.

– Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde: ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade; garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.

– Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes: construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo; qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento; apoiar a expansão da rede laboratorial; garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes; melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna.

– Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids; promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

– Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina: prevenir as DST e a infecção pelo HIV/AIDS entre mulheres; ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e AIDS.

– Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina: organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama; garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia; oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor.

– Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero: melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS; qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais.

– Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério: ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS.

– Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade: incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS; incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS.

– Promover a atenção à saúde da mulher negra: melhorar o registro e produção de dados; capacitar profissionais de saúde; implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS; estimular e

fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

– Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade: implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal; introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde.

– Promover a atenção à saúde da mulher indígena: ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena.

– Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população: ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias.

– Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres: promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos acadêmicos qualitativos e quantitativos na língua portuguesa, na plataforma Google Acadêmico, com delimitação de busca de 2004 a 2019, no período correspondente de abril a junho de 2019, sendo utilizados os termos: “Saúde da Mulher”, “Política Nacional” e “Fisioterapia”.

4 RESULTADOS

Foram encontrados 12.600 artigos publicados no período de 2004 a 2012. Destes, foram selecionados 60 artigos, sendo priorizados aqueles que contemplavam apenas a língua portuguesa e o período de busca restrito de 2004 a 2019. Após, os critérios de exclusão deram-se da seguinte forma: 29 artigos tratavam sobre a Política Nacional de Atenção ao Homem; em 18 artigos o título não contemplava inteiramente o tema escolhido; 6 links retornaram em erro ao abrir o arquivo; também foram descartados artigos que tratavam de população específica, como mulheres indígenas, homossexuais e transexuais.

Os critérios de inclusão deram-se: pela relevância dos títulos dos artigos; pelo desenvolvimento do artigo abrangendo o tema proposto; artigos que tratavam das diretrizes da política no âmbito da população feminina de modo geral; e artigos que abordavam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, restando assim 7 artigos.

No quadro 1 abaixo, de forma esquematizada, estão agrupados os artigos selecionados com seu tipo e resultado de estudo, respectivamente.

Quadro 1 – Análise dos Resultados

Autor e Ano	Título	Tipo de Estudo	Resultado do Estudo
Freitas et al., 2009	Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde	Estudo reflexivo, baseado nos princípios e diretrizes da PNAISM e nos pressupostos da promoção da saúde apresentados nas cartas resultantes das conferências sobre promoção da saúde.	Não desmerecendo os avanços obtidos, ainda estamos longe de desfrutar de forma plena dos conceitos e pressupostos da promoção da saúde da mulher, que estão contemplados, teoricamente, nos princípios e diretrizes da PNAISM.
Paz e Salvaro, 2011	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: propostas educativas em foco	Indicar algumas das possíveis propostas educativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).	Faz-se necessário considerar que essa política de saúde visa assegurar os princípios da universalidade e igualdade, estando fundamentada na produção e captura de determinados sujeitos de direitos. Em outros termos, significa dizer que a política produz os sujeitos que representa e sua efetivação requer necessariamente o controle, a normatização e normalização de corpos.
Coelho et al., 2009	Integralidade do cuidado à saúde da mulher: Limites da Prática Profissional	Proporcionar reflexão e discussão sobre o cuidado à saúde das mulheres e identificar aspectos que fragilizam ou potencializam a integralidade. Tem abordagem qualitativa e foi realizado em uma unidade da rede básica de saúde, de Salvador-BA.	Considerando os objetivos do estudo, os discursos analisados revelaram que as práticas de cuidado dirigidas à saúde da mulher são orientadas pelo modelo biomédico, que nem sempre considera as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo.
Ramalho et al., 2012	Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade?	Estudar de forma sócio-histórica e analítica a trajetória da Política Pública de Saúde brasileira direcionada à mulher, como uma política	O modelo medicalizador hegemônico vigente, que permeou a construção da política de saúde direcionada à mulher, encontra seu ápice com a contrarreforma do Estado brasileiro, o qual, a partir das implicações políticas neoliberais, reorientou suas funções

		estatal.	para atender aos interesses do mercado.
Osis, 2004	Atenção Integral a Saúde da mulher, o conceito e o programa: História de uma intervenção.	O que se pretendeu fazer foi uma reconstrução histórica do programa, incluindo como contexto a construção do conceito de atenção integral à saúde da mulher, a conjuntura econômica e política em que o PAISM surgiu, e seus significados sociais, através de livros e artigos publicados.	O governo e a sociedade em geral, e as mulheres em especial, devem continuar empenhados em sua recuperação.
Pedrosa, 2005	Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial	Descrever a trajetória e analisar as causas sobre os objetivos ainda não alcançados no que tange à garantia do direito à assistência integral à saúde da mulher.	Estes desafios somente serão superados com a articulação dos diversos segmentos sociais envolvidos na questão. Estado, profissionais de saúde e usuárias precisam trabalhar de maneira colaborativa no desenvolvimento de estratégias que induzam a reorganização da atenção à saúde da mulher no sentido da integralidade e equidade.
Souto, 2008	A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero.	O artigo analisa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher sob a perspectiva de gênero, a partir da reflexão sobre o princípio da integralidade na saúde.	Este artigo é apenas mais uma abordagem que, entre outras, coloca o enfoque de gênero e integralidade na concepção e na formulação das políticas públicas em saúde e, também, na sua execução e avaliação, pois, em última instância, é nas práticas cotidianas de saúde, do atendimento e do cuidado que elas se concretizam em direito e cidadania para milhões de homens e mulheres que chegam ao Sistema Único de Saúde em nosso País.

5 DISCUSSÃO

Traçando um breve resgate histórico das Políticas Nacionais na Saúde da Mulher, Freitas et al., (2009), descreve em seu artigo que na década de 60, diversos países se voltaram para controlar a natalidade e destacou-se a atenção do Estado às mulheres em idade fértil.

Ainda na década de 60, apesar das limitações impostas pelo governo militar, o movimento feminista brasileiro descontente com as diferenças de gênero e com o enfoque de inferioridade dado à mulher, organizou-se reivindicando a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, propondo igualdade social que reconhecesse as diferenças e denunciando as

precariedades da saúde da mulher brasileira, emergindo dessa forma um novo conceito de saúde da mulher, rompendo o paradigma de reprodução e pontuando dentre outros tópicos a saúde sexual e reprodutiva como direito de todas.

Assim, os programas ditos como de controle da natalidade, ganharam destaque no final da década de 70 pelo Programa de Saúde Materno Infantil, ainda negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que ficavam relegadas em segundo plano. Na década de 80 foram incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher, quando o governo brasileiro lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Entretanto uma análise das ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1998 a 2002 afirmou que apesar do discurso integralizador, ainda assim, as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado, mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva, embora tenha sido incorporado o tema violência sexual em suas diretrizes.

Ramalho et al., (2012), descreve que a proposta do PAISM naquele momento histórico foi inovadora, até pela conjuntura política do País. O ponto crucial de questionamento quanto à propensão do programa foi à inclusão da contracepção como atividade da assistência integral à saúde da mulher.

Apenas em 2004 surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)-Princípios e Diretrizes, visando o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Trazendo para a atualidade, um conceito de saúde da mulher mais amplo, contemplando os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção.

Vale reassaltar que apesar das mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos) representarem 65% da população feminina brasileira, as diferenças seguem presentes e se traduzem nas discrepâncias salariais entre os sexos, na maior ocupação de cargos de chefias pelo sexo masculino e na violência contra a mulher, e se refletem, também, nas leis, políticas e práticas sociais que repercutem desigualdades de classe, idade, dentre outras. Souto (2008) traz que a possibilidade da desconstrução da subalternidade feminina como determinante biológico liberta a mulher para se apropriar de sua história de vida e de seu corpo.

Outro ponto que merece destaque é que a PNAISM procurou objetivar em seus princípios e diretrizes o estabelecimento de áreas prioritárias, enfatizando com isso, mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias, mas, ainda assim, o próprio sistema de saúde enfrenta dificuldades em atender a mulher em tais especificidades.

Tendo em vista estas questões, Freitas et al., (2012), afirma que apesar dos avanços contemplados nesta política sua efetivação e implementação encontram-se distantes do preconizado, visto que não há um entendimento entre as três esferas de governo quanto a responsabilidades e competências nas ações a serem implementadas, concorrendo para um maior distanciamento entre o preconizado no plano legal e o que se efetiva no plano real.

Paz e Salvaro (2011), afirmam que a efetivação dessa política demanda, igualmente, ações de promoção e prevenção em saúde, as quais podem ser observadas em propostas educativas. Podendo-se verificar, especificamente, em campanhas envolvendo a prevenção do câncer na população feminina, o delineamento de propostas educativas que evidencia investimentos no controle e regulação dos corpos das mulheres.

Entretanto, faz-se necessário considerar que essa política de saúde visa assegurar os princípios da universalidade e igualdade, estando fundamentada na produção e captura de determinados sujeitos de direitos. Em outros termos, significa dizer que a política produz os sujeitos que representa e sua efetivação requer necessariamente o controle, a normatização e normalização de corpos.

Por fim, Pedrosa (2005) constata que a experiência na prática demonstra que é necessário não apenas ter boas intenções e um programa normativamente correto, como o PAISM, para garantir atendimento de qualidade à mulher. É preciso desenvolver, cada vez mais, a capacidade de gerenciar os serviços e formar profissionais da saúde orientados a uma assistência integral e humana, com equidade, e sem o uso abusivo de tecnologias médicas, demonstrando, portanto que a formação dos profissionais de saúde, carece, por incrível que pareça em sua maioria, de conteúdos relacionados a aspectos não biológicos da saúde.

6 CONCLUSÃO

Ficam evidenciados os avanços que a PNAISM causou no cenário político e populacional brasileiro, entretanto as mudanças do ponto de vista prático não dependem somente da construção de planos e programas. Faz-se necessária a incorporação dos princípios propostos na prática cotidiana dos serviços, que devem contar com suficientes recursos financeiros e com recursos humanos capacitados a executar este novo modelo.

Conclui-se, portanto que estes desafios somente serão superados com a articulação dos diversos segmentos sociais envolvidos na questão. Estado, profissionais de saúde e usuárias precisam trabalhar de maneira colaborativa no desenvolvimento de estratégias que induzam a reorganização da atenção à saúde da mulher no sentido da integralidade e equidade.

7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; ALMEIDA, Mariza Silva. INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: LIMITES DAPRÁTICA PROFISSIONAL. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 **jan-mar**; **13 (1): 154-160**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>>. Acesso em: 13 de mai.2019.

FREITAS, Giselle Lima de; VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Artigo de Atualização**

Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47053>>. Acesso em: 13 de mai. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Brasília-DF, 2004.** Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf >. Acesso em: 10 de jun. 2019.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Atenção Integral a Saúde da mulher, o conceito e o programa: História de uma intervenção.** Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280858/1/Osis_MariaJoseMartinsDuarte_M.pdf >. Acesso em: 13 de mai. 2019.

PAZ, Ana Paula Bazo; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: PROPOSTAS EDUCATIVAS EM FOCO. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), Número Monográfico, Octubre, 2011, 121-133.** Disponível em: <<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1143>>. Acesso em: 17 de mai. 2019.

PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro, v.1, nº 3, 2005.** Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/12>>. Acesso em: 13 de mai. 2019.

RAMALHO, *Katiane de Souza*; SILVA, *Silvaneide Tenório da*; LIMA, *Silvania Maria de*; SANTOS, *Marli de Araújo*. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fics | Maceió | v. 1 | n.1 | p. 11-22 | nov. 2012.** Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/462>>. Acesso em: 17 de mai. 2019.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.** Disponível em: <http://ojs.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950> Acesso em: 13 de mai. 2019.