

O DIREITO À SAÚDE, À EFETIVIDADE DO SERVIÇO E À QUALIDADE NO ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

THE RIGHT TO HEALTH, THE EFFECTIVENESS OF THE SERVICE AND QUALITY IN ACCESS TO PUBLIC POLICIES FOR THE ATTENTION OF WOMEN'S HEALTH

Rayne da Conceição Costa¹
Jonas Rodrigo Gonçalves²

Resumo

Objetivo: Compreender a situação em saúde da mulher, no Brasil, no que diz respeito à efetivação do direito à saúde com vistas ao que é assegurado nas Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da bibliografia, no período de 2014 a 2018, através de um levantamento em base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME), *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Lilacs e Google Acadêmico. **Resultados:** Os resultados encontrados sugerem que a implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher apresenta-se de forma insuficiente para a demanda e o suprimento das necessidades individuais de cada mulher é deficiente, principalmente se considerado o grupo étnico ao qual as mesmas estão inseridas. **Conclusão:** O estudo mostrou que embora a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher tenha potencial para ofertar um serviço em saúde de qualidade e com abordagem holística, alguns fatores como problemas estruturais e aspectos intrínsecos tanto dos profissionais responsáveis quanto da própria população acabam interferindo nessa oferta; portanto, recomenda-se definir boas práticas na elaboração, implementação e avaliação dos programas e fazer uma reavaliação daquilo que é compartilhado de modo que se identifiquem possíveis questões a serem melhoradas e colocadas em prática. Sugere-se melhor capacitação tanto dos profissionais quanto da própria população por meio da educação em saúde, e da quebra de tabus e preconceitos relacionados principalmente a elementos como a situação socioeconômica e o grupo étnico no qual estas mulheres estão inseridas.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Política pública. Serviços de saúde da mulher.

Abstract

Objective: To understand the situation in women's health in Brazil, with regard to the realization of the right to health with a view to what is ensured in the Public Policies of Integral Attention to Women's Health (PAISM), through the National Policy of Integral health care of Woman (PNAISM). **Methodology:** This is an integrative review of the bibliography, in the period 2014 to 2018, through a survey of electronic data from the Virtual Health library (BVS-bireme), *Scientific Electronic Library Online*

¹ Bacharela em Enfermagem da Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil.

² Doutorando em Psicologia pela UCB. Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Licenciado em Filosofia e Letras. Habilitado em Sociologia, História, Psicologia e Ensino Religioso. Especialista em: Letras (Linguística: Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência do Ensino Superior; Gestão do Agronegócio. Professor universitário. Escritor, autor/coautor de 61 livros. Revisor.

² Bacharela em Enfermagem pela Universidade Paulista.

(*Scielo*), Lilacs and Google scholar. **Results:** The results suggest that the implementation of the women's health care policies is insufficient for the demand and the supply of the individual needs of each woman is deficient, especially if considered the group Ethnic institutions to which they are inserted. **Conclusion:** The study showed that although the National Politic of Women's Health care has the potential to offer a service in quality health and with a holistic approach, some factors such as structural problems and intrinsic aspects of both professionals responsible and the population itself end up interfering with this offer. Therefore, it is recommended to define good practices in the elaboration, implementation and evaluation of the programs and to reassess what is shared in order to identify possible issues to be improved and put into practice. It is suggested a better qualification of both professionals and the population itself through health education, and the breakdown of taboos and prejudices related mainly to elements such as the socioeconomic situation and the ethnic group to which these women are inserted.

Keywords: Woman health. Public Policies. Women's Health services

Introdução

A atenção à saúde da mulher, bem como o atendimento à mulher pelo sistema de saúde na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo foi sempre reduzida. Em grande parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil, e/ou limitado quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, frequentemente de forma deficiente, revelando a necessidade de ampliação do conceito de saúde desta classe¹.

A situação da saúde no Brasil, de forma geral, sempre se apresentou de forma precária. Anteriormente à reforma sanitária, ocorrida nas décadas de 70 e 80, o sistema de saúde pública brasileiro era centralizado e apresentava-se insuficiente e mal distribuído. O enfrentamento por parte dos movimentos sociais da época, motivados pelo inconformismo e insatisfação com o sistema desempenhou papel importante nas mudanças e transformações que se seguiram².

A luta das mulheres pela conquista de visibilidade teve um importante papel, associada à ampliação do conceito de saúde, na década de 90 com a Lei nº 8.080 que naquela época significou grande marco para o sistema de saúde brasileiro ao instituir a "cidadania em saúde" por meio da inclusão social, conferiu participação na saúde em todos os níveis. Até a década de 70, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa³.

A criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 1983, Resolução 123 do INAMPS, foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista. Irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher, e visando a incorporação dela como sujeito ativo no cuidado da sua saúde simbolizou acontecimento histórico nas políticas públicas. Neste cenário, a integralidade, um dos princípios fundamentais e ideológicos do SUS, passaria a ser vista como o resultado da atitude ética e técnica dos profissionais e da adequação da estrutura dos serviços de saúde, implicando a melhoria dos serviços prestados em especificidade à classe⁴.

A adoção dessa nova abordagem e o reconhecimento da fragilidade da mulher em vários aspectos, no meio social, possibilitaram a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher posteriormente em 2004. Tendo

como parâmetro dados epidemiológicos e reivindicações de diversos segmentos sociais referentes a questões femininas, essa política propõe em suas diretrizes atingir mulheres em todos os ciclos de vida, levando em conta as especificidades de cada grupo populacional nos quais estiverem inseridas⁵.

A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por sua vez foi antecedida pela criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) em 1º de janeiro de 2003 com o intuito de regimentar a formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens. Nesse sentido, o Governo Federal deu um importante passo na promoção das mudanças necessárias para a melhor oferta em saúde com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, que simbolizou uma nova era na afirmação dos direitos da mulher, lá começou a institucionalização do Plano Nacional de Políticas Para as mulheres⁶.

O Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres portanto foi criado com o intuito de enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens ao reconhecer o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas. Atua no combate a estas desigualdades sociais equilibrando-se entre quatro linhas de atuação consideradas mais importantes e urgentes, são elas: 1. Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; 2. Educação inclusiva e não sexista; 3. Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, norte deste estudo, e por último, 4. Enfrentamento a violência contra a mulher⁷.

Por ser um tema oriundo da 'Saúde', e por ter o na premissa de análise do cenário atual, em qualidade de oferta e serviço de saúde para a mulher com vistas aos direitos que lhe são asseverados por lei, neste estudo a tônica tratada será a 'Saúde da mulher', bem como seus direitos sexuais e reprodutivos", uma das linhas de atuação do Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres, porém com enfoque nos seguintes temas específicos, a morte materna e infantil, a saúde sexual e reprodutiva, o parto domiciliar em área rural, o crescimento da ocorrência de HIV, a saúde sexual de adolescentes e ações para grupos de mulheres específicos⁷.

Considerando os pontos supracitados e fazendo breve análise da condição atual da oferta de serviços à saúde da mulher, é identificável a relevância e a importância da existência de políticas públicas voltadas para este público, assim como investigar a forma como tais políticas estão implementadas, suas similaridade com o que é garantido por intermédio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e ainda verificar a suficiência da assistência prestada tendo como parâmetro o princípio da integralidade em saúde do SUS.

Dessa forma, a escolha do presente tema também firma o anseio de tecer melhores esclarecimentos a respeito das políticas de atenção à saúde da mulher vigentes no país, com o objetivo claro de compreender o alcance, a eficácia e os efeitos da implementação de políticas públicas específicas para as mulheres no cenário atual de saúde no Brasil.

Métodos

Este trabalho consiste em estudo explicativo de cunho bibliográfico realizado por revisão da literatura.

A revisão da literatura é compreendida como pesquisa na qual são empregadas diferentes metodologias, de forma que permita a sintetização dos resultados de diferentes estudos relacionados ao tópico de interesse.

O estudo bibliográfico é a revisão da literatura sobre as principais teorias que orientam o trabalho científico. Com ele são realizadas pesquisas em periódicos, livros, artigos científicos, sites da internet, entre outras fontes.

Os dados da presente pesquisa foram, portanto, coletados através de buscas em bases de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde – Bireme, LILACS, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Google Acadêmico. Para a busca, foram utilizadas combinações entre as seguintes palavras-chave, considerando descritores no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde): saúde da mulher, política pública e serviços de saúde da mulher.

Dois tabelas foram elaboradas, na primeira, figura 1 (anexo 1), é representado o fluxograma da estratégia adotada para a busca e inclusão dos artigos utilizados na elaboração deste estudo. Do mesmo modo como foram listadas as razões de exclusão de textos não inseridos; a figura 2 (anexo 2) corresponde à representação da quantidade de artigos conforme o ano de publicação.

Os artigos usados foram ajuntados e dispostos num quadro (quadro 1, anexo 3), no qual estão descritas informações gerais dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, culminando no total de 23 artigos, dos quais foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de comparação dos dados evidenciados na análise dos mesmos. Dentre os artigos utilizados estão pesquisas de revisão integrativa e/ou de literatura, bem como pesquisas de campo.

Os artigos de campo passaram por processo de análise e precisaram responder às seguintes exigências: estar de acordo com as normas e diretrizes para a pesquisa em seres humanos, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, respeitando as leis da Bioética enquanto pesquisa em saúde; ter submetido os indivíduos participantes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que acaba assegurando a seriedade, dando credibilidade à pesquisa, bem como a ciência dos participantes sobre a pesquisa que está sendo realizada e sua relevância.

Os critérios de inclusão estabelecidos abrangeram artigos originais disponibilizados na íntegra e na forma online, publicados na língua portuguesa, no período compreendido entre os anos de 2014 a 2018. Quanto aos critérios de exclusão, ficaram de fora artigos publicados antes de 2014 e que não correspondiam aos objetivos e temática do trabalho.

Resultados e Discussão

O direito à saúde para o público feminino é hoje considerado direito inerente à cidadania, sendo o Estado seu principal provedor, uma vez que é dele a responsabilidade de promover o bem-estar social e o carecimento de uma assistência de caráter integral, um atributo indispensável, uma vez que a mulher tem especificidade própria, assim como características e necessidades específicas, que não são apenas biológicas.

Desse modo, preservando os princípios supraditos e efetuando leitura minuciosa dos artigos, foi possível a identificação de variáveis que agrupadas em quatro categorias elencam quesitos pelos quais se fará possível entender e analisar a situação em saúde do público feminino, no que tange o direito à saúde e o direito a serem assistidas de forma integral, considerando suas especificidades e ciclos biológicos, são elas: a mulher nas políticas públicas e o direito à saúde; a saúde sexual e reprodutiva da mulher; a atenção à saúde das mulheres em situação de violência; e a atenção à saúde da mulher em grupos específicos.

A saúde da mulher nas políticas públicas e o direito à saúde

A criação de um sistema único de saúde (SUS) de caráter público e descentralizado, assente à Constituição Federal, que assegura os direitos básicos e fundamentais, como o direito à vida para o povo, sem distinções de qualquer espécie, significou um grande avanço para a situação da saúde no Brasil. A saúde passou a ser, além de um direito de todos, dever do Estado, ou seja, coube ao Estado prover condições favoráveis e necessárias para seu pleno exercício⁸.

Nesse cenário ocorreu a luta das mulheres por reconhecimento, igualitário exercício da cidadania e direitos civis. No Brasil, seu clímax se deu em meados da década de 80, simultaneamente à conquista do SUS. Ali surgia o sistema de saúde vivenciado hoje, devendo dispor de caráter universal e igualitário, de alcance em todo o território nacional, inclusive às mulheres, sendo certificadas sua eficiência, sua eficácia e sua efetividade⁹.

A Constituição Federal de 1988, nesse contexto, foi determinante no processo de valorização da mulher, e na realização de sua cidadania por meio de sua potencialização. Adjunta a outros acontecimentos, como a luta travada socialmente por mulheres ao longo da história, foi facilitadora da instauração das chamadas políticas públicas, nesse sentido, as específicas para mulheres principalmente⁹.

As políticas públicas surgiram tentando constituir uma das formas de interação e de diálogo entre o Estado e a sociedade civil, dado que a ele era facultada legitimidade ao prover à sociedade civil boas condições de vivência. Elas passariam a atuar visando responder a demandas, principalmente dos grupos sociais excluídos, dos setores marginalizados, esferas pouco organizadas e segmentos mais vulneráveis, na qual se encontram as mulheres. Ou seja, no contexto do direito, o acesso à saúde é garantido às mulheres por meio delas¹⁰.

Assim ocorreu a eclosão da Política nacional para as mulheres com o desígnio de confrontar as desigualdades enfrentadas pelas mulheres e regulamentar este enfrentamento. As políticas públicas para as mulheres são fundamentadas de modo que atendam holisticamente às necessidades da mulher, e tragam diretrizes não só de caráter social, mas também a respeito da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, fatores específicos e indispensáveis à oferta de saúde para este público¹¹.

Apesar de as mulheres serem as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e de viverem mais do que os homens, estudos apontam que adoecem mais frequentemente, porque a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte mantém relação estreita com a situação de discriminação e fatores relacionados mais com a desigualdade social do que com fatores biológicos¹².

Fica claro que a situação de saúde não se detém apenas no binômio saúde-doença, mas engloba diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, moradia e renda, o lazer, a alimentação e até as condições de trabalho. Em outras palavras, a utilização e o acesso aos serviços de saúde estão intimamente relacionados com a condição social dos indivíduos, neste caso, mulheres¹³.

Visando assistência que atenda às especificidades próprias da mulher de forma holística, a PNAISM perpassa várias áreas da saúde da mulher. Faz parte dessas áreas de atuação, a promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, com ênfase na redução da morte materna, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras e previsto em lei para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha; a promoção, conjuntamente com o PN-IST/AIDS/MS, da prevenção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis, da infecção pelo HIV/aids e Hepatites Virais nas mulheres; redução

da morbimortalidade por câncer na população feminina; implementação da saúde sexual e reprodutiva; implementação da saúde da mulher Idosa e o apoio na Implementação das ações no campo da Saúde no Programa Mulher Viver sem Violência¹¹.

Saúde sexual e reprodutiva

Dentro dessa divisão há diretrizes e intervenções que buscam garantir a redução da mortalidade materna e boas condições no pré e pós-parto, a redução das infecções por HIV e das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive entre as adolescentes, bem como em casos de câncer de colo do útero e de mama¹⁴.

Dentro dessa perspectiva, a APS (Atenção Primária) por meio da interdisciplinaridade da equipe é tida pela OMS como portadora de competências essenciais para a assistência sexual e reprodutiva da população feminina, sendo necessário investir em novas ações e na construção de novos conhecimentos para a equipe através de comunicação eficaz, e de respeito mútuo¹⁴.

Ainda com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, fica constatado que a mortalidade materna, que consiste na morte durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após o final da gestação, tem como principais causas as hemorragias pós-parto, complicações relacionadas ao aborto inseguro, partos obstruídos, sepse e distúrbios hipertensivos¹⁵.

A morte de uma mulher grávida, no puerpério ou até mesmo no parto é indicativo de falha nas diretrizes políticas, nos profissionais de saúde e por consequência, na sociedade como um todo. Neste seguimento, o nível dos números atuais referentes à mortalidade materna revela índices alarmantes, principalmente se comparado a outros países¹⁵.

As diretrizes políticas é atribuída certa colaboração nestes altos índices por promoverem ações que por vezes não estão de acordo com a necessidade da população, aos profissionais de saúde, pela falta de sensibilidade e comprometimento com o serviço que prestam a comunidade, e à sociedade, pela forma supressiva com que se acostumou a viver¹⁵.

Como proposição de melhoria aos altos índices de mortalidade, foi proposta a implantação de Comitês de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas pelo Ministério da Saúde, estratégia bastante promissora por permitir aos estados e municípios construir políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, bem como durante a gravidez nos casos de aborto, no parto e no puerpério¹⁵.

A atenção obstétrica que representa fração significativa na saúde da mulher e compreende não só o processo do trabalho de parto em si, mas também o 'pré' e 'pós-parto', é direito fundamental à promoção de saúde da mulher e representa um passo indispensável para garantir uma maternidade com bem-estar e segura¹⁶.

Logo, a equipe de saúde precisa estar de preparo para acolher a parturiente, seu companheiro e os demais familiares, transmitindo confiança e criando um ambiente ótimo para a formação de vínculos, garantindo a observação dos direitos da mulher em ações de saúde. Entretanto, é observado que falta às mulheres ciência de tais direitos, e isto se deve muitas vezes à maneira como essas informações foram repassadas, o que por vezes acaba resultando em insegurança¹⁷.

Nesse sentido, outras ações voltadas para a saúde reprodutiva apresentam insuficiência ou inadequação quanto às necessidades das pacientes, o pré-natal é um exemplo claro. A UBS também demonstra possíveis deficiências estruturais de instituições responsáveis por fazer o acolhimento dessas mulheres, pois muitas vezes não está preparada para intervir em determinadas ocorrências de forma eficaz

durante a gravidez, para que favoreça um bom prognóstico materno diante das complicações¹⁸.

A falta de materiais e insumos como luvas, lâminas, foco ou fixadores é também problema recorrente que acaba por dificultar a promoção da saúde¹⁹.

Sobre a redução das infecções por HIV e das doenças sexualmente transmissíveis é comprovado que as políticas públicas necessitam dividir-se nas dimensões individual, social e programática, para que sejam abordadas de forma mais eficaz. A educação em saúde acaba sendo nesse contexto a melhor opção e a que tem mostrado melhores resultados para gerar mudanças no comportamento daqueles a quem é ofertada²⁰.

Referente aos cânceres de colo e útero e de mama, embora a situação em saúde do país tenha dado um salto após a implementação da Constituição em 1988 e do SUS na década de 90, as ações voltadas para estas patologias encontram-se em desenvolvimento, em processo de estruturação. Fatores como a baixa oferta de recursos associados à extensa dimensão territorial contribuem para a descontinuidade dessas ações em saúde²¹.

Quanto ao acesso ao diagnóstico e tratamento, estudos mostram que são completamente relativos, ou seja, não são acessíveis de forma igualitária à todas as mulheres. Estão intimamente relacionados com a região na qual a mulher reside, e ainda assim sofrem interferência de fatores como a condição social e a distância entre a residência e os serviços de saúde, por exemplo²².

Apesar de fatores como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, e a obesidade serem potencializadores do risco de manifestação de cânceres, e estarem relacionados primariamente ao estilo de vida a que as pessoas se submetem, é provado que para o controle dos cânceres de mama e colo é fundamental que existam ações não só no diagnóstico, mas na prevenção e promoção de saúde. Ou seja, torna possível aos serviços e profissionais de saúde a mediação entre a prevenção dessas doenças e a adoção de hábitos saudáveis por parte dos pacientes²³.

Em suma, a resolutividade desta questão fica atrelada ao enfoque do rastreamento e detecção precoces. Desta forma, a educação em saúde é colocada em foco mais uma vez, assim como a capacitação profissional e a normatização da assistência que atualmente é impossibilitada devido ao número elevado de indivíduos-alvo e a vasta extensão territorial do país, o que resulta em poucos recursos recebidos e na descontinuidade das ações em saúde pública²⁴.

Em todo o país poucas unidades de saúde apresentam processo de trabalho adequado para a promoção da saúde e para a detecção de patologias como o câncer de colo de útero. Ferindo deste modo o princípio da integralidade do cuidado em saúde e a qualidade da atenção²⁵.

A atenção à saúde das mulheres em situação de violência

A violência de gênero contra a mulher constitui significativo problema social e de saúde pública que atinge mulheres de todas as idades, de todas as classes sociais e até mesmo de diferentes ambientes culturais²⁶.

Dentro do seguimento de violências praticadas contra a mulher é prevalente a violência doméstica, que geralmente se deve ao modelo social no qual está inserida, o tradicional patriarcado. Entretanto, de forma geral, pode ser expressada nas formas física, sexual e psicológica, todas afetam a integridade biopsicossocial²⁷.

A violência contra a mulher traz consequências devastadoras e afeta a saúde de forma multilateral, colocando em xeque inclusive sua saúde mental, pois as

manifestações desta violência, sejam por meio de insultos verbais, maus tratos, discriminação, degradação e/ou humilhação, comprometem não só a autoestima feminina, mas também sua capacidade de reação²⁷.

Além de todo o pesar psicológico, a violência pode gerar na mulher sintomas físicos, como cefaleia, desconfortos na coluna cervical, náuseas frequentes, tonturas e picos hipertensivos. Ou seja, interfere diretamente em seu estado de saúde, privando sua integralidade²⁶.

Além das afecções citadas anteriormente, outras variáveis podem ser afetadas, como a redução da qualidade de vida, o corpo, o comprometimento do sentimento de satisfação com a vida, os relacionamentos interpessoais e a vida sexual²⁷.

Quanto ao enfrentamento, vários fatores podem estar relacionados ao não combate à violência contra a mulher, como por exemplo, o Estado que não atende às demandas das mulheres de forma suficiente devido ao carecer de suas políticas, de uma gestão eficiente, ou até a impossibilidade de acolhimento no serviço de saúde, fator que explicita mais uma modalidade de violação no exercício dos direitos²⁸.

No âmbito da saúde, a articulação intersetorial e a atenção disponibilizada pelos serviços serve como agravante da situação, uma vez que falta aos profissionais sensibilidade e estratégias necessárias ao enfrentamento dessas ocorrências²⁸.

A falta de conhecimento de órgãos que possam dar seguimento ao tratamento de mulheres vítimas de violência por parte dos profissionais é também um dificultador, bem como a falta de reconhecimento da gravidade dessas ocorrências que muitas vezes acabam não notificadas e por consequência não questionadas, contidas²⁹.

Para lidar com a violência contra a mulher dentro dos serviços de saúde é necessário que os profissionais compreendam este fenômeno e estejam munidos de conhecimento e saberes que percorram áreas além de sua atuação, cumprindo o princípio da intersetorialidade para enfrentar consequências, promovendo a visibilidade dos agravos e dialogando abertamente sobre a emancipação e o empoderamento das mulheres assistidas²⁹.

Além disso, é necessário entender que os serviços de saúde desempenham papel importante no reconhecimento dos casos de violência, principalmente as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, por representarem porta de entrada para a assistência em saúde e terem suas ações fundamentadas no estreitamento dos vínculos com os pacientes de forma a otimizar a oferta, além de constituírem o primeiro local procurado pelas mulheres vítimas de violência ou em situação de risco²⁹.

A atenção à saúde da mulher em grupos específicos

Apesar das políticas e ações de atenção à saúde da mulher, de forma geral, serem consideradas recentes e muitas vezes insuficientes e falhas, alguns grupos de mulheres acabam não sendo beneficiadas por elas, ou tendo acesso a uma cobertura parcial, unicamente por serem consideradas minorias³⁰. Mulheres idosas, afrodescendentes, indígenas, e até moradoras de áreas rurais fazem parte desse grupo.

Vários fatores podem estar atrelados a esta oferta deficiente de assistência, a discriminação é o principal deles e consiste em barreira primária ao acesso da

atenção à saúde de qualidade, pois desestimula mulheres a manter vínculo com uma unidade de saúde, por exemplo³⁰.

A discriminação é um quadro muito recorrente, principalmente às mulheres afrodescendentes e de origem indígena. Sua presença tem interferido diretamente na qualidade da assistência prestada, tornando-a inferior. Na prática, essas mulheres são muitas vezes submetidas a esperas mais longas, situações que lhes causam sentimentos de constrangimento, exclusão, humilhação, e resultam no afastamento das mesmas³⁰.

Às mulheres negras, a discriminação e o racismo são os principais dificultadores do acesso a saúde e responsáveis pelas faltas experimentadas em todo o âmbito social e em todas as fases de suas vidas³¹.

Às mulheres indígenas é reservada uma parcela muito pequena de atenção, por cultivarem hábitos e características muito particulares, como a língua³⁰. Ao mesmo tempo, sua cultura é uma barreira para a comunicação com os profissionais de saúde e para serem candidatas aos serviços de saúde, fator que evidencia a falta de adequação e de flexibilidade dos profissionais de saúde para lidar com essa população³².

Embora haja melhorias na assistência a esse povo, que pode ser evidenciada pelo aumento de partos cesáreos nessa população, incluindo o incentivo econômico disponibilizado aos serviços hospitalares para o tratamento dessa população, outros fatores como os altos índices de afecção por IST's (Infecções sexualmente transmissíveis), pouco acesso à informação e exames preventivos demonstram a desproporção na cobertura em saúde dessa população³¹.

Em resumo, as comunidades indígenas apresentam diferentes realidades sociais, isto porque as comunidades que residem próximas as áreas urbanas acabam sendo beneficiadas, se comparadas às que moram em regiões mais isoladas³¹.

Englobando toda a classe de mulheres, fatores como a escassez de recursos humanos, de recursos estruturais (equipamentos) ou de investimentos (a falta de medicação), adjuntos a fatores como o não cumprimento dos protocolos e a debilidade dos sistemas de encaminhamento comprometem a qualidade da atenção ofertada³⁰.

Na zona rural, as ações de saúde são limitadas à demanda espontânea do paciente. Em outras palavras, ações básicas como o planejamento para o desenvolvimento de frentes como a educação em saúde, os projetos terapêuticos programados, as ações comunitárias e até mesmo as visitas domiciliares são muitas vezes inexistentes³³.

Assim como acontece na assistência à saúde das mulheres, nesses grupos específicos e de minorias os aspectos socioeconômicos acabam gerando algum tipo de interferência e/ou interrupção no processo promoção de saúde, assim como o desconhecimento da importância de programas de atenção como pré-natal, imunização, puericultura, grupos de apoio e palestras pelas usuárias e a negligência dos profissionais de saúde³³.

Contribuindo com a deficiência no acesso à saúde, estudos realizados em áreas consideradas mais segregadas evidenciaram que os profissionais de saúde atuavam de modo fragmentado, logo a qualidade do atendimento era prejudicada assim como a efetividade do sistema³³.

Com relação às idosas, é certo que as orientações advindas dos profissionais de saúde são essenciais para que aprendam a lidar com as doenças e superar as limitações que a velhice impõe. No entanto, o estudo e os discursos apregoados

evidenciaram que essa conduta nem sempre é priorizada pelos profissionais nas consultas³⁴.

A desconsideração dos profissionais de sua importância, do poder de persuasão que têm, e da capacitação para promoção da saúde, sugerem uma assistência fragilizada³⁴.

Considerações Finais

Embora as mulheres sejam a maioria da população brasileira e mais presentes nas redes de saúde do que os homens, as políticas de saúde destinadas ao público feminino são consideravelmente recentes. Apesar disso, significaram um grande marco na atenção e promoção da saúde da mulher.

O abandono de uma abordagem voltada meramente ao papel reprodutivo da mulher e a adoção de um olhar mais apurado e inclusivo permitiram, após muitas reivindicações em movimentos sociais, a oferta de uma assistência mais completa, integral e holística às mulheres. Tendo suas características social, biológicas e específicas incorporadas em políticas públicas, passaram a ter cuidado especializado.

Com amparo legal baseado no direito à saúde e assistidas pelas diretrizes do SUS, a assistência e as ações de atenção à saúde da mulher tomaram novo rumo, agora considerando seu papel na sociedade, sua luta e fragilidades. Entretanto, apesar das mudanças e melhorias desse novo momento da saúde e da implementação de programas e ações específicas, ainda é possível notar algumas mazelas.

O estudo evidenciou que apesar de representarem uma excelente iniciativa, o alcance e a cobertura da população feminina total pelas políticas de atenção integral à saúde da mulher estão longe de serem efetivados. Isto acontece por diversos fatores, entre eles estão causas como a vulnerabilidade feminina, e a dificuldade de acesso tanto das pessoas marginalizadas quanto a própria iniciativa de atendimento em lugares mais distantes, como a zona rural.

Foram notados fatores como a falta de informação, o desconhecimento dos próprios direitos por parte das mulheres, o que pode sugerir, talvez uma deficiência na educação em saúde, a discriminação, o déficit de recursos e investimentos necessários, o despreparo de muitos profissionais para lidar com situações de risco iminente para as pacientes, bem como para adequar-se às peculiaridades de um determinado povo, entre outros.

Desse modo ficam evidenciadas, dentre muitos elementos, a necessidade e a importância da qualidade nas orientações e no preparo dos profissionais de saúde, que desempenham papel primordial na assistência, atuando como instrumentos educativos de potencialidade e promoção da saúde. O cuidado fornecido e a assistência prestada podem criar vínculo entre o serviço e o usuário, o que atende a um dos princípios fundamentais do acolhimento, a inclusão, que fomenta a universalidade do cuidado.

Conclui-se que definir boas práticas na elaboração, implementação e avaliação dos programas para promover a atenção não discriminatória e atender às necessidades das mulheres é um passo essencial na melhoria da oferta de assistência pelos serviços de saúde. A atuação dos profissionais de saúde dentro desse contexto é de extrema importância, uma vez que são de grande influência sobre a conduta dos pacientes de forma geral.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
2. Medeiros AM. Políticas públicas de saúde. Acesso em 9 de abril de 2019. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/ciência-politica/politicas-publicas/saude/>.
3. Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Estudos Feministas. 2009; 17(1): 296.
4. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. MSc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160.
5. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília/DF, 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional para as mulheres. 2005.
7. Brasil. Secretaria Especial Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2005.
8. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília/DF, 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília/DF, 2004.
11. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília/DF. 2003.
12. Pitilin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, et al. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. Ciência & Saúde Coletiva. 2015: 441-448.
13. Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Claudius A, et al. Equidade na atenção primária à saúde da mulher: uma análise do Brasil e suas regiões. Revista Baiana de Saúde Pública. 2014; 38(2):243-265.
14. Telo SV, Witt RR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(11):3481-3490.
15. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, et al. Mortalidade Materna. Rev. Med. Minas Gerais. 2015; 25(2): 173-179.

16. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Escola Anna Nery. 19(4) Out-Dez 2015.
17. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. Rev. Enferm UFSM 2015 jul./set.;5(3):521-530.
18. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. Rev. Bras. Promoç Saúde, Fortaleza, 28(1): 140-148, jan./mar., 2015.
19. Tomasi E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública 2017; 33(3):e00195815.
20. Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. Rev. Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):324-9.
21. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM, Guimarães AMDN, Gois CF. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. Rev. Esc. Enferm USP 2014; 48(3):394-400.
22. Traldi MC, Galvão P, Moraes SS, Fonseca MRCC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 185-191.
23. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. Rev. Rene. 2015 mar-abr; 16(2):143-9.
24. Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. Rev. enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; 23(2):272-8.
25. Tomasi E et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 15 (2): 171-180 abr. / jun., 2015.
26. Silva SA, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Dos Anjos UU. análise da violência doméstica na saúde das Mulheres. Journal of Human Growth and Development. 25(2): 182-186.
27. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza e Souza LP, Mendes DC. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan-fev. 2014;22(1):85-92.

28. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc. São Paulo*, 2014; 23(3):778-786.
29. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. *Rev. Esc Enferm USP*. 2017;51:e03207.
30. Castro A, Savage V, Kaufman H. Avaliação da atenção equitativa a mulheres indígenas e afrodescendentes na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):96–109.
31. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc. São Paulo*, 2016; 25(3): 535-549.
32. Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, Silva LM, Schmitz MJM, Pagliaro H. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, out./dez. 2014; 27(4): 445-454.
33. Brito Pitilin, E, Lentsck, MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]*. 2015;49(5):726-732.
34. Medeiros SG, Moraes FRR. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. 2015; 19(52):109-19.

Anexos

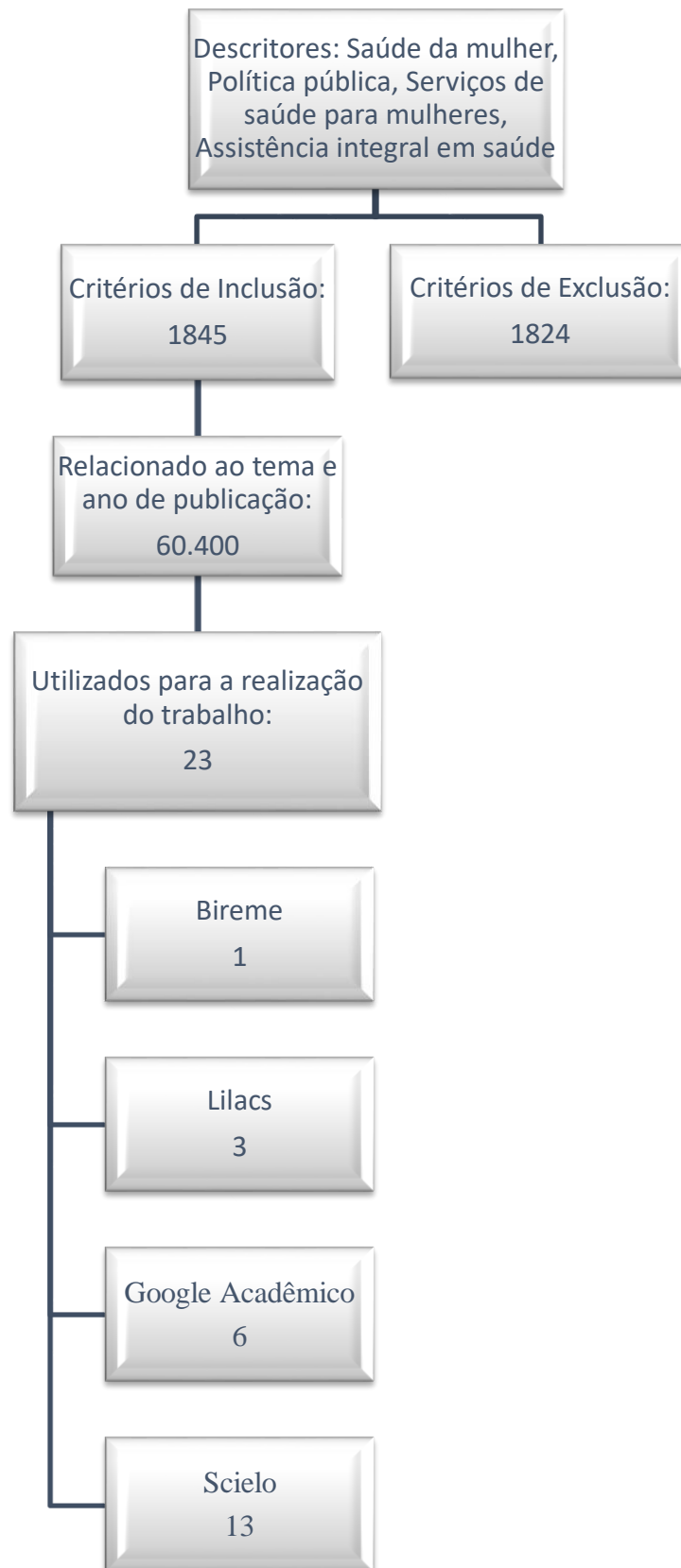


Figura 1 – Fluxograma detalhado do método aplicado na seleção dos artigos.

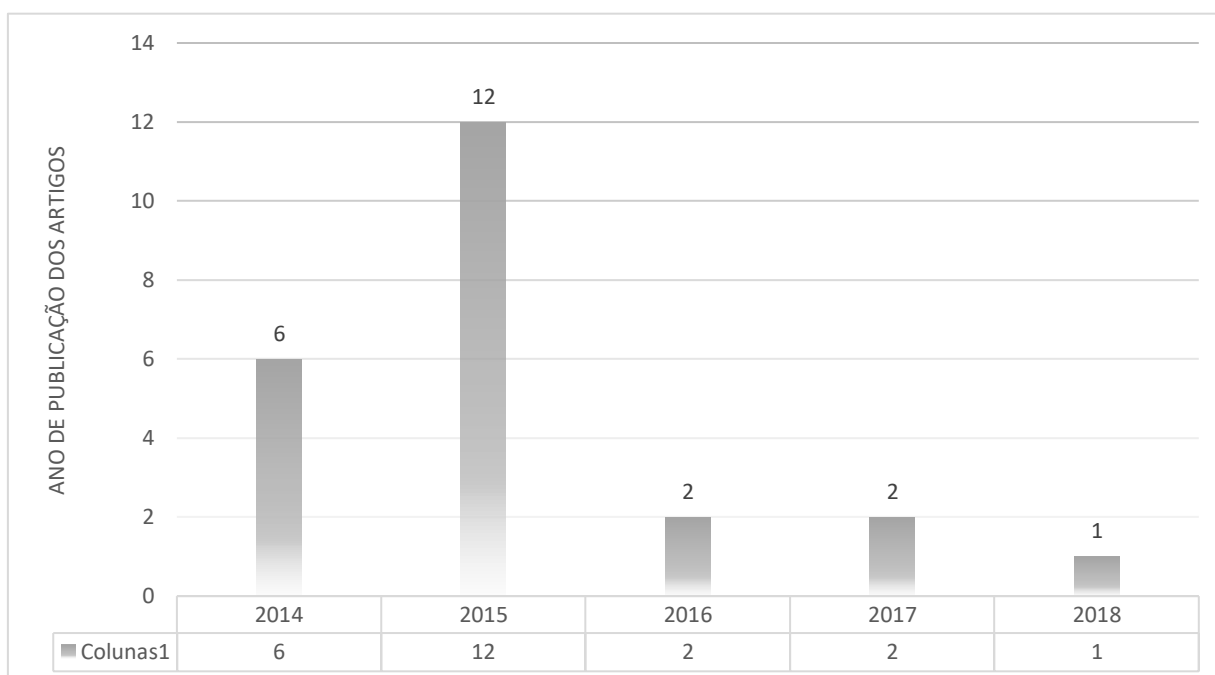


Figura 2 – Fluxograma detalhando a quantidade de artigos conforme o ano de publicação.

Quadro 1: Descrição geral dos artigos selecionados. Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde ¹⁴ .	Telo SV, Witt RR.	Construir um referencial de competências transversais para a atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde a partir da visão de especialistas.	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem mista.	Os resultados corroboram conteúdos de competências preconizadas na literatura internacional e apresentam inovações para a prática. Por serem transversais, estas podem subsidiar o planejamento de ações das equipes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.	2018
Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdade	Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T.	Descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do	Estudo transversal exploratório e qualitativo.	Dentre a população da amostra, apenas 15% das entrevistadas receberam atenção pré-natal adequada, considerando-se	2017

s sociais ¹⁹ .		Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).		todas as ações preconizadas, sendo significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior. Assim, persistem desigualdades sociais e individuais que podem ser objeto de ações de qualificação dos processos de trabalho das equipes.	
Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede ²⁹ .	Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB et al.	Conhecer as concepções e ações dos profissionais de saúde sobre o cuidado de mulheres em situação de violência.	Estudo exploratório qualitativo, descritivo, realizado entre abril e julho de 2015 com a participação de 21 profissionais de saúde de quatro equipes de atenção primária à saúde em uma cidade da região do estado do Rio Grande do Sul.	Profissionais de saúde reconheceram a importância da rede de atenção à saúde para o enfrentamento da violência contra as mulheres. As concepções e ações de saúde dos profissionais, bem como a descoordenação ou ausência de integração entre os profissionais e serviços da rede de atenção, limitam o serviço.	2017
Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde ²² .	Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC	Estabelecer o tempo decorrido (em dias) entre a suspeita e o diagnóstico do câncer de mama, subdividindo os intervalos entre os eventos: consulta médica	Estudo descritivo e seccional.	Há necessidade de implementação efetiva das linhas de cuidado na rede de atenção oncológica, com pactuação dos fluxos entre os serviços para agilizar o acesso à assistência integral	2016

		na atenção básica; mamografia ou ultrassonografia; consulta médica especializada; biópsia; consulta médica para conclusão do diagnóstico.		às mulheres.	
Racismo institucional e saúde da população negra ³¹ .	Werneck J.	Subsidiar pesquisas e contribuir para a formulação e gestão de políticas públicas adequadas às necessidades expressas nos indicadores sociais e de saúde das mulheres negras brasileiras.	Pesquisa qualitativa; revisão bibliográfica.	O cenário atual de saúde da mulher negra carece de uma atenção especial, até mesmo de políticas públicas específicas que atendam a essa população otimizando a oferta de serviço e atenção dada à classe que padece muito devido ao racismo e preconceitos enraizados e instalados institucionalmente na sociedade.	2016
A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico ¹⁶ .	Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, et al.	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seus direitos de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento	Pesquisa descritiva, exploratória, realizada com 56 mulheres nos alojamentos conjuntos de quatro maternidades públicas da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, desenvolvida em 2014.	Os resultados mostraram um problema recorrente para as mulheres, a peregrinação, que traz três conotações a respeito do direito, da ausência de cuidados e dos sentimentos vivenciados pela busca de atendimento. Esses pontos estão interligados pela lógica do descumprimento de ações que assegurem os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, além do despreparo das instituições em oferecer uma	2015

				assistência de qualidade.	
Análise da violência doméstica na saúde das mulheres ²⁶ .	Silva SA, Lucena KDT, Deininger LSC, et al.	Investigar os agravos à saúde, resultantes da violência doméstica contra as mulheres	Estudo exploratório com abordagem qualitativa, no município de João Pessoa, envolvendo 406 mulheres. Discursos obtidos por meio de entrevistas e codificados conforme técnica de análise do discurso.	Os agravos causados a partir da violência doméstica nas mulheres que a sofrem perpassam os danos físicos, interferem na qualidade de vida delas e as oprimem.	2015
Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural ³³ .	Pitillin EB, Lentsck MH	Compreender a percepção das mulheres que vivem em uma área rural sobre as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do sul do Brasil.	Estudo descritivo de Abordagem qualitativa, realizada com mulheres que viviam no campo e necessitava m serviços de saúde nos 15 dias anteriores à coleta.	A qualidade do serviço oferecido está comprometida em oferecer tratamento fragmentado e desigual no contexto rural	2015
Avaliação da atenção equitativa a mulheres indígenas e afrodescendentes na América Latina ³⁰ .	Castro A, Savage V, Kaufman H.	Identificar e compreender as barreiras à atenção equitativa nos ambientes de atendimento de saúde com que as mulheres de minorias étnicas se deparam na América Latina e examinar as possíveis estratégias para a mitigação dos problemas.	Revisão bibliográfica.	A discriminação do prestador de serviços de saúde contra as mulheres indígenas e afrodescendentes é uma barreira primária ao acesso à assistência de saúde de qualidade na América Latina. Esse Obstáculo, portanto, impede a prestação de assistência clínica e apropriada e	2015

				oportuna e provocam ainda o temor do constrangimento, maus-tratos ou tratamento ineficaz, que, além das barreiras financeiras, dissuadem as mulheres de buscar atendimento.	
Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ ²⁵ .	Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA et al.	Descrever e analisar a adequação da estrutura e processo das equipes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica no Brasil.	Estudo transversal randomizado .	A estrutura e o processo de trabalho para o rastreamento do câncer de colo uterino necessitam ser aprimoradas. As equipes de saúde carecem de maior qualificação das ações relacionadas a esta ação programática.	2015
Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo ²⁰ .	Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR.	Conhecer as vulnerabilidades que favoreceram a infecção pelo HIV em adolescentes e jovens do sexo feminino e verificar as dificuldades enfrentadas por essa população após o diagnóstico.	Estudo qualitativo.	Reduzir a feminização da Aids implica em ampliar e aprofundar o debate em torno da sexualidade e dos dilemas vivenciados por adolescentes a respeito desse assunto, de forma aberta, não preconceituosa e não normatizadora, nas escolas e cenários de convivência de jovens, além de fornecer orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis, com distribuição gratuita e desburocratizada de preservativos.	2015

<p>Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres¹².</p>	<p>Pitilin EB et al.</p>	<p>Analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) específicas em mulheres e os fatores que determinam ou influenciam a ocorrência dessas internações.</p>	<p>Estudo seccional.</p>	<p>Os resultados sugerem falhas no atendimento ambulatorial que deveria ser oportuno e resolutivo no contexto da saúde da mulher.</p>	<p>2015</p>
<p>Mortalidade Materna¹⁵.</p>	<p>Dias JMG, Oliveira APS, Cicolotti R et al.</p>	<p>Analisar como a verificação inadequada das diretrizes de desenvolvimento de políticas destinadas a reduzir a mortalidade materna pode influenciar na saúde da população, sobretudo no que diz respeito às características de desenvolvimento econômico e da desigualdade social de cada região.</p>	<p>Estudo descritivo de abordagem qualitativa.</p>	<p>Refere-se falhas no atendimento ambulatorial que deveria ser oportuno e resolutivo no contexto da saúde da mulher.</p>	<p>2015</p>
<p>Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias³⁴.</p>	<p>Medeiros SG, Morais FRR.</p>	<p>Objetiva-se apreender os aspectos que interatuam na assistência à mulher idosa num município do Rio Grande do Norte, Brasil, a partir da perspectiva das usuárias.</p>	<p>Estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa.</p>	<p>A qualidade da atenção à mulher idosa requer trabalhadores capacitados; diminuição dos entraves burocráticos; ações e práticas articuladas e contínuas, contemplando anseios e expectativas da idosa.</p>	<p>2015</p>
<p>Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um</p>	<p>Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV et al.</p>	<p>Descrever e discutir a percepção de puérperas sobre a assistência da</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem qualitativa.</p>	<p>O cuidado ofertado pela equipe de saúde no CPN é reconhecido positivamente pelas</p>	<p>2015</p>

<p>centro de parto normal¹⁷.</p>		<p>equipe de saúde no Centro de Parto Normal (CPN).</p>		<p>puérperas, pois foi evidenciado em suas falas satisfação com a vivência e experiência adquirida no momento do parto, sendo beneficiadas pela utilização de práticas disponíveis nesse local, influenciando o seu bem-estar, fazendo com que se sentissem mais seguras e amparadas.</p>	
<p>Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil²⁴.</p>	<p>Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR.</p>	<p>Objetivou-se descrever as ações de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil.</p>	<p>Revisão narrativa.</p>	<p>O tratamento do Câncer de mama passou a ser considerado no cenário da saúde pública a partir de 1984 e só em 1996 iniciou-se um programa específico para esse agravo. Evidenciou-se que houve um aumento considerável de intervenções públicas para o controle do câncer de mama a partir de 1998 e, que o direcionamento para as ações de rastreio e detecção precoce se deu a partir de 2004.</p>	<p>2015</p>
<p>Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde²³.</p>	<p>Arruda RL, Teles ED, Machado NS et al.</p>	<p>Descrever o perfil de mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde e identificar as atitudes relacionadas à detecção precoce do câncer de mama.</p>	<p>Estudo de cunho exploratório e descritivo.</p>	<p>Destaca-se a necessidade do desenvolvimento de intervenções educativas efetivas direcionadas aos fatores de riscos e detecção precoce do câncer de mama nos serviços de saúde.</p>	<p>2015</p>

<p>Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa¹⁸.</p>	<p>Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM.</p>	<p>Analisar evidências sobre a assistência pré-natal implementada na atenção básica, com foco na percepção de gestantes, puérperas e profissionais de saúde e na relação com as políticas públicas da saúde da mulher.</p>	<p>Estudo de revisão integrativa.</p>	<p>A assistência pré-natal eficaz favorece a diminuição dos índices de mortalidade materna, pois garante o acompanhamento da gestante e previne complicações no parto e puerpério.</p>	<p>2014</p>
<p>Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres²¹.</p>	<p>Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM et al.</p>	<p>Identificar as barreiras no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama, percebidas por mulheres em tratamento quimioterápico.</p>	<p>Estudo descritivo-exploratório. A amostra foi constituída por 58 mulheres com câncer de mama em quimioterapia, cadastradas no ambulatório público de oncologia de Aracaju - Sergipe. A coleta dos dados foi realizada por entrevista semiestruturada.</p>	<p>Entre as entrevistadas 37 mulheres (63,8%) referiram ter, ao menos uma barreira, organizacional ou dos serviços de saúde, nas políticas públicas e/ou nos programas de controle do câncer de mama, na trajetória de cuidado ao câncer.</p>	<p>2014</p>
<p>Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral²⁸.</p>	<p>Menezes PRM, Lima IS, Correia CM et al.</p>	<p>Identificar elementos que interferem no processo de enfrentamento da violência contra a mulher.</p>	<p>Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.</p>	<p>Concluiu-se que articulação intersetorial e a atenção disponibilizada pelos serviços são elementos que interferem no enfrentamento da violência contra a mulher, além de manterem relação com o fortalecimento da rede de atenção a</p>	<p>2014</p>

				mulheres vítimas de violência. Por esse motivo, enaltece a necessidade de articulação intersetorial e de capacitação dos profissionais de saúde, inclusive para os encaminhamentos, a fim de que a mulher seja atendida de forma integral.	
Equidade na atenção primária à saúde da mulher: uma análise do Brasil e suas regiões ¹³ .	Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Barbosa ACQ.	Este estudo tem por objetivo mensurar a equidade na atenção primária à saúde da mulher a partir da avaliação de quatro marcadores de utilização de serviços: mamografia, exame preventivo de câncer de colo do útero, exame clínico de palpação de mamas e estado de saúde autodeclarado.	Análise de dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2008.	Apesar dos avanços para buscar melhorias na oferta de serviços de saúde dedicados à mulher, ainda pesa a necessidade de melhorar o acesso a serviços preventivos básicos	2014
Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida ²⁷ .	Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV et al.	Analisar as ocorrências e fatores associados à violência contra a mulher.	Estudo transversal, exploratório e analítico.	O estudo aponta para a necessidade de que programas de prevenção da violência contra a mulher sejam instituídos nos diversos setores da sociedade, permeando todo o ciclo de vida, de modo que a saúde da mulher seja preservada e ofertada integralmente.	2014

<p>Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas³².</p>	<p>Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, et al.</p>	<p>Conhecer o perfil da saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas.</p>	<p>Estudo observacional, transversal e descritivo realizado em ambulatório de referência em saúde indígena.</p>	<p>Foram observadas condições de vulnerabilidade das mulheres indígenas a partir do seu perfil sexual e reprodutivo, com exposição às doenças sexualmente transmissíveis, câncer do colo do útero, bem como início precoce da vida sexual e pouco acesso à informação e prevenção.</p>	<p>2014</p>
--	---	--	---	--	-------------