POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

THAIS DAIANE SCHMIDT; ROBERTO EDUARDO BUENO

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem como objetivo melhorar as condições de vida e saúde das mulheres, promovendo o acesso ampliado a serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, com ênfase na autonomia e no protagonismo feminino. Justifica-se a análise pela necessidade de avaliar a eficácia dessa política na saúde mental das mulheres, especialmente no contexto das desigualdades de gênero, sociais e econômicas. O estudo adota uma abordagem qualitativa baseada em revisão bibliográfica e documental, buscando compreender a evolução histórica das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil e identificar os desafios na implementação da PNAISM. Historicamente, as políticas de saúde da mulher restringiam-se ao ciclo gravídico-puerperal, limitando-se a um enfoque reprodutivo e biologicista. Com a influência do movimento feminista e da Reforma Sanitária, houve a incorporação do conceito de integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), que culminou na criação da PNAISM. Apesar dos avanços, os resultados apontam que a implementação da política enfrenta limitações relacionadas à hegemonia do modelo biomédico, que privilegia intervenções medicamentosas e reduz o atendimento à saúde mental a práticas medicalizantes, desconsiderando contextos sociais e emocionais. Observa-se que a saúde mental das mulheres é impactada por sobrecargas causadas pelas desigualdades estruturais, sendo negligenciada por abordagens que não contemplam a complexidade biopsicossocial e cultural dessas pacientes. Constatou-se a necessidade de fortalecer a integração entre os níveis de atenção no SUS, principalmente na Atenção Básica, que deve atuar como porta de entrada e oferecer acolhimento qualificado, humanizado e resolutivo. Conclui-se que a implementação da PNAISM requer maior investimento em estratégias de atenção integral, que considerem as especificidades culturais, sociais e econômicas das mulheres e rompam com a visão biologicista, promovendo um cuidado que garanta seus direitos, empodere as usuárias e assegure equidade no acesso aos serviços de saúde mental e integral.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Integralidade em Saúde; Equidade em Saúde; Reforma Sanitária; Desigualdades de Gênero.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) possui o objetivo de promover avanços nas condições de vida e de saúde, por meio de direitos legalmente constituídos, e a expansão no acesso de serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Assim, a saúde da mulher deve ser contemplada com abordagem ampliada para além da doença e suas queixas, a partir de um vínculo terapêutico que promova a autonomia e protagonismo das mulheres no processo de produção em saúde. Deve-se ofertar atendimento qualificado aos usuários que apresentem sofrimento psíquico, de forma integral e

que vise a articulação com outros níveis de atenção, de pessoas com ou sem transtorno mental (Brasil, 2011).

Uma política integral que atenda a grupos específicos impreterivelmente deve conceber o ser humano em sua totalidade, considerando as dimensões físico, espiritual, afetivo e mental, contendo práticas em saúde que contemplem tais dimensões. Os limites e possibilidades das políticas públicas se dão a partir de disputas conceituais, político-ideológicas e organizacionais, onde os princípios fundamentais que norteiam as políticas públicas se dão pela articulação entre ações que visam a promoção, prevenção e assistência, e a visão individual, de grupo social, em relação a suas subjetividades e particularidades (Souto, 2008).

A melhor maneira de se alcançar a integralidade é a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), à vista disso, o Ministério da Saúde (MS) investiu no estabelecimento da RAS e o fortalecimento da atenção básica (AB), para avançar em relação à organização do SUS, em sua efetividade, e na avaliação da população (Melo, 2016). A Rede de Atenção à Saúde inicia-se na Unidade de Saúde, e neste contexto, a humanização e qualidade da atenção em saúde, tornam-se essenciais para a resolução de problemas, para o desenvolvimento da habilidade das mulheres em identificarem suas demandas, para a promoção do autocuidado, e a reivindicação de seus direitos, assim, garantindo a integralidade no cuidado em saúde (Gomes, 2021).

Sendo assim, a saúde da mulher deve ser contemplada com abordagem ampliada para além da doença e suas queixas, a partir de um vínculo terapêutico que promova a autonomia e protagonismo das mulheres no processo de produção em saúde. A relação entre as usuárias e os profissionais da área de saúde deve ser pautada em humanização para que ocorra a escuta qualitativa em relação aos seus problemas e demandas, havendo uma abordagem integral (Brasil, 2016).

Assim, a análise do problema deste resumo justifica-se pela necessidade de avaliar a política nacional de atenção integral à saúde da mulher em relação à saúde mental feminina, a qual deve ser empregada com enfoque de gênero, onde a integralidade e a promoção da saúde devem ser os fundamentos que orientam os progressos nessa área, bem como o empoderamento das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, a atenção básica que tem sua porta de entrada nas Unidades Básicas de Saúde para o SUS, deve ofertar atendimento qualificado às usuárias que apresentem sofrimento psíquico, que deve ser acolhido e ter suas necessidades atendidas de forma resolutiva.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa teórica de abordagem qualitativa a partir de uma revisão bibliográfica e documental. A pesquisa qualitativa visa a compreensão do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o objeto de estudo, a partir da objetivação do fenômeno, possui caráter interativo entre os dados empíricos e a teoria, além de descrever, compreender e explicar
o fenômeno (Gerhardt; Silveira, 2009). A pesquisa bibliográfica se caracteriza por ser constituída principalmente de livros e artigos científicos, e desta forma, se dá por um material que já foi elaborado. Sendo assim, este tipo de pesquisa permite que haja visão mais abrangente e dinâmica sobre o assunto estudado. Trata-se de uma metodologia que fornece subsídio teórico que contribui com a continuidade da pesquisa (Gil, 2008).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil, até os anos 1970, eram pró-natalistas e focadas no ciclo gravídico-puerperal, restringindo-se a uma visão biologista que limitava a saúde feminina ao papel de mãe e doméstica (Hillesheim *et al*., 2009). Essas políticas careciam de integração com outros programas governamentais, deixando as mulheres sem

assistência em boa parte de suas vidas (Brasil, 2004). O movimento feminista foi crucial na implementação da PNAISM.

Em 1974, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) foi criado como parte do Plano Nacional de Desenvolvimento, mas foi criticado por reforçar a visão das mulheres como instrumentos reprodutivos (Ramalho; Silva *et al*., 2012). Em 1977, o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (PPGAR) focou nos riscos reprodutivos e obstétricos, mas foi resistido por feministas por seu caráter controlador e potencial viés de redução populacional entre os mais pobres (Ramalho; Silva *et al*., 2012).

Nos anos 1980, o movimento feminista influenciou a formulação de políticas de saúde mais amplas e integradas, culminando, em 1983, no PAISM, que trouxe uma abordagem de gênero e integralidade à saúde feminina. Em 1984, o PAISM foi formalizado e fundamentado na "Carta de Itapecerica", elaborada por diversos grupos feministas, e em 1988, esses princípios de integralidade e equidade tornaram-se parte do SUS. A Conferência Nacional de Saúde em 1986 consolidou o reconhecimento das questões de saúde da mulher como essenciais (Souto; Moreira, 2021).

A implementação do PAISM enfrentou desafios devido à fragmentação da atenção básica e à cooperação limitada entre os governos federal, estadual e municipal, restringindo sua aplicação a regiões mais desenvolvidas, como São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Rio Grande do Sul. A concepção de integralidade no programa buscava promover, prevenir e recuperar a saúde feminina ao longo da vida, mas na prática, concentrou-se em ações clínico-ginecológicas e educativas, como controle pré-natal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e assistência ao planejamento familiar (Ramalho; Silva *et al*., 2012).

O PAISM uniu os ideais do Movimento de Reforma Sanitária, com foco na integralidade, e do movimento feminista, que reivindicava políticas específicas para mulheres e acesso democrático a informações sobre seus corpos, saúde e sexualidade (Ramalho; *Silva et al*., 2012). De 1998 a 2002, a política evoluiu para a PNAISM, priorizando saúde reprodutiva, redução da mortalidade materna e assistência a mulheres vítimas de violência, marcando uma ampliação do escopo inicial do PAISM (Souto; Moreira, 2021).

No que tange à saúde mental das mulheres, a PNAISM, orientada pela perspectiva de gênero, reforça que as mulheres sofrem com sobrecarga em relação às consequências dos transtornos mentais, devido às condições a que estão submetidas à nível social, cultural e econômico, causados pela desigualdade de gênero. Dessa maneira, a saúde mental na perspectiva de gênero deve ser vista a partir do contexto da vida cotidiana que as mulheres estão submetidas e o reconhecimento de sua estrutura social, e a partir disso, compreender a sobrecarga pela qual a mulher está acometida. Sendo assim, vê-se a necessidade de uma nova perspectiva que englobe questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais, para então proporcionar um atendimento realmente integral (Brasil, 2004).

A Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei n. 10.216/2001, propôs um modelo assistencial comunitário focado na reinserção social dos usuários, em resposta à mobilização que impulsionou a Reforma Psiquiátrica desde os anos 1980. Por meio da RAPS, criada em 2011, a política estabelece serviços de diferentes complexidades para garantir o acesso e a integralidade do cuidado em saúde mental.

Na Atenção Básica, o cuidado em saúde mental aproxima os profissionais das comunidades, permitindo vínculos e ações no território da Unidade de Saúde (US). Cabe às US ofertar acolhimento qualificado, rastreamento de problemas, abordagem multiprofissional, e articulação com outros níveis de atenção, como o CAPS, além de garantir medicamentos e suporte em situações de urgência (Brasil, 2013). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por equipes multidisciplinares, atua integrada ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliando a capacidade de análise e intervenção. No entanto, há um retrocesso na

centralização do cuidado em aspectos biológicos, com psicólogos relegados ao papel de apoiadores (Cintra; Bernardo, 2017).

A atuação dos psicólogos nas US é limitada pelo foco em atendimentos individuais, destoando do conceito ampliado de saúde do SUS, que prevê o empoderamento e mudanças na vida dos usuários (Cintra; Bernardo, 2017). A integralidade exige compreender o ser humano em sua complexidade biopsicossocial e espiritual, como previsto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), superando o enfoque biologicista para valorizar a autonomia dos indivíduos e coletividades (Brasil, 2018).

A medicamentalização tem se consolidado como a principal estratégia de intervenção em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa tendência é evidenciada pelo predomínio da prescrição de psicotrópicos, como benzodiazepínicos e antidepressivos, em detrimento de abordagens não farmacológicas. Estudo realizado por Bezerra et al. (2014) aponta que profissionais da APS frequentemente recorrem à medicação como solução rápida e eficiente para o sofrimento psíquico, o que pode resultar na desconsideração de contextos sociais e emocionais dos pacientes. Essa prática reflete uma hegemonia do modelo biomédico, que prioriza intervenções medicamentosas e, muitas vezes, negligencia estratégias terapêuticas integrativas e psicossociais.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Mulher, o atendimento integral depende da percepção ampliada das demandas das usuárias, considerando suas singularidades econômicas, culturais, religiosas, raciais e de orientação sexual. Esse cuidado deve ser conduzido com respeito às diferenças, sem imposições ou discriminações (Brasil, 2011). A PNAISM também destaca que as mulheres enfrentam discriminação e violações de direitos nos serviços de saúde, reforçando a necessidade de um atendimento qualificado e humanizado que supere o modelo biologicista e medicalizador hegemônico (Brasil, 2004).

4 CONCLUSÃO

A partir disso, pode-se concluir que o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem como objetivo impulsionar melhorias nas condições de vida e saúde, através do reconhecimento de direitos estabelecidos legalmente, além de ampliar o acesso a serviços que promovam, previnam, assistam e recuperem a saúde. Nesse sentido, é fundamental adotar uma abordagem abrangente da saúde da mulher, que vá além das doenças e queixas, estabelecendo um vínculo terapêutico que fortaleça a autonomia e o protagonismo das mulheres no processo de cuidado em saúde. É necessário oferecer atendimento qualificado aos usuários que enfrentam dificuldades de ordem psicológica, de forma completa, visando à integração com outros níveis de atenção, tanto para pessoas com transtorno mental quanto para aquelas sem (Brasil, 2011).

Questiona-se sobre o quanto essas políticas realmente progrediram em relação à prática de saúde da mulher. O corpo feminino é frequentemente usado como uma ferramenta para submissão e opressão, e os cuidados de saúde destacam o papel que a sociedade impõe às mulheres como reprodutoras e mães. Dessa forma, é a partir desse enfoque que os cuidados com a saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal são institucionalizados, limitando a sexualidade feminina à sua função reprodutiva (Souto, 2008).

A saúde mental na perspectiva de gênero deve ser vista a partir do contexto da vida cotidiana que as mulheres estão submetidas e o reconhecimento de sua estrutura social, e a partir disso, compreender a sobrecarga pela qual a mulher está acometida. Sendo assim, vê-se a necessidade de uma nova perspectiva que englobe questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais, para então proporcionar um atendimento realmente integral (Brasil, 2004).

DOI: 10.51161/ii-conabs/48858

REFERÊNCIAS

BEZERRA, I. C.; GONDIM, A. P. S.; LIMA, L. L.; VASCONCELOS, M. G. F. **"Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/icse/2014.v18n48/61-74/. Acesso em: 2 dez. 2024.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 2 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). ISBN 85-334-1009-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1815-2. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Cadernos de Atenção Básica, n. 42). ISBN 978-85-334-2472-6.

CINTRA, Marcela Spinardi; BERNARDO, Marcia Hespanhol. **Atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, n. 4, p. 883-896, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017. Acesso em: 19 out. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. *Método de pesquisa.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. S.; BARROS, M. E. B. **Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma clínica transdisciplinar.** *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 33, n. 1, p. 20-28, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fractal/a/mkKBNFdb7fMpqwVR8p6GYHd/. Acesso em: 2 dez. 2024.

e Sociais, Maceió, v. 1, n. 1, p. 11-22, nov. 2012. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/462. Acesso em: 10 maio 2021.

RODRIGUES, Leila Gomes Leitão et al. **A importância do enfermeiro no cuidado à saúde da mulher: reflexões teóricas.** *Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza*, v. 1, 30 maio 2021. Disponível em: https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/251. Acesso em: 11 set. 2021.

SOUTO, Kátia Maria Barbosa. **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, 2009. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v10i22.12950. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950. Acesso em: 12 set. 2021.