



POLITICAS DE ASSISTÊNCIA À MULHER: evolução histórica das políticas de saúde femininas

WOMEN'S ASSISTANCE POLICIES: historical evolution of women's health policies

Duani Maria Gaspar da Cruz

Centro Universitário Maurício de Nassau – Parnaíba

Milena Duarte Gurgel

Universidade Federal do Piauí (UFPI)

RESUMO

A discussão sobre as políticas de assistência à saúde da mulher já é questão antiga, que culminou, em conjunto com outros fatores, no desenvolvimento de políticas públicas que abrangem a saúde da mulher de forma holística, na forma da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – PNAISM. Através de uma revisão integrativa, buscou-se delinear a evolução das políticas públicas voltadas à mulher desde o início do sec. XX aos dias atuais. Objetivou-se ainda explicar acerca da desvinculação materno-infantil nas políticas de saúde e sobre o empoderamento feminino sobre o próprio corpo, espaço social, entre outros fatores imbrincados nas reivindicações femininas atendidas, mesmo que parcialmente, pela implementação da PNAISM. Percebe-se que, apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, ainda há um déficit no atendimento à algumas necessidades, como questões voltadas ao aborto e a fatores desvinculados da sexualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas. PNAISM. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The discussion on women's health care policies is already an old issue, culminating, together with other factors, in the development of public policies that cover women's health holistically, in the form of the National Health Care Policy Women - PNAISM. Through an integrative review, it was tried to outline the evolution of the public policies directed to the woman from the beginning of the sec. XX to the present day. The objective of this study was to explain maternal and child disintegration in health policies and on female empowerment about the body itself, social space, among other factors embedded in the female claims, even if partially supported by the implementation of the PNAISM. It is noticed that, despite the advances made over the years, there is still a deficit in attending to some needs, such as issues related to abortion and factors unrelated to sexuality.

KEYWORDS: Public Health Policies. PNAISM. Women's Health.



1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil começaram a despontar na década de 20, quando, a partir da expansão da economia cafeeira, deu-se o desenvolvimento inicial da sociedade capitalista. Segundo Coelho *et al.* (2000), com o crescimento das cidades sem a implementação de uma política sanitária básica, cresceram também a pobreza, as doenças e a marginalização, e a demanda de saúde populacional foi se estabelecendo como um problema político e de saúde pública.

Apesar de as políticas de saúde internacionais do início do sec. XX apontarem uma relação diretamente proporcional entre o crescimento da natalidade e a ampliação da miséria, o Brasil tinha por base, à época, uma política favorável à natalidade, fato que veio a ser modificado com a entrada de entidades internacionais no país, como a IPPF — International Planning Parenthood Federation¹, que financiou a BENFAM – Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar, surgida em 1965, no final da XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia, realizada no Rio de Janeiro (PEDRO, 2003; RODRIGUES, 2008).

A partir da instituição da BENFAM em âmbito nacional, houve a inserção dos métodos de contracepção hormonais no mercado brasileiro e as mulheres passaram a utilizar anticoncepcionais sem orientação médica, comprometendo sua saúde e tornando-se reféns do sistema médico da época, visto que a assistência em saúde era prioritariamente privada. Neste contexto, em 1983 foi implementado o Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher – PAISM, dando início à desvinculação das políticas maternas e infantis, característica na saúde pública até então, e respondendo à reivindicação feminina sobre a regulação da fecundidade e controle sobre o próprio corpo (COELHO *et al.*, 2000; PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2013).

Para a concretização deste estudo, optou-se por realizar uma revisão bibliográfica integrativa, de caráter exploratório, visando conhecer os determinantes históricos das políticas de saúde da mulher no Brasil e buscando delinear seu surgimento e implementação no país enquanto política pública e sua resolutividade no que diz respeito à atenção holística à saúde feminina. A pesquisa foi realizada utilizando-se as bases de dados SciELO, livros, monografias, dissertações, entre outras bases de dados disponíveis virtualmente e materiais impressos, a partir dos descritores “Saúde da Mulher”, “Políticas Públicas” e “PNAISM”. As fontes utilizadas foram identificadas, lidas, fichadas, analisadas e interpretadas pelas autoras

¹ Federação Internacional de Planejamento Parental (Tradução do Autor)



no período de maio a julho de 2017, as quais se utilizaram de um raciocínio crítico e de uma sistemática baseada na literatura acerca da temática de saúde da mulher, bem como buscando corroborar e contrapor ideias de diversos autores para fomentar a discussão proposta.

Relativo à estruturação, o presente artigo encontra-se subdividido em dois tópicos. No primeiro é retratado um breve histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, desde as práticas sanitárias do começo do século XX à instituição do Sistema Único de Saúde; no segundo será abordada a política de saúde da mulher no Brasil sob a perspectiva da desvinculação materno-infantil e da integralidade do atendimento. Seguem-se, na parte final, as considerações finais e as referências.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A Saúde Pública no Brasil sofreu grandes e profundas mudanças ao longo do século XX, passando pelo sanitarismo campanhista, no começo do século até 1965, abarcando o modelo médico assistencial privado até chegar ao modelo atual do Sistema Único de Saúde, no final dos anos 80. O sanitarismo campanhista deu-se devido a vinda da família real para o Brasil e teve interesse puramente econômico e político, tendo sido pensado a partir de uma visão militarista, proposto por Oswaldo Cruz, com o objetivo de combater as doenças de massa, ter a concentração de decisões e foi baseado em um estilo repressivo de intervenção sobre o âmbito individual e social (MENDES, 1994; MERHY et al., 2012; SANTOS, 2005; SOUZA, 2016).

Surgiu, nesse contexto, pela necessidade de políticas que ajudassem a amenizar e até mesmo extirpar as doenças nos portos, as quais poderiam prejudicar a agroexportação, baseada na produção do café. Com o advento da industrialização, intensificada a partir do governo de Juscelino Kubistchek, houve também uma ampliação da atenção médica da Previdência Social, devido a redefinição dos trabalhadores brasileiros enquanto capital humano, levando assim a implementação de um modelo médico assistencial privatista, consolidado pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o qual era voltado exclusivamente aos trabalhadores contribuintes, dando início aos precursores da legislação trabalhista e previdenciária nacional (MENDES, 1994; MERHY et al., 2012; SANTOS, 2005; SOUZA, 2016).

Para Mendes (1999), as mudanças políticas e econômicas que se deram com o fim da ditadura militar, no início dos anos 80, motivaram o fim do modelo médico assistencial



privatista e a construção de uma Proposta de Reforma Sanitária, enfatizando-se a implementação das Ações Integradas de Saúde – AIS – em 1983, “que propunham a integração e a descentralização dos serviços, com a expansão da cobertura assistencial e o redirecionamento dos recursos para estados e municípios” (SANTOS, 2005, p. 03).

Essa foi só a primeira de muitas ações implementadas até 1988, quando foi promulgada a nova Constituição Federal e, com ela, o acesso universal e gratuito à saúde foi instituído. De acordo com o Ministério da Saúde,

O SUS é o Sistema Único de Saúde do Brasil! É uma grande conquista da sociedade e foi criado para promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população! O SUS é uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania (BRASIL, 2011, p. 3).

Direitos estes estendidos a todas as parcelas da população, trabalhadoras ou não, que até então eram marginalizados e negligenciados pela Saúde Pública. Nesse contexto, o SUS e as políticas e programas implementados após a sua promulgação foram resultado de uma construção coletiva, visto que é proposto que a gestão de ações e serviços deve ser participativa e municipalizada, obedecendo aos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

O SUS e todas as leis, decretos e portarias publicadas após 1988 trouxeram não apenas a garantia de atenção à saúde médico-hospitalar de forma universal, integral e equitativa, mas também implementou práticas de prevenção, promoção, vacinação, vigilância e controle de doenças de forma mais expressiva para a comunidade em geral, garantindo, desta forma, maior promoção e proteção à saúde (BRASIL, 2011).

Nesse contexto também foram se desenvolvendo e ampliando as políticas de atenção à saúde da mulher, buscando não apenas tratar dos aspectos reprodutivos, mas englobando a mulher enquanto ser humano com necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais, sexuais e reprodutivas, tendo sido propostos e implementados diversos programas de atenção à saúde da mulher, voltadas ao empoderamento feminino sobre todos os aspectos de sua vida e corpo.

3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: desvinculação materno-infantil e empoderamento feminino

As políticas voltadas à atenção à saúde da mulher foram incorporadas as políticas públicas no início do século XX, entrelaçadas ao binômio materno-infantil, e traziam uma



visão bastante restrita sobre a função da mulher em parir e criar os filhos, além do papel social doméstico e de cuidados exclusivos à prole e à família (BRASIL, 2004; FREITAS *et al.*, 2009).

Silva (2007) pontua que durante décadas o corpo da mulher fora tratado, normatizado e restringido ao “papel de mãe saudável, gerando filhos igualmente saudáveis” (p. 38), tendo propostas de intervenção voltadas para pré-natal, parto, amamentação e cuidados com filhos nos manuais de higiene e serviços públicos da saúde, limitando assim o cuidado apenas ao processo reprodutivo. No início da década de 60, o enfoque de diversos países passou a ser o controle da natalidade, ganhando destaque ao longo dessa década e deixando as demais necessidades femininas marginalizadas, resultando em uma precariedade no atendimento na rede de saúde (COELHO *et al.*, 2000; FREITAS *et al.*, 2009).

Tal precariedade referia-se, principalmente, à redução de ações que contemplavam à mulher sob um único aspecto, relacionado ao seu estado gravídico-puerperal, tendo em vista que apenas em meados da década de 80 é que foram incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher. Na atualidade, o conceito de saúde da mulher é amplo, contemplando os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção (FREITAS *et al.*, 2009, p. 2).

Com a inserção, em 1965, dos métodos contraceptivos hormonais na cartilha de opções para prevenção de gravidezes indesejadas, as mulheres começam a utilizar de forma capciosa as medicações, comprometendo sua saúde devido aos efeitos adversos dos hormônios e tornando-se reféns do sistema médico da época (COELHO *et al.*, 2000; FREITAS *et al.*, 2009; PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2013).

Em 1973, o Ministério da Saúde e seus representantes elaboram, em virtude dos resultantes do uso indiscriminado dos anticoncepcionais orais, o I Programa de Atenção Materno Infantil, que tinha dois eixos de atuação: a intervenção médica sobre o corpo feminino por meio da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial e a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (SANTOS NETO *et al.*, 2008; SILVA 2007). Logo após, em 1977, o Programa de Gravidez de Alto Risco foi implantado ainda dentro do marco materno-infantil e englobando o risco gravídico em sua proposta interventiva (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Na década de 80, um movimento de mulheres interviu em conjunto com as diversas manifestações existentes à época pelas Diretas Já, no intuito de instituir “a noção de que a assistência à contracepção deveria compor uma política ampla de saúde reprodutiva, passando a questão reprodutiva a ser vista como decisão ética individual e um direito social” (CORREA, 1993) e, nesse contexto reivindicativo, havia, ao mesmo tempo, a denúncia de



desigualdades de classes e o levantamento de questões específicas “à condição de vida da mulher, como direito à creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher” (CONSERVA, 2011, p. 21).

Segundo Farah (2004), devido às reivindicações do movimento feminista, foram criadas e instituídas a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Apesar de a Saúde Pública vir passando por intenso processo de reestruturação do início do século até os dias atuais, as políticas voltadas especificamente a saúde da mulher só vieram a ser instituídas em 1983, com a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, como resposta concreta do Estado às reivindicações feministas. Pela primeira vez na história da construção das Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher, o governo sugeriu e implantou, mesmo que de forma parcial, um programa que considerava não apenas a regulação da fecundidade, mas que garantia à mulher o respeito aos seus direitos enquanto cidadã (SANTOS, 2005; COELHO et al, 2000; CONSERVA, 2011).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, concomitantemente, no âmbito do Movimento Sanitário se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres brasileiras (SILVA, 2007, p. 40-41).

Contribuindo para a reorganização do sistema de prestação de serviços em saúde como um todo, sob a ótica da assistência integral, o PAISM significou um avanço na resolutividade da rede de atenção básica, porém não conseguiu, a princípio, efetivar-se em todo o país, deixando lacunas no atendimento integral à mulher (CONSERVA, 2011). Segundo Souza (2007), existiam diversas críticas às prerrogativas de integralidade e universalidade no atendimento proposto pelo PAISM, visto que havia uma contradição entre o atendimento proposto e o prestado, pois, as intervenções estavam concentradas principalmente nos problemas de saúde provenientes das atividades reprodutivas e sexuais das mulheres.

Em 2004, a partir dos resultados obtidos através de diversos estudos e pesquisas promovidos pela Área Técnica de Saúde da Mulher, foi lançada, tendo como base o PAISM, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, com ações que visavam diminuir o adoecimento e a morte de mulheres e que estava relacionada, principalmente, à ampliação do conceito de saúde da mulher a partir da implementação de ações que garantiam



não apenas os direitos sexuais e reprodutivos, mas também a visão holística da saúde feminina (BRASIL, 2013; FREITAS *et al.*, 2012; SOUZA, 2007).

A PNAISM foi constituída com a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou também contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores e estudiosos da área, de organizações não-governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional. Ao final, a PNAISM foi submetida à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e à Comissão de Saúde da Mulher (CISMU) desse Conselho. Trata-se, portanto, de um documento legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013, online).

Desta forma, percebe-se que houve o envolvimento de diversas instancias políticas e também da comunidade na formulação desta política de saúde, de forma que alcançasse as necessidades reivindicadas. As ações desta nova política visavam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres, que, ao contrario do que se supunha, segundo os dados apresentados no Plano do Ministério da Saúde, no Brasil, não se relacionavam principalmente ao ciclo gravidez/puerpério, posto que, entre as dez primeiras causas de morte da população feminina estão

as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral; as neoplasias, em especial o câncer de mama, de pulmão e o colo de útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente a pneumonias (que podem estar encobrendo casos não diagnosticados de síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS); as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para os casos de diabetes e causas externas (SILVA, 2007, p. 43).

Para efetivar a PAISM, o Ministério da Saúde instituiu, dentre outras, as seguintes prioridades: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; distribuição de material educativo; capacitação de profissionais de saúde; atenção em reprodução humana assistida na rede pública e ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária, conforme o proposto na Lei Federal nº 9.263/96 (BRASIL, 1996), combate a violência domestica e familiar, fundamentando, assim, o atendimento integral à mulher como sujeito participativo e autônomo e visando um consenso sobre a necessidade de a elaboração e implementação de políticas que garantam uma melhor qualidade de vida (CONSERVA, 2011).



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao perpassar a evolução histórica pela qual formaram-se as políticas voltadas à saúde da mulher, percebe-se que durante anos as intervenções permaneceram sob a ótica da gestação, parto, puerpério e criação dos filhos, como se esta fosse a função única e principal da mulher. Com evolutivo da sociedade e as reivindicações geradas por esse processo, o PNAISM surgiu com uma visão holística da mulher, englobando-a como sujeito, em todas as suas necessidades.

O PNAISM atendeu não apenas uma reivindicação feminista, mas também uma necessidade social, oferecendo meios de informação e cuidados as mulheres em vários âmbitos de suas vidas, ao romper com o enfoque biológico e medicalizante hegemônico dos serviços de saúde, a política toma o conceito de saúde integral sugerindo atender à mulher em todas as suas etapas de vida, abarcando inclusive segmentos anteriormente marginalizados nos serviços de saúde.

Porém, percebe-se que apesar de ter havido um fortalecimento da rede de saúde no atendimento integral à saúde da mulher, ainda não se foi alcançado a proposta de equidade de gênero reivindicada pelos protestos feministas desde o governo militar, visto que ainda existem discrepâncias presentes nas leis, violência à mulher, trabalhos e cargos, entre outros aspectos ainda negligenciados pelas políticas públicas sociais e de saúde. Pode-se notar ao analisar essa evolução histórica das políticas de saúde voltadas à mulher, que a real implementação do que é preconizado pela PNAISM ainda não ocorreu de forma efetiva, seja por entraves do próprio sistema ou pela implantação e avaliação deficitária da política e dos programas propostos, surgindo assim a necessidade de maior controle social no que tange esses aspectos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, de 15/01/1996, P. 561. Disponível em <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/490199.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf.

_____. **Portal da Saúde**: mais sobre saúde da mulher. Ministério da Saúde, Brasília: DF, 2013. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>

COELHO, E. A. C. et al. O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.34, n.1, p. 26-36, mar. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a05.pdf>

CONSERVA, R. C. de O. **A política de saúde no Brasil** [manuscrito]: um enfoque na atenção voltada para as mulheres. 2011. 29p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Campina Grande, 2011. Disponível em <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1641/1/PDF%20-%20Roberta%20Campelo%20de%20Oliveira%20Conserva.pdf>.

CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **REBEP**, Recife, vol. 10, n. 1/2, 1993. 10 p. Disponível em https://www.rebep.org.br/revista/article/view/488/pdf_463.

FARAH, M. F. S. Gêneros e políticas públicas. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000100004.

FREITAS, G. L. *et al.*. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [ONLINE]. v. 11, n. 2, pp. 424-8, 2009. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, in MENDES, E.V.(org.); **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.

_____. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, E. E. et al. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, organizador. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, 2004. p. 45-76. Disponível em <http://lcc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/modelosemdisputa.pdf>

PEDRO, J. M. A EXPERIÊNCIA COM CONTRACEPTIVOS NO BRASIL: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, nº 45, pp. 239-260, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882003000100010.

PORTAL DA EDUCAÇÃO, **Programa De Assistência Integral À Saúde Da Mulher (PAISM)**. Disponível Em

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



[Http://Www.Portaleducacao.Com.Br/Enfermagem/Artigos/29829/Programa-De-Assistencia-Integral-A-Saude-Da-Mulher-Paism](http://Www.Portaleducacao.Com.Br/Enfermagem/Artigos/29829/Programa-De-Assistencia-Integral-A-Saude-Da-Mulher-Paism)

RODRIGUES, G. de C. **O DILEMA DA MATERNIDADE**. 1 ed. São Paulo: Annablume, 2008. 284 p. ISBN 9788574198422

SANTOS, J. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: aspectos de uma luta social. In: **Anais II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, MA, 2005.

Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, v.17, n. 2, p.107-119, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011

SILVA, E. da. **O planejamento familiar na perspectiva feminina**. Franca: UNESP, 2007. Dissertação (Mestrado). Faculdade de História, Direito e Serviço Social. UNESP. Disponível em http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/Dissertacao_-_EdSilva.pdf

SOUZA, N. O. de. **Legislação do SUS esquematizada e comentada**. Salvador: SANAR, 2016. 202p. ISBN 978-85-67806-49-5

SOUZA, R. L. R. N. **A percepção das usuárias do programa saúde da família sobre a atenção à saúde da mulher no bairro das indústrias**. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.