

INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

COMPLETENESS OF WOMEN'S HEALTH CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-194>

Submetido em: 08/09/2026 e Publicado em: 16/09/2026

SAS: e26420

Maria Eduarda Fernandes Vinhal

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Brasil - UB

E-mail: Mariaeduardavinhal04@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0714-5960>

Vinicius de Lima Lovadini

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9066-2160>

Resumo

A integralidade do cuidado à saúde da mulher constitui um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde e pressupõe atenção capaz de reconhecer necessidades que se modificam ao longo do curso de vida, superando a histórica concentração da assistência no ciclo gravídico-puerperal. Este estudo teve como objetivo analisar como a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família organizam e ofertam cuidado integral às mulheres no Brasil, identificando barreiras, desigualdades e fatores organizacionais relacionados ao acesso, à longitudinalidade e à coordenação do cuidado. Trata-se de revisão integrativa da literatura, com recorte entre 2016 e agosto de 2026. O relatório de busca utilizado como base recuperou registros no Elicit e PubMed, submetidos a etapas de triagem e leitura integral. Para esta síntese, foram selecionados 15 estudos com maior aderência ao objeto, diversidade temática e pertinência ao contexto brasileiro da APS. Os achados foram organizados em cinco eixos: permanência do enfoque materno-reprodutivo; ampliação do cuidado ao longo do curso de vida; violência, diversidade e iniquidades; território, coordenação e organização da APS; e equipe multiprofissional e Estratégia Saúde da Família. Os resultados mostram avanços de cobertura nas ações maternas e reprodutivas, porém persistem descon continuidades no puerpério, lacunas em saúde mental e envelhecimento, barreiras relacionadas à violência e à diversidade sexual, desigualdades territoriais e falhas de coordenação com serviços especializados. A atuação dos agentes comunitários de saúde e a organização territorial da ESF aparecem como elementos relevantes para a qualidade da atenção. Conclui-se que a integralidade permanece



parcialmente realizada e exige ampliação do escopo assistencial, qualificação das equipes, fortalecimento da coordenação em rede e estratégias orientadas à equidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Integralidade em Saúde; Saúde da Mulher; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Comprehensive care for women's health is one of the foundations of the Unified Health System (SUS) and requires care that recognizes changing needs throughout the life course, overcoming the historical concentration of assistance on the pregnancy-puerperal cycle. This study aimed to analyze how Primary Health Care (PHC) and the Family Health Strategy (FHS) organize and provide comprehensive care to women in Brazil, identifying barriers, inequalities, and organizational factors related to access, longitudinality, and care coordination. This is an integrative literature review, covering the period between 2016 and August 2026. The search report used as a basis retrieved records in Elicit and PubMed, which were subjected to screening and full-reading stages. For this synthesis, 15 studies with the greatest adherence to the object, thematic diversity, and relevance to the Brazilian PHC context were selected. The findings were organized into five axes: permanence of the maternal-reproductive focus; expansion of care throughout the life course; violence, diversity, and inequities; territory, coordination, and PHC organization; and multiprofessional team and FHS. The results show advances in coverage of maternal and reproductive actions, but discontinuities in the puerperium, gaps in mental health and aging, barriers related to violence and sexual diversity, territorial inequalities, and coordination failures with specialized services persist. The performance of community health workers and the territorial organization of the FHS appear as relevant elements for the quality of care. It is concluded that comprehensiveness remains partially realized and requires expanding the scope of care, qualifying teams, strengthening network coordination, and equity-oriented strategies.

Keywords: Family Health Strategy; Integrality in Health; Primary Health Care; Unified Health System; Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher ocupa posição central na agenda das políticas públicas brasileiras, não apenas pela magnitude das demandas relacionadas à saúde sexual, reprodutiva e materna, mas também pela necessidade de reconhecer que mulheres vivenciam diferentes exposições, riscos e necessidades de cuidado ao longo da vida. A integralidade, nesse contexto, não corresponde à simples oferta de um conjunto amplo



de procedimentos. Ela pressupõe capacidade dos serviços de identificar necessidades explícitas e não explicitadas, construir respostas clinicamente adequadas e socialmente sensíveis, assegurar continuidade e articular os diferentes pontos da rede de atenção. Na Atenção Primária à Saúde (APS), tal compromisso adquire especial relevância, pois esse nível assistencial constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço no qual o vínculo longitudinal e o conhecimento do território podem sustentar uma abordagem menos episódica e mais abrangente.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliou a presença da APS no território brasileiro e favoreceu a aproximação entre equipes, famílias e comunidades. Esse modelo possui potencial para acompanhar mulheres em diferentes fases da vida, desde a adolescência e o período reprodutivo até o climatério, envelhecimento e convivência com doenças crônicas. Entretanto, a existência de uma estrutura territorializada não garante, por si só, a realização da integralidade. A literatura brasileira indica que o cuidado à saúde da mulher permanece fortemente organizado a partir de ações maternas e reprodutivas, particularmente pré-natal, contracepção, prevenção do câncer do colo do útero e puerpério, enquanto demandas relacionadas à saúde mental, violência, sexualidade, diversidade, climatério e envelhecimento são menos sistematizadas na rotina dos serviços (Gleriano et al., 2019; Martins et al., 2022).

Esse padrão deve ser compreendido historicamente. A expansão de programas e indicadores voltados à saúde materna representou importante conquista sanitária, com ampliação do acesso ao pré-natal, ao parto institucional e a métodos contraceptivos. França et al. (2016) demonstraram avanços expressivos de cobertura e redução de desigualdades econômicas em intervenções de saúde reprodutiva e materna no Brasil. Contudo, cobertura e integralidade não são conceitos equivalentes. Bittencourt et al. (2020) evidenciaram que, apesar da ampla presença de serviços no período gestacional e pós-parto, apenas pequena parcela das mulheres e recém-nascidos recebeu o conjunto completo de cuidados recomendados, revelando que a continuidade assistencial constitui desafio distinto da simples utilização de serviços.

A insuficiência de respostas para necessidades que ultrapassam a reprodução também se expressa em diferentes domínios. Em saúde mental, Gonçalves et al. (2018) identificaram elevada prevalência de depressão entre mulheres acompanhadas pela ESF, ao mesmo tempo em que apontaram ausência de rastreamento sistemático e limitações relacionadas ao tempo de consulta e à capacitação profissional. No envelhecimento, Ostro et al. (2026) mostraram que mulheres idosas atendidas na APS apresentam riscos clínicos que podem ser identificados por medidas funcionais simples, indicando oportunidades concretas para uma assistência mais abrangente. Esses achados reforçam que a integralidade exige reorganizar prioridades e reconhecer necessidades que se tornam mais relevantes em diferentes etapas do curso de vida.

A violência contra a mulher constitui outro campo em que a capacidade de resposta da APS é decisiva. Sua ocorrência ultrapassa a dimensão estritamente social e repercute sobre saúde física, mental, sexual e reprodutiva, além de interferir na utilização de práticas preventivas. Leite, Amorim e Gigante



(2018) observaram maior probabilidade de atraso na realização do exame citopatológico entre mulheres expostas à violência física ou sexual, sugerindo que experiências de violência podem produzir barreiras adicionais ao cuidado. D'Oliveira et al. (2020), por sua vez, demonstraram que a resposta institucional à violência doméstica ainda pode ocupar posição secundária diante de outras prioridades organizacionais da APS, especialmente quando inexistem indicadores específicos, fluxos consolidados e suporte gerencial.

As desigualdades de gênero, raça, território e orientação sexual também condicionam o modo como o cuidado é ofertado e recebido. Silva et al. (2026) evidenciaram barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais em serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo pressupostos heteronormativos, preconceito profissional e insuficiência de orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis e planejamento reprodutivo. Diniz et al. (2026), ao investigarem práticas de cuidado entre mulheres quilombolas, mostraram que território, ancestralidade, saberes populares e redes comunitárias participam da produção da saúde e devem ser reconhecidos pelos serviços para que a integralidade não seja reduzida a uma perspectiva exclusivamente biomédica.

Além das barreiras socioculturais, a organização territorial do sistema interfere diretamente na continuidade do cuidado. Prado et al. (2022) identificaram distribuição desigual de internações por condições sensíveis à APS entre gestantes e puérperas, revelando clusters de maior risco em regiões historicamente vulnerabilizadas. Já Silva et al. (2026b) mostraram, no cuidado às mulheres com câncer de mama, que atrasos entre suspeita, confirmação diagnóstica e início do tratamento podem decorrer de fragmentação entre APS e serviços especializados. Portanto, a discussão da integralidade deve incorporar não apenas o conteúdo das consultas, mas também os fluxos assistenciais, a capacidade de coordenação e os mecanismos de referência e contrarreferência.

No cotidiano da ESF, a equipe multiprofissional e, particularmente, os agentes comunitários de saúde (ACS) constituem importantes mediadores entre serviços e população. Santos et al. (2020) demonstraram forte associação entre maior intensidade de atuação dos ACS e melhores práticas de saúde da mulher. Esse achado reforça que territorialização, visita domiciliar, busca ativa e vínculo comunitário não são elementos periféricos, mas componentes operacionais da própria integralidade. Quando associados a equipes estruturadas e redes funcionais, podem contribuir para identificar necessidades precocemente e reduzir descon continuidades.

Diante desse cenário, torna-se pertinente sintetizar evidências brasileiras capazes de demonstrar simultaneamente avanços e limites da APS na saúde da mulher. Uma análise focalizada em estudos diretamente relacionados à integralidade pode contribuir para compreender por que determinados domínios permanecem mais estruturados, enquanto outros continuam subvalorizados, e quais grupos enfrentam maior risco de cuidado fragmentado. O presente estudo tem como objetivo geral analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, como a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família organizam e



ofertam cuidado integral à saúde das mulheres no Brasil, considerando diferentes momentos do curso de vida e os fatores que condicionam acesso, longitudinalidade, equidade e coordenação do cuidado no SUS. Busca-se ainda identificar os principais domínios da saúde da mulher contemplados pelos estudos; descrever barreiras organizacionais, sociais, territoriais e relacionais; analisar evidências sobre a coordenação com a rede de atenção; discutir o papel da ESF e dos ACS; e sistematizar implicações para a prática e gestão da APS.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO E PERGUNTA NORTEADORA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, delineamento que possibilita reunir estudos de diferentes abordagens metodológicas e construir uma síntese interpretativa sobre fenômenos complexos. A escolha desse método mostrou-se adequada ao objetivo de analisar a integralidade do cuidado à saúde da mulher, uma vez que esse objeto envolve simultaneamente dimensões clínicas, organizacionais, territoriais, sociais e relacionais. A revisão não buscou estimar um único efeito quantitativo, mas compreender padrões de organização do cuidado, lacunas assistenciais e desigualdades presentes em diferentes contextos da APS brasileira.

A questão norteadora foi formulada da seguinte maneira: em mulheres ao longo do curso de vida no Brasil, como a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família organizam e oferecem cuidado integral, incluindo saúde sexual e reprodutiva, pré-natal e puerpério, saúde mental, violência, climatério e envelhecimento, doenças crônicas e prevenção de cânceres, e quais barreiras, desigualdades e fatores organizacionais condicionam acesso, longitudinalidade e coordenação no SUS entre 2016 e agosto de 2026?

O recorte temporal buscou contemplar uma década recente de produção científica, suficiente para incorporar mudanças na organização e avaliação da APS, ao mesmo tempo em que preserva estudos relevantes sobre os atributos do cuidado e sobre populações historicamente vulnerabilizadas. A delimitação brasileira foi necessária porque a estrutura do SUS e da ESF possui características próprias, especialmente adscrição territorial, presença de ACS e ampla responsabilidade sanitária das equipes.

2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

O relatório utilizado como base para a revisão realizou busca semântica no Elicit e busca por palavras-chave no PubMed. No Elicit foram empregados termos relacionados a Atenção Primária, saúde da mulher, integralidade, SUS, Estratégia Saúde da Família, equidade, continuidade do cuidado, saúde sexual e reprodutiva, climatério, doenças crônicas, câncer, violência e saúde mental. No PubMed, a busca combinou termos referentes a mulheres, atenção primária, primary care, Family Health Strategy e Brazil.



O objetivo foi maximizar a recuperação de estudos brasileiros que analisassem não apenas procedimentos específicos, mas também atributos da APS e organização do cuidado.

As buscas resultaram em 600 registros no Elicit e 200 no PubMed. Após o processamento e remoção de duplicidades, 710 referências foram submetidas à triagem. A etapa de leitura de títulos e resumos considerou como requisitos a identificação de estudo original ou revisão de evidências elegível, realização no Brasil ou análise do SUS, presença explícita de contexto de APS/ESF e resultados relacionados à saúde da mulher. Duzentos e noventa e seis registros avançaram para avaliação em texto completo.

Na leitura integral, foram considerados ainda aderência efetiva ao contexto da APS, foco analítico específico na saúde da mulher, presença de pelo menos uma dimensão relacionada à integralidade, acesso, equidade, longitudinalidade, coordenação, promoção, prevenção, prática profissional ou organização dos serviços, além do recorte temporal definido. O relatório-base identificou 124 estudos aptos à extração, dos quais 80 foram utilizados em uma síntese automatizada inicial. Para o presente trabalho, realizou-se um refinamento adicional para formar um corpus de 15 estudos, com o propósito de evitar redundância e permitir análise aprofundada.

2.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E SELEÇÃO FINAL DOS 15 ESTUDOS

Foram priorizados estudos que apresentassem vínculo direto com o problema de pesquisa e que contribuíssem para representar dimensões complementares do cuidado. Assim, a seleção final considerou: estudos desenvolvidos no Brasil ou com braço brasileiro claramente delimitado; contexto de APS, ESF, unidade básica de saúde ou rede diretamente articulada à APS; resultados específicos para mulheres; publicação entre 2016 e agosto de 2026; e contribuição explícita para pelo menos um dos eixos analíticos definidos. Também se buscou preservar diversidade regional e metodológica, incluindo investigações quantitativas, qualitativas e avaliações de serviços.

Foram excluídas da síntese final publicações excessivamente redundantes em relação a estudos mais abrangentes, trabalhos cuja contribuição estivesse concentrada em resultados que não respondiam diretamente à questão norteadora e registros com baixa capacidade de acrescentar interpretação aos eixos já representados. A redução do corpus não teve como finalidade alterar os resultados do relatório original, mas produzir uma síntese mais manejável e aprofundada. Desse modo, 15 estudos compuseram o conjunto final.

A seleção contemplou estudos sobre cobertura e equidade em saúde materna e reprodutiva, continuidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, desempenho da APS, saúde mental, violência, diversidade sexual, mulheres quilombolas, envelhecimento, câncer de mama, desigualdades territoriais, atributos da APS e atuação dos ACS. Esse equilíbrio permitiu analisar a integralidade como fenômeno multidimensional, evitando restringir a revisão ao campo obstétrico.



2.4 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para cada estudo foram organizadas informações referentes a autoria e ano, desenho metodológico, domínio do cuidado, principais achados e contribuição para a revisão. A extração buscou destacar resultados diretamente relacionados ao objeto, preservando medidas quantitativas e interpretações qualitativas apresentadas nas fontes. Posteriormente, os estudos foram agrupados por convergência temática.

A síntese foi organizada em cinco eixos: permanência do enfoque materno-reprodutivo; ampliação do cuidado ao longo do curso de vida; violência, diversidade e iniquidades; território, coordenação e organização da APS; e equipe multiprofissional, agentes comunitários e potencial da ESF. A análise foi conduzida de forma descritiva e interpretativa, buscando não apenas enumerar achados, mas confrontar resultados, identificar tensões entre cobertura e qualidade e compreender como desigualdades interferem na realização do princípio da integralidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 15 estudos incluídos foram publicados entre 2016 e 2026 e apresentaram diversidade de delineamentos, com presença de estudos quantitativos nacionais, ecológicos e transversais, pesquisas qualitativas e avaliações de serviços. Essa heterogeneidade foi considerada pertinente para o objeto, porque a integralidade não pode ser apreendida por um único desenho metodológico. Estudos quantitativos permitiram dimensionar cobertura, prevalência, desempenho e desigualdades, enquanto estudos qualitativos ofereceram elementos sobre experiência das mulheres, barreiras relacionais, organização dos serviços e sentidos atribuídos ao cuidado.

O conjunto final evidenciou concentração de estudos em temas tradicionalmente vinculados à saúde da mulher, mas também incluiu produções sobre domínios menos institucionalizados. O pré-natal e o puerpério apareceram como áreas mais estruturadas e com maior disponibilidade de indicadores. Em contraste, saúde mental, envelhecimento, diversidade sexual e violência apresentaram menor sistematização e maior dependência de iniciativas locais ou da sensibilidade dos profissionais. A coordenação do cuidado surgiu como problema transversal, particularmente nas transições entre maternidade e APS e entre suspeita oncológica e serviços especializados.

A análise dos estudos (Quadro 1) também demonstrou que cobertura territorial não é sinônimo de cuidado integral. Mesmo em contextos com ampla presença da ESF, persistiram falhas na oferta efetiva de serviços, na orientação comunitária, no reconhecimento de necessidades específicas e no acesso oportuno à rede especializada. Ao mesmo tempo, a atuação intensa dos ACS apresentou associação positiva com práticas de saúde da mulher, sugerindo que o modelo territorial da ESF possui capacidade concreta de melhorar o desempenho quando suas funções são efetivamente realizadas (Santos et al., 2020).



Quadro 1 – Síntese dos 15 estudos incluídos na revisão.

Autor/ano	Desenho	Domínio	Achado principal	Contribuição à revisão
França et al., 2016	Análise nacional de inquéritos	Saúde sexual/reprodutiva e materna	Ampliação expressiva da cobertura de pré-natal, parto institucional e contracepção, acompanhada de redução de desigualdades econômicas.	Demonstra os ganhos de cobertura associados à consolidação do SUS, mas não assegura, isoladamente, qualidade e integralidade.
Bittencourt et al., 2020	Estudo quantitativo nacional	Pré-natal/puerpério	Somente 1,5% das mães e recém-nascidos receberam o conjunto completo de cuidados recomendados no continuum gestação-puerpério.	Evidencia ruptura da continuidade assistencial mesmo em contexto de alta cobertura.
Souza et al., 2024	Avaliação nacional do Previne Brasil	Pré-natal, câncer e condições crônicas	Indicadores apresentaram desempenho desigual; testagem de sífilis/HIV atingiu meta nacional, enquanto hipertensão e diabetes tiveram desempenho inferior.	Mostra assimetrias na priorização programática e no desempenho da APS.
Gonçalves et al., 2018	Estudo transversal	Saúde mental	Prevalência de depressão de 19,7% entre mulheres atendidas pela ESF, com ausência de rastreamento sistemático.	Revela lacuna importante da integralidade para além do eixo reprodutivo.
Gleriano et al., 2019	Estudo qualitativo	Integralidade no ciclo de vida	Profissionais identificaram fragmentação do cuidado e baixa valorização de planejamento familiar, climatério, prevenção do câncer e violência.	Explicita a distância entre a integralidade normativa e a prática cotidiana.
Leite et al., 2018	Estudo quantitativo	Violência e prevenção do câncer cervical	Mulheres expostas à violência física ou sexual apresentaram maior probabilidade de atraso no exame citopatológico.	Demonstra interação entre violência, vulnerabilidade e acesso à prevenção.
Silva et al., 2026	Estudo qualitativo	Saúde sexual/reprodutiva de minorias sexuais	Mulheres lésbicas e bissexuais relataram orientação insuficiente sobre IST e planejamento reprodutivo, além de preconceito profissional.	Evidencia barreiras heteronormativas e iniquidades de gênero/sexualidade.
Santos et al., 2020	Estudo transversal nacional com equipes ESF	Equipe/ACS	Maior intensidade de atuação dos agentes comunitários esteve fortemente associada a melhores práticas em saúde da mulher (OR=6,21).	Reforça o papel territorial e relacional dos ACS na qualidade da APS.
Prado et al., 2022	Estudo ecológico espaço-temporal	Saúde materna e desigualdade territorial	Internações por condições sensíveis à APS em gestantes e puérperas aumentaram, com clusters de maior risco no Norte e Centro-Oeste.	Mostra persistência de desigualdades territoriais na capacidade protetora da APS.
Diniz et al., 2026	Estudo qualitativo	Mulheres quilombolas	Práticas tradicionais, território, ancestralidade e redes comunitárias coexistem com	Amplia a noção de integralidade para dimensões interculturais e territoriais.



Autor/ano	Desenho	Domínio	Achado principal	Contribuição à revisão
			fragilidades de acesso e longitudinalidade na APS.	
Canario et al., 2021	Estudo qualitativo	Puerpério e continuidade	Mulheres descreveram descontinuidade entre maternidade e APS e ausência de seguimento sistemático no pós-parto.	Evidencia falha de coordenação na transição entre pontos da rede.
Martins et al., 2022	Avaliação com PCATool	Mulheres em idade reprodutiva	Os menores escores ocorreram em integralidade dos serviços prestados e orientação comunitária.	Identifica atributos específicos da APS que permanecem frágeis para mulheres.
d'Oliveira et al., 2020	Avaliação qualitativa de serviços	Violência doméstica	Resposta à violência teve baixa prioridade institucional, ausência de indicadores específicos e suporte gerencial insuficiente.	Mostra que protocolos isolados são insuficientes sem organização, gestão e apoio institucional.
Silva et al., 2026b	Estudo qualitativo	Câncer de mama e rede de atenção	Foram descritos atrasos entre suspeita, diagnóstico e tratamento e fragmentação do itinerário assistencial.	Evidencia fragilidade da coordenação entre APS e atenção especializada.
Osto et al., 2026	Estudo transversal	Envelhecimento/risco de fraturas	Mulheres idosas apresentaram elevada proporção de risco de fratura, e medidas funcionais simples mostraram utilidade na APS.	Representa a necessidade de ampliar o cuidado à mulher para envelhecimento e funcionalidade.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos.

3.1 PERMANÊNCIA DO ENFOQUE MATERNO-REPRODUTIVO

Os achados mostram que o campo materno-reprodutivo continua sendo a dimensão mais consolidada da atenção à saúde da mulher na APS brasileira. França et al. (2016), ao analisarem diferentes inquéritos nacionais, identificaram aumento expressivo de cobertura de intervenções relacionadas à saúde reprodutiva e materna, incluindo pré-natal, parto institucional e uso de métodos contraceptivos. O estudo também demonstrou redução de desigualdades econômicas em diversos indicadores, evidenciando que a expansão do SUS e da atenção básica contribuiu para democratizar o acesso a práticas antes mais concentradas entre grupos de maior renda.

Entretanto, os resultados de Bittencourt et al. (2020) demonstram que a ampliação do contato com os serviços não garante um percurso assistencial completo. Ao avaliar a continuidade do cuidado durante a gestação e o puerpério, os autores identificaram que apenas 1,5% das mães e recém-nascidos receberam todos os cuidados recomendados no continuum assistencial. Tal resultado revela uma contradição importante: o sistema pode alcançar boa cobertura em etapas isoladas e, ainda assim, produzir descontinuidade quando se observa a trajetória integral da usuária.



Essa fragilidade torna-se mais evidente no puerpério. Canario et al. (2021) descreveram experiências de mulheres que perceberam descontinuidade entre o atendimento recebido na maternidade e o acompanhamento na APS. A transição após a alta hospitalar mostrou-se pouco estruturada, com ausência ou insuficiência de seguimento sistemático e baixa integração entre os pontos da rede. Nesse período, em que coexistem necessidades físicas, emocionais, familiares e relacionadas ao cuidado do recém-nascido, a fragmentação pode invisibilizar necessidades maternas e reforçar uma assistência centrada prioritariamente na criança.

Os três estudos permitem interpretar que a saúde materna ocupa posição privilegiada na agenda da APS, mas ainda é atravessada por problemas de coordenação. Isso significa que o desafio atual não se limita a ampliar consultas ou procedimentos, mas a garantir que informações, responsabilidades e planos de cuidado acompanhem a mulher nos diferentes pontos da rede. A integralidade, nesse eixo, exige transformar uma sequência de atendimentos em uma trajetória assistencial articulada (França et al., 2016; Bittencourt et al., 2020; Canario et al., 2021).

3.2 AMPLIAÇÃO DO CUIDADO AO LONGO DO CURSO DE VIDA

A perspectiva da integralidade requer superar a identificação da mulher exclusivamente com a função reprodutiva. Gonçalves et al. (2018) demonstraram que a saúde mental constitui demanda relevante entre usuárias da ESF, com prevalência de depressão de 19,7% no grupo estudado. Apesar dessa magnitude, os autores apontaram ausência de rastreamento sistemático e dificuldades relacionadas à formação profissional e ao tempo disponível nas consultas. Esse resultado sugere que problemas frequentes podem permanecer subidentificados quando a rotina assistencial está fortemente estruturada por demandas biomédicas tradicionais.

Gleriano et al. (2019) aprofundam essa discussão ao mostrar, pela percepção dos próprios profissionais da ESF, que diferentes componentes do cuidado à mulher recebem atenção desigual. Temas como planejamento familiar, climatério, violência e prevenção de cânceres foram reconhecidos como áreas que ainda demandam maior valorização e organização. A fragmentação relatada pelos profissionais indica que a integralidade não depende apenas da existência formal de protocolos, mas da capacidade de incorporar diferentes demandas ao processo cotidiano de trabalho.

O envelhecimento feminino é especialmente importante nessa ampliação do escopo. Ostro et al. (2026), ao investigarem mulheres idosas atendidas na APS, identificaram proporção relevante de risco elevado para fraturas e mostraram associação entre parâmetros de função física e maior risco. O estudo demonstra que avaliações relativamente simples, como força de prensão e medidas corporais funcionais, podem oferecer informações úteis no primeiro nível de atenção. A contribuição do trabalho está em deslocar



a discussão da saúde da mulher para além da reprodução, reforçando a necessidade de prevenção de incapacidade, preservação da autonomia e cuidado à funcionalidade na velhice.

3.3 VIOLÊNCIA, DIVERSIDADE SEXUAL E INIQUIDADES NO CUIDADO

A violência contra a mulher apareceu nos estudos como questão que atravessa diferentes práticas assistenciais e não pode ser tratada apenas como demanda externa ao setor saúde. Leite, Amorim e Gigante (2018) demonstraram que mulheres expostas à violência apresentaram maior probabilidade de atraso na realização do exame citopatológico. A associação é relevante porque mostra que situações de violência podem comprometer comportamentos preventivos e dificultar o acesso regular aos serviços, ampliando vulnerabilidades já existentes.

D'Oliveira et al. (2020) analisaram a capacidade da APS brasileira para responder à violência doméstica e identificaram limitações institucionais importantes. Entre os problemas descritos estão baixa prioridade organizacional, ausência de indicadores específicos e suporte gerencial insuficiente. Esses achados sugerem que o acolhimento da violência não pode depender apenas da iniciativa individual de profissionais sensibilizados. Para que a resposta seja consistente, são necessários fluxos, espaços de discussão de casos, articulação intersetorial, proteção às usuárias e apoio às equipes.

As iniquidades também se manifestam no cuidado à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. Silva et al. (2026) identificaram insuficiência de orientações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e planejamento reprodutivo, além de relatos de preconceito e pressupostos heteronormativos. Quando o serviço presume a heterossexualidade da usuária, perguntas, orientações e procedimentos deixam de corresponder às necessidades reais. A integralidade requer, portanto, competência técnica e relacional para reconhecer diferentes trajetórias afetivo-sexuais sem julgamento.

Diniz et al. (2026) acrescentam uma dimensão étnico-territorial ao demonstrar que o cuidado entre mulheres quilombolas articula práticas populares, ancestralidade, espiritualidade, território e redes comunitárias. A presença desses saberes não significa rejeição à biomedicina, mas coexistência de diferentes modos de cuidado. Quando a APS desconsidera essas práticas ou não reconhece as especificidades territoriais, pode produzir relações pouco responsivas. A equidade, nesse caso, exige reconhecer diferenças e adaptar o cuidado, e não simplesmente ofertar o mesmo pacote assistencial a todas as populações.

3.4 TERRITÓRIO, ACESSO E COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO

O território exerce influência direta sobre a capacidade da APS de prevenir agravos e coordenar o cuidado. Prado et al. (2022), ao analisarem internações por condições sensíveis à atenção primária em mulheres e crianças nos primeiros mil dias, identificaram crescimento das internações entre gestantes e



puérperas e distribuição espacial desigual, com áreas de maior risco concentradas em regiões historicamente vulnerabilizadas. O resultado mostra que a cobertura nominal da atenção básica pode coexistir com diferenças relevantes de efetividade entre territórios.

Martins et al. (2022), utilizando instrumento de avaliação dos atributos da APS com mulheres em idade reprodutiva, identificaram baixos escores de integralidade dos serviços prestados e orientação comunitária. Esses dados são particularmente importantes porque diferenciam a existência de serviços daquilo que efetivamente é ofertado às usuárias. Uma unidade pode possuir equipe e estrutura formal, mas não entregar de maneira abrangente ações compatíveis com as necessidades locais, o que limita a resolutividade e favorece procura por outros pontos da rede.

No cuidado ao câncer de mama, Silva et al. (2026b) evidenciaram falhas na articulação entre APS e atenção especializada. Atrasos entre suspeita, confirmação diagnóstica e tratamento e fragmentação do itinerário assistencial revelam que a função coordenadora da APS depende da existência de uma rede com fluxos acessíveis e comunicação entre serviços. Quando a usuária precisa reconstruir sozinha seu percurso, buscar informações informalmente ou aguardar longos intervalos entre etapas, o princípio da coordenação se enfraquece.

3.5 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, AGENTES COMUNITÁRIOS E POTENCIAL DA ESF

A organização da ESF apresenta características que podem favorecer cuidado integral, especialmente pela composição multiprofissional e pela presença dos ACS. Santos et al. (2020), em estudo nacional com milhares de equipes, observaram associação expressiva entre maior nível de atividade dos ACS e melhores práticas de saúde da mulher, com odds ratio de 6,21. Embora a associação não permita inferir que a atuação do ACS seja o único determinante da qualidade, evidencia que o trabalho territorial e o contato sistemático com famílias estão relacionados a melhor desempenho da APS.

Essa contribuição pode ser compreendida a partir das funções desempenhadas pelos ACS: reconhecimento de situações de vulnerabilidade, busca ativa, identificação precoce de gestantes, acompanhamento domiciliar, orientação sobre uso dos serviços e mediação entre comunidade e equipe. Em saúde da mulher, essas atividades podem ser particularmente importantes para situações que não chegam espontaneamente à unidade, como violência, sofrimento mental, dificuldades no puerpério e barreiras sociais à realização de exames.

Entretanto, o potencial da ESF depende de organização adequada do processo de trabalho. Gleriano et al. (2019) identificaram que profissionais reconhecem limites para oferecer atenção integral, incluindo fragmentação de ações e menor atenção a determinados momentos do ciclo de vida. Assim, a presença de equipe multiprofissional precisa ser acompanhada de planejamento, educação permanente, discussão



interdisciplinar de casos e definição clara de responsabilidades. Sem essas condições, o trabalho pode se tornar uma soma de práticas paralelas, e não uma intervenção integrada.

3.6 DISCUSSÃO DOS ACHADOS

A síntese dos 15 estudos permite afirmar que a integralidade do cuidado à saúde da mulher na APS brasileira permanece como princípio consolidado no plano normativo, mas realizado de forma parcial e heterogênea no cotidiano. O conjunto de evidências não aponta ausência de políticas ou de oferta assistencial; ao contrário, demonstra importante expansão da cobertura e consolidação de ações específicas. O problema central reside na diferença entre cobertura, qualidade e continuidade. A mulher pode realizar pré-natal, ter acesso a exames preventivos e utilizar uma unidade de saúde, mas ainda assim vivenciar cuidado fragmentado quando suas necessidades não são reconhecidas em conjunto ou quando as transições entre serviços são desarticuladas.

O predomínio do enfoque materno-reprodutivo representa simultaneamente um avanço histórico e um limite contemporâneo. O aumento da cobertura de intervenções maternas e reprodutivas documentado por França et al. (2016) evidencia a capacidade do SUS de produzir ganhos distributivos. Contudo, Bittencourt et al. (2020) demonstram que a integralidade não pode ser inferida pela soma de procedimentos realizados. A baixa proporção de mulheres e recém-nascidos que completaram todo o percurso recomendado sinaliza que a continuidade ainda é vulnerável. Canario et al. (2021) reforçam esse argumento ao descreverem descontinuidade no puerpério, momento frequentemente deslocado para segundo plano após a atenção intensa dispensada à gestação e ao parto.

Essa lógica programática também ajuda a explicar a menor visibilidade de necessidades fora do ciclo reprodutivo. A elevada prevalência de depressão encontrada por Gonçalves et al. (2018) contrasta com a insuficiência de rastreamento sistemático, mostrando que problemas frequentes podem permanecer pouco incorporados à rotina. Da mesma forma, o envelhecimento aparece de maneira reduzida na literatura selecionada, apesar do crescimento da população idosa. Ostro et al. (2026) demonstram que existem oportunidades concretas para ampliar o cuidado mediante avaliações de funcionalidade e risco. Em termos de prática assistencial, isso implica que o acompanhamento longitudinal deve evoluir junto com as necessidades da mulher, evitando encerramento simbólico do cuidado integral após o período reprodutivo.

A violência doméstica explicita de forma particularmente clara os limites de uma APS centrada em procedimentos. A identificação e o manejo da violência dependem de vínculo, privacidade, escuta qualificada, continuidade e articulação com outros setores. D'Oliveira et al. (2020) mostram que, sem prioridade institucional e suporte gerencial, a resposta tende a permanecer frágil. Leite, Amorim e Gigante (2018) demonstram ainda que a violência repercute sobre outras práticas preventivas, como o rastreamento



do câncer do colo do útero. Dessa forma, considerar a violência como tema separado do restante da atenção à mulher reduz a capacidade de compreender seus efeitos sobre diferentes dimensões da saúde.

As evidências relacionadas à diversidade sexual aprofundam a crítica à universalidade entendida apenas como oferta igual. Silva et al. (2026) mostram que mulheres lésbicas e bissexuais podem acessar serviços e, mesmo assim, não receber orientações pertinentes às suas práticas e necessidades. A presença de pressupostos heteronormativos transforma o encontro clínico em potencial fonte de invisibilidade e constrangimento. A equidade, portanto, exige que profissionais sejam capazes de adaptar a comunicação e o cuidado à diversidade das usuárias, sem pressupor comportamentos, identidades ou projetos reprodutivos.

No caso das mulheres quilombolas, Diniz et al. (2026) evidenciam que a integralidade precisa incorporar dimensão intercultural. A APS territorializada possui potencial para reconhecer modos locais de produzir saúde, mas isso requer disponibilidade para dialogar com saberes tradicionais e compreender o território como espaço de vida, memória e organização coletiva. Desconsiderar essas dimensões pode produzir um cuidado tecnicamente correto, porém socialmente pouco responsivo. O princípio da equidade implica reconhecer que diferentes grupos podem necessitar de estratégias distintas para alcançar resultados comparáveis.

A análise territorial reforça essa compreensão. Prado et al. (2022) identificaram padrões espaciais de maior vulnerabilidade em internações de gestantes e puérperas por condições sensíveis à APS. Tais diferenças sugerem que a capacidade protetora da atenção primária varia conforme infraestrutura, força de trabalho, acesso geográfico e integração regional. Portanto, resultados nacionais médios podem ocultar territórios em que mulheres continuam expostas a riscos evitáveis. O planejamento deve utilizar informações locais e regionais para definir prioridades, em vez de pressupor que a mesma organização assistencial produz efeitos semelhantes em todo o país.

A coordenação do cuidado constitui outro ponto crítico. O estudo de Silva et al. (2026b) sobre câncer de mama demonstra que a APS não consegue garantir integralidade quando a rede especializada é fragmentada ou quando existem atrasos em etapas diagnósticas e terapêuticas. Esse problema transcende a competência individual das equipes. Mesmo uma APS qualificada pode se tornar pouco resolutiva se não houver acesso oportuno a exames, especialistas e tratamento. Por isso, fortalecer a integralidade exige combinar qualificação da porta de entrada com redes regionalizadas e mecanismos efetivos de comunicação entre serviços.

Para a formação dos profissionais de saúde, os resultados indicam necessidade de desenvolver competências que ultrapassem o domínio técnico-procedimental. Acolher diversidade sexual, reconhecer sinais de violência, abordar saúde mental, acompanhar envelhecimento e coordenar trajetórias assistenciais demandam comunicação, julgamento clínico, trabalho em equipe e compreensão dos determinantes sociais. Como síntese, a revisão demonstra que o principal desafio não é escolher entre atenção reprodutiva e



cuidado ampliado, mas integrar ambos. A manutenção de ações maternas e preventivas de alta cobertura é indispensável, porém deve coexistir com um modelo capaz de acompanhar mulheres ao longo da vida.

4 CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa, composta por 15 estudos brasileiros publicados entre 2016 e 2026, evidenciou que a APS e a ESF constituem bases fundamentais para a atenção à saúde da mulher no SUS, mas a concretização da integralidade permanece desigual. O cuidado materno-reprodutivo apresenta maior institucionalização e cobertura, porém ainda convive com falhas de continuidade, sobretudo na transição para o puerpério. Domínios como saúde mental, violência, diversidade sexual, envelhecimento e necessidades de grupos tradicionais aparecem menos sistematizados e mais dependentes da capacidade local das equipes.

Os achados também demonstram que as desigualdades sociais e territoriais não são fatores secundários. Elas condicionam o acesso, a experiência de cuidado e a possibilidade de completar trajetórias assistenciais. Mulheres em situação de violência, lésbicas e bissexuais, quilombolas e residentes em territórios com menor capacidade assistencial enfrentam barreiras específicas, que exigem respostas orientadas pela equidade e não apenas expansão genérica da cobertura.

A coordenação entre a APS e os demais pontos da rede foi identificada como um dos principais desafios. A integralidade depende de fluxos de referência funcionais, comunicação entre serviços, retorno das informações à equipe de origem e responsabilização compartilhada. Sem esses elementos, a APS tende a atuar como porta de entrada sem capacidade plena de coordenar o percurso da usuária, o que favorece atrasos, fragmentação e busca de soluções informais.

Por outro lado, a ESF apresenta potencial expressivo para enfrentar essas limitações. A territorialização, o vínculo longitudinal e a atuação dos ACS aproximam a equipe das necessidades reais das mulheres e podem qualificar busca ativa, educação em saúde e acompanhamento. Conclui-se que promover integralidade na saúde da mulher significa preservar conquistas do cuidado materno e reprodutivo e, simultaneamente, ampliar a capacidade da APS de responder a necessidades diversas ao longo da vida. Trata-se de reconhecer mulheres em sua pluralidade, considerando território, gênero, raça, orientação sexual, idade, condições sociais e experiências de violência. Para o SUS, esse movimento é fundamental para transformar universalidade formal em cuidado efetivamente acessível, longitudinal, coordenado e equânime.



REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, S. A.; CUNHA, E.; DOMINGUES, R. et al. Nacer no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. **Revista de Saúde Pública**, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002021.
- CANARIO, M. A. S. S.; CARDELLI, A. A. M.; CALDEIRA, S. et al. O vivido de mulheres no puerpério: (des)continuidade da assistência na maternidade e atenção primária. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2021. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v20i0.55440.
- DINIZ, R. C. M.; SILVA, R. M.; BRASIL, C. C. P. et al. Care practices, popular knowledge, and health promotion among quilombola woman in Brazil. **PLoS ONE**, 2026. DOI: 10.1371/journal.pone.0343298.
- D'OLIVEIRA, A.; PEREIRA, S.; BACCHUS, L. et al. Are We Asking Too Much of the Health Sector? Exploring the Readiness of Brazilian Primary Healthcare to Respond to Domestic Violence Against Women. **International Journal of Health Policy and Management**, 2020. DOI: 10.34172/ijhpm.2020.237.
- FRANÇA, G. V.; RESTREPO-MÉNDEZ, M.; MAIA, M. F. S. et al. Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. **International Journal for Equity in Health**, 2016. DOI: 10.1186/s12939-016-0445-2.
- GLERIANO, J. S.; ZAIAZ, P. C. L.; BORGES, A. P. et al. Atenção integral na percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, 2019. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.242241.
- GONÇALVES, Â. M. C.; TEIXEIRA, M. T.; GAMA, J. R. A. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2018. DOI: 10.1590/0047-2085000000192.
- LEITE, F.; AMORIM, M.; GIGANTE, D. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. **Revista de Saúde Pública**, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000496.
- MARTINS, D. C.; SILVA, G. M.; PESCE, G. B.; FERNANDES, C. Assessment of the attributes of Primary Health Care with women of reproductive age. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0015.
- OSTO, L. C. D.; ROLAND, L. F.; PINTO, M. N. et al. Association between physical function parameters and fracture risk in older women in primary health care in southern Brazil. **Archives of Osteoporosis**, 2026. DOI: 10.1007/s11657-026-01688-8.
- PRADO, I.; ROCHA, N.; ROCHA, T.; THOMAZ, É. Spatiotemporal analysis of hospital admissions for primary care-sensitive conditions in women and children in the first 1000 days of life. **PLoS ONE**, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0269548.
- SANTOS, A.; ROCHA, H. A.; LIMA, Â. et al. Contribution of community health workers to primary health care performance in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002327.



SILVA, A. V. M.; QUITETE, J. B.; MONIZ, M. A. et al. Saúde Sexual e Reprodutiva: iniquidades de gênero no atendimento a minorias sexuais. **Saúde Coletiva**, 2026. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i108p20162-20179.

SILVA, R. R.; SANTANA, M. M.; BEZERRA, A. F. B. et al. Integrality of Care for Women with Breast Cancer: Access and Organization in the Health Care Network in a Northeast State. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2026. DOI: 10.32635/2176-9745.rbc.2026v72n2.5497en.

SOUZA, C. D. F.; NASCIMENTO, A. L. O.; SOUZA, C. A. F. et al. Primary care performance measurement in Brazil (Previne Brasil Program), 2022–2023. **BMC Health Services Research**, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11409-x.