

SAÚDE DA MULHER NO ALTO OESTE POTIGUAR

Women's health in Alto Oeste Potiguar

Salud de la mujer en Alto Oeste Potiguar

Vânia Maria Pessoa RODRIGUES – Secretária Municipal de Educação de São Miguel (RN). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8936-274X>.
URL: <http://lattes.cnpq.br/4465126243539310>
EMAIL: vaniapessoa13@hotmail.com

Francisco Alexson de FREITAS – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6816-4448>.
URL: <http://lattes.cnpq.br/5456648642624958>
EMAIL: freitasalexson@gmail.com

José Giovanni Nobre GOMES – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6169-6396>.
URL: <http://lattes.cnpq.br/5446698015405038>
EMAIL: jgiovaninobre@gmail.com

Sara Taciana Firmino BEZERRA – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0516-7681>.
URL: <http://lattes.cnpq.br/0986496765422651>
EMAIL: sarataciana@gmail.com

RESUMO

O conhecimento sobre o acesso e como se utiliza os serviços de saúde no território é essencial para reduzir barreiras de tratamento, promover a prevenção de agravos e possibilitar a promoção da saúde, no sentido de garantir os princípios da universalidade e da equidade, com aproximação aos serviços e a orientação do desenho de políticas de saúde da mulher. O estudo tem por objetivo analisar a política de atenção à saúde da mulher a partir das informações do Relatório de Visita Domiciliar e Territorial do Agente Comunitário de Saúde, de um município da região do Alto Oeste Potiguar. É um estudo documental descritivo de natureza qualitativa. Evidenciou-se ao longo do estudo, um território caracterizado pela predominância do gênero feminino, apresentando um perfil populacional acometido pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis, enfermidades degenerativas e com necessidades especiais, também, as mulheres com idade de 50 a 60 anos, com os exames de mamografias e ações preventivas em dia, além do quantitativo de mulheres em idade reprodutiva e não reprodutiva. Constata-se a prevalência do consenso de que as conquistas em prol da saúde da mulher, ainda estão longe de ser apontadas como aceitáveis, porém, a pesquisa possibilita entender os avanços, desafios e dificuldades na efetivação das políticas de saúde a mulher no contexto estudado.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Política Pública; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Knowledge about access to and how to use health services in the territory is essential to reduce barriers to treatment, promote the prevention of diseases and enable health promotion, in order to guarantee the principles of universality and equity, with approximation to services and guidance on the design of women's health policies. The study aims to analyze the health care policy for women based on information from the Home and Territorial Visit Report of the Community Health Agent, from a municipality in the Alto Oeste Potiguar region. It is a descriptive documentary study of a qualitative nature. It was evident throughout the study, a territory characterized by the predominance of the female gender, presenting a population profile affected by Chronic Non-Communicable Diseases, degenerative diseases and with special needs, also women aged 50 to 60 years, with the exams of mammograms and preventive actions up to date, in addition to the number of women of reproductive and non-reproductive age. There is a prevailing consensus that the achievements in favor of women's health are still far from being identified as acceptable, however, the research makes it possible to understand the advances, challenges and difficulties in the implementation of health policies for women in the studied context.

Keywords: Community Health Agent; Public Policy; Women's health.

RESUMEN

El conocimiento sobre el acceso y uso de los servicios de salud en el territorio es fundamental para reducir las barreras al tratamiento, promover la prevención de enfermedades y posibilitar la promoción de la salud, con el fin de garantizar los principios de universalidad y equidad, con la aproximación a los servicios y la orientación de la diseño de políticas de salud de la mujer. El estudio tiene como objetivo analizar la política de atención a la salud de la mujer a partir de la información del Informe de Visita Domiciliaria y Territorial del Agente Comunitario de Salud, de un municipio de la región Alto Oeste Potiguar. Se trata de un estudio documental descriptivo de carácter cualitativo. Se evidenció a lo largo del estudio, un territorio caracterizado por el predominio del género femenino, presentando un perfil poblacional afectado por Enfermedades Crónicas No Transmisibles, enfermedades degenerativas y con necesidades especiales, también mujeres de 50 a 60 años, con los exámenes de mamografías. Y acciones preventivas al día, además del número de mujeres en edad reproductiva y no reproductiva. Existe un consenso predominante en que los logros a favor de la salud de la mujer aún están lejos de ser identificados como aceptables, sin embargo, la investigación permite comprender los avances, desafíos y dificultades en la implementación de políticas de salud para las mujeres en el contexto estudiado.

Palabras-clave: Agente de Salud Comunitaria; Política Pública; La salud de la mujer.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas voltadas para a área da saúde vêm ganhando destaque nos debates sociais nas últimas décadas, principalmente, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, tornando-se alvo de discussões em distintas esferas político-administrativas do país. O SUS, como política de saúde vigente no Brasil, é responsável pela gestão de bens e serviços relativos à saúde. Tem como finalidade a assistência às pessoas visando ações de promoção,

proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e educativas através das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Desse modo, entende-se que as políticas públicas têm uma relação direta com decisão e ação, pois segundo Secchi (2017, p. 02) “é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Logo, envolve conflitos, divergências e equilíbrio entre os poderes que se modificam constantemente. É também um ponto de vista que coaduna-se com o pensamento de Agum, Riscado e Menezes (2015), quando relatam que são ações citadas como aceitáveis quando se trata de uma política pública, relacionada com as prioridades que o governo escolhe fazer ou não fazer em prol da população. Nessa visão, pode-se resumir política pública como o “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações” (SOUZA, 2006, p. 26).

Considerando o debate sobre as políticas públicas, pode-se citar as discussões sobre a política de atenção à saúde da mulher, considerada de suma importância na garantia e na avaliação dos serviços de saúde oferecidos as usuárias do SUS. Sendo uma necessidade de instauração ao debate, tendo em vista a incidência de agravos à saúde, violência doméstica, abuso sexual, entre tantos outros casos que requerem um olhar sensível e profissional no trato com o público feminino (BRASIL, 2004).

A Constituição Federal de 1988 vem a consolidar o direito e a garantia à saúde através de seu artigo 6º que expressa “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, ao trabalho, a moradia, ao transporte, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988, p. 07). Portanto, são diversos direitos sociais destinados à população com ênfase no direito à saúde, expressando uma conquista, um olhar de como as noções sobre políticas de saúde são construídas, não as tomando como uma realidade independente, mas permeada de interesses subjetivos, coletivos e particulares.

Sob esse olhar, compreende-se a inclusão da abordagem de gênero como parte dos determinantes sociais de saúde, como fatores de contribuição no pensar as políticas públicas dessa área para as mulheres (BRASIL, 2004). Segundo Teles (2017), nos encontros organizados por mulheres, eram discutidas as questões relacionadas à maternidade, ao parto, aos métodos anticoncepcionais, à higiene corporal e sobre a criação dos filhos com dignidade. Todo esse diálogo era permeado de denúncias e dificuldades que enfrentavam no dia a dia, como por exemplo, ausência de serviços públicos de assistência à saúde das mulheres, quer sejam donas-de-casa, as trabalhadoras, as negras, as

grávidas, entre outras. Percebe-se que a maior parte das mulheres são excluídas dos serviços de saúde, os quais têm por objetivo a inclusão de todas as mulheres independentemente de raça, gênero e condição social (BRASIL, 2017).

Não raro, toma-se conhecimento, que as conquistas sociais vêm a suprir direitos arcaicos até a década de 1970 que atribuía como política de atenção à saúde da mulher as ações do planejamento familiar, cuidado à maternidade e atendimento pré-natal (FERREIRA; SALES, 2017). Em 1984, o governo propôs o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que pretendeu abranger as mulheres da faixa etária de 15 a 49 anos, que corresponde ao período da fertilidade (FERREIRA; SALES, 2017). Entretanto, a política proposta pelo SUS incorporou o ideário feminista de que a saúde da mulher não está ligada apenas às questões reprodutivas e sexuais, mas também, a aspectos afetivos, econômicos e socioculturais (FERREIRA; SALES, 2017).

Sob esse olhar, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) apresenta uma visão inclusiva para a conjuntura de atenção à saúde da mulher, em decorrência das necessidades do campo reprodutivo, trabalhista e da conjuntura capitalista vigente, lançando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como princípios o processo de humanização e de qualidade dos serviços de saúde para as mulheres, respeitando as características desta nova política, a orientação de gênero e os diferentes grupos populacionais com direito à saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004).

Assim, é de fundamental importância que as ações voltadas à melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres sejam executadas de forma articulada com os setores governamentais e não-governamentais; executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, em estreita relação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), em parceria com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), atuando na execução básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção de resultados promissores para a população feminina, no âmbito federal, estadual e municipal. Para isso, conta-se com os serviços prestados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que têm papel fundamental no acolhimento, o que permite a criação de vínculos afetivos e o contato próximo com as mulheres do território.

Considerando os argumentos expostos, este estudo justifica-se para além do conhecimento de um cenário acerca da saúde da mulher no território do município de São Miguel/RN, localizado na mesorregião do Alto Oeste Potiguar, pertencente à VI Unidade Regional de Saúde do Alto Oeste Potiguar (URSAP), instância a quem compete promover, garantir e manter as políticas de saúde de qualidade para todas as mulheres. Como

também, os resultados servirão de instrumento e de argumento para as análises referentes às estratégias de cuidados no território, relacionadas à prevenção e à assistência aos diferentes agravos em se tratando da política de atenção à saúde da mulher. Além da possibilidade de ampliação do conhecimento para o enfrentamento das morbimortalidades por meio de ações de promoção, de assistência e de capacidade resolutiva para os problemas de saúde pública.

Assim, considerando a política de atenção à saúde e as relações sociais no território em análise, questiona-se: como se desenvolve a política de atenção à saúde da mulher a partir do Relatório de Visita Domiciliar e Territorial do Agente Comunitário de Saúde, no município de São Miguel/RN?

Desse modo, diante da notória importância desta temática no âmbito do território, o objetivo é analisar a política de atenção à saúde da mulher a partir das informações do Relatório de Visita Domiciliar e Territorial do Agente Comunitário de Saúde, de um município da região do Alto Oeste Potiguar.

2 METODOLOGIA

O processo de investigação deu-se por meio de um estudo descritivo de natureza qualitativa, do tipo documental, que utilizou-se de dados do Relatório de Visita Domiciliar e Territorial. O documento é utilizado no sistema de informação do SUS (DATASUS), pertencente ao MS a partir do uso de informações da atenção primária, que são coletadas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS APS), por meio da ficha de Visita Domiciliar e Territorial, contendo a descrição das características da micro área de saúde e dos serviços ofertados as mulheres do território em análise. Tem com recorte temporal o ano de 2019.

Apresenta-se como local de pesquisa o município de São Miguel/RN, com uma população de 22.157 habitantes, conforme dados do último censo de 2010 (IBGE, 2011), localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte (RN), a uma distância de 433 quilômetros da capital do estado, Natal; particularmente, na mesorregião do Alto Oeste Potiguar, pertencente à VI Unidade Regional de Saúde do Alto Oeste Potiguar (URSAP). Quanto ao gênero, 52,3% da população é feminino e 47,7% é masculino (IBGE, 2019).

Desse modo, o mapa geral geográfico da área de abrangência das equipes de ESF, neste município, correspondem a seis (06) micro áreas de saúde (figura 1), zona urbana, dentre as quais foi selecionada a micro área 01 para a descrição deste estudo e,

respectivamente, um ACS que executa sua função nesta micro área de saúde.

Figura 01 – Mapa geográfico, área de abrangência das micro áreas de saúde, município do Alto Oeste Potiguar



Fonte: Plano Municipal de Saúde (2018 - 2021), São Miguel/RN.

A interpretação dos dados foi feita com base na análise de conteúdo, proposta por Bardin (2016), que se utiliza de procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição dos conteúdos, portanto, considerada importante na organização das informações relevantes à pesquisa.

Nesse contexto, a análise do território por meio das informações do Relatório de Visita Domiciliar e Territorial, consistiu em um instrumento primordial na identificação da assistência dos serviços de saúde prestada as mulheres e na identificação do planejamento de ações na área das políticas públicas em saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A micro área de saúde 01 tem a principal UBS da cidade, localizada no Centro de Saúde Dr. José Torquato, São Miguel/RN, dispõe do Atendimento Primário de Saúde (APS) e especialidades, como: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, enfermeira, médico clínico geral,

ginecologista, cardiologista, consultórios de cirurgião-dentista/profissional de Saúde Bucal e ambulatórios médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

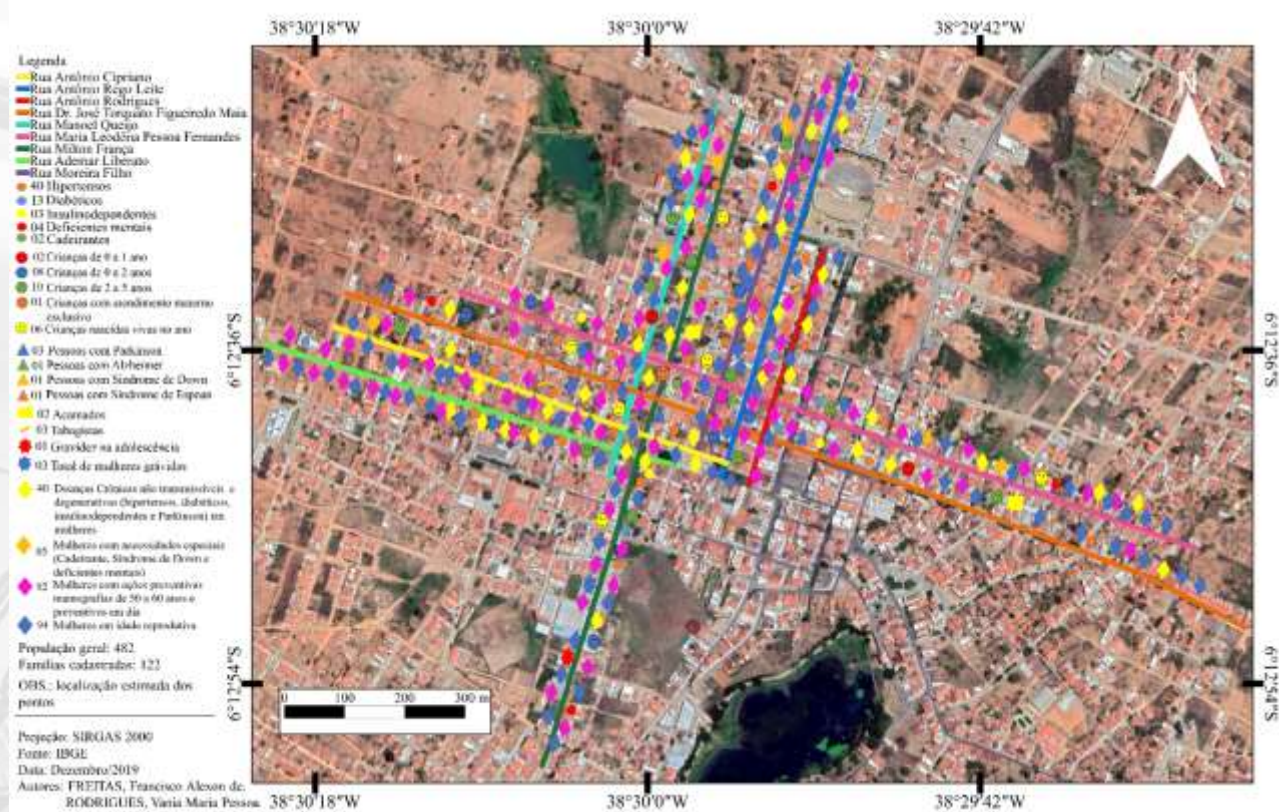
O território da micro área de saúde selecionada apresenta as seguintes características: é formado por nove (09) ruas, tem como equipamentos públicos a praça 7 de Setembro, o cemitério São Vicente de Paula e a Secretaria de Agricultura do município. Apresenta como área de risco a saúde da população, um terreno baldio localizado à rua Antônio do Rego Leite. O setor dispõe de 100% de iluminação pública, 100% é calçado e, em relação ao tratamento dado ao lixo 100% é coletado pelo serviço de coleta pública. O abastecimento de água é feito por carro pipa, proveniente de poços da região. O município não possui saneamento básico nem sistema de transporte público (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

Os dados deste relatório foram utilizados para a elaboração do mapa inteligente que representa o território em estudo, os equipamentos públicos, o perfil da população, as doenças, as vulnerabilidades e outras características pertinentes à área. Esta micro área tem cento e vinte e dois (122) famílias cadastradas, totalizando uma população geral de quatrocentos e oitenta dois (482) pessoas. Sendo que o setor representa uma mostra de duzentos e setenta e dois (272) mulheres, correspondente a 56% do total da população (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

O mapa da figura 2, foi confeccionado de acordo com o Sistema de Coordenadas Geográficas e Bases Cartográficas, IBGE (2015), a partir de informações contidas no Relatório de Visita Domiciliar e Territorial do ACS, ano 2019. Portanto, representativo da micro área de saúde analisada.

Assim, a partir do material de trabalho do ACS, a demanda de assistências ao público feminino neste contexto, foi detalhada de acordo com o atendimento realizado nesta micro área de saúde. Sendo a política de atenção à saúde da mulher avaliada segundo os dados descritos no Relatório de Visita Domiciliar e Territorial do ACS, perfazendo um diálogo com a PNAISM e demais autores que serviram de sustentação para a análise da pesquisa.

Figura 02 – Mapa inteligente da abrangência da micro área 01 de saúde, de um município do Alto Oeste Potiguar.



Fonte: Elaboração dos autores a partir do DATASUS/MS/SMS de São Miguel/RN, 2019.

Sob a ótica da descentralização dos serviços de saúde, a mesma redefine funções e responsabilidades para todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal), incluindo a participação financeira de todas as instâncias administrativas, objetivando o fortalecimento de cada ente governamental para a execução da assistência no campo da saúde (GUERRA, 2015; LIMA, 2015). Com isso, os municípios assumem uma série de responsabilidades, tornando-se o principal responsável pela manutenção dos serviços de saúde no atendimento às demandas de sua população, principalmente, a nível de atenção básica.

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde e trazia como ideia-força, para um novo desenho organizacional, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade — equidade e integralidade de ações — às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada (GONDIM et al, 2008, p. 04).

Nessa perspectiva, descrita por Gondim et al (2008), ocorre um processo de regionalização com a descentralização das ações e serviços, por meio de uma divisão de responsabilidades na organização da saúde e nas competências de cada território, onde a unidade central ou secretaria atua como órgão de organização do sistema, compreendendo uma área geográfica, a qual pode ser: um município, vários bairros de um município, algumas ruas/logradouros ou vários municípios de uma região, com características epidemiológicas e sociais bem definidas (GUERRA, 2015; LIMA, 2015).

Considerando o debate, as captações realizadas nesta micro área, apresenta-se a tabela 1, relativa ao panorama de indicadores de saúde do público feminino e, conseqüentemente, das demandas por políticas de atenção à saúde da mulher, no município em análise.

Tabela 01 – Panorama geral da saúde-doença de mulheres, micro área 01, município do Alto Oeste Potiguar.

Captações realizadas	Quantidade
Mulheres com Doenças Crônicas não Transmissíveis e degenerativas	40
Mulheres com necessidades especiais	05
Mulheres com mamografias de 50 a 60 anos e ações preventivas em dia	92
Mulheres em idade reprodutiva	94
Mulheres em idade não reprodutiva	41
TOTAL	272

Fonte: Elaboração dos autores a partir do DATASUS/MS/SMS de São Miguel/RN, 2019.

Na tabela acima, enfatiza-se a presença variada de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e degenerativas que acometem o público feminino, as mulheres com necessidades especiais, com ações preventivas em dias (mamografias e prevenções), mulheres em idade reprodutiva e em idade não reprodutiva, demonstrando o trato dado a política de atenção à saúde da mulher no município. Portanto, são ações que exigem um planejamento e execução, com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo a possibilidade de mapear e analisar os dados fornecidos pelo sistema de informação em saúde (SISAB/e-SUS APS) alimentado na esfera municipal.

Nesse contexto, de um total de quarenta (40) mulheres residentes na micro área

em estudo, apresenta-se o perfil em relação as DCNT e as doenças degenerativas, sendo que desse total, vinte e duas (22) mulheres são hipertensas; treze (13) são diabéticas e seis (06) possuem alguma doença do tipo degenerativa, como por exemplo, Parkinson e Síndrome de Down (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019). Portanto, segundo a PNAISM, a saúde da mulher compreende a prevenção e assistência às causas de morbimortalidades, com por exemplo, as doenças crônicas e não crônicas, degenerativas e infecciosas, norteadas pela perspectiva de gênero (BRASIL, 2004).

A partir destes dados, é possível perceber um alinhamento das DCNT com as estatísticas brasileiras. Pois, segundo o MS, aproximadamente, 57,4 milhões de pessoas possuem pelo menos uma DCNT no país (SESAP, 2019). Assim, as mulheres no Brasil adoecem com mais frequência, estão mais expostas as vulnerabilidades sociais, além de apresentar uma sobrecarga de trabalho, dona de casa, esposa e trabalhadora, que revelam a crescente participação das mulheres nos indicadores da economia e no sustento das famílias (BRASIL, 2017). Essa discussão revela como as relações de gênero constituem o conjunto das relações sociais, com impacto na ordem econômica e de saúde da população feminina.

Conforme Malta *et al* (2017), as DCNT representadas pelas doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, hipertensões, cânceres e diabetes, são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde e representar elevado ônus para a saúde pública.

Além disso, as DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade. No RN representaram 19,69% do total de óbitos, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (SESAP, 2019). A própria SESAP (2019), destaca que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, alimentação inadequada, a inatividade física e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas (SESAP, 2019). Sendo, também essa realidade comum entre o público feminino analisado. Logo, persistem as dificuldades para reeducar ou provocar mudanças de hábitos entre as mulheres acometidas por tais enfermidades.

Desse modo, as mulheres deste território também são acometidas por deficiências, pois foram identificadas cinco (05) mulheres que apresentam alguma incapacidade, quer seja motora ou mental. Entre elas, identifica-se duas (02) cadeirantes e três (03) com

alguma deficiência mental (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019). “Em todas essas vulnerabilidades sociais temos, ainda, as mulheres com deficiência, muitas vezes invisíveis à sociedade e mesmo ao SUS” (BRASIL, 2017, p. 20).

Enquanto, o adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde do público feminino. Esse agravo à saúde da mulher “exigem ações estratégicas de promoção da saúde (prevenção primária) e de detecção precoce (prevenção secundária), vinculadas à análise e produção de dados técnicos e científicos sobre as doenças mentais” (SESAP, 2018, p 100). Portanto, são situações de atendimento garantido pela PNAISM, quando retrata a inclusão de todas as mulheres indiferentemente de seu problema de saúde.

Partindo desse lugar da desigualdade de gênero, faz-se necessário apontar vulnerabilidades sociais e culturais como classe social, raça, etnia, geração, orientação sexual, identidade de gênero, deficiências, acrescidas de outras, como processo de saúde/adoecimento como HIV/AIDS, hanseníase, transtornos mentais, violência de gênero, condições de vida, mulheres do campo, mulheres das cidades, mulheres em situação de rua, encarceradas, em situação de conflitos de terra, de fronteira, entre outras (BRASIL, 2017, p. 20).

Nessa perspectiva, percebe-se a abrangência em torno das características e necessidades de ampliação do universo da PNAISM que considerou a diversidade do feminino na sociedade brasileira em suas diferentes condições de saúde. Isso acena para a legitimação dos direitos à diversidade e garantia dos princípios doutrinários do SUS, universalidade, equidade e integralidade, a inclusão de todos sem discriminação.

Entretanto, as mulheres analisadas no território apresentam diferentes especificidades e necessidades decorrentes da situação econômica e política, da reestruturação da produção, da flexibilização e organização do mercado de trabalho, sem considerar os impactos das desigualdades de gênero. Contudo, é evidenciado que o público feminino procura mais as unidades de saúde, seja em busca do atendimento para ela própria, acompanhando crianças, pessoas idosas, com deficiência, para a mãe, uma irmã ou uma vizinha e amigas (BRASIL, 2017).

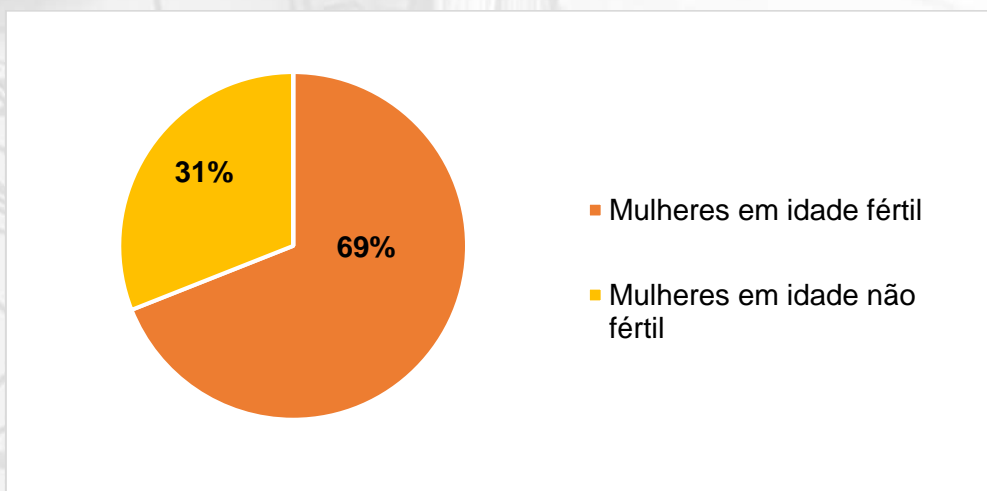
A partir deste contexto, temos um total de 92 (noventa e duas) mulheres com as ações preventivas em dia, inclui os serviços de mamografias de 50 a 60 anos e exames preventivos, correspondente as ações de atendimento primário e secundário destinado às mulheres sob o olhar dos cuidados relacionados às doenças específicas do gênero feminino (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

Os dados vêm corroborar com a ideia de que as mulheres buscam mais as ações preventivas, assistenciais e de promoção à saúde. Apesar delas secundarizar a sua identidade pessoal e profissional, se colocando no mundo do trabalho com base na posição que assume dentro do grupo familiar. “As mulheres dedicam duas vezes mais tempo que os homens às atividades domésticas, trabalham cinco horas a mais que eles, por semana, e estão inseridas em trabalhos precários e invisíveis ou profissões vinculadas socialmente ao cuidado” (BRASIL, 2017, p 14).

Nessa discussão, vislumbra-se que a predominância do gênero feminino nos resultados vêm de encontro a literatura que aponta a participação das mulheres no mercado de trabalho em decorrência da expansão capitalista e, conseqüentemente, proporciona maior demanda pelos os serviços do setor de saúde (BRASIL, 2017).

Nisso, apresento a seguir, o gráfico 1, com a distribuição do público feminino da micro área de saúde, retratando as mulheres em idade reprodutiva e não reprodutiva, conforme informações descritas do Relatório de Visita Domiciliar e Territorial do ACS.

Figura 03 – Distribuição de mulheres segundo a capacidade reprodutiva, município do Alto Oeste Potiguar.



Fonte: Elaboração dos autores a partir do DATASUS/MS/SMS de São Miguel/RN, 2019.

As mulheres são maioria no território estudado, isso representou um grau de reprodutividade maior, pois de um total de cento e trinta e cinco (135), 69% se encontram em idade fértil, destas, três (03) mulheres estão grávidas e uma (01) com gravidez na adolescência; 31% encontram-se em idade não reprodutiva (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

De acordo com Ferreira e Sales (2017), a PNAISM reconheceu que as mulheres

têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham, rompendo o paradigma materno-infantis elaborados nas décadas de 1930 a 1970, quando a mulher era vista como produtora e reprodutora da força de trabalho.

Desse modo, as desigualdades sociais, econômicas e culturais revelam-se no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada (BRASIL, 2017). Assim, pelos dados apresentados no Relatório de Visita Domiciliar e Territorial do ACS desta micro área de saúde, as mulheres expostas a precárias condições de vida e de saúde estão mais vulneráveis às doenças, as mazelas sociais e, conseqüentemente, a baixa qualidade de vida.

Essa é uma realidade que vai se propagando, tornando-se um ciclo vicioso e condizente, também, com o relatório sobre a situação da população Mundial, que demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Portanto, a partir das informações colhidas, verificou-se um avanço na política de atenção à saúde da mulher quanto aos cuidados e orientações relativas ao campo dos direitos sexuais e reprodutivos, das doenças degenerativas e das doenças crônicas não transmissíveis. Porém, persistem as dificuldades de acesso, descaso com a integralidade dos serviços de saúde e negligência na administração das políticas por parte dos gestores públicos. Mas, o fato por si só da existência desta política já revela a conquista de direitos e de espaço das mulheres no campo social, sendo necessário fazer valer a legitimação e a garantia das políticas públicas de saúde a todas as mulheres, sem exclusão de classe social, de orientação sexual, de deficiências, de condições de vida e de saúde ou de identidade de gênero.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho evidenciou-se um território caracterizado pela predominância do gênero feminino, apresentando um perfil populacional marcado pelas DCNT, enfermidades degenerativas e com necessidades especiais, também, as mulheres com idade de 50 a 60 anos com os exames de mamografias e ações preventivos em dia, além do quantitativo de mulheres em idade reprodutiva e não reprodutiva.

De acordo com as informações colhidas, percebeu-se que a política de atenção à

saúde da mulher persiste em ações voltadas para a manutenção da saúde com foco na reprodução materna e sexual, com o olhar para a reprodutividade, enquanto isso, as mulheres acometidas por outras enfermidades não são mencionadas quanto a atenção específica. Então, a análise adquire um olhar diferentemente da PNAISM que orienta e capacita os serviços de saúde para a atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida, independentemente, de classe social e condições de vida, mulheres do campo e das cidades, mulheres em situação de vulnerabilidade, em situação de conflitos, entre outras. Porém, são situações descritas que não representam a totalidade, mas o retrato de um pequeno espaço e de uma parcela das mulheres, onde o ACS apresenta uma realidade da localidade em que atua. Mas, seria interessante que as futuras pesquisas pudesse estender-se as demais micro áreas de saúde no município analisado.

Conclui-se que conhecer como as mulheres têm acesso e utilizam os serviços de saúde é fundamental para reduzir barreiras de tratamento, promover prevenção de agravos e possibilitar a promoção da saúde no sentido de garantir os princípios da universalidade e da equidade com aproximação aos recursos e a orientação do desenho de políticas de saúde da mulher e na redução das vulnerabilidades sociais.

Com isso, a partir dos dados analisados, prevalece o consenso de que as conquistas em prol da saúde da mulher, ainda estão longe de ser apontados como aceitáveis, porém, a pesquisa possibilita entender os avanços, desafios e dificuldades na efetivação das políticas de saúde à mulher no contexto estudado.

REFERÊNCIAS

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**. Vol.3, n.2, p. 12 – 42, jul/dez, 2015. Disponível em: <<https://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/67>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/ DF, 5 de outubro 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.ht>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: jan. 2019.

BRASIL. Saúde da Mulher: Desafios para Integralidade com Equidade. In. **2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher.** 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/biblioteca/revistas/revista_jul-ago_2017.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

FERREIRA, H. M.; SALES, M. D. C. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. **Salus J Health Sci**, Espírito Santo, v. 3, n. 2, p. 58-65, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.salusjournal.org/magazine/saude-da-mulher-enquanto-politicas-publicas/>>. Acesso em: mar. 2019.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M. GRACIE, R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde, Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, p. 237-55, 2008. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em: abr. 2019.

GUERRA, D. M. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência.** Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2015.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Brasília/DF, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Bases Cartográficas:** mapas municipais, IBGE, 2015. Disponível em: <<https://mapas.ibge.gov.br/bases-e-referenciais/bases-cartograficas.html>>. Acesso em: 12 set. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** IBGE, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>>. 2019. Acesso em: 06 jan. 2020.

LIMA, T. M. Descentralização e controle social. **Revista Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, v. 02, n. 4, p.71-96, 2015.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. de F.; BARROS, M. B. de A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública.** 2017, v. 51 Supl. 1:4s. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102017000200306&script=sci_abstract&tln_g=pt>. Acesso em: out. 2020.

SECCHI, L. **Políticas públicas:** conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA/SESAP. Rio Grande do Norte. **Atenção à saúde com foco na vigilância epidemiológica:** caderno de saúde Rio Grande do Norte, 2016. Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. Natal/RN: SUVIGE, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA/SESAP. Rio Grande do Norte. **Boletim epidemiológico:** doenças crônicas não transmissíveis – DCNT. Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica. Natal/RN: SUVIGE, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de São Miguel. **Plano Municipal de Saúde de São Miguel/RN 2018 – 2021.** Secretaria Municipal de saúde, PMSM, 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de São Miguel. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). **Relatório de Visita domiciliar e territorial.** Secretaria Municipal de saúde, PMSM, 2019.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: set. 2019.

TELES, M. A. de A. **Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios.** São Paulo: Editora Alameda, 2017.
