

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES NO TERRITÓRIO DA VI REGIONAL DE SAÚDE/RN

Vânia Maria Pessoa Rodrigues - <https://orcid.org/0000-0002-8936-274X>
Jaqueline da Silva Chaves - <https://orcid.org/0000-0002-5658-7280>
Themis Cristina Mesquita Soares - <https://orcid.org/0000-0003-3724-2647>

RESUMO: O Ministério da Saúde, como órgão norteador foi responsável em garantir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, traz em seu conteúdo as diretrizes e orientação dos serviços para a atenção integral à saúde da mulher. O estudo analisou as tendências epidemiológicas e demográficas da morbimortalidade feminina, tendo como método de mapeamento e planejamento da política pública de saúde no território da VI Regional de Saúde/RN. Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento descritivo e explicativo. A coleta de dados aconteceu via o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS), 2017 a 2020 e do Sistema de Informação sobre Mortalidade, de 2016 a 2019 para identificar o perfil epidemiológico. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, UERN, parecer nº 4.397.344. De acordo com a Classificação Internacional de Atenção Primária, segunda edição (CIAP 2), há maior prevalência das doenças relacionadas ao aparelho circulatório, gerais e específicas, psicológicas, endócrinas e metabólicas, gravidez e planejamento familiar. O maior coeficiente de mortes foram as doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias, do aparelho digestivo e algumas enfermidades infecciosas e parasitárias. Conclui-se, que é inegável a existência do fator biológico, todavia, a percepção de gênero não pode deixar de ser considerada quando se almeja caracterizar e refletir a saúde da mulher no território analisado.

Palavras-chave: Epidemiologia. Morbimortalidades. Saúde da mulher.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN IN THE TERRITORY OF VI REGIONAL DE SAÚDE/RN

ABSTRACT: The Ministry of Health, as the guiding body, was responsible for guaranteeing the National Policy for Integral Attention to Women's Health, which contains guidelines and guidelines for services for comprehensive care for women's health. The study analyzed the epidemiological and demographic trends of female morbidity and mortality, using the method of mapping and planning public health policy in the territory of the VI Regional de Saúde/RN. This is an epidemiological study with a descriptive and explanatory design. Data collection took place via the Health Information System for Primary Care (SISAB/e-SUS), from 2017 to 2020 and the Mortality Information System, from 2016 to 2019 to identify the epidemiological profile. The research was approved by the Research Ethics Committee, UERN, opinion nº 4,397,344. According to the International Classification of Primary Care, second edition (CIAP 2), there is a higher prevalence of diseases related to the circulatory system, general and specific, psychological, endocrine and metabolic, pregnancy and family planning. The highest coefficient of deaths were diseases of the circulatory and respiratory systems, neoplasms, the digestive system and some infectious and parasitic



diseases. It is concluded that the existence of the biological factor is undeniable, however, the perception of gender cannot fail to be considered when aiming to characterize and reflect women's health in the analyzed territory.

Keywords: Epidemiology. Morbimortality. Women's health.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA MUJER EN EL TERRITORIO DE LA VI REGIONAL DE SAÚDE/RN

RESUMEN: El Ministerio de Salud, como ente rector, fue el encargado de garantizar la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer, la cual contiene lineamientos y lineamientos de los servicios para la atención integral de la salud de la mujer. El estudio analizó las tendencias epidemiológicas y demográficas de la morbilidad femenina, utilizando el método de mapeo y planificación de la política pública de salud en el territorio de la VI Regional de Saúde/RN. Se trata de un estudio epidemiológico con un diseño descriptivo y explicativo. La recolección de datos se realizó a través del Sistema de Información en Salud para la Atención Primaria (SISAB/e-SUS), de 2017 a 2020 y del Sistema de Información de Mortalidad, de 2016 a 2019 para identificar el perfil epidemiológico. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, UERN, dictamen nº 4.397.344. Según la Clasificación Internacional de Atención Primaria, segunda edición (CIAP 2), existe una mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, generales y específicas, psicológicas, endocrinas y metabólicas, el embarazo y la planificación familiar. El mayor coeficiente de defunciones fueron las enfermedades de los aparatos circulatorio y respiratorio, las neoplasias, el aparato digestivo y algunas enfermedades infecciosas y parasitarias. Se concluye que la existencia del factor biológico es innegable, sin embargo, la percepción de género no puede dejar de ser considerada cuando se pretende caracterizar y reflejar la salud de las mujeres en el territorio analizado.

Palabras clave: Epidemiología. morbilidad. La salud de la mujer.

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 foi orientado e capacitado para garantir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que traz em seu conteúdo as diretrizes, orientação dos serviços para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção e prevenção, às necessidades, a assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade), o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades de cada faixa etária (BRASIL, 2004).

É de fundamental importância compreender as particularidades dos serviços do SUS destinado aos diferentes públicos populacionais do país, assim



como entender que a saúde está atrelada a um conjunto de políticas que envolvem, entre outros aspectos, educação, segurança, habitação, saneamento, lazer, emprego e renda. São determinantes sociais e econômicos que impactam diretamente na vida das mulheres em gerais.

Durante muito tempo os estudos epidemiológicos que discutiam os cuidados em saúde, a morbidade e a mortalidade entre mulheres se pautaram, especificamente, nos aspectos biológicos para compreender a vivência de cada sexo e também explicar as diferenças, já que era considerado fator decisivo do comportamento humano. Todavia, com a ampliação do debate, outros aspectos como os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) passaram a ser considerados na compreensão dos condicionantes do processo de saúde-doença nos indivíduos e na coletividade (BUSS; FILHO, 2007).

Considerando que os aspectos que determinam as condições de saúde dos indivíduos podem decorrer tanto de variações ligadas ao biológico como ao social, as abordagens de gênero passam, também a serem usadas como ferramenta de análise e problematização de políticas públicas permitindo, assim, explicar como a organização das relações socioculturais, dos papéis sociais, das atividades ocupacionais e laborais postas a mulheres determinam sua qualidade de vida, cuidado com a saúde, adoecimento e morte (AQUINO, 2006).

Sendo assim, considerando as variadas faces de gênero e sua relação com a política pública de saúde, bem como, com o espaço habitado e suas relações sociais, qual o cenário atual da morbimortalidade feminina no território da VI Unidade Regional de Saúde do Alto Oeste Potiguar (URSAP)? Tendo em conta esse universo de significados, é necessário o fortalecimento do sistema de saúde quanto ao acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência, capacidade resolutiva e produção de conhecimentos. Desse modo, o objetivo geral do estudo analisou as tendências epidemiológicas e demográficas da morbimortalidade feminina, como método de mapeamento e planejamento da política pública de saúde no território da VI URSAP/RN.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A política pública referente à saúde adquiriu, ao longo do tempo, as características que perpassam os diferentes contextos históricos, políticos, econômicos, o avanço do conhecimento científico e a capacidade de



organização das classes sociais na cobrança pela garantia de direitos sociais, conforme expressa a Constituição Federal Brasileira. Esse debate aborda o processo de saúde-doença da mulher, o conhecimento científico e sua contribuição para a prática consciente das ações dos profissionais de saúde, a partir do reconhecimento da saúde e da doença enquanto processos socioculturais.

É importante entender que as doenças e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana e presente na sociedade. O sistema de atenção à saúde inclui todos os componentes presentes em uma sociedade relacionado à saúde, englobando os conhecimentos sobre as origens, etiologias e tratamentos das enfermidades, os procedimentos terapêuticos, os praticantes e as funções, os padrões e os agentes do campo de atuação. A esses conhecimentos são somadas as relações de poder e as instituições dedicadas à prevenção, promoção ou restauração do estado de saúde dos indivíduos (LANGDON; WIIK, 2010).

Em relação ao fenômeno saúde-doença, atualmente, muitos estudiosos acreditam que não se pode separar as noções e práticas de saúde dos outros aspectos da cultura popular dos indivíduos. Nesse caso, a saúde-doença não está em alguma parte da humanidade. Está em todo o gênero e é toda deles. Nessa discussão, os determinantes externos são ocasiões, e não causas (CANGUILHEM, 2009).

A partir desse contexto de saúde-doença, é importante apontar a política de atenção à saúde da mulher no cenário nacional, uma vez que as conquistas sociais vêm suprimir os serviços de saúde que atribuíam, exclusivamente, às questões de planejamento familiar, atendimento à maternidade, ao pré-natal e ao recém-nascido, como assistência à saúde da mulher. Para Teles (2017), os serviços de saúde propuseram-se apenas a atender aos chamados programas materno-infantis. A exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde em 1984, abrangeu as mulheres da faixa etária de 15 a 49 anos, correspondente ao período fértil (FERREIRA; SALES, 2017). A criação do PAISM representou um marco na história das políticas públicas de saúde voltadas às mulheres, pois, pela primeira vez, ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formalizações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que



ultrapassa sua especificidade reprodutiva, incluindo e definindo o planejamento familiar como de livre escolha, passando a assumir uma perspectiva holística de saúde, um olhar progressista para a conjuntura da saúde da mulher em todas as fases de vida (FERREIRA; SALES, 2017).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a PNAISM, construída a partir da proposição do SUS. Apresenta como princípios a humanização e a qualidade, como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução de problemas, na satisfação das usuárias, no reconhecimento e reivindicação de direitos e na promoção do autocuidado. Para atingir os princípios de humanização e da qualidade à saúde, deve-se levar em conta a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde, capacitação técnica, práticas educativas voltadas às usuárias e à comunidade, oferta de insumos, acolhimento respeitável em todos os níveis da assistência (BRASIL, 2004).

Para Beauvoir (2009), essa política representava os interesses do mercado capitalista e a luta organizada dos movimentos feministas, atentando-se para o fato de que desenvolver uma carreira profissional não era uma alternativa para as mulheres, mas era um encargo a mais que não as isentava das obrigações familiares e domésticas. Não era o tipo de independência que Beauvoir pretendia, mas uma ruptura com as ideias patriarcais e a vivência de outro contexto social, político, econômico e cultural, tendo como resultado uma política amigável no atendimento às exigências e necessidades às particularidades do público feminino.

Desse modo, a PNAISM traz em seu conteúdo as diretrizes, orientação e capacitação dos serviços para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção e prevenção, às necessidades de saúde, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade), o controle de patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades de cada faixa etária. Assim, deverá nortear-se pela perspectiva de gênero, a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, cabendo, portanto, aos gestores, melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de



saúde, ampliando às mulheres a capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto de vida (BRASIL, 2004).

A saúde da mulher é uma prioridade na atual conjuntura econômica, política e social. Para isso, o Ministério da Saúde elaborou o documento sobre a PNAISM - princípios e diretrizes - em parceria com diversos setores da sociedade, em especial, com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004). Nessa discussão, a PNAISM tem como objetivos:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004, p. 67).

Nesse sentido, a atenção integral à saúde da mulher foi redimensionada para dar cobertura ao atendimento do corpo feminino no atual contexto social, expressando a mudança de posição das mulheres na sociedade e a luta pelo empoderamento na busca pela garantia dos direitos sociais. Essa integralidade compreende a atenção no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e tratamento das doenças infectocontagiosas e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (diabetes, hipertensão, câncer e outras.) (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente, 57,4 milhões de pessoas possuem pelo menos uma DCNT no país. As mulheres no Brasil adoecem com mais frequência, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que revelam a crescente participação das mulheres nos indicadores da economia e, conseqüentemente, no sustento das famílias, além de apresentar uma sobrecarga de trabalho (BRASIL, 2017). Em conseqüência disso, vê-se constantemente que as DCNT (doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, hipertensão, cânceres e diabetes) são



responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais (MALTA et al, 2017).

Portanto, esta realidade também se estende ao público feminino em análise. Além disso, persistem as dificuldades para reeducar ou provocar mudanças de hábitos entre as mulheres acometidas por tais enfermidades: “em todas essas vulnerabilidades sociais temos, ainda, as mulheres com deficiência, muitas vezes invisíveis à sociedade e mesmo ao SUS” (BRASIL, 2017, p. 20). Assim, as ações voltadas à melhoria das condições de vida e de saúde às mulheres devem ser executadas de forma articulada com os setores governamentais e não-governamentais, executadas nos diferentes níveis, em parceria com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atuando na execução básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde, quer seja no âmbito federal, estadual ou municipal.

3 METODOLOGIA

O trabalho foi construído por meio de um estudo epidemiológico com delineamento descritivo e explicativo para assim, ser possível, ao mesmo tempo que determinar a distribuição de doenças, de acordo com características dos sujeitos, o tempo, o lugar, também investigar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (COSTA; BARRETO, 2003).

A pesquisa teve, como área de estudo, a divisão territorial da VI URSAP, que se localiza na região oeste do estado do Rio Grande do Norte, sendo composta por 37 municípios, com um total de 253.192 habitantes (SESAP, 2016). A população da pesquisa se constituiu, inicialmente, por mulheres residentes no município de São Miguel/RN que compõem o território da VI URSAP/RN. Contudo, o ano de 2020 foi um ano atípico. Com a pandemia da Covid-19 tornou-se necessária a tomada de uma série de medidas a fim de minimizar o efeito da ação do vírus em todo o mundo, entre estas, foi preciso readequar a estratégia de coleta de dados do estudo. Foi selecionado apenas o município de São Miguel/RN, em razão da pandemia pelo novo coronavírus, sendo um fator limitante da pesquisa. Sendo assim, impossibilitou alcançar a amostragem em sua totalidade, mas não inviabilizou a concretude do estudo.



Para isso, realizou-se a coleta de informações do perfil epidemiológico de mulheres, proveniente do sistema de informação, pertencente ao Ministério da saúde, a partir do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS APS), período 2017 a 2020, e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), período de 2016 a 2019.

Os dados foram organizados por programa eletrônico de planilha Excel, de modo ser possível a tabulação por variáveis e análise por meio da estatística descritiva. O método para exposição e debate teórico inicial, como também, para a análise dos dados, foi o de revisão bibliográfica, de caráter sistemático, para assim ser possível o embasamento científico das temáticas abordadas, bem como o respaldo das análises e interpretações dos resultados, que bem expõe Fonseca (2002). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, UERN, parecer nº 4.397.344, em 13 de novembro de 2020.

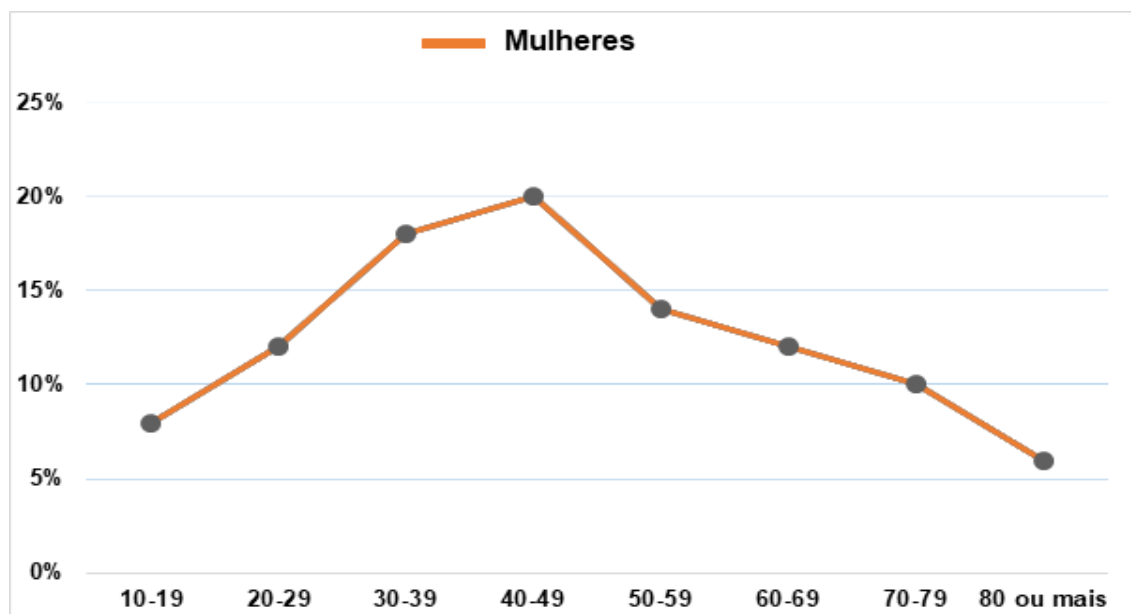
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A caracterização do perfil epidemiológico feminino tem por base os dados captados no Relatório de Cadastro Individual, período de 2017 a 2020 e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de acesso aberto ao público, período de 2016 a 2019, no território de São Miguel/RN. Em relação ao público específico, de acordo o último censo do IBGE (2010), o município de São Miguel/RN tem um público feminino de 11.588 mulheres, o que representa 52,3% da população do território. Desse total, 80,4% encontram-se na faixa etária de 10 a 80 anos ou mais de idade (gráfico 1), sendo essa faixa-etária, a especificidade de análise em relação a PNAISM, conformando um segmento social importante para a elaboração de políticas de saúde para o gênero feminino.

A variável idade representa que as mulheres têm buscado os serviços de saúde dentro de uma faixa-etária que engloba o ciclo reprodutivo, ou seja, de 10 a 49 anos, representando 57% do total da população dessa faixa-etária, adquirindo uma ascensão decorrente das transformações na estrutura e dinâmica da população em idade fértil, com a diminuição progressiva de forma ascendente a linha do tempo.



Gráfico 01 - Percentual de atendimento às mulheres na atenção básica por faixa etária, de 10 a 80 anos ou mais de idade, São Miguel/RN, de 2017 – 2020



FONTE: Elaborado pela autora a partir de dados do e-SUS APS/SISAB/MS, São Miguel/RN.

Os indicadores de saúde são usados para refletir com fidedignidade, o panorama da saúde populacional de determinado território. Nessa discussão, a morbidade é um importante indicador usado para designar o conjunto de casos de uma dada doença ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos (RODRIGUES, 2014).

Na análise e considerações sobre morbimortalidade no RN, as três principais causas de óbito somam aproximadamente 59% do total, no ano de 2014. São as doenças do aparelho circulatório (27%), as neoplasias (17%) e as causas externas de morbidade e mortalidade (16%). Merece destaque como causas isoladas de óbitos, as doenças isquêmicas do coração, seguidas das agressões e o diabetes mellitus constituindo a terceira causa de óbito. Em seguida, estão as doenças cerebrovasculares, as doenças hipertensivas e os acidentes de transporte, ou seja, causas externas (SESAP, 2019).

Desse modo, a análise dos óbitos por causas evitáveis na população do Estado, aponta para uma proporção de aproximadamente 77% de mortes, sendo que destes, 57% são devidos a causas redutíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às DCNT; 34% causas redutíveis por ações de promoção, prevenção e atenção às causas externas e 8% por causas redutíveis por ações de promoção, prevenção, controle e atenção às doenças

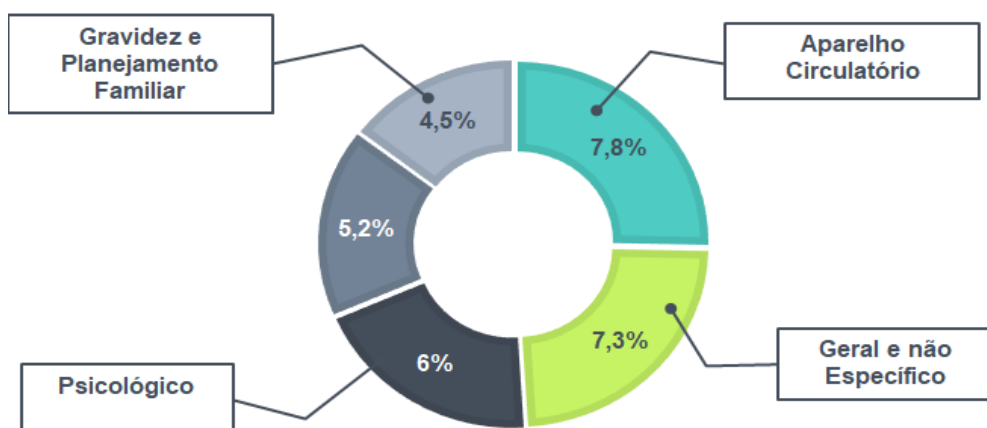


infecocontagiosas. No RN, em relação as DCNT, o número de adultos que referiram diagnóstico médico por hipertensão arterial em 2015, representou 26% da população adulta. Na avaliação por gênero, 22% da população masculina e 29% da população feminina. (SESAP, 2019).

O cuidado adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas em três eixos: vigilância da hipertensão, das comorbidades e dos determinantes sociais; a integralidade do cuidado e a promoção da saúde. O perfil de mortalidade materna praticamente não mudou na última década, entre as DCNT, a hipertensão configura-se como a principal causa de morte (BRASIL, 2017).

Ademais, considerando o território da VI URSAP, é pertinente conhecer os dados de atendimentos clínicos realizados por profissionais que compõem a ESF, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em particular, do município de São Miguel/RN. Tendo como objetivo explorar e analisar os índices de morbidades revelados na pesquisa, apresenta-se um maior detalhamento dos casos que afetam as mulheres, considerando os códigos da CIAP 2 (Classificação Internacional de Atenção Primária, segunda edição), os cinco capítulos que indicaram maior prevalência nos atendimentos na atenção básica no município de São Miguel/RN, quanto a PNAISM, conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 2- Os cinco capítulos que indicaram maior prevalência nos atendimentos às mulheres (100 hab.) por Capítulo da CIAP 2, São Miguel/RN, de 2017 – 2020.



FONTE: Elaborado pela autora a partir de dados do e-SUS APS/SISAB/MS, São Miguel/RN.



De um lado, os dados indicam que a procura das mulheres pelos serviços de saúde não se configura mais como causa principal das condições relativas às questões reprodutivas e sexuais. Isso significa que as mulheres têm alçado voos mais promissores no campo social, profissional, administrativo, econômico e de garantias de direitos, tendo a possibilidade de externar suas escolhas reprodutivas e sexuais. Por outro lado, percebe-se a baixa adesão aos aspectos da prevenção em saúde, quando observa-se que as doenças do aparelho circulatório ainda é a causa de maior procura das mulheres ao serviço de saúde, sendo as DCNT, doenças que podem ser controladas através da prevenção, promoção e autocuidado por meio da efetividade das ações de educação em saúde.

Nesse pensamento, é sabido que as DCNT são hoje, responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, quer sejam de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Nessa visão, a Organização Pan-Americana de Saúde mostra que as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbitos no mundo, podendo ser evitada com medidas de promoção e prevenção em saúde, assim, diminuindo os riscos e elevando as medidas de diagnóstico e tratamento precoce (OLIVEIRA et al, 2020). Porém, são situações descritas que não representam a totalidade, mas, o retrato de um pequeno território e de uma parcela das mulheres, onde as informações colhidas expressam uma realidade da localidade em estudo.

Os indicadores de mortalidade foram apresentados seguindo a faixa-etária de 10 a 80 ou mais anos de idade, disponíveis nos últimos quatro anos no Sistema de Informação sobre Mortalidade, de 2016 a 2019 e, em virtude de se tratar apenas de um município, optou-se por trabalhar com a totalidade que contempla o território em análise, o que nos permitem apreensões mais concretas acerca dos aspectos relativos à saúde-doença.

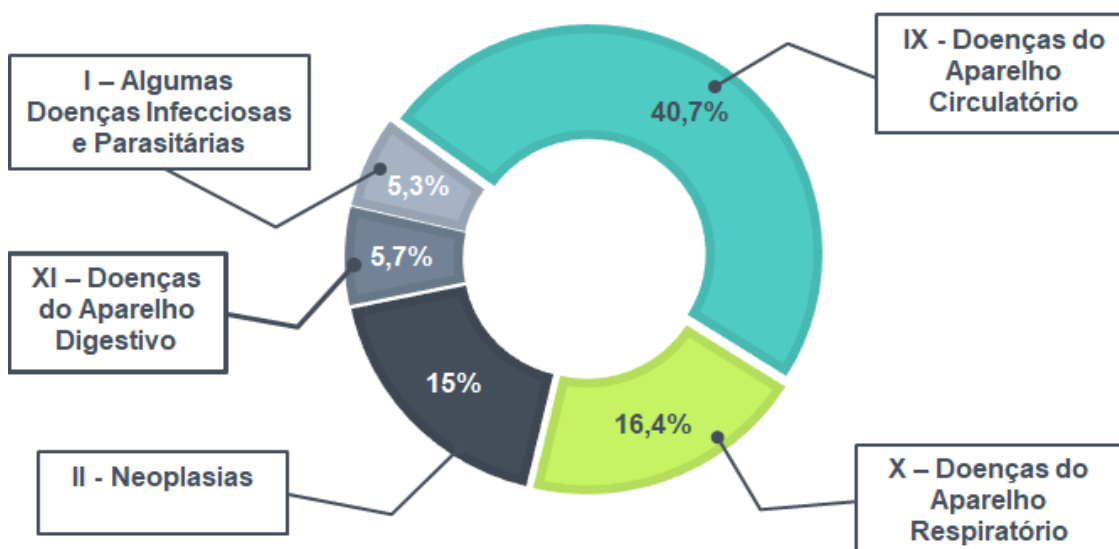
Os dados indicaram um maior coeficiente de mortalidade em relação às doenças aparelho circulatório, sendo uma informação condizente com o levantamento da caracterização das mulheres, quanto às situações de saúde gerais e do perfil de morbidade relativa ao capítulo K da CIAP 2 – que foi a causa de número um de prevalência entre as mulheres pesquisadas. A morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as doenças do aparelho circulatório, é caracterizado como um fator importante de



saúde, referindo-se à avaliação da efetividade dos serviços de saúde no Brasil, particularmente, aos serviços da atenção primária em saúde.

Dessa forma, os cinco capítulos que apresentaram maior coeficiente de mortes, correspondem aos seguintes: Primeiro, Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório (40,7%), Segundo, X - Doenças do aparelho respiratório (16,4%). Capítulo II - as Neoplasias Malignas (15%), configura-se como terceira causa de morte entre o público feminino. Quarto, XI – Doenças do aparelho digestivo (5,7%). E quinto lugar, Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias (5,3%), sendo o gráfico 3 a expressão das informações expostas

Gráfico 3 - Cinco capítulos com maior coeficiente de mortalidade entre mulheres de 10 anos a 80 ou mais, São Miguel/RN.



FONTE: Elaborado pela autora a partir de dados do SIM/MS.

É possível perceber que, excluindo as doenças do aparelho circulatório, número um em mortes, as demais seguem uma linha de morbidade divergente da apresentada pela pesquisa. Das quatro causas que apresentaram maior número de óbitos, seguem uma tendência nacional e não local, o que nos remete a compreensão de que existe uma política de atenção integral à saúde da mulher em idade reprodutiva (10 a 49 anos), que segundo essa pesquisa, representa 65% da população feminina.



Na realidade, percebe-se que os programas direcionados exclusivamente às mulheres, se mostram escassos no alcance de suas diretrizes ao público em questão, uma vez que as desigualdades entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde do feminino (BRASIL, 2017). Os dados expostos indicam o estado de vulnerabilidade em saúde que a maioria das mulheres tem proximidade com os fatores de riscos e agravos em saúde, principalmente, os relacionados com as DCNT (doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e as neoplasias) (OLIVEIRA et al, 2020). Isso se configura como razões preveníveis e evitáveis, apesar de identificar que entre as morbidades, capítulos da CIAP 2, em sua maioria, não representam os grupos de causas de mortalidade, por tratar-se de doenças da condição de gravidez ou “estado especial” da mulher, questões psicológicas e do sistema endócrino.

Enquanto, os dados de mortalidade expostos, indicam que o trato dado a saúde da mulher, é reflexo de barreiras socioculturais e socioeconômicas, com interferência na não concretização das diretrizes norteadoras da PNAISM, bem como das políticas de promoção, prevenção e assistência à saúde da mulher em todos os ciclos de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista das relações de gênero, os dados identificados não nos permitem afirmações conclusivas e nem determinação de causas, mas nos remete a reflexões diversas, considerando as vivências impostas pela cultura patriarcal, que pode ter influência na determinação dos processos de saúde-doença do público feminino.

Isso indica que a procura das mulheres pelos serviços de saúde, na atenção básica, não se configura mais como causa principal das condições relativas aos atendimentos sobre as questões reprodutivas e sexuais. Significa que as mulheres têm alçado voos mais promissores no campo social, político e profissional. Assim, sugere-se a consolidação de práticas voltadas para os indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado em redes, articuladas entre os diversos atores sociais.

É inegável a existência do fator biológico, todavia, a percepção de gênero não pode deixar de ser considerado quando se almeja caracterizar e refletir a saúde do homem e também da mulher. Por fim, essa temática não se esgota



com os resultados apresentados, mas abre uma discussão sobre a importância da efetividade das ações de educação no possível enfrentamento do processo saúde-adoecimento decorrente de múltiplos e complexos fatores

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 40 (Nº Especial):121-132, 2006.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo**. 2ª ed., tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

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, 82 p.

BRASIL. Saúde da Mulher: Desafios para Integralidade com Equidade. In. **2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher**. 2017.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**. Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 12, n. 4, p. 189 - 201 - out/dez, 2003.

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. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2447-7826.20170016>. Disponível em: <http://www.salusjournal.org/magazine/saude-da-mulher-enquanto-politicas-publicas/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Brasília/DF, 2010.

LANGDON, E. J; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.18 (3), 2010.

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;51 Supl. 1:4s.

OLIVEIRA, S. G; GOTTO, R.F.; SPAZIANI, A. O.; FROTA, R. S; SOUZA, M. A. G; FREITAS, C. J. PELISSARI, G. T. B. Doenças do aparelho circulatório no Brasil de acordo com dados do Datasus: um estudo no período de 2013 a 2018. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.832-846 jan./fev. 2020.

RODRIGUES, V. P. (Org.). Conceitos e ferramentas de epidemiologia: indicadores de saúde. **Cadernos de Saúde da Família.** Módulo 3, unidade 2. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: EDUFMA/UFMA/UNA-SUS, n. 2, 13f, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - SESAP. Estado do Rio Grande do Norte. **Plano Diretor de Regionalização (PDR).** Natal/RN: SEPLAN; 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - SESAP. Estado do Rio Grande do Norte. **Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte.** Natal: SEPLAN; 2019.

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

Submetido em 01/02/23.

Aprovado em 28/02/23.