

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS SERGIPE
- FANESE**

**NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA
— TURMA XI**

KARINE LOBÃO MENEZES CRUZ

**MULHER E SAÚDE: a manutenção de uma boa saúde junto
à assistência nas Unidades de Saúde em Aracaju**

**Aracaju – SE
2010**

KARINE LOBÃO MENEZES CRUZ

**MULHER E SAÚDE: a manutenção de uma boa saúde junto
à assistência nas Unidades de Saúde em Aracaju**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
Graduação e Extensão da FANESE,
como requisito para obtenção do título
de Especialista em Gestão em Saúde
Pública e da Família.

AVALIADOR (A): CRISTINA DE JESUS REISS DE ARAUJO

**Aracaju – SE
2010**

KARINE LOBÃO MENEZES CRUZ

**MULHER E SAÚDE: a manutenção de uma boa saúde junto
à assistência nas Unidades de Saúde em Aracaju**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família.

Cristiup de Jesus Reis de Prado

Nome completo do Avaliador

Cristiup de Jesus Reis de Prado

Nome completo do Coordenador de Curso

Karine Lobão Menezes Cruz

Karine Lobão Menezes Cruz

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2010.

RESUMO

Este artigo teve como objetivo compreender como os serviços de manutenção à saúde a mulher no Sistema Único de Saúde – SUS em Aracaju. Diante disso estão organizados, de modo a contemplar a integralidade da assistência à mulher, quando pensamos os processos de produção de cuidado no controle do câncer de colo uterino, câncer de mama, a partir da experiência das mulheres acometidas por esse agravio, identificando e analisando o percurso assistencial dessas mulheres, apontando as dificuldades por elas enfrentadas, na perspectiva da integralidade da atenção. A pesquisa teve como ponto teórico a integralidade da atenção, em suas distintas apreensões, desde sua compreensão, não só como um princípio do SUS, mas também como exercício de boas práticas de produção de cuidado e de referência para políticas governamentais. O estudo é de abordagem qualitativa/dialética. Os dados foram coletados com ajuda de um questionário, utilizando-se a observação participante de mulheres que frequentam PSF, nos serviços de saúde, e a entrevista semi-estruturada, para captação do empírico. Para os procedimentos analíticos, optou-se pela análise temática, por Minayo (1998) e outros autores na “ordenação, classificação e análise”. O acesso ao SUS e a utilização dos serviços de saúde, na busca de atenção integral à saúde da mulher, mesmo com as tecnologias avançadas o atendimento ainda é precoce. Mesmo diante da procura pela assistência e manutenção, as mulheres apontaram seu percurso pelo SUS e a utilização dos serviços de saúde, trazendo suas concepções sobre a organização, o acesso, a assistência recebida pelos profissionais dessas unidades, cuidado, acolhendo essas mulheres que procuram atendimento no Sistema único de Saúde em sua comunidade.

Palavras-Chave: Serviços de manutenção à saúde a mulher no Sistema Único de Saúde – (SUS) em Aracaju. Integralidade. Atendimento.

ABSTRACT

This study aimed to understand how the service the women in health Health System - SUS in Aracaju. In this light are arranged so as to include comprehensive care to women, when we think of the production processes of care in the control of cervical cancer, breast cancer, from the experience of women affected by this disorder, identifying and analyzing the route care of these women, pointing out the difficulties they face, from the perspective of comprehensive care. The research was theoretical point of integrated care in its different concerns, from your understanding, not only as a principle of SUS, but also as an exercise of good husbandry practices and care of reference for government policy. The study is a qualitative / dialectic. Data were collected with the help of a questionnaire, using the participant observation of women who attend FHP health services, and semi-structured interview, to capture the empirical. For the analytical procedures, we opted for a thematic analysis by Minayo (1998) and others in the "ranking, sorting and analysis." Access to SUS and use of health services in the pursuit of comprehensive health care of women, even with high-tech care is still early. Even with demand for the care and maintenance, they emphasize their way through SUS and use of health services, bringing their ideas about the organization, access, assistance received by professionals in these units, care, welcoming those women who seek treatment at the Unified Health System in your community.

Keywords: Maintenance services to women in health Health System – (SUS) in Aracaju. Completeness. Service.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Câncer de Colo de útero.....	12
FIGURA 2 - Foto Tirada de um Câncer de mama, já em Fase Final.....	13
FIGURA 3 - Distribuição segundo a idade estratificada por faixa de idade.....	19

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Taxa de Incidência - Proporção das principais topografias de câncer colorretal e outras doenças.....	20
--	-----------

SUMÁRIO

RESUMO.....	
ABSTRACT.....	
1 INTRODUÇÃO.....	08
2 SAÚDE E CIDADANIA EM ARACAJU.....	09
3 DOENÇAS QUE MAIS ATINGEM MULHERES NO BRASIL.....	12
3.1 Câncer de colo de útero.....	12
3.2 Câncer de Mama no Brasil.....	13
3.3 Câncer no intestino.....	15
3.4 Doenças cardiovasculares.....	15
3.5 HIV.....	16
3.6 Menopausa ou Climatério: Saúde no Envelhecimento.....	16
3.7 Os Tratamentos para a Menopausa ou Climatério.....	17
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES.....	25
APÊNDICE A – ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Numa ótica não pessimista com o salto de milênios e gerações, surge novamente a necessidade da participação da mulher no âmbito público através do trabalho. Com o desenvolvimento no mercado de trabalho proveniente da Revolução Industrial etc. Por esse motivo e outros, muitas mulheres deixaram de cuidar da saúde, ficando vulneráveis a doenças como: o câncer no colo do útero, como sendo a doença que mais mata no Brasil, câncer de mama, menopausa ou climatério que chega com a velhice etc. Assim, a manutenção da boa saúde da mulher exige uma série de cuidados e atitudes preventivas. Cada mulher tem uma história e uma bagagem hereditária que devem ser analisadas com cuidado pelo um médico, para garantir uma vida saudável.

A atenção à saúde da mulher, na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo, tem sido reduzida, em grande parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil e, mesmo assim, frequentemente, lavada a segundo plano (FERREIRA, 1990).

No Brasil, a política pública evidenciou um salto de qualidade na década de 80, com a formulação de propostas de atenção integral à saúde da mulher (PAISM-MS; Resolução 123 do INAMPS) que incluíram, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção, e que visavam à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as etapas de vida. Ainda falta muito para uma efetiva implementação destas propostas.

A ampliação do conceito de saúde, refletida parcialmente nestas mudanças, faz parte das reivindicações do movimento de mulheres, que vem participando da promoção da saúde da mulher em todos os níveis. Nas Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986 e 1989, os temas de saúde mental, sexualidade, aborto, adolescência, velhice, trabalho, saúde e cidadania foram destacados como áreas essenciais que exigem avanços ainda mais urgentes. Nesse contexto, a ampliação do conceito de saúde é fruto de análises da condição feminina que abrangem as esferas de produção e de reprodução e que abordam as complexas relações entre ambos, tanto a nível das práticas sociais como a nível ideológico. Este campo de estudo, de natureza multidisciplinar, inclui desde análises históricas de estereótipos culturais até avaliações de tecnologias reprodutivas de ponta.

2 SAÚDE E CIDADANIA EM ARACAJU

Saúde e Cidadania é uma política de saúde que tem como objetivo reverter para a sociedade os princípios constitucionais da saúde como em direito de cidadania. Desde a criação do SUS, diversos modelos tecnoassistenciais enfrentam o desafio de transformar em realidade os princípios e diretrizes do arcabouço *jurídico-legal* desse sistema. Para os idealizadores desses modelos, mobilizar recursos locais para construir redes e serviços resolutivos para as necessidades de saúde dos usuários, normalmente, objetiva um maior impacto sanitário e legitimação da sociedade.

O Município de Aracaju/SE, não fugindo desse cenário, trouxe a proposta de mudança do modelo de saúde existente com a implantação, em 2001, do Modelo “Saúde e Cidadania”.

O modelo é uma política de saúde que vem sendo desenvolvida no município de Aracaju através de um modelo tecnoassistencial. Este tem como objetivo reverter para a sociedade os princípios constitucionais da saúde como um direito de cidadania. O modelo teórico que orientou a formulação dessa política e o conjunto de intervenções desencadeadas teve como norte o desenvolvimento da capacidade de promover acesso universal com equidade, integralidade e outros.

Este pode ser caracterizado pela organização e produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área de saúde e projetos de construção de ações sociais específicas, expressas como políticas que asseguram sua reprodução social, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, tendo como objeto central para essa ação as necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos. A implantação do modelo tecnoassistencial de Aracaju, denominado Saúde e Cidadania, teve início no ano de 2001, momento de mudança do governo municipal.

Nesse ano o secretário de saúde que assumiu a gestão municipal lançou a tarefa de implementar o SUS, com a garantia dos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com direção única dos seus equipamentos e serviços de saúde e sob o efetivo controle social.

O diagnóstico inicial do sistema de saúde, na época em que a nova gestão assumiu o comando da saúde, era o seguinte: no que tange à implantação do SUS, a cidade era habilitado na modalidade de gestão plena de atenção básica.

Dois terços da população não tinha discrição a nenhum equipamento; um terço era atendido pelas unidades de Saúde da Família, com acesso restrito para quem não residiam na área de abrangência e com restrição parcial de assistência aos adscritos, pois o atendimento era realizado apenas à população cadastrada em programas; metade da população era atendida por equipamentos sucateados, sem vínculo afetivo, com baixa resolutividade e trabalhando segundo o esquema de queixa-conduta, gerando novas demandas para o sistema. As unidades básicas de saúde não atendiam à demanda espontânea mesmo sendo urgência. A demanda espontânea e as urgências eram atendidas nos pronto-atendimentos.

No cenário nacional, em 2001, o debate sobre o SUS voltava-se para a negociação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS), que pautava a discussão sobre o comando único, que regula a forma de repasse financeiro, a forma de habilitação do município, a condição de gestão, regras de regionalização e garantia de acesso. Como a norma em vigor era a Norma Operacional Básica 96 (NOB96), a gestão optou por pleitar a habitação de Aracaju à condição de gestor pleno do sistema de saúde, participando e estimulando as discussões e mobilizações sobre a implantação da NOAS/SUS (SANTOS, 2006).

Com a VI Conferência Municipal de Saúde, houve uma aproximação da gestão com a população gerando oportunidade de uma construção conjunta do projeto de saúde para toda a cidade. A população manifestou o seu desejo, identificou problemas de acesso, resolutividade, ausência de vínculo adequado, dentre outros.

O Governo Municipal, a partir de 2001, lançou-se o desafio de implementar o SUS na inteireza de seus princípios, com direção única dos equipamentos e serviços de saúde e sob o efetivo controle social (MINAYO, 1998).

O SUS-Aracaju, através do modelo tecnoassistencial Saúde e Cidadania, assumiu como objeto inicial de sua construção diária as necessidades individuais e coletivas produzidas socialmente, que existirão, enquanto houver gente e subjetividade sendo produzida. Os serviços devem estar preparados para lidar com as necessidades, compreender, significar suas naturezas intervir nos sujeitos implicados com responsabilidade e resolutividade.

As unidades de produção ao cuidado no modelo saúde todo dia apontam para a organização do trabalho das equipes possibilitando a convivência ESF em um mesmo estabelecimento através do compartilhamento de recursos. Estas UP

também possibilitam uma divisão de responsabilidades no colegiado da gestão das UBS onde os trabalhadores podem atrapalhar por afinidade a certos processos produtivos em saúde, adensando competências. Cerca de um ano e meio ações a definição do processo produtivo das unidades básicas, e após alguns ciclos de capacitação, sobre o acolhimento de risco no território e outros três sobre as ações programáticas, havia um sentimento de gestão de que as UP haviam se tornando “um forte componente estruturante da organização da gestão”.

Em Aracaju, o SUS tem uma marca “Saúde e Cidadania” que tem o compromisso de atender as suas necessidades de saúde e de sua comunidade, ele está dividido em Redes de Atenção que são constituídas por unidades de saúde ligadas entre si por suas características, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por oferecer serviços semelhantes em Aracaju como: o Programa de Saúde da Mulher - Ações oferecidas às mulheres de Aracaju que visam protegê-las dos problemas e doenças que mais afetam sua saúde etc.

3 DOENÇAS QUE MAIS ATINGEM MULHERES NO BRASIL

3.1 Câncer de colo de útero

Este tipo de câncer costuma apresentar crescimento lento. Durante vários anos, células da superfície do colo do útero se tornam anormais. No início, estas anormalidades ainda não se caracterizam como um câncer e são denominadas displasias. Porém algumas dessas alterações ou displasias podem dar início a uma série de alterações que podem levar ao aparecimento do câncer de colo de útero (BRASIL, 1996).

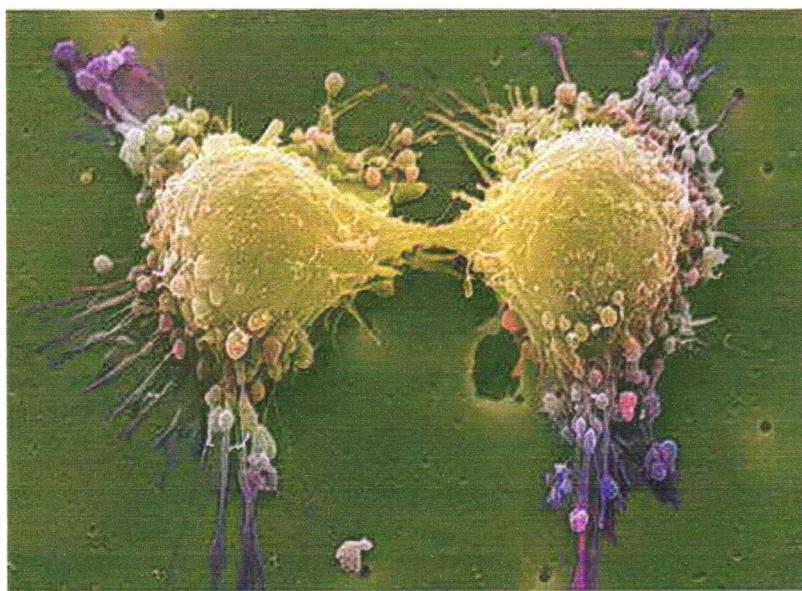


Figura 1 – Câncer de Colo de útero

Fonte: <<http://images.google.com.br>>

1. Diagnóstico: Se o câncer é descoberto no início, a maioria das mulheres pode ser curada. A melhor maneira de descobrir o tumor no início é fazer o teste Papanicolau e o exame ginecológico regularmente. Estes devem ser feitos a partir de 18 anos de idade, ou após o início da atividade sexual. Pergunte ao seu médico com qual frequência você deve fazer o exame ginecológico e o Papanicolau (BRASIL, 1996).

2. Tratamento: depende do diagnóstico exato. As formas pré-cancerosas do câncer de colo do útero são chamadas de displasia. A displasia pode ser tratada com laser, conização (retirada de uma pequena porção do colo do útero) ou crioterapia (congelamento). Cirurgia e/ou radioterapia são usadas nos estágios mais avançados do câncer. A quimioterapia é usada nos estágios mais tardios. Algumas

vezes é necessário mais de um tipo de tratamento. Se o câncer não tiver se espalhado e a mulher quiser engravidar no futuro, dependendo do caso, pode ser feita uma conização. Se a mulher não pretender engravidar no futuro, pode-se optar pela retirada de todo o útero (histerectomia) (BUSS, 2000).

3.2 Câncer de Mama no Brasil

O câncer de mama lidera o índice de mortalidade no Brasil, só ficando atrás dos acidentes automobilísticos, atropelamentos e assassinatos. A cada ano morrem de câncer no Brasil dez mil mulheres e a faixa etária está acima dos 35 anos (SANTOS, 2006).

Uma das maiores causas da morte por câncer de mama é a detecção tardia e a metástese (transmissão de células cancerosas para um órgão próximo). Sessenta por cento dos casos são identificados em estágios avançados (tumores com mais de 5 cm de diâmetro). Neste caso a mastectomia (retirada de um dos seios) é inevitável. Em tumores iniciais (menos de 2 cm) pode ser feita uma cirurgia chamada quadrantectomia sem retirada do seio.

Depois da cirurgia é preciso esperar 10 anos. Se durante este período a mulher não apresentar nenhum tipo de câncer, será considerada curada. A tendência é de pelo menos 10% das vítimas apresentarem novamente o problema. Uma das explicações é a metástose da doença que pode começar um ou dois anos antes da manifestação do tumor, disseminar-se pelo sangue e órgãos vitais e levar à morte.



Figura 2 - Foto Tirada de um Câncer de mama, já em Fase Final

Fonte: <<http://www.cabuloso.com/outros/Foto-do-Cancer-de-Mama/>>

Somente o médico é que poderá realmente dizer se as alterações eventualmente notadas são nódulos malignos ou benignos, se haverá seqüelas de cirurgias, mastites ou displasias (modificações nos dutos e lobos glandulares) mamárias. Uma secreção espontânea no mamilo e a retração da pele também podem indicar a presença de tumores (FERREIRA, 1990).

1. Prevenção: Para se obter um diagnóstico precoce é preciso fazer, periodicamente, um auto-exame dez dias após a menstruação. O ideal é realizá-lo mensalmente depois dos 20 anos de idade. Depois de completar 35 anos as mulheres devem intensificar os cuidados com visitas periódicas a um ginecologista ou um mastologista. O exame preventivo feito pelo especialista, pode detectar nódulos com até 1 cm de diâmetro, além de mudanças na textura da pele, coloração e saída de secreções.

Existe um exame mais preciso na detecção do câncer de mama que é a mamografia (é uma radiografia feita dos seios capaz de identificar tumores dois anos antes de ser palpável, por meio da presença de microcalcificação ou nódulos pequenos) e deve ser feito anualmente ou pelo menos de dois em dois anos. Os médicos recomendam a mamografia entre os 35 e 40 anos. Nos casos de câncer de mama na família é recomendado a mamografia após os 20 anos de idade, para se ter um controle maior da paciente.

2. Tratamento: Descoberto qual o tipo de câncer que está presente, é hora de escolher o tratamento mais adequado para combater aquele tipo específico. Os tratamentos podem incluir cirurgia, radiação, terapia hormonal e quimioterapia. A cirurgia pode ser a retirada apenas do nódulo (lumpectomia) passando por outros tipos e podendo, conforme o caso, chegar à retirada total do seio (mastectomia). As mastectomias feitas hoje em dia não se assemelham as de antigamente, em que a mulher ficava prejudicada até em seus movimentos de braços e outros problemas. A reconstrução também evoluiu muito, contribuindo para diminuir o desconforto e o sofrimento físico e psicológico das mulheres tratadas de câncer de mama (GIFFIN, 1991).

Os tratamentos podem ser aplicados individualmente ou combinados para conseguir uma maior segurança na cura. O médico explicará qual o tratamento indicado e porquê ele é a melhor escolha. Deve-se se ouvir atentamente e fazer as perguntas que achar necessárias. É importante saber a duração de cada tratamento,

como funciona, o que esperar e quais são os prognósticos, isto é, o que vai acontecer com a doença e o paciente após o tratamento.

3.3 Câncer de intestino

O câncer de intestino é um dos pavores entre as mulheres e só perde para o câncer de mama e do colo de útero. Segundo alguns pesquisadores, os males do intestino grosso são atribuídos ao câncer de colo e reto e suas causas são basicamente o sedentarismo, o fumo, e o álcool, embora o fator hereditário não esteja descartado. “Quando parentes de primeiro grau apresentam a doença, é preciso ficar atento” a este detalhe. Diante disso os médicos alertam que as mulheres acima de 60 anos que sofrem frequentemente inflamações intestinais também devem ficar alerta. Outro fator que leva ao problema são os hábitos alimentares errados. Portanto o abuso de carnes vermelhas e pouca verdura são preponderantes para o aparecimento de sinais e sintomas como sangramento, hemorróidas, anemia e dificuldade de defecar. Embora alguns sintomas tenham interferência emocional e não sejam exclusivos de quem tem problema intestinal é preciso descartar, por meio de exames específicos (FOLHA ONLINE, 2009).

3.4 Doenças cardiovasculares

O coração das mulheres é o campeão de óbitos por enfarte. De acordo com Ministério da Saúde é a segunda maior causa específica de mortes em mulheres, esses riscos de problemas cardiovasculares aumentam após a menopausa, quando em geral aparece a hipertensão arterial. Embora o enfarte possa acontecer em qualquer idade, é com a diminuição do estrógeno associada a fatores ambientais como obesidade, sedentarismo, genética e tabagismo que eles se agravam. Portanto, se a pessoa tende a apresentar colesterol mais elevado ou pressão alta, quando somados esses fatores podem levar ao enfarte e derrame, principalmente quando a situação envolve diabetes. No entanto, esses problemas podem ser facilmente contornados se a mulher se conscientizar e colocar em prática o tripé da boa saúde do coração.

3.5 HIV

A AIDS surgiu inicialmente em grupos específicos, que foram relacionados à promiscuidade excessiva e considerados de alto risco. No entanto, o vírus não se ateve apenas a estes guetos e alcançou as respeitáveis senhoras, graças aos seus maridos pouco conservadores. De acordo com alguns estudiosos o fato é que o avanço da contaminação pelo vírus não é só em adultos e sim também entre os adolescentes, que acreditam que basta um namoro de um ano com a mesma pessoa para confiar e deixar de lado o uso do preservativo. Mesmo com as campanhas infelizmente não têm sido suficientes para causar impactos importantes, uma vez que os jovens só tomam consciência quando alguém próximo aparece com a doença. Hoje, apesar da eficácia das drogas existentes para controle da doença, possibilita que os portadores do vírus só manifestem a doença cinco, seis anos após o contágio, o que dá a falsa sensação de segurança de que os jovens não são atingidos pelo HIV (BRASIL, 2003).

3.6 Menopausa ou Climatério: Saúde no Envelhecimento

As mulheres de hoje devem entender a menopausa, não como a porta de entrada para a velhice, mas como o início de uma nova vida repleta de novos interesses e perspectivas. A menopausa é o marco fisiológico que evidencia o final da vida reprodutiva feminina, no que concerne a derradeira menstruação, acontecendo, na maior parte das mulheres, entre 45 e 55 anos de idade; etapa do ciclo vital onde os ovários não mais produzem o estrogênio, hormônio da reprodução feminina (CIONAI, 1999).

Alguns autores ainda fazem uma diferença entre a menopausa e o climatério: A menopausa ocorre depois do último fluxo menstrual espontâneo da mulher. O climatério é toda transição da época reprodutiva a pós-reprodutiva da vida da mulher. A menopausa é apenas um dos vários eventos que ocorrem durante o climatério.

Atualmente a Organização Mundial de Saúde adota o termo menopausa para esta transição. Entretanto, como trata-se de mudança mais recente, adota-se neste trabalho ambos os termos de acordo com os autores já consultados.

A menopausa acontece numa idade média de 51,3 anos, muito embora essa idade oscila entre 48 e 55 anos, não havendo relação mútua entre a menarca e a menopausa, no que se refere à época de surgimento e desaparecimento da menstruação, respectivamente 40 e 50 (WALLACH, 2001).

Entretanto, Ciornai, diz que estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que não há relação entre menopausa e depressão, e que os autores definiam que as queixas das mulheres nesta fase da vida com relação à melancolia e depressão, o que já vem de muitos tempos atrás maior possibilidade de serem relacionados a uma depressão já existente, antes da menopausa.

Ainda Ciornai afirma que os médicos ao estudarem livros que negam uma relação entre a menopausa e a depressão, consequentemente estarão considerando "as queixas de suas clientes nessa faixa de idade como um sinal de doença ou patologia." Citando ainda Ciornai que outro estudioso, Mucida (2004, p. 66), afirma ser a depressão um indício próprio de climatério e que, desde a metade do século vinte, certos autores defendem que a depressão, durante o climatério, está relacionada causa química.

3.7 Os Tratamentos para a Menopausa ou Climatério

O tratamento da menopausa na verdade é direcionado para sintomas ou para os efeitos físicos da falta de estrogênio.

1. **Reposição hormonal.** Um dos tratamentos mais efetivos é a reposição do estrogênio, existindo medicamentos orais e adesivos transdérmicos deste hormônio. No entanto, seu uso depende de fatores pessoais e familiares que serão avaliados pelo médico (Banco de Saúde, 2009).

Estes fatores estão ligados a predisposição para câncer e trombose especialmente.

2. **Antidepressivos.** Medicamentos inibidores da recaptação de serotonina são antidepressivos com maior tolerabilidade e são indicados para as oscilações de humor e também para combater as ondas de calor.

3. **Gabapentina.** Estudos demonstraram a eficácia desta substância no combate as tonturas e ondas de calor.

4. **Clonidina.** Um medicamento também usado para hipertensão arterial pode ser eficaz contra os fogachos.

5. Bisfosfonatos. Medicamentos voltados para redução da perda de massa óssea são indicados no tratamento e prevenção da osteoporose. Incluem o alendronato, o risedronato e o ibandronato.

6. Moduladores seletivos de receptor de estrogênio. Medicamentos como o raloxifeno são indicados para prevenção e tratamento da osteoporose em mulheres após a menopausa e também para a redução do risco de câncer de mama em mulheres na pós-menopausa com osteoporose.

7. Estrogênio vaginal. Gel vaginal de estrogênio é eficaz para aliviar o ressecamento vaginal, melhorando o desejo e o prazer durante a relação.

O tratamento para menopausa deve ser orientado pelo médico, em especial o ginecologista, para que seja personalizado e leve em consideração riscos e benefícios. Todavia é importante que médicos tenham a responsabilidade de esclarecer as suas pacientes quanto às repercussões mentais e físicas da menopausa ou climatério, orientando medidas preventivas contra doenças e oferecendo apoio psíquico necessário para melhorar a qualidade de vida.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base nos dados analisados foi possível uma investigação sobre os processos que envolvem Mulher e Saúde: a manutenção de uma boa saúde junto à assistência nas Unidades de Saúde em Aracaju. Dessa forma, foram possíveis os resultados obtidos com a ajuda de um roteiro de entrevista aplicado com os usuários, foi organizado de acordo com o processo metodológico usado para formulação do questionário, proposta de organização de dados qualitativos de natureza verbal, que para o estudo em questão, foram obtidos dos depoimentos de usuários de maioria mulheres com faixa de idade variável, que foram objeto de estudo desta pesquisa. Na figura 3 demonstra a distribuição segundo a idade estratificada por faixa de idade.

Figura 3 - Distribuição segundo a idade estratificada por faixa de idade



Das mulheres pesquisadas na Unidade de Saúde/UBS tinham a faixa de idade de 15 a 55 anos, informaram seis (06) delas que tem atividade remunerada, 05 (cinco) afirmaram ter como chefe de família, 03 (três) identificaram-se como responsáveis pelas despesas de toda família e 05 (cinco) afirmaram ser co-responsáveis pelo sustento familiar das mulheres.

As informações coletadas através do questionário sobre o atendimento de Atenção a Saúde à Mulher, algumas questionaram alguns pontos (insatisfação) e

outras mostraram satisfação, mas, não entraram em detalhes, talvez intimidadas diante da entrevista.

Tabela 1 - Taxa de Incidência - Proporção das principais topografias de câncer colorretal e outras doenças.

Sintomas presentes	Nº de pacientes (%) (n=11)
Dor abdominal	8 (72,7%)
Alteração do hábito intestinal	7 (63,6%)
Perda ponderal	6 (54,5%)
Dor retal	6 (54,5%)
Hematoquezia	6 (54,5%)
Muco nas fezes	5 (45,5%)
Tumor abdominal palpável	3 (27,3%)
Melena	1 (9,1%)
Obstrução	0 (0%)
Febre	0
Outros	5 (45,5%)

Fonte: Dados da Pesquisa

Durante a entrevista perguntei as entrevistadas se na família tinha casos de morte causados por câncer, 8 (oito) casos foram afirmados de câncer uterino, 04 (quatro) câncer de mama, 03 (três) câncer no reto as demais outros tipos de câncer. Podemos dizer que não é só câncer de mama e câncer uterino que mata mulheres no Brasil, existem outros que também que matam. Entretanto, durante a entrevista teve um ponto importante onde pude observar que as características pessoais das mulheres que morreram, segundo as entrevistadas revelaram que fumavam; ingeriam bebidas alcoólicas e eram usuárias de drogas.

Entre as mulheres, mantém-se como principal topografia o câncer de mama com aproximadamente 27,7 % dos casos, sendo que seis casos foram registrados em mulheres com idade inferior a 35 anos. O câncer de pele não melanoma encontra-se em 2º lugar, seguido do carcinoma *in situ* de colo do útero, câncer de estômago e câncer de colo do útero. A AIDS, de acordo com a pesquisa, se destaca entre as doenças de causa infecciosa, seguida bem de perto pelo HPV, que leva ao câncer de útero. A contaminação pelo vírus HIV é a primeira causa de morte (60%).

Entendendo a vulnerabilidade das mulheres quanto ao desenvolvimento deste câncer e por ser considerado de difícil prevenção, torna-se necessário

focalizar a atenção não apenas nos fatores de risco associados ao câncer, mas também aos fatores de proteção.

Além disso, medidas voltadas para o rastreamento de mulheres em fase de desenvolvimento da doença através dos procedimentos de exame clínico, ultrassonografia mamária e mamografias são consideradas essências para a detecção e o diagnóstico precoce.

O fato de que grande parte das unidades para detecção, confirmação diagnóstica e terapêuticas adequadas concentrarem-se na capital, podem estar gerando dificuldades de acesso oportuno aos serviços hospitalares, contribuindo para piores estadiamentos e para a tendência crescente desses indicadores

Os resultados da pesquisa também apresentam dados sobre o preconceito existente, embora nem sempre identificado pelos idosos; a violência contra o idoso, praticada na esfera doméstica e pública e, principalmente, suas demandas específicas, como saúde, lazer, educação e outras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo os aspectos verificados o alvo de profundas reflexões e indagações deu subsídios necessários para as fomentações de discussões e (re) avaliação sobre a procura de mulheres que procura as Unidades de Saúde/UBS, afim de não só cuidar da saúde, como também preocupadas em fazer um planejamento familiar.

O artigo teve como coleta de dados, construir uma relação entre as informações e os dados coletados, visando uma compreensão geral do objeto de estudo, análises e reflexões sobre a questão mulher e saúde.

Conclui-se que, nos serviços de saúde, a integralidade da atenção à saúde está em construção, na medida em que os trabalhadores de saúde ainda executam suas atividades pautadas no modelo biomédico e a constituição das mulheres, como sujeitos sociais é meta ainda a ser conquistada. Considera-se fundamental a reflexão e o investimento maciços na educação permanente dos trabalhadores de saúde comprometidos com os princípios do SUS, para o alcance da integralidade nos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de atuação e articulados com a participação social

REFERÊNCIAS

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Memorial do “Projeto Saúde Todo Dia”**. Aracaju: SMS, 2003

Banco de Saúde. **Tratamento da menopausa**. Disponível em: <<http://www.bancodesaude.com.br/guia-saude/tratamento-menopausa>> Acesso em: 15 fev.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, 1997, **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. 2 ed., Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp).

_____. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher**. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2003.

BUSS, Paulo M. **Catálogo de pós-graduação em saúde coletiva do Brasil**. Rio de Janeiro. 2000.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos/ Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CIONAI, Selma. **Da contracultura à menopausa**. Vivências e mitos da passagem. São Paulo: Oficinas de textos, 1999.

FERREIRA, F. A. Gonçalves. **Moderna saúde pública**. 6. ed. São Paulo, 1990

FOLHA ONLINE. **Equilíbrio e Saúde**. Disponível em: <www.folha.com.br>. Acesso em: 25 mar. 2010.

GIFFIN, Karen Mary. **Mulher e saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública vol.7 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000200001&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 fev. 2010

MINAYO MC S. de. **A questão tecnológica e a qualificação profissional**. In: Amâncio Filho A, Moreira MCGB, organizadores. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Organizado por Antenor Amâncio Filho. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

MUCIDA, Ângela. **Sujeito não envelhece, psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SANTOS, Rogério Carvalho, **“Saúde Todo Dia”**: Uma Construção Coletiva. Campinas-SP: [s.n.], 2006.

WALLACH, Eduward E. (Orgs.) **Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins**. 1^a reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2001.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

Nome: _____

Idade: _____ Grau de Escolaridade: _____

Residente: _____

Sexo: _____

Porque procurou o Serviço de Saúde: _____

Qual a razão da procura do Serviço de Saúde: _____

Em relação à expectativa do trabalho do profissional de saúde busca-se:

() facilitar o acesso da comunidade aos serviços da unidade em relação a saúde da mulher.

() esclarecer seus direitos como cidadã.

Qual a sua visão sobre a prática profissional na saúde e do atendimento na UBS de sua comunidade:

() ótimo () bom () ruim () péssimo

O trabalho da Equipe de Saúde da UBS de sua comunidade atendeu às suas necessidades em relação se você está doente ou não:

() sim () não

Existe algum preconceito com a população que procura as unidades de saúde?

() sim () não

Existem casos de mortes causados por câncer ou outras doenças na família?

() sim () não