

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS - CAMPUS MUZAMBINHO  
- POLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO CAPETINGA**

**LUCÉLIA CRISTINA DA COSTA  
TATIANE DE PAULA ALVES**

**A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE  
PROMOÇÃO À SAÚDE DA MULHER**

**CAPETINGA  
2010**

**LUCÉLIA CRISTINA DA COSTA  
TATIANE DE PAULA ALVES**

**A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE  
PROMOÇÃO À SAÚDE DA MULHER**

Projeto de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – Campus Muzambinho – Pólo da Rede Unidade de Ensino Capetinga como requisito parcial à obtenção do título de Técnico de Enfermagem.

Orientadora **Profª** Laura Menezes Silveira

**CAPETINGA  
2010**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

---

---

**Capetinga, \_\_\_\_\_ de Julho de 2010.**

*DEDICATÓRIA*

*Para todas as mulheres do Brasil e do mundo,  
estas que são trabalhadoras, guerreiras e que  
estão a cada dia mais preocupadas com sua saúde  
e bem estar.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a Deus, a nossa orientadora Laura, que nos ajudou muito, nossas famílias, colegas e namorado que sempre nos apoiou.*

*Acreditar é o primeiro passo de vários.*  
*Eldo Gomes*

## RESUMO

Visando os conceitos sobre a situação feminina no Brasil e no mundo onde as mulheres são mães, donas de casa, esposas e ainda tem que se dividir em empregos fora do lar, a prioridade principal desse projeto é que a enfermagem esteja preparada para orientar o público feminino quanto à prevenção de agravos a sua saúde. A enfermagem tem dentro de seus princípios o papel de promoção a saúde orientando sobre, pré-natal, planejamento familiar, sobre a pré-deteccção de cânceres como de mama e útero, métodos contraceptivos, doença sexualmente transmissíveis, exames preventivos, etc. Esse projeto possibilita o desenvolvimento do interesse feminino em atenção à saúde, prevenções, além disso, através das ações da enfermagem a deteccção precoce de problemas que atingem as mulheres.

**Palavras Chave:** promoção, saúde da mulher, enfermagem.

## **ABSTRACT**

Aiming the concepts about the situation of women in Brazil and the world where women are mothers, housewives, wives and still have to divide into jobs outside the home, the main priority of this project is that nursing is prepared to guide the public feminine and the prevention of harm to their health. Nursing has within its principles on the role of advising on health promotion, prenatal care, family planning, about the pre - detection of cancers such as breast and uterus, contraceptive methods, sexually transmitted disease, preventive examinations, etc. This project enables the development of female interest in health care, precautions, in addition, through the actions of nursing early detection of problems that affect women.

Keywords: promotion, women's health nursing.



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>1. NECESSIDADES DA MULHER MODERNA.....</b>	<b>10</b>
1.1 A evolução do cotidiano da mulher.....	12
<b>2. SAÚDE DA MULHER .....</b>	<b>13</b>
2.1 A evolução da mulher na busca pela saúde.....	13
2.2 Criação do Programa de Saúde da Mulher.....	14
<b>3. AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....</b>	<b>16</b>
3.1 Pré Natal.....	16
3.2 Planejamento Familiar.....	17
3.3 Prevenção do Câncer de Mama.....	20
3.4 Prevenção do Câncer de Colo Uterino, infecções genitais e Dst's.....	22
3.5 Violência contra a mulher.....	24
<b>4. A IMPORTANCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
4.1 O que é promoção em saúde.....	29
<b>5. PAPEL DA ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>31</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>

## INTRODUÇÃO

A promoção à saúde da mulher é uma estratégia de promover e dar atenção especial às mulheres tem por objetivo detectar doenças antes que esteja em estágio avançado isso tudo envolve uma série de requisitos como desigualdades sociais, econômicas, culturais.

Com a ajuda de programas sociais hoje, as estratégias de saúde da mulher tem melhor resultado que antigamente, pois no século passado as mulheres em sua maioria eram somente reprodutoras.

Atualmente, as mulheres mudaram e possuem livre arbítrio com relação aos métodos contraceptivos, tem acesso à informação para prevenção de agravos a sua saúde. Colocam em prática tudo que aprenderam sobre planejamento familiar podendo decidir quantos filhos terão e o espaço entre um e o outro, com ajuda de todos os métodos contraceptivos. O Ministério da Saúde criou o programa Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Princípios e Diretrizes, Brasil 2004), esta política realiza a promoção da saúde da mulher que atinge 26 estados e distrito federal, que visa direito a uma gestação saudável e um parto seguro incluso no pré-natal, realização de papanicolau, mamografia para todas as mulheres acima de 49 anos.

Em 29 de abril de 2008 o governo federal publicou a lei 11664 sobre as ações de saúde relacionadas à prevenção voltada as mulheres para detecção e tratamento de cânceres, com base em dados do Ministério da Saúde que mostram 10.208 óbitos de mulheres por causa dessas doenças em meados de 2005. Visando problemas no Brasil para alterar o panorama de morbidade feminina o Ministério da saúde criou em 1997, o programa viva Mulher que tem com principal objetivo a redução da mortalidade.

O INCA (Instituto nacional do câncer) ressalta a importância de realizar campanhas educativas juntamente com a enfermagem onde o público alvo são as mulheres, fazendo incentivo aos exames preventivos é um desafio para a enfermagem sempre estar orientando as mulheres e promovendo em tarefas simples a busca por um bem estar físico e mental melhor.

O presente trabalho tem por objetivo valorizar a saúde da mulher, enfatizando orientações de práticas diárias com detecção precoce do câncer de mama,

realizando o auto exame, orientações sobre o planejamento familiar, uso correto de métodos contraceptivos, a importância do acompanhamento da gestante durante o pré-natal e sobre a violência contra a mulher. Buscamos valorizar a saúde da mulher e orientar sobre os seus direitos, priorizando suas dúvidas e necessidades.

## 1. NECESSIDADES DA MULHER MODERNA

A mulher moderna possui várias responsabilidades como o trabalho, a casa, os filhos. Muitas vezes elas não dispõem de tempo, recursos financeiros ou até mesmo por constrangimento não procuram médicos, nem profissionais da área da saúde, deixando a de lado a sua qualidade de vida, esquecendo-se de prevenir agravos que, na maioria das vezes, poderiam ser evitados.

Acreditamos que a mulher no mundo atual está cercada de necessidades que o profissional da saúde deve estar sempre atento para identificá-las e atendê-las, buscando promover a importância da realização do pré-natal, de exames ginecológicos periódicos, planejamento familiar, auto-exame de mama.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005) “estresse, dieta inadequada, falta de exercícios, fumo, drogas, comportamento de alto risco (inclusive prática sexuais de risco) e higiene deficiente são, sem exceção, comportamentos de estilo com efeito negativo sobre a saúde das mulheres”.

Diante de tantas necessidades femininas vale ressaltar, de acordo com Lopes (2006), “que os técnicos têm importante papel nas ações de promoção à saúde da mulher, e na assistência emocional, ao bem estar físico, que é determinado pelo contexto político cultural e econômico da vida das mulheres assim como biológico”.

Na unidade de saúde a enfermagem tem o primeiro contato com as mulheres no acolhimento, ou seja, no momento em que as mulheres procuram por uma assistência, é de extrema importância, que nesse momento, haja um bom diálogo com a mulher, a fim de encorajá-la para ter mais interesse com sua saúde e bem estar mostrando os benefícios da prevenção precoce.

### 1.1 A evolução do cotidiano da mulher

Ao buscarmos referências sobre a evolução da mulher encontramos de acordo com Costa (2008), uma história surpreendente que nos fala de sua luta, de seu passado e das mudanças ao longo dos anos. Caracteriza a questão da discriminação e inúmeras humilhações vivenciadas pelas mulheres por falta de autonomia, liberdade de expressão, preconceitos sociais gerais que reprimiam seus desejos, necessidades e opiniões.

Comparado à mulher do passado, hoje a mulher moderna vive algumas transformações: é madura, segura, esposa, amante, mãe, trabalhadora e algumas

ainda ajudam em causas sociais. Assim, o sexo considerado “frágil” conquistou uma posição quase igual à desfrutada pelos homens (COSTA, 2008).

A mesma autora citada acima evidencia que desde 1910, as mulheres brasileiras defendem seu direito de votar, organizada no chamado movimento sufragista. Apenas em 1927, as, mulheres do Rio grande do norte inauguraram o direito de votar que foi gradualmente estendido aos demais estados. Nas décadas seguintes, elas sempre destacaram na busca por mais democracia e direitos.

No trabalho as mulheres se tornaram executivas brilhantes, com uma visão de negócio invejável, que por suprema ironia conseguem se sobressair mais do que seus fortes adversários masculinos após as lutas por igualdade de direitos travada no último século (COSTA, 2008).

Todas essas mudanças na vida da mulher contemporânea acumulam funções que antes eram delegadas apenas aos homens. As responsabilidades e a carga de trabalho tornam-se cada vez maiores podendo a mulher sentir-se angustiada frente a tantas demandas.

Costa (2008), diz que as mulheres podem enfrentar um sentimento de culpa, ao perceberem que alguns setores de sua vida não recebem tanta atenção como deveriam como a família, o trabalho, a saúde e a beleza são áreas da vida em que, geralmente a mulher se cobra perfeição. Além das expectativas que ela impõe a si mesma, há também as pressões externas: os filhos querem dedicação exclusiva, o marido deseja uma mulher atraente e atenciosa, o chefe espera uma profissional competente. Para corresponder a tantas cobranças a mulher moderna tem que fazer um esforço sobre-humano e ainda assim, na grande maioria dos casos, não obtém o sucesso desejado.

Diante das contradições que fazem parte da vida de todos os seres humanos, a herança doméstica deixada para as mulheres, ou seja, todos os encargos de uma casa é outro fardo insuportavelmente pesado de que elas não conseguem se livrar. Não existe emancipação que tire dos seus ombros essa responsabilidade. Ainda resta um longo caminho para se percorrer antes que as respostas apareçam. Apesar de controvertida e polêmica, essa reflexão mostra também que muito do que foi analisado aqui não pertence exclusivamente ao universo feminino (COSTA, 2008).

Pensamos que com toda essa rotina, pode faltar espaço e tempo para que as mulheres se dediquem à sua própria saúde, dando lugar ao estresse, à má alimentação, ao uso de fumo ou álcool, ao sedentarismo e principalmente a algumas doenças “femininas” que poderiam ser evitadas.

O público feminino moderno deixa de lado a sua saúde se esquecendo que o corpo feminino é repleto de mudanças e susceptível a vários agravos evitáveis como o câncer de colo uterino, câncer de mama, além de outras ações que estão inseridas nesse contexto, sendo planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto e ao puerpério e menopausa.

Segundo Silva (2008) a boa saúde feminina exige uma série de cuidados e atitudes preventivas. Cada mulher tem uma história e uma bagagem hereditária que devem ser analisadas cuidadosamente com a supervisão de profissionais da saúde, para garantir uma vida saudável e sem surpresas.

A saúde da mulher incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Portanto convém lembrar que a mulher contemporânea também é inteligente e que ela sabe que manter sua a saúde e essencial para uma boa qualidade de vida, de modo que vários agravos possam ser prevenidos junto e/ou tratados precocemente.

## **2. SAÚDE DA MULHER**

Para atender as necessidades da mulher em relação a sua saúde a mulher e incentivá-las na prevenção a sua saúde o Ministério da Saúde (MS) criou um plano para atendê-las com ênfase nas ações de promoção e prevenção.

De acordo com Laurell (1982), a saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região.

Segundo Araújo, (1998), as desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) 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 seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Clemente (2010) ressalta que um número cada vez maior de estudos relaciona as enfermidades com uma variedade de problemas que afetam a saúde da mulher. A mulher tem necessidades especiais nas diversas fases da vida e, portanto deve receber atenção especial no âmbito da saúde.

### **2.1 A evolução da mulher na busca pela saúde**

A história da participação das mulheres foi extremamente importante para as diversas conquistas que promovem direitos e reconhecem a igualdade entre homens e mulheres. Na saúde a participação de mulheres no Brasil foi importante na construção da reforma sanitária e na implantação da política de saúde integral para mulheres contida no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); nos processos de elaboração de diversas políticas públicas como no caso do trabalho e previdência social, na educação e na agricultura (BRASIL, 2010).

No início dos anos 60, com a descoberta da pílula anticoncepcional, o tema da sexualidade ganhou força em todo o país. Foi nesse contexto que a luta das mulheres pela saúde ganhou força: começaram a reclamar por demandas mais ajustadas às suas reais necessidades decorrentes das mudanças sociais devido à incorporação da mulher na força de trabalho e à maior autonomia que vinham conquistando (BRASIL, 2010).

De acordo com o autor acima, o intuito das mulheres era ganhar autonomia e decidir por si mesmas sobre a sua vida reprodutiva, padrões de comportamento sexual, com mais liberdade, e que desvinculavam a maternidade do desejo e da vida sexual e, por isso com o passar dos anos a maioria das mulheres passou a ver a maternidade como uma opção e não como uma fatalidade em suas vidas.

O mesmo autor ainda diz que na década de 70, o planejamento familiar, passou a ser um tema defendido pelas mulheres feministas que começaram a surgir timidamente no Brasil. Ao contrário na década de 90, aconteceram muitos debates importantes para a saúde das mulheres, impulsionados pelas Conferências do Sistema ONU. No Brasil de 1993 aconteceu a Conferência Internacional de Direitos Humanos, em Viena, considerou que as violações contra os direitos das mulheres fossem tratadas como violações contra os direitos humanos, tais como estupro e violência doméstica.

Com essa evolução os movimentos feministas cresceram mundialmente e houve a ampliação do interesse das mulheres em lutar pelos seus direitos e melhorar as condições de saúde.

Vale lembrar que nessa época havia muitos registros de mortes maternas e neonatais pelo alto índice de prática do aborto, daí a importância do planejamento e da liberdade da mulher no que diz respeito à sua vida sexual e reprodutiva. Devido a essas mudanças o governo brasileiro passou a incentivar o parto natural, deixando o parto cesariano somente para os casos em que houvesse risco de morte para a mãe ou o bebê (BRASIL, 2010).

## **2.2 Criação do Programa de Saúde da Mulher**

O Ministério da Saúde tem uma atenção especial voltada para as mulheres que são a maioria da população brasileira e as maiores usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).



Pensando nos problemas de saúde da mulher como renda familiar sobrecarga, responsabilidade, pobreza, que ajudam a agravar o quadro de doenças o Ministério da Saúde desenvolveu um documento “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes” o qual realiza a promoção da saúde da mulher que mostra o desenvolvimento dos direitos sexuais e reprodutivos buscando melhoria de atenção obstétrica, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas e câncer, atingindo os 26 estados e o distrito federal e visando o planejamento de ações de saúde, cujo objetivo é promover a melhoria das condições de vida, os de cidadania da mulher e a igualdade.

De acordo com (Laurent 2002), no Brasil a mortalidade feminina tem causas como o câncer de mama, câncer do colo do útero, vítimas de complicações puerperais devido ao baixo grau de informação, dificuldades de acesso ao serviço de saúde de boa qualidade. Para tais problemas o Ministério da Saúde também criou comitês estaduais de morte materna para prevenção, objetivando melhorias na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar.

Convém lembrar segundo (Ramos 2002), que o incentivo a realização do exame citopatológico também é um desafio para os órgãos governamentais da saúde de modo que, além de prevenir o exame também possibilita o tratamento precoce de problemas detectados.

Existem vários programas e, até mesmo iniciativas não governamentais que atuam na prevenção do câncer de mama, que buscam a inserção da mulher nos cuidados a sua saúde por meio do auto-cuidado, ou seja, o auto-exame de mama.

Além disso, o governo disponibilizou “cotas” para que as mulheres acima de 40 anos tenham o direito da realização de mamografia.

### **3. AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER PRECONIZADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Em 29 de abril de 2008, o Governo Federal publicou a Lei nº 11.664, que trata da efetivação de ações de saúde relacionadas à prevenção, detecção e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. Essa lei é mais uma vitória para as mulheres, visto que assegura todas as realizações de exames do colo do útero, independente da idade. O exame da mama é garantido a todas as mulheres acima de 40 anos de idade. Caso a mulher necessite de complementação de diagnóstico deverá ser encaminhada a serviços de maior complexidade (BRASIL, 2010).

#### **3.1 Pré Natal**

Toda mulher tem direito a uma gravidez saudável e a um parto seguro. Ao descobrir que está grávida a mulher tem que procurar a unidade de saúde mais próxima e iniciar o seu acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2000).

No pré-natal a gestante terá uma gestação saudável e um parto seguro com direito ao mínimo de consultas e acompanhamento de uma pessoa de sua confiança (CICCO, 2010).

O cartão da gestante o qual tem todas as anotações sobre o estado de saúde e o desempenho da sua gestação com todos resultados de seus exames em todas as consultas, ele deve ser levado e preenchido e também na hora do parto deve ser apresentado.

Durante as consultas, o profissional da saúde deve verificar a pressão arterial, o peso, medir a barriga e fazer a ausculta do coração do feto (BRASIL, 2010).

No pré-natal estão inclusos entre as ações a realização de exames para detectar diabetes na gestação, anemia, tipagem sanguínea, exame de urina para descobrir infecções e presença de proteínas, papanicolau, além do teste de HIV, VDRL para diagnóstico de sífilis e prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2000).

Outra contribuição para saúde feminina e o aconselhamento com relação às mudanças que ocorrem durante a gestação e cuidados que a mulher deve ter,

tais como: alimentação (ingestão de fígado e outras carnes, feijão, vegetais verdes escuros e frutas, como laranja e limão que previnem anemias, leite, queijo, manteiga que contem cálcio); dietas fracionadas ricas em fibras como milho, trigo, aveia, verduras, frutas; contra indicar fumo e álcool e medicamentos sem prescrição. Preparo da mama para evitar rachaduras e estimular a amamentação precoce logo após o parto. Detecção de anormalidades na gravidez e enfrentamento de sintomas comuns durante toda a gestação como sialorréia, cansaço, poliúria, ganho ou perda de peso, enjôos, vacinação antitetânica e contra hepatite B (BRASIL, 2000).

### **3.2 Planejamento Familiar**

Nos tempos atuais as mulheres têm prioridade em lhe buscar o que é melhor para sua vida familiar, planejando quantos filhos terá e tem direito de decidir isso com seu companheiro. E o Ministério da Saúde considerando isto importante para os direitos reprodutivos, criou no contexto da política de ação integral a saúde da mulher, o planejamento (BRASIL, 2010).

Planejamento familiar nada mais é do que o conjunto de ações que tem finalidade, contribuir para saúde da mulher e da criança que permitem a família escolher quantos filhos terão e o espaço entre um e o outro, ajudando no tipo de educação, conforto, qualidade de vida, condições propícias, culturais e seus níveis. Planejamento tem acesso universal e faz parte dos serviços de saúde publica.

A assistência em planejamento deve incluir o acesso à informação e a todos os métodos e técnicas de concepção e anticoncepção, cientificamente aceitas e que não coloque em risco a vida e a saúde da população.

O planejamento familiar bem sucedido deve fazer parte de um plano econômico, existir condições favoráveis como educação, saúde, atendimento médico-hospitalar, consciência e aprovação popular (BRASIL, 2002).

Até a metade do século XX poucas famílias deixavam de ter cinco ou seis filhos, a maioria da população vivia no campo na época da agricultura em que as crianças trabalhavam com sete, oito anos, então era vantagem na família ter muitos filhos. A taxa de mortalidade também era alta devido à pobreza, perder dois ou três filhos era rotina na vida das mulheres com mais de trinta anos. Não havia recursos médicos para evitar concepção (BRASIL, 2002).

No início dos anos 60 com a descoberta da pílula anticoncepcional, o tema da sexualidade ganhou força em todo mundo e claro, também aqui em nosso país.

O futuro seria uma população numerosa concorrendo por alimentos escassos e sem controles de nascimentos. Esse pensamento repercutiu no Brasil com entrada e funcionamento de inúmeras instituições e recursos destinados ao controle de natalidade (BRASIL, 2010).

Infelizmente, essas instituições não tinham o seu foco na saúde e a massiva distribuição de contraceptivos e realização de laqueaduras, não eram realizadas dentro dos critérios necessários para garantir a saúde das mulheres.

O fato é que, na década de 60, já se observava uma preocupação das mulheres brasileiras em como controlar o número de filhos e utilizar métodos contraceptivos. Mas esse desejo das mulheres não significa que elas apoiassem as políticas forçadas de controle da população (BRASIL, 2010).

As mulheres queriam ser autônomas e decidirem por si mesmas sobre a sua vida reprodutiva. É importante lembrar que, em todo mundo, surgiam novos padrões de comportamento sexual com mais liberdade e que desvinculavam a maternidade do desejo e da vida sexual. As mulheres passavam a ver a maternidade como uma opção e não como uma fatalidade em suas vidas. Foi assim que, na década de 70, o planejamento familiar, com autonomia de decisão das pessoas, passou a ser um tema defendido pelas mulheres feministas que começavam a surgir timidamente no Brasil.

Em 1983, mediante uma convocatória feita pelo presidente general João Batista Figueiredo, onde declarava que estávamos á beira de uma explosão demográfica e que eram necessárias providências urgentes. O ministério da saúde formulou um programa que era uma política que reorientava toda atenção à saúde das mulheres. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher conhecido como Paism. Esse programa trazia muitas inovações para as mulheres, pois estava centrado no conceito da integralidade, ou seja, as mulheres passaram a ser contempladas em todas as faixas etárias, em todos os ciclos de vida em todos seus papéis na sociedade e, naturalmente, em todos os seus problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

A saúde das mulheres rompeu definitivamente com a oferta apenas das ações relacionadas à gravidez e ao parto preconizadas pelo antigo Programa de Saúde Materno Infantil. Para as mulheres, inaugurava-se uma era nova que abria

possibilidades de realizarem controle clínico de saúde, planejamento familiar, atendimento clínico e ginecológico (BRASIL, 2002).

Assim, atualmente existem diversos tipos de métodos contraceptivos de acesso fácil a todas as mulheres tais como:

- Pílulas anticoncepcionais orais - produzem suspensão da ovulação, não há fecundação e funciona como anticoncepcional, alteram o estado do muco cervical dificultando o acesso do espermatozóide até o óvulo, determinam a parede interna do útero impedindo a nidação do embrião, alteram a movimentação do óvulo nas trompas (BRASIL, 2002);

- Dispositivo intra-uterino (DIU) - funciona como um corpo estranho no útero, impedindo a nidação. Poucas mulheres fazem uso do dispositivo intra-uterino, embora os efeitos colaterais sejam limitados no interior do útero, e o tipo a ser colocado depende da decisão da paciente. Existem dois tipos de dispositivos disponíveis; um deles libera progesterona, que deve ser trocado anualmente, o outro libera cobre, e eficaz por no mínimo 10 anos (BRASIL, 2010).

- Tabela - muitas vezes é tomada como único método natural, pelos defensores dos métodos artificiais. Isso porque esse método é baseado no período menstrual e apenas 20% das mulheres têm o ciclo menstrual regular. Outros denominam a "Tabela" de "Método do Colar" por usar um colar de contas para orientar os dias férteis da mulher. Esse método é válido apenas para as mulheres que têm um ciclo menstrual regular (BRASIL, 2002).

- Diafragma - é um anel flexível, coberto por uma membrana de borracha fina, que a mulher deve colocar na vagina, para cobrir o colo do útero. Deve ser usado preferencialmente em conjunto com um espermicida. Como há vários tamanhos de diafragma, a mulher deve consultar seu ginecologista para verificar qual tamanho se ajusta melhor à medida do seu colo do útero (BRASIL, 2002).

- implantes intradérmicos - utiliza-se uma cápsula de silicone não biodegradável de longa ação, que difunde-se no tecido intradérmico. Sua colocação demanda um pequeno procedimento cirúrgico. Falhas deste método são raras. As vantagens no uso deste tipo de implante incluem redução do fluxo menstrual e/ou do número de dias do sangramento, diminuição da anemia, da dismenorréia, do risco de câncer endometrial, de câncer ovariano e de DIP. Esse método reversível ainda caracteriza-se pela redução do risco de gravidez ectópica. Entre os contraceptivos à base de progesterona, o implante é o que menos causa amenorréia (que ocorre

com maior frequência no primeiro ano de uso) e não apresenta efeitos adversos na lactação. É uma ótima opção para aquelas mulheres que esquecem o comprimido com frequência ou não usam métodos de barreira adequadamente. É, ainda, uma alternativa importante para pacientes que não podem fazer uso de contraceptivos combinados devido à cefaléia severa ou hipertensão.

- Preservativo feminino - pode oferecer maior proteção contra infecções sexualmente transmissíveis que passam através do contato pele-com-pele, já que o anel externo do preservativo cobre mais a porção de pele exposta que o preservativo masculino, e isso podem ser usando durante o sexo anal para proteger contra infecções sexualmente transmissíveis. Entretanto, o preservativo feminino pode ser difícil de ser usado. Frequentemente a mulher pode não inseri-lo adequadamente, mesmo que ela acredite que esta usando corretamente (BRASIL, 2002).

### **3.3 Prevenção do Câncer de Mama**

O câncer de mama ainda é a doença mais freqüente entre as mulheres no Brasil. Em 2005, os dados do Ministério da Saúde demonstraram que 10.208 mulheres morreram, no Brasil, por causa dessa doença. Apesar de ser fatal, quando detectada precocemente pode ser tratada com sucesso. O Ministério da Saúde priorizou a prevenção dessa doença e a colocou como uma das políticas que contribuirão para redução de morte da mulher (BRASIL, 2010).

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 (CICCO, 2010).

Uma das maiores causas da morte por câncer de mama é a detecção tardia e a metástase (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). Aí 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 (CICCO, 2010).

O melhor meio para se diagnosticar o câncer de mama é a mamografia, que é capaz de detectar o tumor antes mesmo que ele se torne palpável. Quando o diagnóstico é feito dessa forma, ainda no início da formação do tumor, as chances de cura se tornam muito maiores, descartando a necessidade de retirada da mama para o tratamento. Apesar de ser um método eficaz, a mamografia não descarta o auto-exame e o exame feito pelo ginecologista ou mastologista, já que alguns nódulos, apesar de palpáveis, não são detectados pela mamografia (CICCO, 2010).

A mamografia é um exame simples, com aparelho de Raio X especialmente desenvolvidos para isso, onde a mulher coloca os seios entre duas placas de acrílico, que irão comprimir um pouco a mama. A compressão da mama é requisito essencial para o sucesso do exame, portanto, deve-se evitar o período anterior ao da menstruação, quando as mamas ficam um pouco doloridas, o que causará certo incômodo na hora do exame. Recomenda-se que ele seja feito aproximadamente uma semana após o período menstrual. A título preventivo, esse exame deverá ser feito anualmente a partir dos 50 anos, ou, se houver casos na família, desde os 40 anos de idade.

Outro método é o exame físico realizado durante o exame ginecológico ou sempre que a paciente relatar anormalidade. A American Cancer Society (ACS) recomenda que as mulheres em risco médio para o câncer de mama se submetem a um exame clínico da mama pelo menos a cada 3 anos, enquanto estiverem na faixa de 20 e 30 anos de idade, e, em seguida, a cada ano. Um exame completo da mama leva pelo 10 minutos (SMELTZER; BARE 2009).

Além disso, uma estratégia é o incentivo ao auto-exame é um método de diagnóstico onde a própria mulher faz um exame visual e de palpação na mama em frente a um espelho. Este exame deve ser feito aproximadamente sete dias após cada menstruação ou, se a mulher não menstrua mais, pelo menos uma vez por mês em qualquer época (BRASIL, 2010).

De acordo com Campos (2009) é recomendado que a cada seis meses, a mulher deve se submeter a um exame de rotina com o ginecologista, que se tiver alguma dúvida ou suspeita, deverá encaminhá-la ao mastologista, que é um médico especializado em doenças das mamas.

Qualquer suspeita deverá ser verificada. Se um dos exames anteriores for suspeito, será preciso efetuar uma biópsia para confirmar ou não o diagnóstico. Este exame consiste numa pequena cirurgia destinada a retirar um pedaço do nódulo suspeito, ou mesmo o nódulo inteiro, para que este seja analisado (CAMPOS, 2009).

Para o Ministério da Saúde as mulheres entre 40 e 49 anos são a prioridade para a prevenção anual do câncer de mama. O mesmo também adverte que as mulheres entre 50 e 69 anos devem realizar exames de mamografia a cada dois anos e consulta médica em ginecologia. Para tal algumas ações são quânticas pelo SUS todas as mulheres para efetivamente reduzir o câncer de mama na mulher brasileira: consulta médica anual ou de enfermeira para exame clínico das mamas; exame anual de mamografia; procedimento de punção por agulha fina (retirar líquido ou tecido da mama); exame citopatológico de material líquido da mama, (indica se há tumor e qual sua natureza, se maligno ou benigno); - biópsias (punção por agulha grossa + biópsias cirúrgicas); exame histopatológico (análise de fragmento de tecido pelo patologista); patologia benigna (cirurgia); patologia maligna (cirurgia) (BRASIL, 2010).

### **3.4 Prevenção do Câncer de Colo uterino, infecções vaginais e DSTs**

As neoplasias constituem-se na segunda principal causa de morte entre as mulheres brasileiras, ficando atrás apenas, das doenças do aparelho circulatório. Sendo que, as neoplasias de câncer de mama e a de colo uterino são as mais incidentes em todas as regiões brasileiras, excetuando-se os tumores de pele não melanoma (Fioravente; Souza 2003).

O câncer de colo de útero, quando detectado precocemente tem ampla possibilidade de cura. A estratégia utilizada nas últimas décadas, em diversos países, para a detecção precoce deste câncer e suas lesões precursoras é a realização do exame citológico de Papanicolau. Este exame consiste em uma tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para o sistema de saúde, podendo ser realizado por um profissional de saúde treinado adequadamente, sem a necessidade de uma infra-estrutura sofisticada (OLIVEIRA; et al, 2006).

Apesar de freqüentemente ser chamado de câncer do útero, este câncer (carcinoma endometrial) começa no endométrio (revestimento uterino). Ele é o quarto câncer mais comum entre as mulheres e o câncer mais comum do sistema



reprodutivo feminino. Ele geralmente ocorre após a menopausa, mais freqüentemente em mulheres com 50 a 60 anos de idade (CAMPOS, 2009).

A ocorrência de infecção pelo papiloma vírus humana (HPV) é considerada como um fator de risco determinante, para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Outros fatores que também são associados a um aumento no risco são o tabagismo, a ingestão deficiente de vitaminas, múltiplos parceiros sexuais, histórico de doenças sexualmente transmissíveis, vida sexual precoce e o uso de anticoncepcionais orais (FIORAVENTE; SOUZA, 2003).

Ramos (2002) ressalta que o exame ginecológico é um dos mais importantes exames para a saúde da mulher. É normal que existam medos e ansiedades para a sua realização, mas o exame é simples, e tem reduzido as mortes por câncer de colo de útero em 70 %, desde sua criação pelo Dr. George Papanicolau em 1940. O sucesso dele é devido doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer. A detecção não é somente uma maneira de diagnosticar doenças, mas serve principalmente para determinar risco de uma mulher vir a desenvolver câncer.

No Brasil, visando alterar esse panorama de morbidade e mortalidade feminina por câncer de colo uterino, o Ministério da Saúde criou, em 1997, o Programa Viva Mulher. Este programa tem como principal objetivo a redução da mortalidade feminina pelo câncer de colo uterino, através do acesso mais efetivo ao exame de Papanicolau, possibilitando assim, o diagnóstico mais precoce e o tratamento adequado para as mulheres que tiverem câncer (ASSIS 2007).

A falta de conhecimento sobre a importância de realizar o exame, o tipo de acolhimento recebido no sistema de saúde, vergonha, dificuldades financeiras, dificuldade de transporte e de com quem deixar os filhos são alguns dos fatores que podem estar associados à não realização de exames preventivos pelas mulheres.

O papanicolau possibilita um rastreamento de até 80% dos casos de câncer de colo uterino e se as lesões iniciais forem tratadas de forma adequada, a redução da taxa de câncer cervical pode chegar a 90% (TAVARES; PRADO, 2006).

Diante disso, podemos dizer que a realização do exame preventivo é uma forma comprovadamente eficaz para o rastreamento precoce da neoplasia de colo uterino, o que resulta na grande maioria dos casos, na cura da doença. Mas para que a eficácia do exame seja mantida é necessário, que este seja realizado periodicamente.

O INCA (2008) ressalta a importância de realizar diversas campanhas educativas, voltadas para a população e para os profissionais da saúde, para incentivar o exame preventivo.

Um grande avanço nas ações de prevenção é a criação da “Lei 7498/86 Decreto lei 94406/87 onde técnico e o auxiliar de enfermagem poderão sobre supervisão imediata de um enfermeiro capacitado, realizar a coleta de materiais para exames de citologia oncológica nos postos de saúde” (COREN, SP, 1997).

### **3.5 Violência contra a mulher**

A violência contra mulheres atravessa muitos períodos históricos e atinge classes sociais distintas; quebra fronteiras e culturas. Pode ser de várias naturezas: sexual, doméstica, familiar, psicológica, institucional, patrimonial, entre outras. Pesquisas evidenciam que, na maioria das vezes, os responsáveis pelas agressões são os maridos, companheiros, namorados, pais, irmãos, parentes, entre outros. No Brasil, pesquisas divulgadas recentemente mostram que a cada 15 segundos uma mulher é espancada (BRASIL, 2010).

Convivemos numa sociedade onde a violência contra as mulheres é generalizada. O homem é considerado o chefe da família e isso, muitas vezes, contribuem para que uns grandes números de mulheres sintam medo, outras vezes a mulher violentada se sente culpada e envergonhada e acaba se calando diante de uma agressão recebida. É restrito o acesso às delegacias e aos serviços especializados, revelando o desamparo e a ausência de conhecimento sobre os seus direitos. Geralmente o acolhimento nas delegacias se processa de forma indevida, muitas vezes, é quase uma segunda violência, o que também afasta estas mulheres violentadas do amparo público (BRASIL, 2010).

Não podemos deixar de direcionar o nosso olhar para a violência contra as mulheres negras, do campo e da floresta, lésbicas e transexuais, que vivem em condições mais vulneráveis ainda e sofrem maiores dificuldades para encontrar apoio na denúncia e na recuperação das conseqüências da violência recebida (BRASIL, 2010)

Para enfrentar o desafio relacionado à violência contra a mulher, o Governo Federal lançou, em 2007, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a

Mulher, coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que inclui uma série de ações a serem executadas nos próximos anos. O Ministério da Saúde, participando do pacto, vem atuando na implantação/implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual (BRASIL, 2010).

Em 2006 foi criada a Lei Maria da Penha nº 11.340, que representa um avanço histórico no combate à violência contra a mulher, pois legitima e legaliza o repúdio a todas as formas de violência contra a mulher e a necessidade de punição mais severa contra o agressor. A lei alterou o Código Penal brasileiro e possibilitou que agressores (marido, companheiro, namorado, parentes, desconhecidos) de mulheres no âmbito doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada; estes agressores também não poderão mais ser punidos com penas alternativas e a legislação também aumenta o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos. A nova lei ainda prevê medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio até a proibição de sua aproximação da mulher agredida e dos filhos (BRASIL, 2010).

#### **4. A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Promover a saúde é algo distinto de prevenir as doenças e de tratá-las. A clássica divisão entre as três principais estratégias para intervir no processo saúde doença inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, acidentes, violências e seus fatores de risco e o tratamento e reabilitação. Desde que surgiu como importante alternativa teórica e prática para o enfrentamento global de ampla gama de problemas que afetam a saúde da população humana, a promoção da saúde tem sido implementado em diversos contextos, com distintas concepções de intervenção mais ou menos abrangentes (BUSS, 2000).

É necessário entender a promoção da saúde como um processo através do qual as pessoas e comunidades são capacitadas para analisar e refletir sobre seus problemas reais para, só então, traçarem estratégias para superação de tais dificuldades (OLIVEIRA et al, 2008).

Após conquistar espaço definitivo no mercado de trabalho e na sociedade brasileira, a mulher enfrenta agora um novo desafio: cuidar da saúde enquanto acumula cada vez mais tarefas. Mas, em muitas doenças típicas do universo feminino, alguns cuidados podem ser suficientes para garantir uma vida saudável.

O conceito de Promoção da Saúde (PS) surgiu no Canadá em 1987 motivado pelas limitações da economia, visto o custo elevado dos tratamentos curativos das doenças e pelas limitações da atenção médica à população. O início do seu fortalecimento acontece a partir da I Conferência Internacional sobre promoção da saúde, no ano de 1986 em Ottawa. Na carta produzida nesta conferência a promoção da saúde foi entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (BUSS, 2000).

Nesse momento a equidade foi considerada o principal foco a ser atingido para se ter acesso à promoção da saúde, entendendo-se que conseguir a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que limitam as oportunidades do indivíduo de atingir o direito do bem estar (BUSS, 2000).

Segundo Pender (2005) promoção da saúde baseia-se na teoria do aprendizado social e enfatiza a importância dos fatores motivacionais na aquisição e

sustentação dos comportamentos, pode ser definida como aquelas atividades que auxiliam as pessoas a desenvolver recursos para manter ou aumentar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

Em 1991, na Suécia, a III conferência fortalece ainda mais a temática, com ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde, mantendo a busca pela equidade e educação, além de propor o aumento do poder de decisão dos indivíduos e da participação comunitária como estratégia para ter-se um processo democrático de promoção da saúde (BUSS, 2000). Em 1992, outra conferência realizada em Bogotá, na Colômbia destaca os problemas enfrentados pela América Latina, como a necessidade de solidariedade e equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (BUSS, 2000).

Em 1997, a Declaração de Jacarta, produto da IV Conferência Internacional sobre promoção de saúde destaca que esta é um processo que permite às pessoas maior controle sobre sua saúde e, assim, tenham maior poder de melhorá-la. Sua meta primordial foi aumentar as expectativas de saúde e reduzir suas diferenças entre países e grupos. A pobreza foi tida como a maior ameaça à saúde. Portanto estabeleceram-se cinco prioridades para a promoção da saúde no século XXI: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para promover a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e; conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde (BUSS, 2000).

E finalmente, a V Conferência aconteceu no México em 2000, tendo como principais objetivos demonstrar a importância da promoção da saúde principalmente para indivíduos que vivem em condições adversas; incluir a saúde nas agências de desenvolvimento; estimular alianças entre os diferentes atores em todos os níveis sociais. Os principais resultados desta conferência foram a reafirmação da importância da promoção da saúde e da busca da equidade e ainda a importância das mulheres no desenvolvimento de ações de promoção da saúde (BUSS, 2000).

Em síntese as conferências criaram metas que provavelmente poderão ajudar os países a diminuir as injustiças e desigualdades, mas também, têm contribuído por meio dos avanços ideológicos, políticos e conceituais, para a evolução das propostas para melhoria a qualidade de vida dos indivíduos. E para que se alcance a qualidade de vida é necessário atuar-se sobre as condições

sociais que são determinantes da saúde. Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde prioriza o compromisso atual do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços do Sistema Único de Saúde. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários. Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população (BRASIL, 2005).

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo (SUS). A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2005).

O desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 1996).

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e

com responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2005).

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionais modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Desde que surgiu como importante alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de problemas que afetam a saúde das populações humanas, a promoção da saúde tem sido implementada em diversos contextos, com distintas concepção e propostas de intervenção mais ou menos abrangentes (BRASIL, 2005).

As ações de promoção da saúde concretizam-se nos espaços sociais e reais em que vivem as pessoas, Portanto o enfoque de cenários ambientais ou territoriais concretos tem-se mostrando útil para descrever estratégias e propor ações de promoção à saúde.

#### **4.1 O que é promoção em saúde**

A promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente a transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-o no seio das famílias no mecanismo e no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram (BUSS, 2000).

Promoção à saúde é o processo que capacita pessoas ou grupos de pessoas a controlarem de forma efetiva os determinantes da saúde, buscando sempre a excelência (BRASIL, 2005).

Segundo Pender (2005) promoção da saúde baseia-se na teoria do aprendizado social e enfatiza a importância dos fatores motivacionais na aquisição e sustentação dos comportamentos, pode ser definida como aquelas atividades que auxiliam as pessoas a desenvolver recursos para manter ou aumentar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

Com tudo isso vale ressaltar que a finalidade da promoção da saúde é o foco no potencial da pessoa para o bem-estar e para encorajar as alterações apropriadas nos hábitos pessoais, estilo de vida e ambiente, de modo a reduzir os riscos e estimular a saúde. Cabe a cada pessoa decidir se faz as mudanças

necessárias para promover um nível mais elevado de bem-estar (SMETZER; BARE, 2009).



## **5. PAPEL DA ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DA MULHER**

A saúde das mulheres está evoluindo à medida que maiores informações correlatas estão sendo descobertas. As enfermeiras que trabalham com mulheres precisam compreender a anatomia e a fisiologia femininas normais, bem como as influências físicas, de desenvolvimento, psicologias e socioculturais sobre a saúde, práticas de saúde e uso dos cuidados de saúde pela mulher. A avaliação, a manutenção e a promoção da saúde através do espectro de vida devem considerar o crescimento e o desenvolvimento das mulheres, sexualidade, contracepção, cuidados de pré-concepção, concepção, cuidados pré-natais, efeitos da gravidez sobre a saúde, perimenopausa, menopausa e envelhecimento. Também é necessário considerar como os medicamentos e doenças afetam as mulheres. Além disso, a sexualidade das mulheres é completa e, com frequência, afetada por muitos fatores, e as questões relacionadas precisam de cuidadosa avaliação e tratamento. Como as mulheres utilizam o sistema de cuidados de saúde com maior frequência que os homens e constituem a maioria das profissionais de saúde, abordar as preocupações e necessidades de saúde das mulheres melhora a qualidade e o acesso para as mulheres e suas famílias (SMELTZER; BARE 2009).

Como a presença das mulheres no mercado de trabalho continua a aumentar, elas se deparam com um desafio em suas funções, estilos de vida e padrões de família. Além disso, elas encontram perigos ambientais e estresse, levando de imediato algumas a focalizar maior atenção sobre a saúde e as práticas de promoção da saúde. Em consequência disso, muitas mulheres estão tendo um maior interesse e responsabilidade por sua própria saúde e cuidado relacionado, embora nem todas tenham tempo, condições financeiras ou outros recursos para assim proceder (SMELTZER; BARE 2009).

Segundo (Smeltzer; Bare, 2009) nos últimos anos, muitas mulheres retardaram a gravidez e a maternidade até bem depois de terem carreiras estabelecidas. Isso se deve, em parte, a uma ampla variedade de métodos contraceptivos disponíveis. Os avanços no tratamento da infertilidade possibilitaram que muitas mulheres previamente incapazes de ter filhos ficassem grávidas e, do mesmo modo, que casais bem além dos 40 anos de idade tivessem filhos. As

mulheres que desempenham muitos papéis e multiplas responsabilidades (trabalhadoras, esposas, mães, cuidadoras dos pais) precisam satisfazer a demandas competidoras, muitas mulheres têm pouco tempo para dispensar a si mesmas e podem colocar as necessidades dos outros antes de suas próprias necessidade de saúde. A enfermagem deve ser sensíveis a essas necessidades e intruir-se sobre cuidado de saúde preventivo para as mulheres. As enfermeiras encontram-se em uma posição ideal para incentivar as mulheres a determinar-se suas próprias metas e comportamentos de saúde, para ensinar sobre promoção da saúde e a prevenção da doença, para oferecer estratégias de intervenção e fornecer apoio, aconselhamento e monitoração continiada. As áreas de interesse especial na promoção da saúde incluem as seguintes: higiene pessoal, estratégias para detectar e prevenir contra a doença, sobretudo as doenças sexualmente trasmissiveis (DST), também referidas como infecções sexualmente trasmissiveis (IST), incluindo a infecção pelo virus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida(AIDS/SIDA); questões correlatas com a sexualidade e função sexual, como a contracepção; cuidados pré-concepção, pré-natal e pós-natal; satisfação sexual; e menopausa; dieta, exercício e práticas de promoção da saúde que mantêm e estimulam a saúde; tratamento adequado do estresse para reduzir efeitos delíricos do estresse sobre a saúde e o bem-estar manter um peso normal para a altura e evitar o abuso de substâncias e do tabagismo; prevenção contra o estilo de vida não-saudável e os comportamentos de risco.

Os profissionais de enfermagem que promovem as maneiras saudáveis de viver também precisam modelar tal estilo de vida para seus pacientes. É importante que as enfermeiras promovam as práticas e comportamentos positivos relacionados com a função sexual e reprodutva de todas as pacientes. As estratégias necessárias incluem as seguintes:

Recomendar exames regulares para promover a saúde, detectar os problemas da saúde em um estágio inicial, avaliar os problemas relacionados com a função ginecológica e reprodutora, e discutir as questões ou preocupações relacionadas com a função sexual e a sexualidade. Fornecer um ambiente aberto e insento (crucial no fornecimento dos cuidados de enfermagem e de saúde, e principalmente quando os pacientes estão discutindo as questões pessoais). As enfermeiras devem transmitir a compreensão e a sensibilidade quando discutem questões sensíveis e devem ficar alertas para os indícios sobre as preocupações

ocultas da paciente. Reconhecer os sinais e sintomas do abuso e tirar todas as pacientes em um ambiente privativo e seguro. Reconhecer as diferenças culturais e crenças, além de respeitar a orientação sexual e as preocupações relacionadas com ambas (SMELTZER; BARE, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, podemos entender que o universo feminino é complexo, e em relação a saúde da mulher, são necessárias mudanças que devem ser implementadas de acordo com as necessidades desse grupo.

Nesse sentido, pensamos que a assistência à mulher deve não apenas considerar a integração entre os diferentes órgãos ou sistemas corporais, mas também estender-se às necessidades sociais, psicológicas, emocionais e espirituais das mulheres. Não pode apenas restringir-se aos aspectos que diferenciam as mulheres dos homens, em especial à sua função reprodutiva; deve considerar também a mulher como um todo, sem fragmentá-la.

O técnico de enfermagem tem um papel importante na orientação de exames de câncer de mama, papanicolau, métodos contraceptivos, educação em saúde, entre outros.

Sendo assim, as estratégias que visam a melhoria das ações da saúde da mulher devem estar sempre sendo reavaliadas e reestruturadas, e a enfermagem deve participar dessa evolução de maneira que as mulheres se sensibilizem para a importância dos cuidados à sua saúde, com o objetivo de prevenir e identificar precocemente agravos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSS, P. M. 2000. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e qualidade de vida.v.5.no.1. RIO DE JANEIRO. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123200000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100014)> Acesso em 16.jul.2010.

BRASIL. 2005. **Revista Brasileira de Enfermagem**. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. vol. 58 no.2. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034\\_71672005000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034_71672005000200018&script=sci_arttext)> Acesso em: 16. jul. 2010.

BRASIL. Ministério. da. Saúde. 2005. **Política nacional de promoção a saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 16. jul. 2010.

BRASIL. Ministério. da. Saúde. 1996. **Política nacional de promoção a saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 16. jul. 2010.

BRASIL. 2004. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher **Princípios e Diretrizes**. Brasil. Breve Diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil 2002. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Aceso em: 16. jul. 2010

BRASIL. Laurent. 2002. **Breve Diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Aceso em: 16. jul. 2010.

BRASIL. 1984. Ministério. da. Saúde. **Evolução das Políticas de Atenção a Saúde da Mulher**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 16. jul. 2010.

BRASIL. 2010. **Saúde da Mulher Um Diálogo Aberto & Participativo**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_da\\_mulher\\_um\\_dialogo\\_aberto\\_part.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf)> Acesso em 21. jun . 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** Princípios e Diretrizes. Brasil, 2004 Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>.Acesso em: 19. Jun. 2010

BRUNNER & SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico.** / [editores] Suzanne C. Smeltzer...[et al]; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. – Rio de Janeiro : Guanabara, 2009 v1& v3 p 49, 1362, 1363 &1442. 11 Edição. 27. Jun. 2010.

BRUNNER & SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico.** / [editores] Suzanne C. Smeltzer...[et al]; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. – Rio de Janeiro : Guanabara, 2005. v1. p. 6. 16. jul. 2010.

CICCO, L. H. S. Câncer de Mama **A segunda causa morte no Brasil entre as mulheres.** **Saúde e vida** online. Disponível em: < <http://www.saudevidaonline.com.br/cmama.htm>>. Acesso em: 14.jun.2010.

CLEMENTE. K. **Saúde geral da Mulher.** Disponível em: <[http://www.see.tv.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=261:sae-geral-da-mulher&catid=56:you-your-family&Itemid=544](http://www.see.tv.br/index.php?option=com_content&view=article&id=261:sae-geral-da-mulher&catid=56:you-your-family&Itemid=544)>. Acesso em 02. Mar.2010.

FIORAVENTE. L. E. ARATHKE. M. S. Oliveira. et. Al. 2006. **Fatores associados à realização do exame preventivo papanicolau pelas mulheres do estado de Minas Gerais em 2003.** Disponível em: <[http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2008/D08A028.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A028.pdf)>. Acesso em 29. Jun. 2010

LAURELL. A. C. 1982. **A saúde-doença como processo social.** In Gomes. E. D (Org). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Gobar Editora. 1983. Disponível em: < <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/viewFile/89/66> >. Acesso em: 16. jul. 2010.

OLIVEIRA, C. F. et al. 2008. **Revista Brasileira de Enfermagem em Promoção da Saúde.** Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/408/40821111.pdf>>. Acesso em 16. jul. 2010.

POESTER A. F.; LORENZATTO. D. et al. Contracepción hormonal contendo apenas progesterona. **Adolesc. Latino americana**, mar. 2001, vol.2, no.2, p.90-96. ISSN 1414-7130. [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71302001000200005&lng=es&nrm=iso%3E.ISSN&tlng=pt](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302001000200005&lng=es&nrm=iso%3E.ISSN&tlng=pt)

PORTELLA. A. P. 2000. **Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher.** Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/gravidezsaudavel.pdf>>. Acesso em: 21. Jun. 2010.

SPADELLA. A. P. Saúde Mulher. **Mais Vida Centro de Apoio Ao Portador De Câncer.** Disponível em: <[http://www.itu.com.br/conteudo/detalhe.asp?cod\\_conteudo=12914](http://www.itu.com.br/conteudo/detalhe.asp?cod_conteudo=12914) >. Acesso em 02. Mar. 2010

SILVA. J. L. 2008. **SAÚDE DA MULHER.** Disponível em: <[http://www.itu.com.br/conteudo/detalhe.asp?cod\\_conteudo=12914](http://www.itu.com.br/conteudo/detalhe.asp?cod_conteudo=12914)> Acesso em 15. jul. 2010-07-16