



Saúde da mulher

2ª Edição

Suelene Coelho
Yula Franco Porto

Saúde do mulher:

2ª Edição

Suelene Coelho
Yula Franco Porto

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2013

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Licença Creative Commons License Deed

Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil

Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas.

Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.

Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Více-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Ricardo Santiago Gomez

Faculdade de Educação

Diretora: Samira Zaidan

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Efigênia Ferreira e Ferreira

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Diretor: Emerson Silami Garcia

Coordenador do Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenador: Fernando Selmar Rocha Fidalgo

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Escola de Enfermagem

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação

Rafael de Paula

M433s Coelho, Suelene

Saúde da mulher- 2ª Ed. / Suelene Coelho e Yula Franco
Porto. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.
115p. : il., 22x27cm.

Público a que se destina: Profissionais da saúde ligados
à estratégia da Saúde da Família.
ISBN: 978-857-825-023-02

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde Pública. 3. Saúde da Família.
4. Educação Médica. I. Porto, Yula Franco. II. Coelho, Suelene.
III. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Medicina/UFMG(Nescon). IV. Título.

NLM: WA 309

CDU: 614

Sumário

Apresentação das autoras.....	7
Apresentação do Programa Ágora - Especialização em Saúde da Família.....	8
Apresentação da Unidade Didática II.....	9
Introdução ao módulo.....	11
Seção 1 Vida de mulher, que vida é esta?.....	15
Parte 1 Análise da situação de vida das mulheres na perspectiva de gênero.....	17
Parte 2 Como adoecem e morrem as mulheres brasileiras?.....	33
Seção 2 Construção de um protocolo de cuidados que assegure os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.....	41
Parte 1 Um breve histórico dos direitos sexuais e reprodutivos.....	43
Parte 2 Como garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos.....	47
Parte 3 Bases para a elaboração de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos.....	49
Seção 3 A construção de um protocolo de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério.....	55
Parte 1 Bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à gestante.....	57
Parte 2 Bases para a elaboração de um protocolo de atenção pré-natal com detecção de risco gestacional.....	62

Seção 4 A construção de um protocolo de cuidados à mulher na Prevenção do câncer do colo do útero e de mama.....	75
Parte 1 Bases para a elaboração de um protocolo de cuidado à mulher na prevenção do câncer de mama.....	79
Parte 2 Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher na prevenção do câncer do colo do útero.....	90
Seção 5 A construção de um protocolo de cuidados à mulher no climatério.....	95
Parte 1 Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher no climatério.....	98
Seção 6 A construção de um protocolo de cuidados à mulher vítima de violência.....	107
Parte 1 Bases para a construção de um protocolo de cuidados à mulher vítima de violência.....	110
Conclusão do módulo.....	115
Referências.....	117
Apêndice A Protocolo de consulta de pré-natal.....	132
Apêndice B Avaliação e conduta: exames complementares pré-natais.....	138

Apresentação das autoras

Suelene Coelho

Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Módulo Saúde da Mulher do Curso de Especialização em Saúde da Família / Projeto Veredas da UFMG (2004 a 2010), Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem da UFMG, Participante do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAIPE) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Yula Franco Porto

Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Coordenadora da Atenção à Mulher na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte de 1994 a 2006, preceptora da Residência Médica da Maternidade Odete Valadares de 1989 a 2009.

Apresentação do Programa Ágora

Especialização em Saúde da Família

O Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon)/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e da Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Sgetes)/Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) – e pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil.

O curso integra o Programa Ágora do Nescon e, de forma interdisciplinar, interdepartamental, interunidades e interinstitucional, articula ações de ensino – pesquisa – extensão. Além do Curso, o Programa atua na formação de tutores, no apoio ao desenvolvimento de métodos, técnicas e conteúdos correlacionados à educação a distância e na cooperação com iniciativas semelhantes.

É direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e outros integrantes de equipes de Saúde da Família. O curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de educação a distância.

Cadernos de Estudo e outras mídias, como DVD, vídeos, com um conjunto de textos especialmente preparados, são disponibilizados na biblioteca virtual, como ferramentas de consulta e de interatividade. Todos são instrumentos facilitadores

dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Os textos que compõem o Curso são resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG, de outras universidades e do serviço de saúde. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como na vivência profissional.

A perspectiva é que este curso de especialização cumpra importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vista à consolidação da Estratégia Saúde da Família e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade e qualidade.

A coordenação do CEABSF oferece aos alunos que concluírem o curso oportunidades de poder, além dos módulos finalizados, optar por módulos não cursados, contribuindo, assim, para seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora:

www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual:

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Apresentação da Unidade Didática II

Disciplinas optativas

A Unidade Didática II (UDII) do Curso de Especialização em Saúde da Família, da qual faz parte esta publicação, é formada por módulos relativos a disciplinas optativas, entre as quais você pode escolher um número suficiente para integralizar 180 horas (12 créditos). Com as 180 horas (12 créditos) de disciplinas obrigatórias cursadas na Unidade Didática I, fica completado o mínimo de 360 horas (24 créditos) necessário à integralização da carga horária total do Curso.

Nesta UD II, o propósito é possibilitar a você atender as suas necessidades próprias ou de seu cenário de trabalho, sempre na perspectiva de sua atuação como membro de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, procura-se contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS), por meio da estratégia Saúde da Família.

O leque de ofertas é amplo na UD II. Envolve disciplinas de 60 horas – saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal, saúde do adulto, urgências e saúde mental – disciplinas de 30 horas, que visam às necessidades profissionais específicas – como saúde da criança: doenças respiratórias, agravos nutricionais; saúde do trabalhador educação física, entre outras.

Endemias e epidemias são abordadas em disciplinas que desenvolvem aspectos da Atenção Básica para a leishmaniose, dengue, tuberculose, hanseníase, etc.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais – como saúde ambiental – também são abordadas em disciplinas específicas. A Família como foco da Atenção Básica é uma das disciplinas da UD II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço da equipe de Saúde da Família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática profissional e para os aspectos metodológicos, duas disciplinas são sugeridas a todos os alunos, entre as disciplinas optativas: Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço e Projeto social: saúde e cidadania.

Para atender bem às necessidades pessoais, sugere-se que você, antes da opção de matrícula nessas disciplinas, consulte seus conteúdos disponíveis na biblioteca virtual.

Esperamos que a UD II seja compreendida e utilizada como parte de um curso que representa mais um momento de seu processo de desenvolvimento e de qualificação constantes.

Para informações detalhadas consulte:

CEABSF e Programa Ágora: www.nescon.medicina.ufmg.br/agora

Biblioteca Virtual: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca

Introdução ao Módulo

Saúde da mulher

O módulo que você está iniciando pretende promover uma reflexão sobre a atenção à saúde da mulher na perspectiva da estratégia Saúde da Família, o que implica pensar a mulher para além das suas dimensões biológicas. Trata-se de vê-la como um ser social que, ao percorrer sua trajetória neste mundo, encontra uma série de dificuldades decorrentes, principalmente, de sua condição de mulher, mãe, trabalhadora que sofre discriminações e violências e que ama e luta por sua felicidade e para ser reconhecida. É para este ser cujas marcas das desigualdades social, econômica, cultural e de raça são reveladas no seu processo de viver, adoecer e morrer, que nos propomos a desenvolver este módulo com você.

É bastante provável que muitos dos conteúdos aqui abordados já tenham sido estudados por você durante o ensino de graduação. O desafio agora é desenvolvê-los de maneira integrada, ou seja, com uma abordagem metodológica centrada em problemas e que possibilite a articulação entre os conteúdos e, em especial, que promova a aproximação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho.

Esperamos que este módulo contribua com seu processo de educação permanente, fornecendo elementos para a construção de uma linha de cuidados à saúde da mulher, num contexto em que o excesso de demandas, a falta de estrutura e a descontinuidade no fornecimento de insumos constituem uma realidade a ser enfrentada e superada.

Linha de cuidados à saúde da mulher

Tecnologias ou recursos que são utilizados, de maneira articulada, durante o processo de assistência à usuária nas diversas etapas de produção da saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Nesse sentido, dividimos este módulo em seções nas quais procuraremos fornecer elementos para a reflexão sobre as situações de vida e de saúde da mulher no seu território e/ou município, relacionando-as com o fenômeno da reprodução humana, com as estratégias de sobrevivência da família e com os seus efeitos sobre a mulher. Abordaremos também as situações de risco a que as mulheres estão submetidas e a aplicação de medidas de promoção, prevenção e tratamento.

Faremos, ainda, uma revisão dos principais aspectos necessários à elaboração de protocolos, considerados estratégias para estabelecer o percurso assistencial, ou seja, o fluxo de atendimento às mulheres, de acordo com suas necessidades.

Assim, estabelecemos as seções da seguinte forma:

Seção 1 – Vida de mulher, que vida é esta?

Seção 2 – A construção de protocolo de cuidados que assegure os direitos sexuais e reprodutivos à mulher.

Seção 3 – A construção de protocolo de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério.

Seção 4 – A construção de protocolo de cuidado à mulher na prevenção e no controle do câncer do colo do útero e de mama.

Seção 5 – A construção de um protocolo de cuidado à mulher no climatério.

Seção 6 – A construção de um protocolo de cuidado à mulher vítima de violência.

Apresentamos as seções numa sequência lógica, sem a pretensão de abordar todos os problemas que afetam a saúde da mulher. Esperamos que, ao final do módulo, você seja capaz de:

- analisar a situação de vida e de saúde das mulheres de seu território e /ou município;
- relacionar as condições de vida das mulheres ao seu processo de adoecer e morrer;
- identificar os aspectos necessários à construção de protocolos de cuidados à saúde da mulher para os seguintes temas:
 - a.** direitos sexuais e reprodutivos das mulheres;
 - b.** pré-natal e puerpério;
 - c.** prevenção do câncer de colo do útero e de mama;
 - d.** climatério;
 - e.** violência contra a mulher.

Esperamos que este estudo possa trazer contribuições importantes para sua prática, de maneira que você e os demais profissionais de saúde continuem atuando como ativadores do processo de organização da assistência integral à saúde da mulher em suas equipes, unidades de saúde e município, instrumentalizados por linhas de cuidados e protocolos.



Seção 1

Vida de mulher, que vida é esta?

Nesta seção, traçaremos um breve perfil da situação de vida e de saúde das mulheres brasileiras, tendo como referência as estatísticas sociais publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2006a; 2008a; 2010a, 2010b, 2010c; 2011a, 2011b; 2012a) e outros estudos. Esse perfil possibilita conhecer alguns aspectos relativos às condições de vida e principalmente a persistência das **desigualdades de gênero**.

A primeira parte dessa seção tem como eixo a análise da situação de vida das mulheres de seu território ou município e as estratégias utilizadas para o enfrentamento dos seus principais problemas.

Na segunda parte, propomos um levantamento de dados relativos à saúde das mulheres, para complementar a análise anterior. A ideia é pensar globalmente e agir localmente, no espaço de atuação da Saúde da Família, abordando os principais problemas que interferem na saúde das mulheres.

Queremos que você reflita sobre a situação identificada, com base no levantamento de alguns indicadores demográficos, socioeconômicos, de morbidade e de mortalidade, além da cobertura assistencial referente à atenção à saúde da mulher. A análise desses dados é fundamental para a elaboração de propostas de implantação/reorganização/revitalização da assistência à mulher em seu território e/ou município.

Ao final desta seção, esperamos que você seja capaz de:

1. caracterizar como vivem as mulheres de seu território e/ou município e suas principais estratégias de sobrevivência.;
2. analisar como as mulheres adoecem e morrem no seu território e/ou município.

Parte 1

Análise da situação de vida das mulheres na perspectiva de gênero

Você já teve oportunidade de refletir sobre como vive e adocece a população de sua área de abrangência. Que tal agora aprofundar o olhar sobre as condições de vida das mulheres que estão residindo no território de sua equipe? Você tem uma ideia do que fazem para se sustentar, onde e como residem, quais são as suas aspirações e sonhos?

Para entender o que significa ser mulher e as especificidades da vida das mulheres, há que se compreender como mulheres e homens se constituem como sujeitos sociais, na sociedade atual (FONSECA, 1999). Para facilitar esta análise, vamos apresentar uma ferramenta muito importante para a compreensão dos processos sociais e seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres. Ou seja, vamos discutir o conceito de gênero, cuja definição inclui o conjunto de relações sociais, atitudes, papéis, atributos e crenças que caracterizam os homens e as mulheres. A compreensão desses processos e dos seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres se dá com a incorporação de gênero para diferenciar mulheres e homens biológica e socialmente e, assim, romper com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais, abrindo possibilidades de superar a subalternidade feminina (FONSECA, 2005). Segundo a autora, na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais e se refletem nas leis, políticas, práticas sociais e pessoais.

O conceito de gênero nos ajuda a diferenciar as mulheres dos homens, não só biológica, mas, acima de tudo, socialmente. Ao utilizar este enfoque, o que se espera é que tanto a formulação de problemas quanto as suas soluções sejam requalificados e promovam mudanças no posicionamento e comportamento de homens e mulheres. Com isso, busca-se a construção de uma sociedade mais justa, por meio da redistribuição de responsabilidades e oportunidades (YANNOULAS, 2002).

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade – tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar.

Nesta direção, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou, em 2010, uma resolução criando a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e Empoderamento da Mulher, que passou a ser distinguida como “ONU Mulheres”. Como resultado, espera-se que haja um aumento significativo dos esforços das Nações Unidas, para “promover a igualdade de gênero, expandir as oportunidades e combater a discriminação em todo o globo” (BRASIL, 2010a, p.250).

No Brasil, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República lançou o Programa Pró-igualdade de Gênero e Raça, cujo objetivo principal é a promoção da igualdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres nas organizações públicas e privadas e demais instituições, por meio do desenvolvimento de novas concepções na gestão de pessoas e na cultura organizacional (BRASIL, 2012a).

As mulheres são maioria na sociedade brasileira

De acordo com o Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2011a), a população brasileira atingiu um total de 190.755.799 habitantes, sendo composta por 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens. Desse modo, existem 95,9 homens para cada 100 mulheres, o que representa um excedente de 3,9 milhões de mulheres em relação aos homens no Brasil. Em 2000, havia 96,9 homens para cada 100 mulheres, o que aponta uma perda significativa de homens jovens em apenas uma década. No entanto, esse percentual varia de acordo com a região do país, como pode ser verificado no Quadro 1.

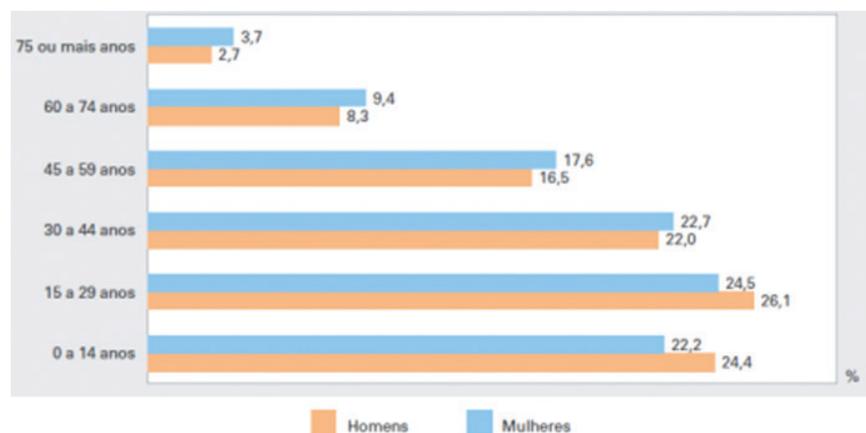
Quadro 1 - Totais de homens e mulheres por Regiões de acordo com o Censo 2010/Brasil

	HOMENS	MULHERES
Brasil	93.406.990	97.348.809
Região Norte	8.004.915	7.859.539
Região Nordeste	25.909.046	27.172.904
Região Sudeste	39.076.647	41.287.763
Região Sul	13.436.411	13.950.480
Região Centro-Oeste	6.979.971	7.078.123

Fonte: BRASIL, 2011a

A estimativa da população residente no Brasil em 2011 foi de 195,2 milhões (BRASIL, 2012a); as mulheres representaram 51,5% (100,5 milhões de pessoas) desta população e os homens, 48,5% (94,7 milhões). Embora o percentual de mulheres na população brasileira total seja maior, ao analisar as faixas etárias abaixo de 30 anos (Gráfico 1), verifica-se uma predominância do sexo masculino. As mulheres de 0 a 29 anos correspondem a 46,7% e os homens, 50,5%. Na população acima de 30 anos ou mais de idade, as mulheres correspondem a 53,3% e os homens a 49,5% (BRASIL, 2012a). Como pode ser explicada essa diminuição da população masculina após os 30 anos, uma vez que estatisticamente nascem mais homens do que mulheres?

Gráfico 1 - Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2011.



Fonte: BRASIL, 2012a.

No Brasil, o número maior de óbitos masculinos ocorre em quase todos os grupos etários. Desse modo, do total de óbitos informados no Censo de 2010, 57,2% eram do sexo masculino. A faixa etária de 20 a 24 anos de idade representa 80,8% dos óbitos da população masculina, o que aumenta a necessidade de investimentos públicos no sentido de reverter esse quadro (BRASIL, 2011a).

Apesar de a violência e os acidentes de trânsito (causas externas) atingirem ambos os sexos em todas as faixas etárias, o que poderá estar contribuindo para esse aumento da mortalidade masculina em idade produtiva? Situação que, para as mulheres, pode representar terem de assumir precocemente as responsabilidades com a criação dos filhos e o cuidado de familiares vitimados com sequelas físicas.



Ver mais sobre esta temática no documento WAISELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: <<http://mapadaviolencia.org.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2012..

Ressalta-se, ainda, que em 2010 a população urbana representou 84,4% da população total, enquanto 15,6% dos habitantes residiam em áreas rurais. Em 1950, essa situação era bem diferente, enquanto 63,8% da população residiam em áreas rurais, apenas 36,2 % residiam em áreas urbanas (BRASIL, 2011a). Você deve estar se perguntando a razão dessa inversão, não é mesmo?

A partir da Segunda Guerra Mundial, houve um incremento no processo de industrialização e urbanização, que fez com que aumentassem os movimentos migratórios das áreas rurais para as urbanas. Em 1960, as taxas de fecundidade eram, respectivamente, de 5,1 filhos por mulher, na área urbana e 8,4 filhos na rural (BRASIL, 2011a). O maior número de filhos na zona rural se explicava pela necessidade de mão de obra, pois o Brasil era um país predominantemente agrícola.

No entanto, essa inversão trouxe sérios problemas à saúde pública com a migração de grandes levas de população do campo para as áreas urbanas. Se no primeiro cenário o grande número de nascimentos representava possibilidade de maior mão de obra para o cultivo, em especial no caso de filhos homens, nos centros urbanos eles implicavam um maior número de familiares a serem alimentados.

Aliado a isso, houve também um grande despreparo dos pais para assumirem os postos de trabalho, pois estavam acostumados ao trabalho no campo. Isso fez com que um grande contingente de mulheres assumisse o mercado de trabalho para contribuir com o sustento de suas famílias. Como tinham habilidade para os serviços domésticos, puderam desempenhar tarefas, inicialmente muito mal remuneradas e desprotegidas em termos de leis trabalhistas, cuja luta se estende até os dias atuais.

Em termos de moradia, a população oriunda da zona rural teve de se acomodar em pequenos espaços urbanos, em condições sub-humanas, na maioria das vezes. No entanto, a procura por melhor qualidade de atendimento à saúde e educação, aliada à falta de investimento desses serviços em áreas rurais, acabaram fixando as pessoas próximas aos polos de desenvolvimento econômico.

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma significativa diminuição da mortalidade, em especial, nos primeiros anos de vida e materna. A taxa de mortalidade infantil teve um decréscimo de 47,6% de 2000 para 2010 (de 29,7‰ para 15,6‰) segundo o IBGE (BRASIL, 2011b), devido, principalmente, a diminuição das desigualdades sociais e regionais. Desse modo, o Nordeste liderou o declínio da taxa de mortalidade infantil com uma queda de 58,6%, passando de 44,7 para 18,5 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascidas vivas. A região Sul manteve os menores índices em 2000, com 18,9‰ e em 2010, com 12,6‰. No entanto, para que o Brasil atinja os níveis de cerca de cinco óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vidas, encontrados hoje nos países mais desenvolvidos, existe ainda um longo caminho a ser percorrido (BRASIL, 2011b).

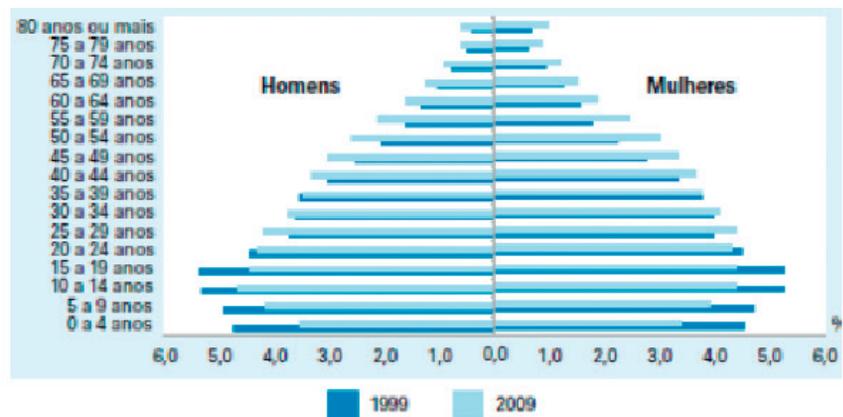
Isso se deveu a um maior investimento nas políticas sociais no país e aos esforços de milhares de profissionais que se engajaram nos processos de mudança, dentre eles a reforma sanitária. Assim, nas últimas décadas, expandiu-se o acesso da população à vacinação, ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, terapias de reidratação oral, assistência ao pré-natal, tratamento das infecções respiratórias agudas e crônicas, que resultou na redução da mortalidade precoce de milhares de vidas humanas.

Acreditamos que a maioria de vocês neste momento tem consciência do quanto estão contribuindo para a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde e cujos resultados só serão visíveis nas próximas décadas.

O perfil demográfico está em transição

Houve diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade no período compreendido entre 1999 e 2009, que pode ser verificada na composição etária da população brasileira, apresentada no Gráfico 2 (BRASIL, 2010a, p.28).

Gráfico 2 - Composição da população, por sexo, segundo grupos de idade - Brasil - 1999/2009



Fonte: BRASIL, 2010a

Ao visualizar a figura, verifica-se que houve um expressivo estreitamento na base da pirâmide populacional, o que aponta uma diminuição do número de crianças e adolescentes de até 19 anos de idade. Assim, se em 1999 esse grupo representava 40,1% da população total, uma década após ocorreu a redução de 7,3%, passando a representar 32,8%. Nesse mesmo período, houve também um significativo aumento da população idosa de 70 anos ou mais de idade, que em 1999 representava 3,9% da população total, passando para 5,1% em 2009 (BRASIL, 2010a).

Em 2009, as pessoas com menos de 30 anos correspondiam a 52,2% da população, proporção que diminuiu para 48,6% em 2011. Já a população acima de 30 anos, que era de 11,3% em 2009, aumentou para 12,1% em 2011. Essas mudanças já vêm ocorrendo nas últimas décadas e estão estritamente relacionadas com a queda da taxa de fecundidade/natalidade e o aumento da longevidade (BRASIL, 2012b).

O número médio de filhos nascidos vivos ao final do período fértil (taxa de fecundidade total) é de 1,9 filho por mulher no Brasil (os natimortos não estão incluídos). Esse percentual está abaixo do nível que garante a substituição natural das gerações que é de 2,1 filho por mulher (BRASIL,

2011a). Essa queda ocorreu em todas as regiões do país; as maiores aconteceram no Nordeste (23,4%) e no Norte (21,8%), seguidas pelo Sul e Sudeste (cerca de 20,0%, ambas) e pelo Centro-Oeste, com a menor queda (14,5%). Entre os principais motivos para essa redução, encontra-se a disponibilidade de métodos contraceptivos aliados ao grande aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, nas últimas décadas (BRASIL, 2011a).

As mulheres estão esperando mais tempo para ter filhos

O Censo de 2010 (BRASIL, 2011a) apontou, ainda, que as mulheres estão esperando mais tempo para terem filhos, pois a idade média de fecundidade passou de 26,3 anos em 2000 para 26,8 anos. Houve, também, uma redução do número de gravidez nas mulheres entre 15 e 19 anos (17,7% em 2010, contra 18,8% em 2000) e entre 20 e 24 anos (27% em 2010, contra 29,3% em 2000).

A longevidade das pessoas está aumentando

Em 2010, a esperança de vida ao nascer, para ambos os sexos, foi de 73,48 anos, ou seja, 73 anos, 5 meses e 24 dias de acordo com o IBGE. Houve um incremento de 3,03 anos ao longo da década de 2000. Assim, se um indivíduo sobreviver até os 40 anos de idade em 2010, ele terá, em média, mais 37,74 anos, podendo atingir uma vida média de 77,74 anos. Caso seja mulher, sua expectativa de vida é de 80,22 anos (BRASIL, 2011b).

Esses dados demonstram que o Brasil está passando por um processo de aumento da longevidade de sua população, que, somado à baixa taxa de fecundidade, fará com que, nos próximos anos, tenhamos uma população majoritariamente envelhecida. Desse modo, torna-se fundamental a criação de políticas sociais e econômicas que considerem as necessidades desse contingente populacional. Do contrário, mais uma sobrecarga se coloca para o público feminino, já que o cuidado com os mais velhos, ainda, é predominantemente realizado pelas mulheres.

Essa realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilita a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio, com um fato de alta relevância econômica e social, em que idosos, entre eles as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda familiar, principalmente no Nordeste (BRASIL, 2008a).

O envelhecimento populacional afeta de maneira especial as mulheres

Pode-se falar de uma “feminização do envelhecimento”, decorrente da sobremortalidade masculina. Entretanto, por essa mesma longevidade relativa, as mulheres apresentam uma menor expectativa de vida livre de incapacidades, com maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional. Também se observa o aumento das doenças de forte preponderância nos homens, como as cardiocirculatórias (CHAIMOWICS, 2009).

As mudanças rápidas na composição etária e nos padrões de envelhecimento populacional evidenciam um ônus maior para as mulheres em termos dos cuidados com os familiares, principalmente com os idosos, sem que haja um apoio efetivo em termos de equipamentos sociais que possam assumir parte do trabalho resultante dessa realidade.

Esperança de vida ao nascer: número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Taxa de fecundidade total: número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Taxa bruta de natalidade: número de nascidos vivos por mil habitantes, por ano.

Coefficiente de mortalidade infantil: número de óbitos de crianças até um ano de idade, por 1.000 nascidos vivos, por ano.

Taxa bruta de mortalidade – número de óbitos por 1.000 habitantes, por ano.

População ocupada – pessoa com trabalho durante toda ou parte da semana de referência, ainda que afastada por motivo de férias, licença, falta, greve, etc.

Glossário <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/matriz.htm>>

Para refletir!

Ao permanecer mais tempo viva, a mulher necessita de mais cuidados por parte da equipe, ao mesmo tempo em que precisará de apoio dos serviços de saúde para prestar cuidado aos seus familiares envelhecidos.

Há uma iniquidade na participação feminina no mercado de trabalho

Apesar de a população feminina ser mais elevada em termos percentuais, ao verificar os dados relativos a trabalho e rendimento, observa-se uma inserção diferenciada das mulheres no mercado de trabalho, apontando para aspectos de desigualdade entre homens e mulheres em todas as faixas etárias.

De acordo com o IBGE, no ano de 2010, a população ocupada era composta de 54,7% de homens e 45,3% de mulheres. Embora esteja havendo um crescimento da participação da mulher na população ocupada ao longo dos últimos anos, ela ainda continua a ser minoria. No entanto, representa maioria quando verificamos a população em idade ativa, o que implica estar ocorrendo, provavelmente, uma mortalidade de homens de maneira prematura em nossa sociedade (BRASIL, 2010b).

Segundo o Censo de 2010, o rendimento médio mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade (com rendimento) ficou em R\$ 1 202,00, e o da área rural representou 46,1% em relação à área urbana. Se levarmos em conta as Grandes Regiões, as variações são muito grandes, com os menores rendimentos no Nordeste (56,7%), seguido pela região Norte (67,3%). Os maiores rendimentos ocorreram de forma crescente nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (BRASIL, 2011a).

Com relação ao rendimento médio mensal das mulheres, ele representou 70,6% daquele obtido pelos homens no Brasil. Este percentual variou também de acordo com as regiões, assim, variou de 70,3%, na Região Sul, a 75,5%, na Norte (BRASIL, 2011a).

Verificou-se ainda, que os percentuais da parcela feminina foram maiores que os da masculina nas classes de sem rendimento até um salário mínimo, em especial na classe sem rendimento, enquanto que na de mais de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, não foram observadas diferenças significativas (BRASIL, 2011a).

Ainda segundo o IBGE (BRASIL, 2011a), o rendimento médio mensal de todos os trabalhos das pessoas ocupadas em 2010 foi de R\$ 1.345, contra R\$ 1.275 em 2000, houve um ganho real de 5,5%. O rendimento médio

real das mulheres de 2000 para 2010 passou de R\$ 982 para R\$ 1.115, com um ganho real de 13,5% para as mulheres. O rendimento dos homens passou de R\$ 1.450 para R\$ 1.510, de 2000 para 2010, representando um ganho de 4,1% no período. Desse modo, a mulher passou a ganhar 73,8% do rendimento médio de trabalho do homem, enquanto em 2000, esse percentual era 67,7%.

Nesse sentido, o "trabalho decente" foi escolhido como eixo para conduzir os indicadores sobre a mulher a partir das informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009 (BRASIL, 2010c). O trabalho doméstico foi um dos pontos discutidos na 99ª Conferência Internacional do Trabalho, realizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), na perspectiva de valorizar e fortalecer os direitos das mulheres nesta atividade. O conceito de "trabalho decente" foi definido pela OIT e combinam diferentes aspectos como: oportunidade de emprego e rendimento, além de jornada de trabalho adequada, proteção social e promoção de diálogo social (OIT, 2009).



Para ler mais sobre o assunto, consulte o Perfil do trabalho decente no Brasil, no documento ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **Perfil do trabalho decente no Brasil**. Brasília; Genebra: OIT, 2009. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/decent_work/pub/perfil_do_trabalho_decente_301.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

Essa iniquidade aumenta quando se trata de mulheres que são chefes de família. No Censo de 2010, elas representavam 37,3% (em 2002 eram 22,2%). Aumentou, também, o número de mulheres solteiras com filhos (12,2%) e o percentual de casais sem filhos, sendo um para cada cinco casais (BRASIL, 2011a).

Geralmente as mulheres que vivem com os seus filhos não têm um companheiro com quem dividir os encargos familiares, ao contrário dos homens chefes de família. De acordo com o IPEA (BRASIL, 2010b), em cerca de 22 milhões de famílias brasileiras, o principal responsável era alguém do sexo feminino. Houve um aumento de 8% no percentual de famílias brasileiras chefiadas por mulheres, que passou de 27% para 35%, entre 2001 e 2009 (as chefiadas por homens eram 64,8% em 2009). Importante ressaltar que o IBGE, alterou o conceito de "chefe do domicílio" para "pessoa de referência".

No entanto, esse aumento da “chefia” feminina não decorre, necessariamente, do processo de mudanças significativas de valores e papéis na sociedade. O que se pode inferir é que a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho e sua contribuição no rendimento familiar podem estar produzindo mudanças nas relações familiares (BRASIL, 2011c).

Outra face do trabalho invisível exercido pelas mulheres revela aquelas que desenvolvem atividades em casa, lavando, passando, cozinhando, cuidando dos filhos, dos parentes e familiares, com algum grau de dependência ou não, cujo esforço não é computado em termos de valorização econômica.

De acordo com estudo elaborado pelo IBGE (BRASIL, 2007a), são consideradas como afazeres domésticos as seguintes tarefas: arrumar ou limpar toda ou parte da moradia; cozinhar ou preparar alimentos, passar roupa, lavar roupa ou louça, utilizando, ou não, aparelhos eletrodomésticos para executar estas tarefas para si ou para outro(s) morador(es); orientar ou dirigir trabalhadores domésticos na execução das tarefas domésticas; cuidar de filhos ou menores moradores; ou limpar o quintal ou terreno que circunda a residência, dentre outras.

Se considerarmos a tendência de envelhecimento populacional, o cuidado com os idosos, também pode ser incluído nos afazeres domésticos e geralmente recaem sobre as mulheres. Ao se comparar o número de mulheres (90,6%) e de homens (51,1%) que declararam realizar trabalho doméstico, as desigualdades de gênero ficam mais visíveis na população total (BRASIL, 2007a).

Assim, compreende-se por que existem mais mulheres do que homens em idade ativa, e em menor quantidade se for considerada a população economicamente ativa, pois o trabalho realizado no ambiente doméstico não é considerado para fins econômicos, a não ser o trabalho da empregada doméstica. Isso significa que a energia gasta nesse espaço não é contabilizada para fins da definição do que é força de trabalho e muito menos para o conceito de população economicamente ativa, não contribuindo, também, para a composição do Produto Interno Bruto (PIB).

Desse modo, as mulheres consideradas economicamente ativas dedicam, em média, 22,1 horas semanais aos afazeres domésticos, o que significa que, para uma jornada diária de oito horas no período de cinco dias, essas mulheres trabalham, em média, mais 4,4 horas diárias além da

jornada habitual, contra 2,0 horas adicionais gastas pelos homens nessas atividades (BRASIL, 2006a). As mulheres que possuem companheiro e filhos gastam mais com o trabalho doméstico que aquelas que vivem apenas com os seus filhos (BRASIL 2010d).

Ainda de acordo com o estudo do IPEA (BRASIL, 2012cb), denominado “Trabalho para o mercado e trabalho para a casa: persistentes desigualdades de gênero”, para que as mulheres possam ter sua igualdade de condições garantidas, cabe ao Estado intervir para que possa ser revertido o quadro de desigualdade que hoje existe no âmbito familiar privado. Ou seja, não bastam os arranjos já tradicionalmente concebidos pela sociedade, é preciso que sejam feitos investimentos em políticas sociais, em especial aquelas que facilitem o transporte gratuito de crianças e jovens, bem como do cuidado dos idosos e portadores de deficiências (físicas e mentais).

Para Madalozzo, Martins, Shiratori (2010), as mulheres ocupadas, ao contribuírem financeiramente para as despesas do lar, têm conseguido barganhar com mais facilidade a participação dos homens nas tarefas da casa, assim como, aquelas que têm aumentado seus anos de estudo.

O acesso a oportunidades em educação das mulheres afeta indicadores sociais importantes

O Censo de 2010 (BRASIL, 2011a) apontou que ocorreu uma diminuição das taxas de analfabetismo, tanto em área urbana como rural. A taxa de analfabetismo das mulheres de 10 anos ou mais de idade permaneceu um pouco mais baixa que a dos homens, caindo de 13,2% para 9,4%, na masculina, e de 12,5% para 8,7%, na feminina, de 2000 para 2010. Verificou-se essa queda em todas as faixas etárias, o que pode ser consequência do aumento da escolarização das crianças e o acesso a programas de alfabetização de jovens e adultos, principalmente para aqueles indivíduos que não puderam frequentar a escola nas idades apropriadas.

No entanto, quando comparadas as regiões brasileiras de 2000 a 2010, verifica-se que a Região Sul continuou detendo a mais baixa taxa de analfabetismo de pessoas com 10 anos e mais, com diminuição de 7,0% para 4,7%. Em segundo lugar, vem a Região Sudeste, que caiu de 7,5% para 5,1%, seguida pela Região Centro-Oeste, que passou de 9,7% para 6,6%. Embora a Região Nordeste tenha a mais alta taxa de analfabetismo, ela apresentou a maior redução, de 24,6% para 17,6%, acompanhada da Região Norte, que baixou de 15,6% para 10,6% (BRASIL, 2011a).

A taxa de analfabetismo funcional foi estimada em 20,3%, sendo 0,7 ponto percentual menor do que a verificada em 2008. Todas as regiões brasileiras apresentaram queda dessa taxa, com destaque para a Região Nordeste, onde a retração atingiu 6,6 pontos percentuais, e a Região Norte, com retração de 5,7 pontos percentuais (BRASIL, 2010c). O analfabetismo funcional é mais baixo também entre as mulheres, que apresentou taxa de 21,1%, enquanto a dos homens foi de 22,3% (BRASIL, 2008a).

Cerca de 50% das mulheres ocupadas possuem o ensino fundamental, mas são em percentual mais baixo que o dos homens, quando se analisam os grupos com escolaridade entre 3 e 10 anos de estudo. No grupo com escolaridade de 10 anos ou mais, a população feminina supera a masculina em mais de 10%; contudo, isso não tem se refletido em melhores salários. Em 2007, entre os estudantes de nível superior, 57,1% eram mulheres, um aumento significativo em relação a 1997 (53,6%). No mesmo período, o percentual relativo aos homens caiu de 46,4 para 42,9% (BRASIL, 2008a). Entretanto, observa-se que a desigualdade salarial se amplia à medida que o grau de escolaridade aumenta (BRASIL, 2006a).

Ainda de acordo com o IBGE (BRASIL, 2010c), em todos os grupos de idade definidos, as mulheres apresentaram uma taxa de escolarização superior à dos homens, fato que se repetiu em todas as regiões, em quase todos os grupos de idade. Houve exceção apenas na Região Norte, no grupo etário de 15 a 17 anos de idade, em que os homens apresentaram uma taxa 0,3 ponto percentual maior que a das mulheres.

O aumento da escolaridade entre as mulheres, por outro lado, é um fenômeno mundial e as tem estimulado para novos valores e níveis de aspiração. Isso tem refletido no comportamento reprodutivo e, em consequência, na diminuição das taxas de fecundidade e, comprovadamente, na taxa de mortalidade infantil. Vários estudos demonstram que a taxa de mortalidade infantil é inversamente proporcional aos anos maternos de estudo. Os valores altos das taxas de analfabetismo estão estritamente relacionados ao poder aquisitivo da população, assim, quanto menor o rendimento, maior o grau de analfabetismo da população.

Outro fato importante em relação às mulheres brasileiras é que elas possuem, em média, um ano a mais de escolaridade na comparação com os homens, tanto na população total quanto na ocupada, o que reflete uma diferença de gênero favorável às mulheres (BRASIL, 2006a, 2008a).

No entanto, ainda persistem grandes desigualdades entre os sexos, em especial, no mercado de trabalho, nos salários e na política, além

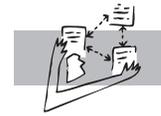
de milhares de mulheres vítimas da violência doméstica em nosso país. Nesta direção, foram desenvolvidas várias iniciativas governamentais e da sociedade civil, dentre as quais destacamos: II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180; Programa Gênero e Diversidade na Escola; Programa Mulher e Ciência; Programa Pró-Equidade de Gênero; Programa Trabalho e Empreendedorismo das Mulheres; Programa Trabalho, Artesanato, Turismo e Autonomia das Mulheres; Programa Mulheres Construindo a Autonomia; Programa Organização Produtiva de Mulheres Rurais; Incentivo à Formalização do Emprego Doméstico; Ampliação da Licença-Maternidade; Campanha Mais Mulheres no Poder; Revisão da Legislação Eleitoral; Observatório Brasil da Igualdade de Gênero; Comitê Técnico de Estudos de Gênero e Uso do Tempo; Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural; Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar; Assistência Técnica e Extensão Rural para Trabalhadoras Rurais; Medidas de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (BRASIL, 2010e).

Vamos recordar...

É considerada analfabeta a pessoa que declara não saber ler nem escrever um bilhete simples no idioma que conhece; a que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu; e a que apenas assina o próprio nome. O analfabetismo funcional refere-se à pessoa que, mesmo com a capacidade de decodificar minimamente as letras – geralmente frases, sentenças e textos curtos – e os números, não desenvolve a habilidade de interpretação de textos e de fazer as operações matemáticas. Também é definido como analfabeto funcional o indivíduo maior de 15 anos e que possui escolaridade inferior a quatro anos (antigo ensino primário).

Você tem ideia de como está a situação em seu território? De homens e mulheres?

Atividade 1



a) Faça um levantamento de dados sobre as condições de vida das mulheres de seu território com idade acima de 10 anos. As questões a seguir têm por objetivo orientar o processo de coleta de dados.:

- Qual é o número de mulheres acima de 10 anos e sua distribuição por faixa etária?
- De onde elas vieram e para onde vão quando se mudam de seu território?
- Quais são as principais estratégias de sobrevivência dessas mulheres?
- Quantas são chefes de família?
- Quais são suas principais ocupações e o que fazem para se sustentar?
- Quanto ganham pelo trabalho realizado?
- Qual é sua escolaridade (grau de escolaridade, número de alfabetizados, número de analfabetos e analfabetos funcionais)?
- Verifique também, qual é a taxa de fecundidade total das mulheres (número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo) do município? Cecilia, por favor introduza este item na atividade, pois ficara mais coerente com o conteúdo solicitado na prova.

b) Com base nesses dados e na observação do seu dia a dia, elabore uma análise reflexiva sobre as condições de vida das mulheres que residem em seu território e suas principais estratégias de sobrevivência.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

É provável que, ao fazer a análise reflexiva, você tenha percebido que as insuficiências e as desigualdades que se manifestam em um dado espaço geográfico são reflexos da história social, econômica e cultural das mulheres que ali residem. Para os grupos sociais mais vulneráveis – mulheres residentes em área rural, negras e índias – as desigualdades enfatizam a exclusão histórica.

É importante destacar, ainda, que as discussões sobre a questão das mulheres ganharam destaque nos cenários nacional e internacional. Desde a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, 1995, organizada pelas Nações Unidas, o Brasil e diversos outros países assumiram acordos e compromissos internacionais para o combate à discriminação e às desigualdades de gênero. Decorrentes disso, os governos têm buscado introduzir a abordagem de gênero no processo de formulação de políticas públicas, como um mecanismo para promover ações mais eficazes para o desenvolvimento humano e social das mulheres (BRASIL, 2011c).

No Brasil, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que representou um avanço e um reconhecimento da necessidade de se terem políticas específicas que tratem a questão de gênero como uma das áreas prioritárias da ação governamental e não somente como um tema transversal nas políticas públicas. Com isso, o Brasil tem assumido os acordos e compromissos internacionais para o combate da discriminação e das desigualdades de gênero, o que resultou na criação da Plataforma Brasileira de Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DESCA), em 2000. Esse projeto atua monitorando os compromissos do Brasil no campo dos direitos humanos com o apoio de diversas organizações brasileiras e internacionais. O trabalho dessas instituições tem sido fazer cumprir a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), as deliberações do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD).

Para obter maiores informações sobre as políticas voltadas para a mulher no Brasil, recomendamos o site da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a leitura dos documentos:

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_PNPM.pdf. Acesso em: 16 jan.2013.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: <http://spm.gov.br/pnpm/pnpm>. Acesso em: 31 maio.2013.

Cecilia, inclui mais esta citação de autor, ok? Já inclui também nas referências.

Parte 2

Como adoecem e morrem as mulheres brasileiras?

Na primeira parte, você identificou como vivem as mulheres de seu território. Agora você vai refletir sobre como essas desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer dessas mulheres. Ao ocupar lugares de subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde-doença. Por se encontrar com mais frequência em situação de pobreza, trabalhar mais horas e gastar pelo menos a metade do tempo de que dispõem com atividades não remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesma (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d c), houve uma redução de 12% na mortalidade feminina nos últimos 10 anos (2000 a 2010). A taxa de mortalidade caiu de 4,24 óbitos por mil mulheres para 3,72. As doenças do aparelho circulatório, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto, estão entre as principais causas de mortalidade feminina, representando 34,2%. Embora tenha ocorrido uma queda das doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração no período de 2000 a 2010, as taxas ainda são consideradas altas. Desse modo, o AVC diminuiu de 43,87 para 34,99, e as doenças isquêmicas do coração, como o infarto, caiu de 34,85 para 30,04.

Entre os principais fatores de risco, encontra-se a falta de exercícios físicos e uma dieta rica em gordura saturada, cujos efeitos incidem sobre o aumento dos níveis de colesterol e hipertensão (BRASIL, 2012d c).

A segunda causa de óbitos femininos são as neoplasias que representaram 18,3% do total de mortes, em 2010. O câncer de mama teve o maior índice 2,8%, seguido pelo câncer de pulmão 1,8% e pelo câncer do colo do útero 1,1% (BRASIL, 2012d c).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011d), as estimativas de câncer para o ano de 2012 (validas também para 2013), apontam 52.680 casos novos de câncer da mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil), se não levarmos em conta os tumores da pele não melanoma. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil).

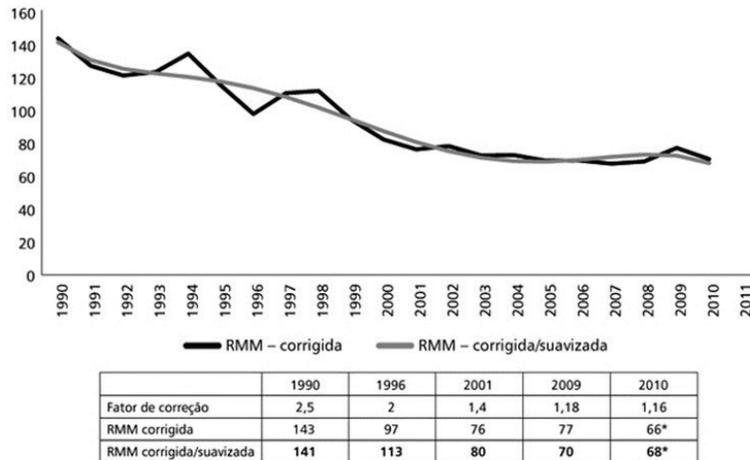
Em relação ao câncer do colo do útero, esperam-se 17.540 casos novos no Brasil, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011d). No entanto, sua incidência varia de acordo com as regiões do país. Se não levarmos em consideração os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Já nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), ocupa o segundo lugar na incidência, na região Sudeste (15/100 mil) ocupa a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição.

Nesse sentido, foi lançado, em 2011, o Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama, cujas ações preveem a incorporação de um dos mais eficientes medicamentos de combate ao câncer de mama, o trastuzumabe, bem como a expansão dos serviços de radioterapia no país, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2012d c).

Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório e neoplasias ocorrem mais na faixa etária a partir dos 30 anos. Entre as mulheres de 10 a 29 anos de idade, as causas externas, principalmente devido a acidentes e agressões, são mais frequentes, causando não somente os óbitos, como também sequelas físicas e emocionais. Nos menores de 10 anos, predominaram as afecções perinatais (BRASIL, 2012d).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e f), nos últimos 20 anos houve uma queda de 50% no indicador razão da mortalidade materna no Brasil, chegando a 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, em 2010, como pode ser verificado no Gráfico 3 (BRASIL, 2012e).

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna estimada pelo Ministério da Saúde, Brasil 1990 a 2010.



*Dados preliminares para 2010.
Fonte: SIM-CGIAE/DASIS/SVS/MS.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

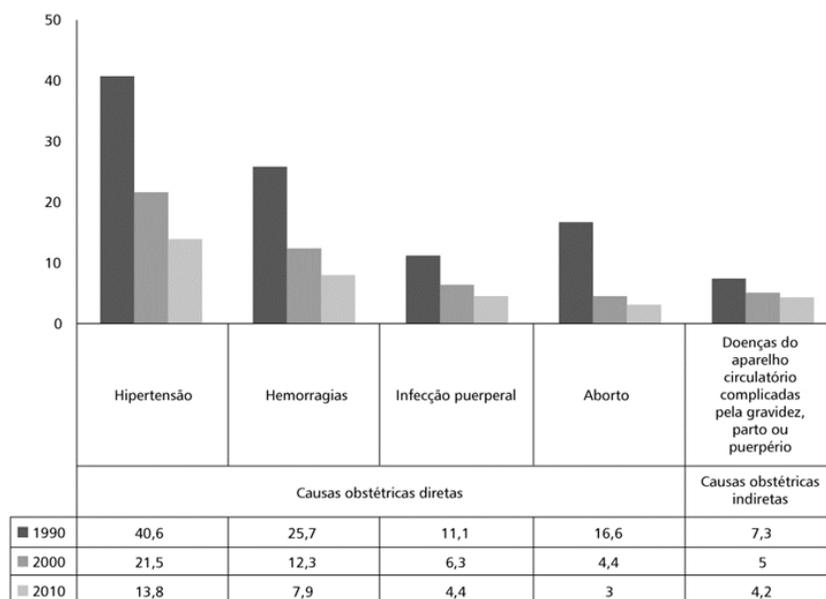
Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e f), as duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia seguidas pela infecção puerperal e o aborto. Essas causas são consideradas como obstétricas diretas, porque resultam de complicações que surgiram durante a gravidez, o parto ou o puerpério, (período de até 42 dias após o parto). Ou seja, foram resultantes de intervenções, ou da falta delas, omissões, tratamento incorreto, etc. As causas indiretas são aquelas relacionadas com doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, dentre elas, a de maior importância epidemiológica tem sido a doença do aparelho circulatório (BRASIL, 2012e).

No Gráfico 4 (BRASIL, 2012e), é apresentada a razão de mortalidade materna por causas específicas de morte entre 1990 e 2010.

Glossário

Razão de mortalidade materna: número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado (morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais).

Gráfico 4 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte (por grupos de 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1999, 2000 e 2010.



*Dados preliminares para 2010; extração de dados do SIM em maio de 2012.
Fonte: SIM-CGIAE/DASIS/SVS/MS.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

Como pode ser verificado, houve uma redução de 66,0% no risco de morte por hipertensão; de 69,3% por hemorragia; de 60,4% por infecção puerperal; de 81,9% por aborto; e de 42,5% por doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério. No entanto, as maiores quedas ocorreram entre as mortes decorrentes do aborto e hemorragia (BRASIL, 2012e).

De um modo geral, vem ocorrendo queda da mortalidade materna, provavelmente devido a diversos fatores, como a introdução de várias medidas governamentais, entre as quais se destacam a inclusão, na declaração de óbito (DO), de uma variante que permite identificar as grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto, a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, a expansão da rede pública de saúde e das ações de pré-natal, parto e puerpério e de planejamento familiar e a melhora de registro (BRASIL, 2011a).

Em maio de 2012, o relatório Trends in maternal mortality (Tendências da Mortalidade Materna): 1990 a 2010 (WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK, 2012), apontou que no período compreendido entre 1990 e 2010,

houve uma redução de 51% no número de mortes maternas, ou seja, queda de 120 para 56 mortes maternas a cada 100 mil nascimentos. Desse modo, o Brasil, conseguiu um progresso substancial para atingir o ODM de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015. Porém, para atingir a meta, o número de mortes maternas deveria chegar a 35% em 2015.

Ressalta-se, também, que o Ministério da Saúde lançou em 2011, a estratégia Rede Cegonha, que vem ampliando e qualificando a assistência à mulher e ao bebê, com destinação de R\$ 3,3 bilhões para execução das ações da rede, além de mais de R\$ 89 milhões para fortalecer o pré-natal no SUS. Nesse sentido, mais de 4.800 municípios já aderiram à estratégia, com a previsão de atendimento de mais de dois milhões de gestantes no país (BRASIL, 2012d).

No entanto, existe ainda, intensa medicalização no momento do parto, seja por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas ou pela prática abusiva de cesarianas. Geralmente, a parturiente é isolada de seus familiares e verifica-se a falta de privacidade e desrespeito à sua autonomia. A atenção ao puerpério precisa ser mais bem assistida pelos serviços de saúde, cuja preocupação maior tem sido o atendimento ao recém-nascido.

Procure saber

Como está a razão de mortalidade materna (RMM) em seu município?
Como tem sido a atuação do Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal?

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), além de provocar danos graves à saúde das mulheres, são consideradas o principal facilitador da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* – HIV). As complicações mais frequentes das DSTs nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica – responsável por infertilidade, dor crônica, gravidez ectópica, mortalidade materna e a predisposição ao câncer de colo de útero. Neste último caso, existe estreita relação com alguns subtipos de vírus do papiloma humano (*human papilloma virus* – HPV) e a imunodeficiência promovida pelo HIV (BRASIL, 2011c).

Embora o Brasil tenha desenvolvido um programa de controle de DST/AIDS, que é exemplo para vários países, ainda apresenta dados preocupantes, principalmente em relação às mulheres, cujas taxas de infecção aumentou assustadoramente nas últimas décadas. Segundo

o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e), em 1985, para cada 26 casos de aids entre homens, havia um caso entre mulheres. Em 2010, essa relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres. Sabe-se que entre as mulheres afetadas a relação heterossexual, consensual, sem proteção e principalmente envolvendo afeto tem sido a maneira mais frequente de transmissão (VILLELA; DINIZ, 1998).

Para compreender como isso ocorre, é necessário recorrer ao conceito de vulnerabilidade, que utiliza fatores de diferentes naturezas – individual, social e político – para explicar o que tem facilitado a exposição de mulheres ao HIV. A dependência financeira e emocional em relação ao parceiro, por exemplo, pode representar constrangimento concreto para que as mulheres passem a negociar o uso de camisinha nas relações sexuais com os parceiros, principalmente aqueles que são os provedores. Ressalta-se, ainda, que a prevenção e o controle das DSTs são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva, principalmente entre as mulheres (BRASIL, 2011c).



Para mais informações

Acesse a Rede Feminista de Saúde no site <<http://www.redesaude.org.br/>>

As mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde

Este é um fato de fácil observação: as mulheres são as maiores usuárias do sistema de saúde, tanto para resolver as próprias demandas, como parte do cuidado que dispensam aos seus familiares, parentes, amigos e vizinhos (BRASIL, 2011c).

Em que pesem as facilidades de acesso aos serviços públicos, principalmente os destinados à saúde e a educação, outros padrões de vida incorporados pela sociedade brasileira geraram profundas repercussões na taxa de fecundidade. Em parte, devido ao acelerado processo de urbanização, que levou à inversão da relação população urbano/rural. Se na zona rural a família numerosa era muito bem-vinda devido à possibilidade de mão de obra para sobrevivência da família, no centro urbano o número de filhos tornou-se um problema diante do custo para a manutenção da família. Outros fatores, como tipo de alimentação, sedentarismo, tabagismo, sobrecarga de responsabilidades, aliados ao estresse advindo dos padrões de vida do mundo moderno, também têm gerado mudanças significativas no perfil epidemiológico das mulheres (BRASIL, 2006b).

Você tem uma ideia de como estão adoecendo as mulheres de seu território e/ou município?

Atividade 2

O objetivo da atividade é traçar um paralelo entre as condições de vida e o modo como as mulheres têm adoecido e morrido em seu território.

Realize um levantamento das principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres de seu território e/ou município a partir do início da idade fértil (10 anos de idade). Utilize o sistema de informação de sua unidade de saúde e/ou do município.

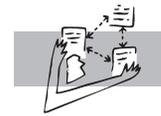
Não se esqueça de incluir os dados relativos à violência doméstica e sexual, mesmo que eles tenham visibilidade apenas nas estatísticas locais ou no atendimento no dia a dia das unidades básicas e visitas domiciliares.

Os itens a seguir servem de guia para o levantamento de dados:

- Quais são as principais causas de morbidade das mulheres de seu território e/ou município?
- Quais são as principais causas de óbito das mulheres do seu território e/ou município?
- Identifique as ações de saúde que são realizadas pela equipe de Saúde da Família para minimizar os problemas relacionados ao processo de adoecer e de morrer das mulheres do seu território e/ou município.
- Identifique o indicador razão de mortalidade materna para o seu município e as principais causas de morte materna. Verifique se existe e como esta atuando o Comitê de Investigação de Morte Materna.
- Partindo dos dados e das informações levantadas, proceda a sua tabulação e apresentação por meio de tabelas e gráficos. Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre como adoecem e morrem as mulheres que residem em seu território e/ou município.

Utilize os dados e a análise que você elaborou na Atividade 1 sobre as condições de vida e as principais estratégias de sobrevivência das mulheres no seu território e/ou município.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.





Seção 2

Construção de um protocolo de cuidados
que assegure os direitos sexuais e
reprodutivos da mulher

Agora que você já tem uma visão global de como vivem as mulheres de seu território e de como é o seu processo de adoecer e morrer, vamos refletir sobre a construção de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos. Nas últimas décadas, as mulheres vêm lutando pela garantia desses direitos, pois eles afetam diretamente o seu modo de levar a vida, incluindo o poder de planejar o tamanho de suas famílias.

Embora o Ministério da Saúde tenha colocado no elenco de suas ações as atividades que possibilitam às mulheres exercer melhor controle sobre suas vidas relativo ao número de filhos que desejam ter, na prática existe um profundo abismo entre os direitos reprodutivos assegurados pela Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996), e a possibilidade efetiva de exercê-los por meio do acesso aos métodos anticonceptivos e ao tratamento da infertilidade.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos constituem uma extensão dos direitos humanos e já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais (BRASIL, 2009a):

- o direito das pessoas de decidirem, de maneira livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;
- o direito à informação, aos meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos;
- o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência;
- a garantia dos direitos sexuais significa, também, o direito de escolher o parceiro ou parceira sexual e de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, bem como escolher se quer ou não ter relação sexual. Indica o direito ao sexo seguro com prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS, aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação e à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009a).

Ao final desta seção, esperamos que você seja capaz de

1. desenvolver uma base conceitual e a visão sobre a situação dos direitos sexuais e reprodutivos em seu território e /ou município;
2. identificar os principais aspectos necessários à construção de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos.

Parte 1

Um breve histórico dos direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos dos seres humanos em âmbito internacional foram firmados a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948. Desde então, ocorreram várias convenções internacionais nas quais foram estabelecidos os estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle para garantir um elenco de direitos considerados básicos à vida digna (BRASIL, 2005a).

Em 1994, a Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, provocou transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos e, em especial, ao conferir à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos um caráter primordial (BRASIL, 2005a). Ao ultrapassar os objetivos puramente demográficos e ao focalizar-se no desenvolvimento do ser humano, a Plataforma de Ação do Cairo definiu os direitos reprodutivos da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2005a).

Em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, os acordos estabelecidos no Cairo foram reafirmados e avançou-se na definição dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, tornando o primeiro mais autônomo em relação aos direitos reprodutivos. Nessa Conferência, o governo do Brasil assumiu o compromisso de fundamentar todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar, nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos. É importante salientar que os princípios de Pequim e do Cairo se opõem radicalmente à imposição de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas, ou seja, ao controle da natalidade (BRASIL, 2005a).

Desde as primeiras décadas do século XX, o Brasil passou a incorporar os problemas decorrentes da gestação e do parto às políticas nacionais de saúde. Até a década de 1980, verifica-se atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento familiar. Isso deu margem à atuação de diversas entidades financiadas por agências internacionais, a partir da década de 1960, cujo principal interesse era atuar na redução do crescimento populacional no país (BRASIL, 2005a).

Somente no ano de 1984 é que foi criado um programa que introduziu novo enfoque às políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, propondo uma abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), centrado na integralidade e na equidade das ações, contou com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades. O planejamento familiar passou a fazer parte de um elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa e os métodos anticoncepcionais passaram a ser distribuídos aos estados pelo Ministério da Saúde, ainda que de maneira descontínua, na segunda metade da década de 80 (BRASIL, 2005a).

Em 1997, o fornecimento de métodos contraceptivos foi interrompido em decorrência da decisão de descentralização de recursos federais para os estados e municípios, para favorecer o financiamento da assistência farmacêutica básica. No entanto, poucos estados e municípios incluíram os métodos anticoncepcionais na sua lista básica de medicamentos/insumos para aquisição (BRASIL, 2005a). Muito menos, ainda, foi realizado para aqueles que necessitavam de acesso a tratamentos especializados devido a problemas de infertilidade.

Em outubro de 2001, o Ministério da Saúde passou a ser responsável pela aquisição de métodos anticoncepcionais reversíveis, com distribuição descentralizada e trimestral para os municípios que atendessem a um dos seguintes critérios: ter pelo menos uma equipe do Programa de Saúde da Família habilitada, estar com o termo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento aprovado ou contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Os anticoncepcionais foram enviados em duas formas de kits: o kit básico, composto de pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona, minipílula e o preservativo masculino e o kit complementar composto de dispositivo intrauterino (DIU) e anticoncepcional injetável trimestral. Ressalta-se que o kit complementar só era enviado para os municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes ou que informavam possuir médicos capacitados para inserção do DIU (BRASIL, 2005a).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde passou a incluir, no grupo de responsabilidade do nível federal, os métodos anticoncepcionais no elenco de medicamentos/insumos para a atenção básica. A partir daí, o governo se propôs a cobrir progressivamente 100% da necessidade dos 5.561 municípios da Federação com pílula combinada de baixa dosagem e pílula só de progesterona (minipílula). Pactuou, também, a aquisição de pílula anticoncepcional de emergência, anticoncepcional injetável mensal e anticoncepcional injetável trimestral para os 5.223 municípios da Federação que, até março/2004, possuíam equipes de Saúde da Família cadastradas ou estavam aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Propôs, ainda, a aquisição do DIU e do diafragma para cobrir progressivamente 100% da necessidade, inicialmente para 1.200 municípios da Federação, em 2005, prevendo-se incremento de aproximadamente 350 municípios/ano para os anos de 2006 e 2007 (Brasil, 2005a).

No entanto, o que se observa no cotidiano das equipes de Saúde da Família é a irregularidade na oferta desses insumos e a desobrigação do governo municipal na sua aquisição. Como resultado, as atividades voltadas para os direitos reprodutivos e sexuais se encontram desestruturadas, sem a garantia de continuidade de suas ações. Há de se considerar um programa mais recente, que muito poderá contribuir para mais efetividade na disponibilização de anticoncepcionais, entre outros medicamentos: a Farmácia Popular.

Por outro lado, a disseminação dos métodos anticoncepcionais não naturais, nos anos 1960, possibilitou às mulheres melhor controle sobre o número de filhos e gerou, ao mesmo tempo, declínio de mais de 70,0% na taxa de fecundidade. Essa ocorrência foi potencializada pelo fenômeno da urbanização, a partir dos anos 1970.

A alta prevalência da laqueadura tubária nas mulheres brasileiras impõe a necessidade de reorganização da rede assistencial, com mais controle pela população feminina e incremento no uso dos métodos reversíveis. Conforme informação do Ministério da Saúde, 20,0% das mulheres que se submeteram à ligadura de trompas, em 2000, arrependeram-se (BRASIL, 2005a).

Pense nisso!

O planejamento familiar deve ser tratado no âmbito dos direitos reprodutivos e seu principal objetivo deve ser garantir às mulheres e aos homens o direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: ter ou não filhos. Como uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes. Veja o texto completo da Lei do Planejamento Familiar - Lei n. 9.263/96 de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996).

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que se possa garantir o exercício dos direitos reprodutivos. Para que isso se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar as mulheres e/ou homens a fazerem sua opção contraceptiva em cada momento da vida. O mesmo esforço deve ser desenvolvido para aqueles que desejam ter filhos e não conseguem ter acesso a tratamentos que facilitem esse direito.

Parte 2

Como garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos

Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em:

- práticas educativas permeando as ações de saúde;
- garantia de acesso a–os usuários;
- equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.);
- livre escolha do método contraceptivo;
- disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos;
- consultas e acompanhamento médico para os usuários;
- assistência nos casos de infertilidade conjugal.

Todavia, mesmo tendo todas as condições para garantir os direitos sexuais e reprodutivos, o profissional de Saúde da Família lida com situações que, num primeiro momento, parecem fugir de tudo aquilo que aprendeu durante a graduação e sua prática profissional, como a descrição, a seguir, vivenciada por um profissional da equipe de Saúde da Família.



Atividade 3

Leia o texto a seguir e registre qual seria a sua conduta, com argumentos que a justifiquem, caso você vivenciasse uma experiência semelhante. Tenha como referência a sua experiência como profissional da Saúde da Família e a Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar em nosso país (BRASIL, 1996).

Durante a visita domiciliar a uma família, deparei-me com uma mulher, mãe de sete filhos com idades entre dois e oito anos, no terceiro trimestre de gravidez. Fiquei muito triste em ver as condições precárias de higienização da casa e das pessoas que nela viviam. Todas as crianças apresentavam déficit nutricional e os cartões de vacinas estavam desatualizados. A mulher tinha um olhar de tristeza e uma postura submissa ao marido, que era garimpeiro e cujo salário não chegava a meio salário mínimo. A família foi orientada a melhorar as condições de higienização e alimentação, a retornar as crianças à escola e a atualizar as vacinas atrasadas. O casal foi orientado, também, sobre a importância do planejamento familiar para melhor qualidade de vida. Durante a abordagem, porém, não me senti muito à vontade, pois o marido, o tempo todo, se negava a aceitar as orientações, dizendo que o uso de anticoncepcionais, ligadura tubária e vasectomia era pecado.

Explicita e discuta a sua opção de conduta e a de seus colegas no fórum. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Parte 3

Bases para a elaboração de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos

Que aspectos devem ser levados em consideração pela equipe de Saúde da Família para elaboração ou revisão de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos? É o que abordaremos a seguir.

3.1| A comunidade conhece as atividades de planejamento familiar desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família?

É fundamental que sejam criadas facilidades para que as pessoas possam participar das atividades do planejamento familiar. Inscrições para os grupos operativos ou consultas devem ser abertas a todos os interessados e em horários variados. A divulgação da programação em escolas, associações comunitárias e outros locais que a equipe julgue estratégicos podem ampliar a participação de adolescentes e homens, que geralmente são menos presentes na unidade de saúde.

3.2| Como têm sido desenvolvidas as práticas educativas relativas ao planejamento familiar?

A informação sobre saúde reprodutiva é fundamental para que as pessoas possam fazer suas escolhas sobre contracepção e concepção. Porém, não basta só a informação. São necessárias outras ferramentas que possibilitem às pessoas refletir sobre as suas condições concretas de vida e como superá-las. Isso tem relação com as práticas educativas desenvolvidas pela equipe, tanto de forma individual quanto coletiva.

No caso da organização de grupos, é importante contar com a participação de pessoas da comunidade que possam contribuir com a desmistificação de tabus e crenças criados em torno dos métodos contraceptivos e daqueles relativos à fertilidade. O profissional de saúde poderá atuar como um facilitador, possibilitando escolhas conscientes sobre o método contraceptivo. A utilização de dinâmicas de grupo em oficinas de trabalho proporciona o clima propício para que as pessoas possam refletir sobre suas vidas de maneira lúdica. O uso de cartazes, álbuns seriados e kits com exemplares dos métodos reversíveis são complementos fundamentais para o desenvolvimento desses grupos educativos.

3.3| Como tem sido a participação da equipe profissional multidisciplinar nas atividades relativas aos direitos sexuais e reprodutivos?

A participação de profissionais médicos, enfermeiros, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, agentes comunitários de saúde, etc. com seus diferentes saberes enriquece a atividade e amplia a capacidade operacional da equipe. Portanto, a elaboração do protocolo para esta atividade deve contar com os vários profissionais e também com os usuários do serviço, que poderão contribuir com questões bem concretas em relação à operacionalização da proposta.

3.4| Como os usuários participam da escolha dos métodos contraceptivos?

Nas discussões sobre cada método, a equipe deve enfatizar as características de cada um, atentando para que suas impressões pessoais não influenciem nessa abordagem. Após conhecer as vantagens e desvantagens de cada método, o usuário terá melhores condições de escolher qual se enquadra melhor na sua própria vida. Caberá a você avaliar se há contraindicação ao método escolhido e orientar para o seu uso.

Recomendamos as leituras:

O artigo “Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família” que se encontra no site: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf

Manual Técnico: Assistência em Planejamento Familiar (BRASIL, 2002) no site: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010f. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf

Acesso em: 31 mai. 2013. Cecília, se não atrapalhar a diagramação, por favor inclua esta citação. Já coloquei nas referências. Se ficar melhor, poderá colocar no final, logo após a descrição da Atividade 4

3.5| Como é realizada a assistência nos casos de infertilidade conjugal?

O apoio e a orientação para casais com dificuldade para engravidar após um a dois anos de vida sexual sem proteção contraceptiva também é uma atividade do programa de planejamento familiar. Na rede pública, ainda são poucos os serviços especializados para tratamentos de casais inférteis e os custos são altos. Mesmo quando o SUS disponibiliza o tratamento, são poucas as opções de medicações, não atendendo todas as indicações. Entretanto, o médico da equipe poderá proceder à propedêutica inicial e tratamento de casos menos complexos e orientar sobre os centros especializados. Fatores masculinos podem ser responsáveis por até 40,0% dos casos de infertilidade. Assim, ambos os parceiros devem ser avaliados, mesmo diante de evidências de alteração em algum deles.

Para aqueles que desejam aprofundar esta temática, recomendamos a leitura do capítulo “Propedêutica Básica da Infertilidade Conjugal”, do livro: CAMARGOS, A. et al. Ginecologia ambulatorial. 2. ed. Belo Horizonte, 2008.

3.6| Como é tratada a contracepção de emergência por sua equipe?

Segundo a política de direitos sexuais, a contracepção de emergência (CE), ou uso da pílula do dia seguinte, deve ser de conhecimento amplo, para que seja oportunamente utilizada. Toda pessoa que tenha tido falha no método utilizado, por exemplo, ruptura do condom, esquecimento da pílula ou que tenha tido relação sexual não protegida, pode optar pelo uso da CE até 72 horas após o coito.

Sua distribuição faz parte da política pública federal para os estados ou diretamente para os municípios. A informação sobre o assunto por parte de profissionais e da população, bem como a disponibilidade e distribuição ágil do medicamento ainda são insatisfatórias, limitando a utilização da pílula do dia seguinte. A falta de informação tem gerado, por parte de muitas usuárias, a utilização da pílula do dia seguinte como método contraceptivo, o que tem sido extremamente contraindicado, devido aos efeitos colaterais ocasionados pelas altas dosagens hormonais sobre o corpo da mulher.

3.7| Existe disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos para os usuários de seu território e/ou município?

O usuário deve ter garantia da continuidade da oferta do método escolhido. Essa disponibilidade é fundamental para o sucesso do programa e, também, para que a escolha pelos métodos irreversíveis (vasectomia e ligadura de trompas) não seja a única maneira de contracepção continuada. Para se ter uma ideia da quantidade mensal necessária, consulte periodicamente as estatísticas de utilização de cada um dos métodos disponíveis.

É fundamental que o planejamento e/ou a implantação da atividade de planejamento familiar seja feito sob a forma de um projeto, para influenciar e impactar os órgãos competentes.

Atividade 4

Para que você possa identificar se existem garantias para os usuários de seu município em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, é necessário proceder a uma análise da situação, com base nos dados seguintes:

- Verificar na unidade básica de saúde (UBS) como estão sendo realizados a captação, o cadastro e o acompanhamento da atividade de planejamento familiar.
- Verificar se existem atividades de grupo e como são desenvolvidas – relações educativas estabelecidas, periodicidade, número de reuniões por mês, número de pessoas.
- Levantar que métodos estão disponíveis e se a quantidade é suficiente para atender à população do município.
- Identificar o tipo de capacitação que os profissionais receberam para desenvolver as atividades.
- Verificar a existência de referência para casais inférteis e com indicação de contracepção definitiva.

Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre os direitos sexuais e reprodutivos em seu município.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.





Seção 3

A construção de um protocolo de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério

Por que prestar assistência à mulher que está num estado fisiológico e natural, passando por uma gestação? Para que ela deve ter assistência, consultas, orientações, vacinas e exames?

Em torno de 75% das gestantes não desenvolvem complicações. Entretanto, 25% delas apresentam alto risco envolvendo duas vidas: a da gestante e de seu futuro recém-nascido.

Você deve estar atento para a detecção desses riscos, sendo este um dos objetivos principais da assistência pré-natal. O cuidado básico no período pré-natal pode contar com ações que variam do simples ao complexo. A qualidade da assistência não é, necessariamente, proporcional à sofisticação da tecnologia utilizada, uma vez que a maioria dos agravos pode ser prevenida por tecnologias de pouca complexidade e custo.

A morte materna obstétrica acontece por causas evitáveis em mais de 90% dos casos. As principais causas são as infecções, doenças hipertensivas e hemorragias. Todas preveníveis!

Considerando esse cenário, vamos abordar nesta seção 3, em quatro partes, a assistência à mulher durante a gestação.. Serão discutidos a organização de um protocolo de assistência à gestante com captação precoce, o calendário de consultas, as rotinas nos atendimentos e os grupos de gestantes; o acompanhamento do pré-natal por meio de avaliação clínica e laboratorial com detecção de risco gestacional; a orientação à gestante quanto ao desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério; e a detecção do risco gestacional e encaminhamento para níveis mais complexos de assistência.

Esperamos que, ao final desta seção, você consiga

1. analisar a assistência desenvolvida pela sua equipe às mulheres gestantes e puérperas;
2. elaborar uma proposta de reestruturação da atenção pré-natal em seu território e/ou município.

Parte 1

Bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à gestante

Para que você e sua equipe possam construir ou atualizar o protocolo de cuidados à mulher durante o pré-natal e puerpério, inicialmente é preciso identificar o número de gestantes existente em seu território e a infraestrutura física, laboratorial e de referência. Com essa estimativa, você poderá fazer uma avaliação da cobertura e do planejamento do número de visitas, atendimentos, exames laboratoriais, quantitativo de material gráfico, etc. Se esse dado não estiver disponível, você pode estimar em aproximadamente 4% o percentual de gestantes, numa determinada população feminina.

Outro aspecto que deve ser avaliado diz respeito ao acesso às informações disponíveis na unidade básica de saúde (UBS). Para isso, é necessário saber se os prontuários e outros documentos importantes estão bem preenchidos e acessíveis. Uma boa estratégia para fazer essa avaliação é discutir com a equipe as principais dificuldades encontradas nos registros das informações coletadas das usuárias durante os momentos em que elas procuram o serviço. É importante definir o papel de cada profissional para que seus registros expressem as várias competências envolvidas no cuidado às gestantes e puérperas.

Para construir os protocolos que constituirão a linha de cuidado da assistência à gestante, algumas questões necessitam ser analisadas, inicialmente, para que se tenha a dimensão de como serão as atividades de apoio à gestante, desde o diagnóstico da gravidez até o puerpério. Então vamos lá!

1.1| O cartão da gestante está sendo preenchido a cada atendimento?

O cartão da gestante permite que as informações sobre a saúde da gestante e o acompanhamento de pré-natal sejam de conhecimento de todos os profissionais que vierem atendê-la no ambulatório ou na maternidade. O Ministério da Saúde distribui esse cartão para todos os municípios. Caso a sua unidade não o possua, solicite-o à Secretaria Municipal de Saúde para que você possa implantá-lo no seu serviço.

1.2| Como você e sua equipe têm prestado assistência à gestante e à puérpera?

É importante enfatizar que os protocolos são diretrizes clínicas escritas de maneira mais detalhada, “que constituem recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou doença de uma rede e em um determinado ponto de atenção à saúde” (MENDES, 2006, p. 23).

A construção de uma linha de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério envolve a participação de toda a equipe de saúde e deve ser elaborada de maneira coletiva. Isso implica pensar em como trabalhar com outros profissionais, isto é, de que maneira o meu trabalho interfere no do outro e vice-versa. É importante estar atento a questões como: o meu trabalho ajuda, acrescenta, facilita ou atrapalha o trabalho da equipe de saúde? Ressalte-se que um trabalho interdisciplinar e interprofissional exige abertura para ouvir o outro, aprender algo novo, respeitando as diferenças, reconhecendo os limites, a identidade e as particularidades de cada pessoa e profissão (MINAS GERAIS, 2006).

1.3| Como é realizado o acolhimento das gestantes que estão sob a responsabilidade de sua equipe?

É no cotidiano dos serviços de saúde que as atitudes e ações entre os profissionais da equipe de saúde e as usuárias dão visibilidade ao que denominamos humanização. Como exemplo de acolhimento, pode ser

citada a maneira cordial de atender as usuárias, chamando-as pelo nome e também se apresentando, escutando com atenção e valorizando o que é dito, fornecendo as informações sobre os procedimentos e condutas, incentivando a presença de um acompanhante, quando necessário (BRASIL, 2008c). No entanto, acolher é mais do que um tratamento cordial. Significa o provimento de recursos necessários para a assistência, a organização de protocolos com procedimentos que comprovadamente tragam benefícios à mulher e ao conceito.

Salienta-se, também, a necessidade do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, com garantia de privacidade e autonomia e o compartilhamento das decisões e condutas a serem tomadas. Implica, também, a garantia de encaminhamento para serviços de referência que realmente possam assisti-las nos momentos das intercorrências e durante o pré-natal, parto e puerpério.

Assim, acolher significa respeitar a autonomia e o protagonismo das mulheres, valorizando a corresponsabilidade, a construção de vínculos solidários e a participação coletiva, tanto no processo de atenção como na gestão (BRASIL, 2008d).

1.4| Como é realizado por sua equipe o acompanhamento da participação das gestantes nas atividades desenvolvidas no pré-natal?

Este é um ponto crucial no trabalho de toda equipe: como ter à mão os dados relativos à participação das gestantes nas atividades propostas. Uma ficha preenchida no momento do cadastro da gestante contendo sua identificação, data provável do parto e data da próxima consulta pode ser suficiente para esse controle. Ela poderá ser colocada em um arquivo, mês a mês (ou semana a semana), de acordo com a data marcada para o próximo retorno. Ao final de cada mês (ou semana), só restarão na pasta respectiva daquele mês (semana) as fichas das gestantes faltosas. As demais deverão ter mudado de pasta para aquela relativa à data do próximo retorno (a exemplo do cartão espelho da vacina). Esse controle permitirá à sua equipe organizar visitas domiciliares para saber o motivo das faltas. O mesmo tipo de registro pode ser feito em relação à participação nas atividades educativas.

1.5| Quantas consultas estão sendo disponibilizadas para cada gestante?

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), o calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam mais risco materno e perinatal. É fundamental que ele seja iniciado precocemente, ou seja, no primeiro trimestre. Assim, o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. O espaçamento menor das consultas no último trimestre visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2005b).

Em uma situação ideal, o acompanhamento poderia ser mensal até o sétimo mês, quinzenal até o oitavo e semanal até o parto. Consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros proporcionam assistência mais completa e possibilita o acompanhamento mais frequente.

A avaliação odontológica também é fundamental e representa ganho na qualidade da assistência. Lembre-se de que a assistência pré-natal estende-se até o parto, não existindo “alta”. É na consulta pós-parto que se encerra esse ciclo assistencial do pré-natal.

Uma vez levantados os aspectos gerais relativos à organização do pré-natal, agora vamos aprofundar o conhecimento em relação às ações que constituem a avaliação do estado de saúde da gestante. Mas, antes, vamos refletir sobre uma situação hipotética de atenção pré-natal.

Atividade 5

Leia a situação a seguir:

"MSPN, 32 anos, residente na periferia de uma cidade de médio porte, tem escolaridade primária, é casada há sete anos, profissão do lar, está na quinta gestação; teve dois partos e dois abortos (G5P2A2). Os partos foram por cesariana, o último há dois anos, época de sua última consulta nas ações programáticas de saúde da mulher. Tem dois meninos, com seis e dois anos, respectivamente, e o segundo filho nasceu prematuro, com 34 semanas, pois MSPN teve aumento de pressão arterial. Responsável por todas as tarefas domésticas e pelos cuidados aos filhos, só comparecia à unidade básica de saúde para controle periódico de hipertensão arterial, estando bem controlada com o uso de hidroclorotiazida e propranolol. Em um desses atendimentos, referiu atraso menstrual de três meses; fez teste de gravidez e foi encaminhada para o pré-natal. Fez duas consultas de pré-natal, sendo a primeira com 24 semanas, quando apresentava pressão arterial de 130/80 mmHg. O médico suspendeu os anti-hipertensivos e solicitou os exames da rotina pré-natal. Retornou com 29 semanas com ganho de seis quilos, edema de +++/++++ e níveis pressóricos de 150/100 mmHg. O médico prescreveu metildopa, 250 mg duas vezes ao dia e agendou retorno após sete dias. Foi orientada a procurar um serviço com pré-natal de alto risco, sendo indicado o hospital que oferecia esse tipo de assistência. Dez dias após esse atendimento, a gestante deu entrada na Maternidade, apresentando bradicardia, hemorragia genital e transtorno de consciência, evoluindo para parada cardiorrespiratória e óbito. Foi realizada cesariana de emergência, sendo encontrado hemoperitônio. O recém-nascido viveu por mais seis horas. Foi constatado óbito e solicitado necropsia. O laudo do Instituto Médico Legal atestou que a usuária completara 36 semanas de gravidez e atestou as hipóteses diagnósticas de eclâmpsia, com descolamento prematuro de placenta."

Analise a situação apresentada tendo como referência, entre outros aspectos: ações de planejamento familiar, atenção pré-natal, integralidade da atenção, responsabilidade da equipe, uso de protocolo.

Vamos discutir no fórum.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Parte 1

Bases para a elaboração de um protocolo de atenção pré-natal com detecção de risco gestacional

Uma vez levantados os aspectos mais gerais em relação à organização do pré-natal, vamos aprofundar o conhecimento sobre as ações que devem constar no protocolo de avaliação do estado de saúde da gestante e que contribuem para a garantia da integralidade da assistência à mulher.

Iniciamos com a anamnese e o exame físico, para o que disponibilizamos informações detalhadas no Apêndice A. Após a anamnese e exame físico, a equipe deverá fazer a análise de dados, avaliação de risco e formulação de diagnósticos, solicitação de exames, prescrições de medicamentos e vacinas, orientações gerais com explicações sobre as condutas. Não se esqueça do preenchimento completo do prontuário e do cartão da gestante, no qual deverá estar indicada, também, a data do retorno.

A prescrição de medicamentos por qualquer profissional da equipe deve ser discutida com o médico que está fazendo o acompanhamento da mulher. Além disso, no caso do enfermeiro, a prescrição de medicamentos está condicionada ao seu estabelecimento em “programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” segundo a Lei 7498/86 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 1986).

2.1| Que exames laboratoriais devem ser realizados durante o pré-natal?

Alguns exames são obrigatórios e devem ser solicitados na primeira consulta. São eles:

- grupo sanguíneo e fator Rh, com realização periódica do teste de Coombs indireto para aquelas com fator Rh negativo;
- hemograma;
- exame para toxoplasmose;
- glicemia de jejum;
- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test);
- anti-HIV deverá ser oferecido a todas as gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste;
- exame de urina de rotina (EUR).

A bacteriúria assintomática deve ser tratada nas gestantes, pois pode levar a infecções perinatais e parto prematuro, entre outros riscos; a urocultura deverá também ser realizada.

A repetição de dosagem de hemoglobina, VDRL, anti-HIV, glicemia e EUR, no terceiro trimestre, é também muito importante.

Caso o serviço de saúde onde sua equipe esteja inserida possibilite, o pré-natal poderá ganhar muito em qualidade se também fizerem parte da rotina os seguintes exames:

- pesquisa de HbsAg;
- ultrassonografia fetal; e
- exame imunológico para rubéola.

Considerando-se que não existe nenhuma ação ou tratamento que possa interferir na transmissão vertical da rubéola, esse exame serve para diagnóstico sorológico materno, predição de risco para rubéola congênita e indicação de futura vacinação. Contudo, deve-se avaliar a relação custo/benefício antes de inseri-lo na rotina de pré-natal.

Para fazer uma revisão em relação aos exames complementares solicitados no pré-natal, proceda à leitura do texto "Avaliação e condutas em relação aos principais exames laboratoriais solicitados à gestante durante o pré-natal", que se encontra no Apêndice B.

2.2| Como tem sido o acompanhamento da saúde bucal das gestantes pela sua equipe de Saúde da Família?

O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do recém-nascido (BRASIL, 2008e). Assim, a equipe de Saúde da Família deve trabalhar integrada no acompanhamento da saúde bucal da gestante. A avaliação clínica realizada nas consultas pré-natais deve incluir a avaliação bucal por parte dos profissionais de saúde. Devem ser garantidos, também, a avaliação e o tratamento individual odontológico para controle de placa bacteriana, além de medidas odontológicas preventivas que garantam conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2008e).

Embora as exodontias ou cirurgias não sejam contraindicadas, a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez deve ser avaliada. A doença periodontal, por outro lado, também é resultante da gravidez. A resposta do periodonto é influenciada pelas alterações na composição da placa subgengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais. É importante ressaltar que a gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2008e).

Em cada período de gravidez, os seguintes aspectos devem ser considerados:

- 1.º trimestre: é o período menos adequado para tratamento odontológico devido às principais transformações embriológicas. Nesse período, devem-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.
- 2.º trimestre: é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, de acordo com as indicações.
- 3.º trimestre: é prudente evitar tratamento odontológico nesse período devido ao risco de hipotensão postural. O desconforto na cadeira odontológica é muito frequente. Assim, somente as urgências devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação (BRASIL, 2008e).

Quando houver necessidade do emprego de medicamentos ou uso de anestésico local, o médico deve ser consultado. A tetraciclina deve

ser evitada, pois pode causar pigmentação nos dentes do recém-nascido como efeito colateral. Se for necessária a realização de radiografias, a gestante deve ser protegida com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, deverão ser utilizados filmes ultrarrápidos (BRASIL, 2008e).

Os dentes decíduos dos recém-nascidos começam sua formação a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. Dessa maneira, o uso de medicamentos, a ocorrência de infecções e as deficiências nutricionais devem ser evitados porque podem acarretar problemas nos dentes dos recém-nascidos (BRASIL, 2008e).

Para ler mais sobre os cuidados com a saúde bucal da gestante (e da criança) consulte:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012f. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 31 mai. 2013.

Cecilia, como havia espaço acrescentei o Manual de Pre-natal, já inclui na bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SERVIÇO SOCIAL DO COMERCIO. Divisão Nacional. Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf>

2.3| Você sabe como indicar a vacinação antitetânica para a gestante?

Embora o calendário de vacinação da gestante seja de ampla divulgação, observamos no cotidiano do trabalho da equipe de saúde a ocorrência de alguns equívocos em relação à indicação da vacina antitetânica. A imunização da gestante previne o tétano neonatal e está disponível em todo o território nacional sob a forma de vacina dupla (tétano e difteria) ou toxoide tetânico.

Vamos recordar!

- Gestante sem imunização prévia: primeira dose até o quarto mês e as duas seguintes com intervalo de 30 a 60 dias; ou seja, segunda dose até o sexto mês; terceira dose: até o oitavo mês.
- Gestante vacinada previamente, até há cinco anos: considerá-la imune; se há mais de cinco anos, aplicar dose de reforço.
- Gestante com imunização incompleta: completar dose(s) faltante(s).
- Reforços: de 10 em 10 anos; a dose de reforço deve ser antecipada se nova gestação ocorrer após cinco anos.

OBSERVAÇÃO: a última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto. Portanto, fique atento aos prazos para não perder as oportunidades de atualização do calendário de vacinação durante as visitas da gestante à unidade básica de saúde! Mantenha também um registro dessa vacina.

2.4| Como sua equipe tem desenvolvido as atividades educativas com as gestantes e puérperas do seu território e/ou município?

Inicialmente, salientamos que um grupo pode constituir-se em rico espaço de socialização para a mulher, onde suas dúvidas, crenças, temores, convicções serão acolhidos e compartilhados. Este é um espaço importante tanto para as informações básicas sobre as modificações, os sinais e sintomas fisiológicos em cada fase da gravidez, cuidados com o corpo, com as mamas, amamentação e cuidados com o recém-nascido, quanto para refletir sobre os aspectos mais subjetivos como medo do parto, sexualidade e expectativas em relação à criação de um filho.

A seguir, faremos uma breve revisão de como abordar as principais queixas da gestante, em sua maioria, decorrentes de adaptações maternas ao estado gravídico. Esclarecimentos tranquilizadores sobre eles, durante os grupos de gestantes e as consultas de pré-natal, evitarão que consultas extras desnecessárias sejam solicitadas.

2.4.1| Êmese e hiperêmese

São mais comuns no primeiro trimestre, mas podem estender-se ao longo da gestação. Orientações dietéticas com recomendação de refeições leves e frequentes, incluindo alimentos sólidos, gelados e secos, podem

minimizar o incômodo e a perda de peso. Alimentos gordurosos devem ser evitados, assim como líquidos durante as refeições. Se necessário, o médico poderá prescrever medicamentos tais como metoclopramida, bromoprida ou dimenidrato.

Nos casos de hiperêmese, com vômitos incoercíveis e inapetência, pode haver distúrbio hidroeletrólítico e você deve encaminhar a gestante para tratamento hospitalar na maternidade.

2.4.2| Varizes

As varizes resultam de predisposição genética e podem se apresentar como manchas leves até dilatação intensa das veias, formando cordões varicosos com dor local e mal-estar, podendo contribuir para o edema dos membros inferiores. As varizes vulvares tendem a regredir completamente após o parto e não contraindicam o parto normal. Você deverá orientar para a elevação dos membros inferiores, não ficar em pé na mesma posição por muito tempo e para o uso de meias compressivas.

2.4.3| Hemorroida

É bastante frequente devido, em grande parte, à elevada pressão sobre o útero grávido e à constipação intestinal. Costumam surgir a partir do segundo trimestre da gestação. Podem ser úteis as orientações para uma alimentação rica em fibras e líquidos, sem alimentos condimentados, evitando-se o uso de papel higiênico. Avalie necessidade de medicações de acordo com a clínica – cremes anestésicos locais, laxantes, trombolíticos locais.

2.4.4| Câimbras

As câimbras – contrações espasmódicas e dolorosas de um grupo de músculos, principalmente dos membros inferiores – são bastante comuns na segunda metade da gestação. Na orientação preventiva, você deverá abordar os fatores desencadeantes – posturas inadequadas, uso de salto alto, movimentos bruscos – e, como tratamento, dependendo da intensidade e frequência do incômodo, podem ser prescritos vitamina B, sais de cálcio, miorrelaxantes, fisioterapia e calor local.

2.4.5| Dor abdominal e lombar

Você certamente atenderá muitas gestantes com essas queixas. É fundamental realizar anamnese e exame físico detalhados para diferenciar os frequentes incômodos fisiológicos decorrentes das próprias modificações abdominais, das dores que traduzem doenças. Também é importante verificar se não são contrações uterinas, avaliando o grau de apagamento e dilatação do colo do útero. As lombalgias frequentemente melhoram com correção da postura, técnicas de relaxamento e uso de sapatos adequados, baixos e confortáveis.

Caso necessário, o médico da equipe poderá prescrever analgésico. É importante, também, que a gestante seja orientada para os períodos de repouso em decúbito lateral e uso de cinta elástica.

2.4.6| Flatulência e constipação intestinal

Na gestação, o tempo de esvaziamento gástrico aumentado e o trânsito intestinal mais lento favorecem ainda mais a constipação intestinal, já tão frequente entre as mulheres. Suas orientações dietéticas devem ser para estimular a ingestão de fibras (frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais) e restringir alimentos que fermentam muito (repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar). Alguns medicamentos podem ser úteis: dimeticona (flatulência), fibras e supositório de glicerina (constipação intestinal).

2.4.7| Corrimento vaginal

Com o aumento da vascularização vaginal, há uma modificação da parede vaginal para um tom mais violáceo e aumento considerável de secreção, que se apresenta branca e espessa. Você deve fazer a avaliação por meio do exame especular. Caso haja sinais de vaginite ou vaginose, trate com as drogas adequadas ao período gestacional. Esta é uma ação importante na prevenção da infecção puerperal!

2.4.8| Sangramento gengival

Problemas gengivais já existentes tendem a exacerbar-se durante a gestação, com edema, hiperemia e sangramento com mais facilidade. Portanto, é necessário que você oriente sobre uma boa higiene bucal,

escovação e cuidados adequados com os dentes, que podem (e devem) ser avaliados e tratados. A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com mais frequência, o que pode aumentar o risco de cárie dentária.

É importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os seus problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e responder a elas de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o autocuidado e os hábitos de vida saudável (BRASIL, 2008e).

2.5| Quais os cuidados que a sua equipe tem dispensado no puerpério?

Os cuidados com as puérperas começam ainda na maternidade, com avaliação imediata após o parto: pressão arterial, pulso, avaliação de lóquios, útero, temperatura. O estímulo à deambulação precoce ajuda na redução de complicações vesicais e da constipação intestinal e atua na prevenção de fenômenos tromboembólicos.

A equipe deve garantir que a puérpera seja avaliada no quinto dia (ou, no máximo, até o 10º dia) após a alta, quando ela terá oportunidade de trazer notícias do parto e de ser acompanhada para avaliação de complicações, cuidados com o recém-nascido, vacinação e orientações no caso de dificuldades na amamentação. Uma avaliação mais tardia (entre 30 e 40 dias) deve ser agendada para revisão do parto e planejamento familiar.

Estratégia “5º dia - 5 ações” ou Primeira Semana de Saúde Integral:

cinco ações básicas são indicadas na consulta – da mãe e do recém-nascido – do quinto dia pós-parto:

1. verificação de icterícia neonatal e do estado geral do recém-nascido;
2. coleta de material para teste do pezinho;
3. vacinação do recém-nascido contra hepatite B, e com o BCG;
4. avaliação puerperal;
5. vacinação materna contra rubéola.

É importante conhecer as modificações normais que ocorrem na mulher no período do puerpério para que sejam prontamente diagnosticadas e tratadas as anormalidades desse período. Um expressivo percentual das mortes maternas evitáveis ocorre nesse período do ciclo gravídico-puerperal, devido às hemorragias e às infecções.

É frequente a queixa de que, após o parto, a atenção dos profissionais de saúde se desloca quase que exclusivamente para a criança, ficando a mulher em segundo plano, ou, muitas vezes, em plano nenhum. Isso tem ocorrido na equipe em que você atua?

VAMOS RECORDAR!

O puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo da mulher retorna à situação do estado pré-gravídico. Ele apresenta três fases:

- imediato: primeiro ao 10.º dia;
- tardio: 11.º ao 42.º dia;
- remoto: a partir do 43.º dia.

Como você sabe, a involução uterina ocorre imediatamente após o parto e o útero logo atinge a cicatriz umbilical. Regride então 1 cm/dia, até tornar-se pélvico em mais ou menos 10 dias, quando o colo já não se apresenta mais pérvio ao toque. Após quatro semanas, o útero alcança o tamanho não gravídico. Você deve orientar a puérpera a estar atenta aos sinais de alerta nesse delicado período. Nesse sentido, a avaliação dos lóquios tem importância, sabendo-se que são:

- sanguíneos até o quinto dia,
- serossanguíneos do quinto ao 10.º dia, e
- serosos a partir do 10.º dia.

O mau odor e aspecto purulento dos lóquios estão relacionados à endometrite que, quanto mais precocemente diagnosticada e tratada, menos grave será. Os lóquios sanguíneos excessivos podem ser devidos à retenção intrauterina de restos placentários; a curetagem oportuna poderá evitar a anemia e a infecção. A vigilância da temperatura corporal também é um cuidado importante. Fisiologicamente, ela pode alcançar até 37,9oC nas primeiras 24 horas e elevar-se novamente por volta do quarto dia, coincidindo com ingurgitamento mamário.

Atenção!

Esteja alerta para a temperatura axilar igual ou superior a 38,0oC após 24 horas do parto em pelo menos duas medidas com intervalo de quatro horas. Até prova ao contrário, a suspeita diagnóstica é de infecção do trato geniturinário.

Ainda em relação a ocorrências no período puerperal, no hemograma podem estar normalmente presentes leucocitose sem desvio para esquerda,

trombocitose, linfopenia relativa, eosinopenia absoluta. Hemoglobina e hematócrito flutuam, retornando à normalidade após duas semanas.

Também é normal certa atrofia vaginal após o parto. Na terceira semana de puerpério, as pregas vaginais reaparecem. A mulher deve estar ciente de que pode ocorrer incontinência urinária transitória até três meses após o parto.

O peso corporal apresenta perda de cinco a seis quilos no dia do parto (recém-nascido, placenta, líquido amniótico, perda sanguínea) e mais dois a três quilos com a diurese puerperal. Geralmente retorna ao peso pré-gestacional em geral após seis meses.

O retorno da menstruação e ovulação é bastante variável, principalmente na vigência de aleitamento materno exclusivo, podendo ocorrer entre o segundo e o 18º mês. Nas mulheres que não amamentam, os ciclos geralmente retornam entre a sexta e oitava semanas.

Vamos abordar, agora, alguns aspectos específicos:

2.5.1| Aleitamento materno

A garantia de uma amamentação tranquila começa no pré-natal, com a orientação sobre os benefícios do aleitamento e os cuidados com as mamas, a partir do uso adequado de sutiãs, aeração das mamas, banhos de sol e hidratação da pele. É importante informar à gestante as vantagens do colostro para o recém-nascido e a descida do leite que ocorre entre o primeiro e o quinto dia de puerpério. Caso o ingurgitamento mamário seja acentuado, oriente para o uso de bolsa de gelo e analgésicos. Se necessário, realizar esvaziamento mamário sob orientação.

2.5.2| Inibição da lactação

Caso haja contraindicação para a amamentação, como no caso do uso de medicamentos incompatíveis com aleitamento, infecção pelo HIV, morte perinatal ou mastite complicada, a primeira conduta deverá ser o enfaixamento das mamas. Compressas frias e analgésicos ajudam a aliviar o desconforto. Se forem necessários medicamentos, o médico da equipe poderá prescrever a carbegolina (Dostinex®, 0,5mg, 2 comprimidos, via oral) ou o hexahidrobenzoato de estradiol (Benzoginoestril AP®, 1 ampola (5mg), via intramuscular a cada 24 horas – 2 doses).

2.5.3| Depressão pós-parto

Certa tristeza é comum nas puérperas (melancolia pós-parto ou puerperal blues) e geralmente cede até o 10º dia. Se a mulher contar com apoio psicológico e estiver orientada e consciente de que se trata de fenômeno fisiológico e autolimitado, provavelmente passará melhor por essa fase. Caso o quadro se agrave ou não ceda espontaneamente, avalie a necessidade de acompanhamento com psicólogo e prescrição de antidepressivos. Atente para sintomas de tristeza, agressividade, rejeição ao recém-nascido, pois pode se tratar de depressão pós-parto (DPP).

A DPP é um quadro clínico grave e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico e, de acordo com a gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. Todo ciclo gravídico-puerperal é considerado período de risco para o psiquismo devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Essa experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem se ver diante de situações em que a rede social falha. A DPP acomete entre 10% e 20% das puérperas, podendo começar na primeira semana após o parto e perdurar até dois anos.



Atenção!

Para complementar o estudo, leia o artigo “Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna” (IACONELLI, 2005).

2.5.4| Infecções puerperais mais frequentes

Tendo em vista a frequência e o risco das infecções puerperais, apresentaremos um breve esquema destacando os principais aspectos clínicos, tratamento e cuidados.

I - Infecção uterina (endometrite)

- a. Quadro clínico: febre, calafrios, dor abdominal, lóquios fétidos, leucocitose com desvio para a esquerda, dor à palpação de paramétrios.
- b. Fatores predisponentes:
 - cesariana;
 - rotura prematura das membranas;
 - trabalho de parto prolongado;

- múltiplos exames cervicais;
 - monitorização fetal interna;
 - parto múltiplo;
 - baixa condição socioeconômica;
 - colonização vaginal por estreptococo beta-hemolítico,
 - clamídia, micoplasma, Gardnerella.
- c. Bacteriologia
- aeróbios: estreptococo A, B e D; enterococos; *E. coli*; *Klebsiella*; *Proteus*; estafilococos;
 - anaeróbios: peptococos, peptoestreptococo, bacteroides, clostrídio, fusobacteria;
 - outros: micoplasma, clamídia.
- d. Patogenia: envolve basicamente decídua e miométrio adjacente.
- e. Tratamento:
- pós-parto normal, com estado geral bom: antibiótico;
 - pós-parto normal, com comprometimento do estado geral: internação + antibiótico;
 - pós-cesariana: internação + antibiótico.

II - Infecção de ferida cirúrgica

- a. Quadro clínico: bordas vermelhas, edemaciadas, deiscência de sutura, exsudação de material seroso, serossanguinolento ou purulento, dor local;
- b. Fatores predisponentes: obesidade, diabetes, imunossupressão, anemia, hemostasia deficiente, parto múltiplo;
- c. Tratamento médico:
- sem comprometimento do estado geral: antibiótico;
 - com comprometimento do estado geral: internação e uso de antibiótico;
 - abscesso: drenagem cirúrgica e uso de antibiótico.

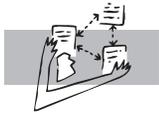
III - Mastite

- a. Quadro clínico: os sintomas geralmente surgem após a primeira semana, ocorrendo acometimento unilateral, ingurgitamento, calafrios, febre, taquicardia, mama vermelha, dolorosa;
- b. Etiologia: *S. aureus*;
- c. Tratamento: manutenção da amamentação, uso de antibiótico e drenagem cirúrgica em caso de abscesso.



Atenção!

Leia as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral e o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, do Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010g), no site: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf



Atividade 6

Faça uma análise da assistência pré-natal prestada por sua equipe de Saúde da Família, tendo por referência os seguintes itens:

- número de gestantes de seu território / por trimestre de gravidez;
- número de consultas pré-natais disponíveis na UBS;
- taxa de mortalidade materna;
- principais intercorrências e riscos que acometem as gestantes do seu território e/ou município;
- número de exames básicos pactuados pelo seu município;
- referência para intercorrências, parto normal/cesáreo e de alto risco;
- atividades educativas em grupo para as gestantes e puérperas.
- como são acompanhadas as puérperas e recém-nascidos na **Primeira Semana de Saúde Integral** - cinco ações básicas.

Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre a assistência ao pré-natal e ao puerpério em seu município.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 4

A construção de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer do colo do útero e de mama

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011e), o câncer que mais tem acometido as mulheres no mundo é o da mama, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, representando, em 2008, 23% de todos os tipos de câncer.

A estimativa de câncer de mama no Brasil, para 2012/ 2013 é de 52.680 novos casos, com um risco estimado de ocorrerem 52 casos a cada 100 mil mulheres. No entanto, ele não incide com a mesma frequência em todas as regiões do país. Assim, excluindo-se os tumores da pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste, com 69 casos em 100 mil mulheres; Sul com 65/100 mil; Centro-Oeste com 48/100 mil e Nordeste; 32/100 mil; sendo na região Norte o segundo tumor mais incidente com 19 casos em 100 mil mulheres (BRASIL, 2011e).

Ainda de acordo com o INCA, o câncer do colo do útero tem sido considerado um importante problema de saúde pública no mundo, em especial para os países em desenvolvimento, onde sua incidência é cerca de duas vezes maior do que a de países mais desenvolvidos. Em 2008, mais de 85% dos óbitos por esse tipo de câncer ocorreram em países em desenvolvimento (BRASIL, 2011e).

Para o ano de 2012, o INCA considerou a ocorrência de 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres para o Brasil. Sua incidência varia de acordo com a região. Assim, com exceção dos tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero ocupa o primeiro lugar na região Norte (24/100 mil), o segundo lugar nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), o terceiro lugar na região Sudeste (15/100 mil) e a quarta posição na região Sul (14/100 mil), a metade da incidência da região Norte (BRASIL, 2011e).

Você tem informação sobre a incidência desses dois tipos de câncer em seu município?

Embora as ações de prevenção de câncer do colo do útero e de mama tenham aumentado nos últimos anos, elas tem sido insuficientes para reduzir a tendência à mortalidade das mulheres por esses cânceres. Em algumas regiões do país, o diagnóstico tardio está relacionado a fatores como a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e ações de saúde e a baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte. Existe, ainda, a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir um fluxo assistencial que permita o manejo e o encaminhamento adequado dos casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.

A prevenção do câncer não é condição que se planeje ou que se organize de maneira isolada, desvinculada do contexto social. Ela envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população. Articuladas, essas ações resultarão em benefícios para as usuárias do sistema de saúde (PELLOSO; CARVALHO, HIGARASHI, 2004).

Nesse sentido, a prevenção primária do câncer de mama pode ser focada nos fatores de risco relacionados ao estilo de vida passíveis de mudança, tais como: o sedentarismo, que por sua vez leva ao sobrepeso e à obesidade, a diminuição do consumo excessivo de álcool e a utilização da terapia de reposição hormonal. Segundo o INCA (BRASIL, 2011f), por meio da alimentação adequada e atividade física, estima-se ser possível reduzir em até 28% o risco de ter câncer de mama.

Outra estratégia fundamental é a detecção precoce, uma vez que, se o câncer de mama for encontrado em estágios iniciais, ele pode apresentar prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura, em especial quando as lesões forem menores de dois centímetros de diâmetro. Assim, reforça-se a necessidade de que as mulheres sejam informadas a respeito dos sinais e sintomas do câncer de mama promoção. Além disso, é necessário o preparo dos profissionais de saúde para a realização ECM, para a escuta qualificada das queixas relativas às mamas das usuárias, bem como um sistema de encaminhamento de acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde de maior complexidade (BRASIL, 2011f).

A prevenção do câncer do colo do útero está baseada no rastreamento da população feminina que apresenta probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelos exames de detecção precoce, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2011f), os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher, no Brasil, são a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM). O rastreamento pode ser realizado de maneira oportunista ou organizada. Na primeira situação, ele é ofertado, de forma oportuna, a todas as mulheres que chegam ao serviço de saúde. Na segunda, ele é oferecido às mulheres de uma população, definida previamente, e que são formalmente convidadas para os exames periódicos.

Para que haja êxito das ações de rastreamento, o INCA (BRASIL, 2011f, p.8) propõe as seguintes bases:

- Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada.
- Alcançar a meta de cobertura da população-alvo.

- Garantir acesso a diagnóstico e tratamento.
- Garantir a qualidade das ações.
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Leia sobre o tratamento do câncer de mama, inclusive os cuidados paliativos, nas p. 9 a 11 do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama no site: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce>.

Esperamos que ao final desta seção você seja capaz de

1. caracterizar a situação do controle do câncer do colo do útero e de mama no seu território e/ou município;
2. elaborar um protocolo que contribua para a diminuição dos índices de morbimortalidade das mulheres pelos cânceres do colo do útero e de mama.

Parte 1

Bases para a elaboração de um protocolo de cuidado à mulher na prevenção do câncer de mama

A possibilidade de detecção precoce do câncer na população feminina coloca a prevenção em evidência como uma questão importante em relação à saúde da mulher. Assim, a detecção precoce por meio da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2011e), as taxas de incidência do câncer de mama aumentam rapidamente até os 50 anos; após essa idade, ele ocorre de maneira mais lenta. Outro fator relacionado à vida reprodutiva da mulher diz respeito aos ciclos ovarianos, ou seja, o risco de câncer da mama diminui cerca de 15% a cada ano de retardo do início da menarca. A cada ano de retardo do início da menopausa, o risco aumenta cerca de 3%.

Outro risco apontado pelo autor está relacionado à história familiar de câncer da mama, que aumenta cerca de duas a três vezes as chances de desenvolver essa neoplasia. Alterações em alguns genes responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, por exemplo, BRCA1, BRCA2 e p53 também podem aumentar o risco de desenvolver câncer da mama (BRASIL, 2011f).

Destaca-se que no Brasil as taxas de mortalidade por câncer da mama ainda continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda tem sido diagnosticada em estádios avançados. Desse modo, a sobrevivência média das mulheres após cinco anos do diagnóstico tem sido de 60%, bem menor que nos países desenvolvidos, cuja sobrevivência ocorre em cerca de 85% (BRASIL, 2011e).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009b), as recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas para a detecção precoce do câncer de mama são as seguintes:

- a. Mulheres de 50 a 69 anos de idade – realização anual do exame clínico das mamas (ECM) e mamografia a cada dois anos. Desse modo, ao fazer a programação da equipe, é imprescindível considerar que 50% das mulheres farão rastreamento através do ECM e mamografia quando forem detectadas alterações pelo exame clínico das mamas. No entanto, os outros 50% das mulheres deverão realizar o ECM e mamografia, independente dos achados no ECM.
- b. Mulheres de 40 a 49 anos de idade – realização anual do ECM. No entanto, se houver detecção de alterações ao ECM, ele deverá ser complementado com a mamografia.
- c. Mulheres de 35 anos de idade ou mais, com risco elevado para o câncer de mama – realização do exame clínico das mamas e mamografia anuais.

Os grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) são as mulheres com

- história familiar de câncer de mama em, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha). Tendo como referência estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos, o INCA estimou em 4% a prevalência dessa característica na população feminina brasileira;
- diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade, diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária, história familiar de câncer de mama masculino; diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ. O INCA estimou que 1% das mulheres acima dos 35 anos de idade apresentará critérios para serem consideradas como de risco elevado, necessitando de exames com maior frequência.

Para conhecer mais sobre a programação das ações relativas à detecção precoce do câncer de mama, sugerimos as seguintes leituras:

- Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama - Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais (BRASIL, 2009b), que se encontra no site: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/26021_parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf>.
- Recomendações do INCA (BRASIL, 2010h) para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil, que se encontra no site: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/folder_rosa3.pdf>.

No entanto, outros fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher também contribuem para a ocorrência do câncer de mama, segundo o INCA (BRASIL, 2011f), tais como:

- menarca precoce;
- nuliparidade;
- idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos;
- anticoncepcionais orais;
- menopausa tardia;
- terapia de reposição hormonal;
- alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama);
- exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses (em especial na adolescência).

A seguir, vamos apresentar alguns aspectos essenciais para que você possa construir um protocolo para atenção às mulheres de seu território e/ou município com o objetivo de assegurar a detecção precoce e o tratamento do câncer de mama.

1.1 | Orientação para o autoexame de mamas

Devido aos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, o câncer de mama é muito temido pelas mulheres. Por isso, toda a equipe de SF deve estar consciente e motivada para contribuir com o seu diagnóstico precoce. Nesse sentido, em todas as oportunidades em que a usuária buscar a unidade básica de saúde (UBS), ela deve ser incentivada e orientada sobre como proceder para realizar o autoexame de mamas. Assim, mais do que se preocupar-

com a técnica em si, o importante é que o profissional consiga estimulá-la a realizar a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal. Momentos do cotidiano, como o banho, a troca de roupa, ou outro, devem ser recomendados, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.

Como 65% dos cânceres de mama são detectados espontaneamente pelas mulheres, é importante, também, que os profissionais de saúde fiquem atentos e sejam capazes de ouvir e valorizar as queixas de alterações relatadas pelas mulheres, procedendo a um exame clínico minucioso de suas mamas. No entanto, essas medidas perderão seu valor se não houver uma estruturação dos serviços de saúde para poder acolher, informar ou encaminhar a usuária para realizar os exames diagnósticos necessários, em resposta a sua demanda.

Lembrete importante!

O autoexame deve ser realizado pelas mulheres que

- menstruam normalmente: no sétimo dia da menstruação;
- por qualquer motivo, já não menstruam: no primeiro dia de cada mês.

Conclui-se, portanto, que, apesar de existirem estudos controversos, o exame clínico das mamas realizado pelo profissional de saúde, acompanhado do estímulo ao autoexame, contribui para aumentar a taxa de diagnósticos em estádios precoces do câncer de mama e diminuir a taxa de mortalidade (NESCON, 2000).

Outro fator importante é que essas medidas de promoção podem ser estimuladas por qualquer profissional da equipe de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros e dentistas.

Veja a sequência do autoexame da mama no documento “Autoexame das mamas” (NESCON, 2000).

1.2| Oportunidades para o exame clínico das mamas

É impressionante o número de oportunidades que os profissionais de saúde perdem de realizar o exame clínico das mamas nas usuárias dos serviços básicos de saúde. No cotidiano, verifica-se total fragmentação do corpo da mulher, embora a maioria dos livros didáticos de semiologia recomende o exame clínico das mamas como parte integrante da avaliação

do estado de saúde em uma mulher. Provavelmente, a origem dessa prática se deva à subdivisão do conhecimento em especialidades (embora não justifique), aliada à racionalização da assistência promovida por alguns modelos assistenciais.

O exame clínico das mamas deve fazer parte de toda consulta da mulher realizada pelo médico e/ou enfermeiro. Todos os outros profissionais que atuam na Saúde da Família também podem contribuir, fazendo uma simples pergunta à mulher que está sob seus cuidados: você tem o hábito de realizar mensalmente o autoexame das mamas? Ou: você foi submetida ao exame clínico das mamas no último ano? Ou ainda: você está atenta para as alterações que ocorrem em suas mamas?

Certamente essa prática já faz parte da rotina de sua equipe, no entanto, dada a sua importância, faremos, a seguir, uma breve revisão do exame clínico das mamas. Antes, porém, reveja a anatomia das glândulas mamárias, com especial atenção para a rede linfática, no documento “Anatomia das glândulas mamárias” (NESCON, 2000).

1. Para realizar a inspeção estática das mamas, você deve solicitar que a usuária mantenha os braços relaxados e rentes ao corpo. Observar e registrar:

- a simetria, estado da pele (aspecto de “casca de laranja”, feridas que não cicatrizam), estado da aréola e mamilo, tônus muscular;
- formato das mamas: arredondada, pendular, cônicas;
- tamanho das mamas: médio, pequeno e grande;
- tipo: grau I criança, grau II adolescente, grau III adulto e grau IV grande.

Figura 1 – Inspeção estática das mamas



2. Realize a inspeção dinâmica das mamas solicitando à mulher que eleve os braços o mais alto que conseguir. Observe se, ao promover o deslizamento das mamas sobre o músculo peitoral, ocorre a presença de abaulamentos ou retrações. Pergunte à usuária se sentiu algum incômodo como fisgadas ou dor.

Figura 2 – Inspeção dinâmica das mamas

Outra maneira de realizar a inspeção dinâmica das mamas consiste em solicitar que a mulher coloque suas mãos na cintura e faça força para evidenciar o movimento do músculo peitoral e, conseqüentemente, do tecido mamário.

Figura 3 – Inspeção dinâmica das mamas

Para completar a inspeção dinâmica das mamas, solicite à mulher que flexione o tórax para frente para que você possa observar nas mamas pendentes a presença de retrações ou abaulamentos.

3. Aplique a técnica de palpação para avaliar: a consistência, sensibilidade, temperatura, presença de secreções e de massas, tônus e cadeia de linfonodos. Inicialmente, com a mulher ainda sentada, você deve fazer a palpação nas regiões de drenagem dos linfonodos mamários: regiões supra e infraclaviculares, região axilar (onde se concentram 85% dos achados), linha esternal externa direita e esquerda na região média do externo e região inframamária. Usualmente, eles os linfonodos não são palpáveis, no entanto um tumor na mama de 0,5 cm já é suficiente para estimular o seu crescimento.

Figura 4 – Palpação das regiões supra e infraclaviculares



Figura 5 – Palpação da região axilar



A palpação das mamas pode ser iniciada com a paciente ainda sentada, no entanto este exame não substitui o exame realizado em decúbito dorsal. Os braços podem estar estendidos acima do pescoço (mãos na nuca), para facilitar a percepção dos achados. Deve ser realizada palpação superficial, com a mão espalmada e a palpação profunda com os dedos realizando o movimento de "tocar piano". Nesta é possível perceber melhor as alterações, bem como delimitá-las.

Figura 6 – Palpação das mamas com a mão espalmada



Figura 7 – Palpação das mamas com movimento de “tocar piano”



Para finalizar, deve-se realizar a expressão mamilar de maneira delicada e firme.

Figura 8 – Expressão mamilar



A descarga ou derrame papilar é a saída de secreção através da papila mamária, quando não associada à gravidez e à lactação (descarga papilar fisiológica). Aparece como o sintoma mais frequente, depois do nódulo e da dor mamária, representando cerca de 7% das queixas das pacientes, constituindo-se em um sinal inespecífico, decorrente de causa mamária ou extramamária (ANDREA et al., 2006).

Figura 9 – Expressão mamilar com derrame papilar



O derrame do mamilo tem sido descrito em 10% a 15% das mulheres com doença benigna da mama; e em 2,5% a 3% está relacionado com carcinoma. Segundo seu aspecto macroscópico, a secreção é classificada em: leitosa, verde, castanha, sanguínea, serosa, turva ou purulenta (ANDREA et al., 2006).

A importância do estudo dos derrames sanguíneos se deve à sua associação com papiloma intracanalicular, carcinoma papilífero e outras lesões. O termo descarga papilar sanguínea ou hemorrágica só deve ser utilizado nos casos em que forem confirmados elementos hemáticos à microscopia (ANDREA et al., 2006).

1.3| Fluxo para a realização da mamografia

Este exame tem se mostrado uma das mais importantes armas na prevenção de morte por câncer de mama, com queda de 30,0% na taxa de mortalidade após sete a 10 anos de rastreamento. A mamografia tem sensibilidade entre 88% e 93,1% e especificidade entre 85% e 94,2% (BRASIL, 2007b). Para se garantir o desempenho da mamografia, a imagem obtida deve ter alta qualidade e, para tanto, são necessários: equipamento adequado, técnica radiológica correta, conhecimento, prática e dedicação dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2007b).

Nesta direção, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n. 531, publicada em 26 de março de 2012 (BRASIL, 2012g), instituindo o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). O Programa será executado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em conjunto com a Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e todos os serviços de diagnósticos por imagem que realizam mamografia.

Atualmente, a utilização de mamógrafos de alta resolução dotados de foco fino para ampliação, de combinação adequada filme/écran e de processamento específico tem possibilitado a detecção de um número cada vez mais alto de lesões mamárias, especialmente as lesões pequenas, quando ainda não são palpáveis (BRASIL, 2007b).

Leia mais sobre o assunto em Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2011g) no site: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/contro



1.4| Critérios para encaminhamento das usuárias para o serviço mastologista

Em alguns casos, é necessária a avaliação por um especialista em mastologia, seja para aprofundamento diagnóstico, proposição de cirurgia ou outros tratamentos específicos ou para acompanhamento por alto risco de desenvolvimento de câncer mamário. Avalie a capacidade técnica de sua equipe e rede de serviços para definir quais seriam, entre os propostos a seguir, os critérios adotados na sua unidade básica:

- nódulos;
- derrame papilar uniductal ou hemorrágico;
- microcalcificações agrupadas à mamografia;
- suspeita de câncer;
- categorias mamográficas III, IV e V;
- eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial;
- fístulas;
- pacientes de alto risco: passado de câncer de mama, história de câncer de mama abaixo dos 50 anos em parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha).

Quadro 2 - Categorias mamográfica (BI-RADS) e condutas

CATEGORIA	INTERPRETAÇÃO	VPP	CONDUTA
0	Incompleto Necessita de avaliação adicional	13%	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores
1	Negativo Não há nada a comentar	—	Controle conforme p. 76
2	Benigno	0%	Controle conforme p. 76
3	Provavelmente benigno	2%	Inicialmente repetir em seis meses (eventualmente biopsia)
4 (A, B, C)	Suspeito	30%	Biopsia
5	Altamente sugestivo de malignidade	97%	Biopsia
6	Biopsia conhecida Malignidade comprovada	—	—

Fonte: adaptado de BRASIL, 2009b.

BI-RADS®: *Breast Imaging Reporting and Data System*; VPP: Valor preditivo positivo.

Uma vez identificadas situações de risco para o câncer de mama, as mulheres precisam ter a referência e contrarreferência asseguradas. Para isso, o serviço definido como referência em mastologia deve estar apto para prosseguimento da assistência, com garantia de

- exames de diagnóstico (histologia, imuno-histoquímica, estadiamento, etc.);
- tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia);
- seguimento dos casos.

Em junho de 2009, entrou em vigor a Portaria 779 de 31 de dezembro de 2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008d) que implanta o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Com os dados gerados por este sistema de informação, é possível identificar a cobertura da população-alvo, bem como a qualidade dos exames e a distribuição dos diagnósticos. É possível, também, verificar a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, além de outras informações importantes para o acompanhamento e progresso das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama (BRASIL, 2011f).

O SISMAMA encontra-se implantado nas clínicas radiológicas e nos laboratórios de citopatologia e histopatologia conveniados pelo SUS e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer. A Requisição de mamografia é o formulário-padrão para a coleta de dados do SISMAMA no âmbito da equipe de saúde da família. Os dados do SISMAMA podem ser obtidos no site do DATASUS, sendo possível sua tabulação por Brasil e Unidades da Federação (BRASIL, 2011f).

Lembre-se

Quanto mais cedo for feito o diagnóstico de câncer, maior a probabilidade de cura. Rastreamento significa detectar a doença em sua fase pré-clínica, enquanto diagnóstico precoce significa detectar câncer de mama em fase precoce.

Veja mais informações nos seguintes documentos:

- SISMAMA - informação para o avanço das ações de controle de câncer de mama no Brasil (BRASIL, 2010h).
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>
- Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2011h).
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/de5fb8004799a707b4c2f795cf639ea3/Rastreamento+organizado+do+c%C3%A2ncer+de+mama.PDF?MOD=AJPERES&CACHEID=de5fb8004799a707b4c2f795cf639ea3>
- Mamografia – da prática ao controle (BRASIL, 2007b).
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/qualidade_em_mamografia.pdf>

Parte 2

Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher na prevenção do câncer do colo do útero

De acordo com o INCA (BRASIL, 2011e), a incidência do câncer do colo do útero começa a ocorrer a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, no entanto seu risco aumenta rapidamente até atingir o seu pico na faixa etária entre 50 e 60 anos. Sem considerar o câncer da pele não melanoma, esse tipo de câncer é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, se o diagnóstico ocorrer precocemente. Esse fato pode explicar a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento em países em desenvolvimento, que resultam em altas taxas de incidência de câncer do colo do útero, como ainda, infelizmente, ocorre em varias regiões do Brasil.

Embora a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) seja considerada o principal fator precursor do câncer de colo do útero, ele por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia. Desse modo, é necessário um conjunto de fatores, dentre eles: o tipo e carga viral, se a infecção ocorre única ou múltipla, além de fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual (BRASIL, 2011e).

A maioria das infecções por HPV que ocorre em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, no entanto, após essa idade, é mais comum a sua persistência. A Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) reconhece 13 tipos de HPV com potencial para desenvolver o câncer do colo uterino, dentre eles os mais comuns são o HPV16 e o HPV18 (BRASIL, 2011e).

Apesar da vacina contra o HPV ser uma importante arma para o combate desse câncer, seu alto custo e o fato de não conferir imunidade contra todos os tipos de vírus acabam dificultando sua ampla utilização em países em desenvolvimento. No Brasil, está sendo discutida a introdução da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações, o que poderá representar uma importante ferramenta para futuro do controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011e).

Por isso, as ações de rastreamento como a realização do teste Papanicolaou constitui-se na principal estratégia a ser utilizada, prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos. Nesse sentido, é preciso garantir que haja organização, integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento e de seguimento das pacientes (BRASIL, 2011f).

Embora existam estudos que determinem, de maneira variada, a idade em que as mulheres deverão submeter-se ao exame preventivo, ao organizar o serviço de rastreamento do câncer de colo do útero, é importante que você garanta a disponibilidade de exames para aquelas que se encontram na faixa etária entre 25 a 64 anos.

Inicialmente, a coleta deve ser feita anualmente e, após dois exames negativos para displasia ou neoplasia, pode ser repetida a intervalos de três anos. Mas, lembre-se: mulheres portadoras do vírus HIV, mesmo após dois exames negativos, deverão realizar o exame anualmente.

Nos intervalos mencionados, caso haja alteração no exame clínico – teste de Schiller positivo, lesões acuminadas, sangramentos cervicais, etc., a citologia toma caráter de exame diagnóstico (e não de exame de rastreamento) e deverá ser realizada independentemente do calendário preventivo.

2.1| Coleta de citologia oncológica

A coleta deverá ser feita com a espátula de Ayre. Caso a junção escamo-colunar não seja atingível pela espátula, utilizar também a escova endocervical. A dupla coleta (espátula/escova) constitui-se na melhor opção para o exame.

Como pode haver extravio do material coletado, é importante manter o registro dos dados referentes à coleta em um livro – data da coleta, nome da usuária, número de prontuário, observações clínicas relativas ao exame da mama e inspeção do colo, inclusive resultado do teste de Schiller e da citologia. Para o controle das datas de retorno das usuárias, é importante organizar um arquivo rotativo, com uma ficha espelho que contenha dados

básicos em relação à anamnese e ao exame clínico das mamas e da genitália. Esse arquivo permite o agendamento nos prazos recomendados e a busca ativa das usuárias pelos agentes comunitários de saúde, em caso de esquecimento do dia aprazado, por parte delas.

Atenção!

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais tem disponibilizado para as unidades básicas de saúde um arquivo rotativo mensal, com espaço destinado às fichas de usuárias que estão aguardando resultado, para aquelas que nunca realizaram a prevenção e para as que estão com coleta atrasada.

2.2| Condutas baseadas no resultado da citologia oncótica

Os resultados de usuárias sem alterações clínicas e com resultado de citologia negativo poderão ser entregues sem necessidade de consulta médica. Os resultados dos exames com alterações deverão ser necessariamente avaliados pelo médico da equipe. Poderão ser organizadas atividades em grupo, aproveitando esse momento para ampliar a discussão acerca da saúde integral da mulher, bem como a corresponsabilidade das mulheres nos cuidados com a saúde.

Para sistematização de conduta baseada no resultado da citologia oncótica, veja a sugestão apresentada a seguir.

- Amostra insatisfatória: repetir a coleta.
- Amostra satisfatória, mas limitada por ausência de células endocervicais: orientar para repetição do exame em um ano.
- Processo infeccioso: o médico deve avaliar se se trata de DST, para indicação de tratamento. No caso de cândida ou Gardnerella, os dados clínicos indicarão a necessidade, ou não, de tratamento.
- Citologia positiva (NIC) e/ou constatação de HPV, ASCUS ou AGUS: encaminhar para serviço de patologia do colo ou ginecologia especializada.

Glossário

ASCUS: atypical squamous cells of undetermined significance (células escamosas atípicas de significância indeterminada).

ASGUS: atypical glandular cells of undetermined significance (células glandulares atípicas de significância indeterminada).

NIC: neoplasia intraepitelial cervical – NIC I (neoplasia intraepitelial cervical I – displasia leve), NIC II (neoplasia intraepitelial cervical II – displasia moderada), NIC III (neoplasia intraepitelial cervical III – displasia intensa ou carcinoma in situ).

- Para as mulheres menopausadas com resultado mostrando ASCUS ou ASGUS, recomenda-se o uso de estrogênio terapia vaginal (prescrita pelo médico da equipe) por três semanas e repetição da citologia oncológica com espátula e escova.
- Considerando a associação do HIV com as doenças de colo, a usuária com diagnóstico de lesão de alto grau (NIC II e III) deverá ser encaminhada à testagem em serviço de referência do seu município.

Atenção!

Leia as p. 30 a 38 das Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero (BRASIL, 2011e) para saber mais sobre o rastreio de lesões precursoras. <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes.pdf>>.

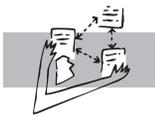
Um ponto essencial do programa é o desenvolvimento de ações estratégicas para sistematizar a obtenção de dados que permitirão avaliar e monitorar a evolução e o desfecho do programa. Por meio da organização de um sistema de avaliação, buscam-se obter dados que permitam aferir-lo quantitativa e qualitativamente. Nesse ponto, o sistema informatizado SISCOLO destaca-se como um importante instrumento de avaliação.

Atualize-se!

O Ministério de Saúde estabeleceu vários níveis de responsabilidade para o atendimento às mulheres, desde o rastreamento na unidade básica de saúde até os níveis de mais complexidade. Você encontrará essas informações nas páginas 100 a 101 do “Caderno de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama” (BRASIL, 2006 c).

Para identificar como estão organizadas as ações de prevenção do câncer cervicouterino e de mama em seu território e/ou município, você precisa ter em mãos dados sobre a cobertura assistencial dessa atividade. O desafio é fazer uma análise da situação sobre a prevenção desses cânceres em seu território e/ou município, para poder propor e/ou atualizar os protocolos assistenciais.





Atividade 7

Identifique, junto à sua equipe e no sistema de informação da unidade básica de saúde (UBS) e/ou município, os seguintes dados:

1. Que ações relacionadas com a prevenção do câncer cervicouterino e de mama sua equipe desenvolve?
2. Qual é a cobertura (mulheres atingidas) feita pelas atividades de rastreamento de câncer de mama e cervicouterino promovidas pela sua equipe?
3. Qual é a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas?
4. Qual é a qualidade da coleta dos exames realizados pela sua equipe de Saúde da Família (SF) – adequabilidade e monitoramento externo?
5. Qual é o número de exames disponíveis e/ou pactuados pelo seu município (citologia oncológica, mamografia, ultrassonografia, etc.)?
6. Como é o fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, PAF, biópsias do colo uterino e de nódulos mamários?
7. Qual é o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas?
8. Quais estratégias são utilizadas para a busca ativa de mulheres que estão sem cobertura da atividade?
9. Como é feito o sistema de monitoramento para que todas as mulheres sejam avaliadas com a periodicidade necessária?
10. Como são avaliadas as atividades de prevenção de câncer cervicouterino e de mama desenvolvidas pela sua equipe de SF no município?

Sistematize e analise os dados levantados de forma a caracterizar a real situação do controle do câncer cervicouterino e de mama em sua UBS. Apresente-os à sua equipe de SF e reflita com ela sobre as estratégias de superação das dificuldades encontradas. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 5

A construção de um protocolo de cuidados à mulher no climatério

O climatério é o período de transição entre as fases reprodutiva e não reprodutiva da mulher. Começa por volta dos 40 anos, podendo estender-se até os 55 anos ou mais. Durante esses anos, acontece a última menstruação, definida como menopausa. O climatério pode cursar sem sintomas em torno de 20% a 25% das mulheres; quando presentes, são consequentes à insuficiência ovariana progressiva.

É importante considerar que hoje, diferentemente de épocas passadas, o fim da fase “reprodutiva” não coincide com o da fase “produtiva” da mulher que, com expectativa de vida de quase 80 anos, pode viver metade de sua vida após a menopausa.

Essa etapa da vida da mulher constitui-se em uma oportunidade ímpar para os profissionais e para ela própria. Ela vivencia mudanças de diversas naturezas ao longo de sua vida: menarca, iniciação sexual, gravidez e menopausa, que exigem adaptações físicas, psicológicas e emocionais (BRASIL, 2008f). É comum ela reviver antigos conflitos nessa fase. Para a mulher cujos filhos estão começando a abandonar o “ninho”, o climatério pode representar uma chance de refazer seus planos de vida.

Por outro lado, o metabolismo sofre algumas alterações, especialmente relacionadas às funções do sistema endócrino e diminuição da atividade ovariana. Assim, o evento menopausa pode ser vivenciado, por algumas mulheres, como a paralisação do próprio fluxo vital, pois os seus órgãos genitais, assim como o restante do organismo, mostra, gradualmente, sinais de envelhecimento (BRASIL, 2008f).

É frequente encontrá-las insatisfeitas, ansiosas e desmotivadas, com queixas de que tudo está errado, sem saberem definir bem a causa. Muitas têm a sensação de que a vida está um caos, de que tudo foge ao seu controle como se fosse ocorrer uma “tragédia iminente” (BRASIL, 2008f).

É nesse contexto socioemocional que a equipe de Saúde da Família (SF) buscará desenvolver estratégias para motivar essas usuárias para as mudanças no estilo de vida, em especial o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a busca de novos objetivos e afetos que motivem o seu viver (ALMEIDA, 2003).

As ansiedades e inseguranças femininas podem ser acolhidas pelos profissionais de saúde, além da detecção precoce das principais doenças que acometem as mulheres e que são características dessa fase (ALMEIDA, 2003).

Outro aspecto a ser considerado é a discriminação geracional que ocorre na nossa sociedade, como se fosse algo natural. Seus efeitos na mídia promovem discriminação mais intensa e evidente para as mulheres. Resultam do mito da eterna juventude, da supervalorização da beleza física padronizada e da relação entre sucesso e juventude. Esses fatores aumentam a tensão vivenciada pelas mulheres, interferindo na sua autoestima, com repercussões na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais (BRASIL, 2008f).

Incluem-se, ainda, entre os objetivos da equipe de SF em relação à assistência à mulher no climatério, o controle da hipertensão arterial, do diabetes e das dislipidemias e o combate ao tabagismo e à obesidade. As ações de incentivo à atividade física e aos hábitos alimentares saudáveis, com baixos teores de açúcar e gorduras, bem como mais ingestão de cálcio, devem ser priorizadas. A organização de grupos de caminhadas e de interesses comuns, por exemplo, oficinas culinárias e de artesanatos, podem ser úteis e prazerosas, além de promover a sociabilidade.

Ao final desta seção, esperamos que você seja capaz de identificar os principais aspectos que compõem o protocolo de cuidados à mulher no climatério, com enfoque para a prevenção e/ou diagnóstico precoce de doenças e manutenção da qualidade de vida.

Parte 1

Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher no climatério

Embora seja um evento fisiológico, o climatério pode cursar com intensas manifestações sintomáticas que acometem, de maneira variada, em torno de 75% das mulheres. Os sintomas resultam da falência ovariana e são expressos por instabilidade vasomotora, modificações atróficas e distúrbios emocionais.

Inicialmente, torna-se necessário fazer algumas distinções conceituais entre climatério, menopausa e perimenopausa, que são tratados como se fossem sinônimos. A Organização Mundial da Saúde define o climatério como a fase biológica da vida de uma mulher, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, ocorrendo entre 35 e 65 anos. No Brasil, a população feminina estimada nessa faixa etária era de 30 milhões de mulheres (32% da população) no ano de 2007 (BRASIL, 2008f).

A menopausa constitui um marco nessa fase e corresponde ao último ciclo menstrual, confirmado após 12 meses de amenorreia. Sua ocorrência acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade e resulta do paulatino esgotamento folicular decorrente da refratariedade dos mesmos aos estímulos gonadotrópicos. Assim, o FSH e o LH estarão elevados e o estradiol abaixo de 20 pg/mL (ALMEIDA, 2003).

A pré-menopausa é o período que antecede à menopausa e é caracterizada pela elevação dos níveis séricos de FSH, decorrente da diminuição da síntese da inibina pelas células da granulosa.

Já a perimenopausa é o período no qual surgem as irregularidades menstruais, os distúrbios neurovegetativos e as alterações psicoemocionais. Ela inicia-se em torno de cinco anos antes da menopausa e acaba 12 meses após (ALMEIDA, 2003).

Glossário

FSH: *folicule stimulating hormone* (hormônio foliculo estimulante).

LH: *luteinizing hormone* (hormônio luteinizante).

GnRH: *gonadotropin-releasing hormone* (hormônio liberador de gonadotrofina).

TSH: *thyroid-stimulating hormone* ou *thyrotropin* (hormônio estimulante da tireoide ou tireotrofina).

LH: *luteinizing hormone* (hormônio luteinizante).

A pós-menopausa começa 12 meses após a última menstruação e termina aos 65 anos, quando tem início a senectude. Nessa fase, os sintomas neurovegetativos e a atrofia urogenital podem exacerbar-se devido à baixa de estrogênio. Além disso, as alterações no metabolismo ósseo por longo período podem desencadear a osteoporose. Ocorrem também alterações no metabolismo lipoproteico, que aumentam o risco das doenças cardiovasculares (ALMEIDA, 2003).

Vamos ver, a partir de agora, alguns aspectos essenciais para a elaboração de um protocolo de atenção à saúde da mulher em climatério.

1| Como tem sido a atenção às mulheres com distúrbios atribuídos ao climatério?

Os distúrbios neurovegetativos são vivenciados com muito sofrimento pelas mulheres, embora não apresentem risco clínico. Destacam-se os sintomas vasomotores percebidos sob a forma de fogachos ou “ondas de calor”; podendo ocorrer em qualquer fase do climatério (BRASIL, 2008f). Eles causam muito incômodo, pois sua manifestação produz “sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face (que pode apresentar hiperemia), acompanhada, na maioria das vezes, de sudorese”. Podem também ocorrer palpitações e, mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. A intensidade dos sintomas varia muito, desde muito leves a intensos, podendo ocorrer esporadicamente ou várias vezes ao dia. A sua duração pode ser tanto de alguns segundos quanto de 30 minutos ou mais (BRASIL, 2008f).

Quanto à sua etiologia, a maioria dos estudos enfatiza alterações no centro termorregulador provocadas pelo hipoestrogenismo, o que leva ao aumento da noradrenalina e dos pulsos de GnRH e LH. Como medida preventiva, deve-se evitar o consumo de bebidas alcoólicas ou de líquidos e alimentos quentes e ambientes com alta temperatura. O estresse, emoções intensas, aglomerações de pessoas, ambientes abafados, uso de roupas quentes também devem ser evitados, pois são considerados fatores desencadeadores dos fogachos. Observam-se outros sintomas neurovegetativos, frequentemente, tais como calafrios, insônia ou sono agitado, vertigens, parestesias, diminuição da memória e fadiga (BRASIL, 2008f).

Leia mais a respeito do capítulo sobre os aspectos psicossociais e sexualidade (p. 21-29) e sobre a fisiologia e manifestações clínicas de curto, médio e longo prazos (p. 31-34) da mulher no climatério no “Manual de Atenção à mulher no Climatério e Menopausa” (BRASIL, 2008f).



2| Como os sintomas climatéricos têm sido tratados pela equipe de Saúde da Família?

É importante salientar que, na abordagem terapêutica, seja ela hormonal ou não hormonal e/ou terapias não medicamentosas, a mulher deve ser vista como protagonista de sua vida e a ela caberá, desde que devidamente informada e com apoio profissional, a opção de como vivenciar essa fase (BRASIL, 2008f).

As mulheres com sintomas climatéricos – fogachos, secura vaginal, alterações de humor e distúrbios menstruais, entre outros – podem optar pela terapia hormonal (TH) se não apresentarem contraindicações ao uso de hormônios. É fundamental o apoio psicológico e informações que possibilitem a ela conhecer e reconhecer as mudanças próprias do período, entendendo-as livres de mitos e preconceitos, e ter condições de fazer opção, ou não, pela utilização da TH.

Caso seja indicada a TH, a equipe de Saúde da Família deve estar atenta às suas contraindicações – gravidez, sangramento genital anormal não esclarecido, distúrbios tromboflebíticos ou tromboembólicos ativos, neoplasias de útero e mama conhecidas ou suspeitadas, doença hepática aguda. Os esquemas indicados com mais frequência são:

- estrogênio contínuo isolado: indicado para as mulheres histerectomizadas (a principal função do progestagênio nos esquemas de TH é a proteção endometrial);
- progestagênio cíclico isolado: na pré-menopausa (12 dias ao mês, a partir do 14º dia do ciclo) ou quando há contraindicação para uso de estrogênios (uso contínuo pós-menopausa);
- estrogênio contínuo associado à progesterona cíclica: resulta em ciclos regulares, sendo mais utilizado na perimenopausa;
- estrogênio associado a progestagênio, contínuos: na pós-menopausa e quando a mulher não deseja mais menstruar.

A escolha do esquema terapêutico, da via de administração e da duração do tratamento deve ser individualizada pelo médico da equipe de SF e a participação da mulher nesse planejamento é essencial.

Outras opções de tratamento para os sintomas climatéricos das mulheres podem ser as práticas integrativas e complementares. Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), para normatizar a sua utilização no Sistema Único de Saúde, ampliando, assim, as possibilidades para a garantia da integralidade na atenção

à saúde (BRASIL, 2008f). Esta é uma prática presente na rede pública de muitos estados e municípios do país com a incorporação de práticas como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, o Lian Gong (ginástica terapêutica chinesa) e o termalismo social – crenoterapia.

A importância de tais práticas se deve ao fato de elas envolverem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta qualificada, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e suas relações sociais (BRASIL, 2008f). Nessa perspectiva, a mulher é encorajada a participar de seu próprio cuidado, tornando-se uma aliada valiosa nesse processo.

Leia mais sobre a sobre as opções terapêuticas para as mulheres no climatério e menopausa nas páginas 135 a 149 do “Manual de atenção à mulher no climatério e menopausa” (BRASIL, 2008f) e sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2008f). ok!!!!



3| Como a sua equipe de Saúde da Família tem atuado na promoção da saúde das mulheres no climatério?

A promoção da saúde às mulheres nessa faixa etária ainda é um aspecto muito negligenciado na formação e atuação dos profissionais de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008f) educação em saúde deve ajudá-las a compreender as mudanças físicas que estão ocorrendo e a desenvolver atitudes mais positivas em relação à saúde, tais como:

- o autocuidado em geral pode influenciar na melhora da autoestima e da insegurança perante as mudanças que acompanham essa fase. Implica a motivação para a aquisição de hábitos saudáveis como a exposição ao sol, a ingestão de água, o sono adequado, sem interrupções, diariamente (entre seis e oito horas de sono profundo);
- cuidados com a limpeza e a hidratação da pele e dos cabelos, automassagem, técnicas de meditação e relaxamento e outras tantas formas que proporcionam o bem-estar físico e psicoemocional;
- atenção ao uso excessivo de medicamentos, como diuréticos que podem provocar espoliação de minerais – magnésio, sódio e potássio; antiácidos, que diminuem a acidez gástrica, alterando a digestão e absorção de nutrientes; antibióticos, que alteram a flora bacteriana normal, propiciando má absorção; laxantes, que aumentam a perda de nutrientes e podem levar à dependência; e sedativos e neurolépticos, que diminuem a atividade cerebral;

- apoio às iniciativas da mulher na melhoria da qualidade das relações, valorizando a experiência e o autoconhecimento adquiridos durante a vida;
- estímulo à prática do sexo seguro em todas as relações sexuais. O número de mulheres portadoras do HIV nessa faixa etária tem sido crescente;
- estímulo ao “reaquecimento” da relação ou a reativação da libido por diversas formas, segundo o desejo e os valores das mulheres (BRASIL, 2008f).

A avaliação clínica da mulher no climatério envolve uma equipe multidisciplinar e deve ser voltada para o seu estado de saúde atual e progresso. Além da promoção da saúde, a atenção precisa abranger prevenção de doenças e a assistência aos sintomas climatéricos que ocorrem concomitantes às doenças sistêmicas (BRASIL, 2008f). Estas se manifestam em queixas como dores articulares ou musculares, ganho de peso gradativo, depressão ou sintomas de hipotireoidismo muitas vezes ainda não diagnosticado.

Da mesma forma que nem todas as mulheres apresentam os sintomas climatéricos, é preciso estar atento às doenças que se tornam mais comuns com o avançar da idade, como diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Na avaliação do estado de saúde, a escuta qualificada é um componente fundamental do acolhimento para facilitar o diagnóstico e acompanhamento adequados. Para isso, deve-se realizar sempre a anamnese e o exame físico completos, incluindo o ginecológico, ressaltando-se a importância do exame das mamas e da vulva.

Como recomendável em toda avaliação, a pressão arterial deve ser aferida e, se superior ou igual a 140/90 mmHg em duas medições, você deve seguir o protocolo recomendado para hipertensão arterial crônica.

A citologia oncótica do colo uterino deverá ser realizada e acompanhada de acordo com o protocolo da propeidética do colo. Nas pacientes menopausadas, com resultado de ASCUS e ASGUS, o médico da equipe

deverá prescrever estrogênio terapia vaginal por três semanas e repetir a citologia oncológica para comprovação diagnóstica, uma vez que a atrofia tecidual pode levar a esses diagnósticos.

Deverão ser solicitados, também, alguns exames complementares rotineiramente. São eles:

- mamografia de rastreamento, para pacientes assintomáticas entre 50 e 69 anos. Deve ser solicitada anualmente (no máximo até dois anos) ou em qualquer caso de anormalidade no exame das mamas e para as candidatas à terapia de reposição hormonal;
- dosagem de colesterol total e fracionado;
- dosagem de triglicérides;
- dosagem da glicemia de jejum;
- dosagem de TSH, uma vez que as disfunções tireoidianas assintomáticas são frequentes nessa faixa etária.

O teste de progesterona pode ser útil na avaliação de mulheres com mais de um ano da última menstruação e suspeita de hiperplasia endometrial ou candidatas à reposição hormonal. Ele deve ser realizado por solicitação do médico da equipe e consiste em administrar 10 mg de acetato de medroxiprogesterona diariamente, por sete dias.

Como interpretar o teste? Aguarde até 15 dias após a suspensão da medicação:

- se não houver sangramento: teste negativo – ausência de doença endometrial;
- se houver sangramento: teste positivo – solicite um ultrassom endovaginal. Caso a imagem ecoendometrial seja maior que 5 mm, está indicada curetagem semiótica ou histeroscopia com biópsia aspirativa, para avaliação histológica do endométrio.

Ver os itens sobre a avaliação e propeidética das mulheres no climatério nas páginas 39 a 45 do “Manual de atenção à mulher no climatério e menopausa” (Brasil, 2008f).



4| Como tem sido o acompanhamento da saúde bucal das mulheres no climatério e menopausa pela sua equipe de Saúde da Família?

Podem ocorrer muitos problemas odontológicos nas mulheres que estão no climatério, acompanhados por mudanças físicas na cavidade bucal, sendo as mais comuns o desconforto bucal e a perda óssea alveolar resultante da osteoporose. Esta última pode ser também influenciada pelo fator etiológico da doença periodontal, que é infecção bacteriana (BRASIL, 2008f).

Assim, a inspeção da cavidade bucal deve fazer parte da avaliação do estado de saúde pelos profissionais da equipe de Saúde da Família, o que implica ser capaz de identificar as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento para que as usuárias possam ser orientadas quanto à importância da prevenção e de ter hábitos de higiene bucal (BRASIL, 2008f).

As mudanças nos níveis hormonais podem também afetar as glândulas salivares, deixando as mulheres com uma sensação constante de secura na boca, tanto no período do climatério quanto após a menopausa.

Podem ainda ser observadas alterações na absorção de cálcio da dieta e aumento nos níveis de cálcio na urina decorrentes da diminuição da produção do estrogênio, fazendo com que os fatores sistêmicos interajam com fatores locais, aumentando o padrão de perda óssea alveolar – doença periodontal (BRASIL, 2008f).

A doença caracteriza-se pela reabsorção do osso alveolar e pela perda dos tecidos de inserção dental. Sua etiologia principal é a infecção bacteriana, mas outros fatores de risco podem desencadeá-la, como idade, alterações imunes, uso de medicamentos, deficiências nutricionais, fumo, estresse, genética e condições sistêmicas como diabetes e outras alterações hormonais (BRASIL, 2008f).

Na prevenção da doença periodontal, a orientação sobre a higienização com o uso do fio dental e da escova de dentes é fundamental para que a mulher esteja menos propícia a desenvolvê-la.

O ressecamento bucal também é muito frequente nesta fase da vida e pode ser amenizado com as seguintes medidas:

- beber água e líquidos sem açúcar com frequência;
- evitar bebidas com cafeína, como café, chá ou alguns refrigerantes;
- mascar gomas sem açúcar para estimular a fluxo salivar (se houver glândula salivar);
- não utilizar tabaco ou álcool;
- estar ciente de que alimentos condimentados ou salgados podem causar dor em uma boca seca (BRASIL, 2008f).

Um aspecto importante da educação em saúde é que as mulheres precisam estar cientes dos potenciais problemas de saúde sistêmicos e localizados que ocorrem com o avançar da idade e sobre a importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam (BRASIL, 2008f).

Dificuldade relacionada à alimentação, fala e queixas de dor podem ser sinais e sintomas importantes de que alguma alteração bucal está ocorrendo (BRASIL, 2008f). Por isso, as mulheres nessa faixa etária devem ter acesso à reabilitação bucal por meio de restaurações diretas e a todos os tipos de próteses que são importantes no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar e a autoestima (BRASIL, 2008f).

Atenção especial deve ser dada ao uso inadequado de prótese total ou parcial, seja por má adaptação, por estar quebrada ou frouxa. Deve ser verificado, ainda, se há dentes fraturados e restos radiculares, que devem ser diagnosticados precocemente e removidos para que esses fatores traumáticos não se tornem uma lesão que possa evoluir para malignização (BRASIL, 2008f).

Atenção!

Os serviços de saúde precisam adotar estratégias que evitem a ocorrência de oportunidades perdidas de atenção às mulheres no climatério, ou seja, ocasiões em que as mulheres entram em contato com os serviços e não recebem orientações ou ações de promoção, prevenção e/ou recuperação, de acordo com o perfil epidemiológico desse grupo populacional!



Seção 6

A construção de um protocolo de cuidados à mulher vítima de violência

A violência contra a mulher é um fenômeno mundial relacionado às concepções de gênero e à distribuição do poder dentro de cada grupo social (ANDRADE, 2009). Representa uma importante causa de morbimortalidade na nossa sociedade, em que cerca de 70% a 80% dos casos têm como agressor o parceiro com quem a mulher mantém relação de afeto. Segundo a Sociedade Mundial de Vitimologia (Holanda), 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica. Destas, 40% apresentam lesões corporais graves.

Este é um índice muito elevado se levarmos em consideração o seu caráter cotidiano e os traumas físicos e psicológicos gerados em suas vítimas. A violência doméstica é causada por um indivíduo em uma família e caracteriza-se por agressividade, coação, que correspondem a ataques físicos, sexuais e psicológicos (ANDRADE, 2009).

É também no contexto familiar que a violência sexual é mais praticada. Ela resulta da ação de um indivíduo que força o outro a manter relações sexuais, seja pelo uso da força, intimidação, chantagem, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule a vontade do outro (ANDRADE, 2009).

Na maioria das vezes, o estupro é praticado contra meninas, adolescentes e mulheres jovens. Na América Latina, 30% a 50% dos estupros incidem em menores de 15 anos e a maior parte é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado – menos de 10% chegam às delegacias.

A violência sexual produz sequelas físicas e psicológicas. As vítimas ficam mais sujeitas a outros tipos de violência, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão e ao suicídio.

Em 2006, entrou em vigor a Lei n. 11.340 – denominada “Maria da Penha” (BRASIL, 2006d) – que representou um avanço no sistema jurídico do país ao incorporar a perspectiva de gênero e dos direitos humanos assumidos pelo Brasil na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. A aprovação dessa lei significou a superação de paradigmas tradicionais do Direito ao dar mais ênfase à prevenção, assistência e proteção às mulheres e seus dependentes em situação de violência.

O serviço público de saúde, ainda que timidamente, vem acumulando alguma experiência para tratar desse problema. A saúde precisa agregar-se aos vários segmentos da sociedade civil para que sejam construídas políticas públicas destinadas a prevenir e erradicar a violência e a promover a igualdade quanto ao gênero.

Esperamos que, ao final desta seção, você seja capaz de

- identificar as ferramentas necessárias para a organização de um serviço acolhedor à mulher vítima de violência;
- além de oferecer esclarecimentos e apoio emocional, garanta encaminhamentos adequados para a prevenção de doenças e de gravidez indesejada, de forma ética e respeitosa.

Parte 1

Bases para a construção de um protocolo de cuidados à mulher vítima de violência

1| Como a violência contra a mulher tem sido tratada pela sua equipe de Saúde da Família?

Embora a Lei n. 11.340 venha sendo utilizada com sucesso na defesa de mulheres em situação de violência, ela ainda é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles que fazem o primeiro atendimento às mulheres vítimas de violência.

Existe ainda uma dificuldade de compreender as raízes desse tipo de violência, pois elas se situam nas próprias relações entre homens e mulheres. A violência surge como uma característica perversa ao anular a relação entre dois sujeitos: um deles se vê transformado em objeto. É importante realçar que as mulheres também podem ser violentas com seus parceiros, outras mulheres e crianças, porém isso ocorre com menos frequência (ANDRADE, 2009).

Outro aspecto a ser considerado é a violência causada pela própria privação dos bens materiais e sociais que a população assistida pela equipe de Saúde da Família sofre cotidianamente. Na sua maioria, além de possuírem baixa renda e baixa escolaridade, se veem frustradas em seus direitos básicos (ANDRADE, 2009).

2| Que mecanismos estão disponíveis em seu município para o enfrentamento da violência contra a mulher?

Como você já deve ter observado, a violência contra a mulher é um problema bastante complexo e difícil de ser abordado. Seu enfrentamento requer a implementação de políticas públicas intersetoriais que tenham a perspectiva de gênero em seus fundamentos. Em 1998, a área técnica de saúde da mulher e a coordenação nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde estabeleceram um protocolo para abordagem e conduta perante os agravos resultantes da violência sexual contra a mulher. Esse protocolo foi publicado nas normas técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012i). De acordo com ele, no desenvolvimento dessa ação é importante que a equipe de Saúde da Família esteja preparada para

- identificar as situações de violência e acolher as vítimas;
- garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento;
- prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima;
- incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritário na unidade básica de saúde;
- incluir o tema violência nas ações educativas da unidade;
- registrar informações colhidas sobre o fato: quando, onde, como e, se informado, quem foi o agressor;
- identificar rede de apoio (social e familiar) à mulher;
- informar e encaminhar a vítima e o agressor para aos programas de atendimento de saúde mental;
- informar e encaminhar a vítima para os serviços de apoio social e jurídico, se necessário;
- informar e orientar a vítima para que registre a ocorrência na Delegacia de Mulheres;
- agendar retorno e/ou visita domiciliar para continuidade do atendimento.

Algumas situações, no entanto, deverão ser encaminhadas para os serviços de urgência ou pronto-atendimento hospitalar:

- a. abuso sexual;
- b. lesões graves e/ou extensas;
- c. queimaduras de mais gravidade;
- d. traumatismos cranianos e fraturas;
- e. suspeita de lesão de órgãos internos;
- f. estado de choque emocional (BRASIL, 2012i).

3| Você e sua equipe de Saúde da Família se encontram preparados para o atendimento às mulheres vítimas de violência?

A rede básica de saúde constitui-se em uma instância de enfrentamento da violência contra as mulheres, por seu papel fundamental na detecção de casos e na problematização desse problema com as mulheres. Este tem sido um desafio enfrentado pelos profissionais que atuam na equipe de Saúde da Família porque implica mudanças profundas nos paradigmas que sustentam as suas práticas (ANDRADE, 2009).

Assim, é necessária a capacitação dos serviços de saúde para o acolhimento, identificação, tratamento e encaminhamento adequado das vítimas, para que todas as unidades com serviços de ginecologia-obstetrícia prestem atendimento imediato a esses casos. O ideal é que o atendimento a essas mulheres possa ser realizado por uma equipe multidisciplinar sensibilizada e treinada para lidar com essa questão. Segundo recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), é importante dispor de recursos laboratoriais para realização dos seguintes exames:

- tipagem sanguínea;
- sorologia para sífilis;
- cultura de secreção vaginal e do canal cervical;
- coleta de material para identificar o agressor; esse material deve ser colhido, colocado em papel-filtro estéril, seco ao ar livre e guardado em um envelope – se úmido, bactérias podem proliferar e destruir as células e o DNA – o material deve ser identificado e ficar anexado ao prontuário para investigações policiais;
- sorologia para hepatite B;
- sorologia anti-HIV.

A anticoncepção de emergência deve ser proposta, em casos de estupro, até 72 horas após a sua ocorrência. Ela será desnecessária se a mulher estiver usando método anticoncepcional de alta eficácia, como anticoncepcional oral, injetável ou dispositivo intrauterino (DIU).

Sabe-se que 16% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de doença sexualmente transmissível (DST) e que uma em cada 1.000 é infectada pelo HIV. Por isso, a prevenção de DST/AIDS também deve ser realizada:

- para sífilis: penicilina benzatina 2.400.000 U IM;

Para refletir...

Como tem sido realizada a anticoncepção de emergência (CE) nas situações que envolvem violência sexual às mulheres de seu território e/ou município?

- outras DSTs: azitromicina 1 g VO, dose única associada à cefixima 400 mg VO, dose única;
- vacinação anti-hepatite B também é preconizada;
- quimioprofilaxia para o HIV.

Todas as mulheres devem ser orientadas a registrar a ocorrência policial, até como forma de diminuir a reincidência, mas ela não deve ser obrigada, se não estiver de acordo.

Em casos em que ocorre a gravidez resultante de estupro, o Código Penal Brasileiro, datado de 1940, autoriza a interrupção da gravidez. Apesar de essa legalização ser antiga, só em 1989 foi criado o primeiro serviço de aborto legal no Hospital Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital Jabaquara) e, ainda hoje, poucas instituições no Brasil se estruturaram para esses atendimentos. Em média, são atendidos um ou dois casos por mês nos serviços de referência. No manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), citado no início desta seção, são necessários para a assistência à mulher vítima de estupro, em que se solicita de interrupção da gravidez:

- autorização da grávida ou de seu representante legal, com documento de próprio punho, com duas testemunhas que não sejam funcionários do hospital;
- cópia do boletim de ocorrência policial;
- registro em prontuário;
- informação à grávida de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente se as informações no boletim forem falsas;
- se houver, são recomendados: cópia do registro de atendimento médico à época da violência e cópia do laudo do Instituto de Medicina Legal.

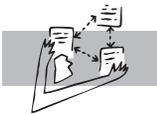
Para gestações com até 12 semanas, podem ser realizados: dilatação do colo uterino e curetagem (recomenda-se a introdução intravaginal de um comprimido de misoprostol 12 horas antes do procedimento para preparação do colo uterino). Outro método proposto é a aspiração manual intrauterina (AMIU), que consiste na dilatação do colo e aspiração da cavidade uterina sob anestesia paracervical por meio de um jogo de cânulas plásticas flexíveis, um jogo de dilatadores e seringas de vácuo com capacidade para 60 mL. Para gestações entre 13 e 20 semanas, são recomendadas indução prévia com misoprostol e posterior curetagem. Nas gestações acima de 20 semanas, não se recomenda a interrupção.



Leia mais sobre o atendimento à mulher vítima de violência sexual no protocolo “Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica” (BRASIL, 2012i); no documento “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde (BRASIL, 2011h) e nos artigos “Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas”(BEDONE; FAÚNDES, 2007) e “Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas” (NARVAZ; KOLLER, 2006).

É importante acentuar que a mulher que vive sob ameaça física e de morte deve ser preparada para sair dessa situação com muito cuidado, pois qualquer motivo pode servir, para a mente perversa do agressor, de justificativa para seu extermínio. O apoio emocional para que a mulher recupere a sua autoestima e construa seu plano de fuga, caso seja esse o seu desejo, deve ser um objetivo da equipe de saúde. Ela deve ser orientada a evitar o confronto com o seu agressor, pois, se a agressão física e psicológica existe, é porque ela se encontra em condição realmente vulnerável.

Muitas vezes, as mulheres que recebem o estereótipo de “poliqueixosas” vivenciaram situações de violência. Suas queixas geralmente são vagas e de sintomas crônicos que não são esclarecidos em exame clínico e laboratorial. Um quadro de psicossomatização pode estar refletindo dores e traumas vivenciados, traduzidos por meio de queixas físicas, mentais ou sociais.



Atividade 8

1. Descreva uma situação de violência vivenciada por uma mulher residente na área de abrangência de sua equipe, ou que você tenha tido conhecimento por outras fontes de informação.
2. Leia a Lei 11.340/2006 de 07/08/2006– Lei “Maria da Penha” (BRASIL, 2006d), que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e a Lei 10.778, de 24 de 23/11/2003 (BRASIL, 2003), que estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
3. Proponha atividades de saúde que possam ser realizadas juntamente com outras instituições sociais de seu município, no sentido de promover e proteger a saúde das mulheres que se encontram em situação de violência.

Vamos discutir no fórum.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Conclusão do módulo

Ao percorrer a trajetória proposta neste módulo, esperamos que você tenha feito uma revisão dos principais aspectos relacionados à saúde da mulher, na perspectiva da estratégia de Saúde da Família. Inicialmente, buscamos situar a mulher em seu contexto sociocultural e econômico para possibilitar uma reflexão sobre como as condições concretas de vida influenciam a maneira como as mulheres adoecem e morrem.

Ressaltamos que a questão da saúde da mulher não pode ficar restrita a questões gineco-obstétricas. A posição social e cultural da mulher, hoje em dia, tem sido conquistada com muita luta política, na perspectiva de garantia de direitos e afirmação, em uma sociedade que impõe novos papéis à mulher, como a especificidade na transição demográfica, ao lhe atribuir mais responsabilidade como cuidadora, inclusive de outros idosos da família, e como provedora, como aposentada. Essa responsabilização acontece em uma sociedade que não viu, ainda, as situações de gênero alcançarem patamares igualitários, como a representação político-partidária, para dar um exemplo.

Discutimos no módulo os principais aspectos necessários para garantir o acesso das mulheres aos direitos sexuais e reprodutivos. Foram abordadas, também, as bases para a construção de protocolos de cuidados às mulheres durante a gestação e puerpério, na prevenção do câncer de mama e cervicouterino e no climatério. Para finalizar, foram apontadas as condições mínimas para o atendimento, pela equipe de Saúde da Família, à mulher vítima de violência. Esperamos que as reflexões individuais e coletivas e os conhecimentos adquiridos neste percurso tenham contribuído para a sua prática profissional e a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população, em especial às mulheres. E que a questão da saúde da mulher seja compreendida como parte da construção de um mundo fraterno e solidário.

Referências

Referências

Leituras obrigatórias

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º. do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9263.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2009.

BRASIL. **Lei nº 10.778, 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 15 nov. 2012.

Leituras complementares

ALMEIDA, A. B. **Reavaliando o climatério**: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.

ANDRADE, C. J. M. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher**: um olhar de gênero. (Tese) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. ANDREA, C. E. et al. Citologia do derrame papilar. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 42, n. 5, p. 333-7, 2006.

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984

BRASIL. LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 1986. Disponível em: <[Http://Www6.Senado.Gov.Br/Legislacao/Listatextointegral.Action?Id=107318](http://www6.senado.gov.br/legislacao/Listatextointegral.Action?Id=107318)>. Acesso em: 15 Nov. 2012.

Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Políticas De Saúde. Área Técnica De Saúde Da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico. 4. Ed. Brasília: Ministério Da Saúde, 2002. Disponível Em: <[Http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/0102assistencia1.Pdf](http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/0102assistencia1.Pdf)>. Acesso Em: 15 Nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/cartilha2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de saúde bucal na doença falciforme**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_saude_bucal_doenca_falciforme.pdf . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de indicadores sociais 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006a. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2005.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2044.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_cancer_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tempo_trabalho_afdom_pnad2001_2005.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia:** da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/qualidade_em_mamografia.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira - 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaovida/indicadoresminimos/sinteseindicais2008/indic_sociais2008.pdf. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/II_PNPM.pdf . Acesso em: 16 jan.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic_atitude_ampliacao_acesso.pdf> .Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008f. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama**: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009b. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/26021_parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf> Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/default.shtm>>. Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Mensal de Emprego. **Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa**: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre 2003-2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/retrospectiva2003_2010.pdf> .Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/monografias/GEBIS%20%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2009.pdf> . Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Comunicados do IPEA nº 65 PNAD 2009 - Primeiras análises**: investigando a chefia feminina de família. Brasília: IPEA, 2010d. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6024> . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010e. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf . Acesso em: 16 jan.2013

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010f. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em: 31 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010g. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010h g. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/folder_rosa3.pdf . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. SISMAMA – informação para o avanço das ações de controle de câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: CEDC, 2010i. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2012. Cecília não conseguiu mudar a cor, por isso aqui o 2010 tem a letrinha i.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010:** características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf> . Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010:** sinopse do censo e resultados preliminares do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>> . Acesso em: 04 nov. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf> . Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011d. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>> . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011e . Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf> Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2011f. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f . Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011g. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/de5fb8004799a707b4c2f795cf639ea3/Rastreamento+organizado+do+c%C3%A2ncer+de+mama.PDF?MOD=AJPERES&CACHEID=de5fb8004799a707b4c2f795cf639ea3>>. Acesso em: 10 nov. 2012

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual:** perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM). Programa Pró-equidade de Gênero e Raça - igualdade de oportunidades e de tratamento. Brasília: SEPM, 2012a. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/pro-equidade> . Acesso em: 16 de jan. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** síntese de indicadores 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2011.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Comunicados do IPEA nº 149:** trabalho para o mercado e trabalho para a casa: persistentes desigualdades de gênero. Brasília: IPEA, 2012c. Disponível em: <http://blogdacnef.files.wordpress.com/2012/05/120523_comunicadoipea0149.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. Saúde da Mulher - **Mortalidade feminina cai 12% nos últimos 10 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7763/162/mortalidade-feminina-cai-12-nos-ultimos-10-anos.html>>. Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. Saúde da Mulher – **Boletim Epidemiológico 1/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea>> . Acesso em: 04 nov. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012f. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf . Acesso em: 31 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 531, de 26 de março de 2012**. Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Brasília: Ministério da Saúde, 2012g. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f . Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2012g. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012i. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - 2013 - 2014**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: <http://spm.gov.br/pnpm/pnpm> . Acesso em: 31 maio.2013

CAMARGOS, A. et al. **Ginecologia Ambulatorial**. 2. ed. Belo Horizonte, 2008.

CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte, 2009.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org.). **Enfermagem e Saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007.

FONSECA, R. M. G. S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexco coesivo. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 3-32, 1999.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 450-9, 2005.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Pediatria Moderna**, v. 41, n. 4, p. 41-55, 2005.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

MADALOZZO, R.; MARTINS, S. R.; SHIRATORI, L. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres têm condições iguais? **Rev. Estud. Fem.**, vol.18, n.2, p.547-566, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v18n2/15.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2012.

MENDES, E. V. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/oficina_atencao_saude>. Acesso em: 26 jun. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo assistencial a pessoa portadora de diabetes mellitus tipo I e diabetes mellitus gestacional**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Mulheres vitimas de violência doméstica : compreendendo subjetividades sujeitadas. **Psico**, v. 37, n. 1, p. 7-13, 2006.

NESCON. Curso de Especialização BH Vida - **Módulo Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Nescon, 2000. (mimeo).

NUNES, C. G. F. **Dossiê. Globalização e trabalho**: perspectivas de gênero. Brasília: CFEMEA, 2002.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Perfil do trabalho decente no Brasil**. Brasília; Genebra: OIT, 2009. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/decent_work/pub/perfil_do_trabalho_decente_301.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

PELLOSO, S. M; CARVALHO, M. D. B; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum**, v. 26, n. 2, p. 319-24, 2004.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1161-1168, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf> Acesso em: 15 nov. 2012.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Mulher e Aids**: enfrentando as desigualdades. São Paulo: Rede Saúde, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de dispensação de imunoglobulina anti Rh. São Paulo: Secretaria Municipal de Sade, 2005.

SERVIÇO SOCIAL DO COMERCIO. Divisão Nacional. Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus – Diretrizes da sociedade Brasileira de Diabetes. Brasil: SBD, 2006.

VILLELA, W.; DINIZ, S. **A epidemia de AIDS entre as mulheres**. São Paulo: NEPAIDS/CFSS, 1998.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011



Apêndices

Apêndice A

Protocolo de consulta de pré-natal

Para a avaliação do estado de saúde de uma gestante, rotineiramente devem ser levantados e analisados os dados clínicos, econômicos, sociais, educacionais, etc. A avaliação clínica inclui a anamnese, o exame físico, a hipótese diagnóstica (diagnóstico médico, de enfermagem e odontológico), a realização de exames complementares e as condutas (terapêutica médica, cuidados de enfermagem e odontológicos).

1| Anamnese

Não é demais reforçar que os dados levantados neste momento da avaliação do estado de saúde são fundamentais para a identificação dos principais riscos durante a gestação, sejam eles de origem biológica ou social.

- **Identificação:** nome, idade, naturalidade, endereço, tipo de união conjugal, profissão, religião.
- **Dados socioeconômicos:** escolaridade, ocupação, condições de moradia, migração recente, ocupação do cônjuge.
- **Antecedentes pessoais:** diabetes, hipertensão, tuberculose, outras doenças, transfusões sanguíneas, cirurgias, alergias a medicamentos, vacinação (rubéola, hepatite e antitetânica), peso anterior à gestação, internações.
- **Condições e hábitos de vida:** uso de medicamentos/drogas ilícitos, hábitos alimentares, consumo de álcool, tabagismo.
- **Antecedentes ginecológicos:** idade da menarca, ciclos menstruais, uso de métodos contraceptivos, infertilidade, DST, número de parceiros sexuais, doenças da mama, cirurgias ginecológicas.
- **Antecedentes obstétricos:** número de gestações, partos, cesarianas, abortos, nascidos vivos e mortos, filhos vivos, falecidos,

idade dos filhos no momento do óbito, intervalo interpartal, peso dos filhos, prematuros, aleitamento, complicações puerperais, data da última menstruação.

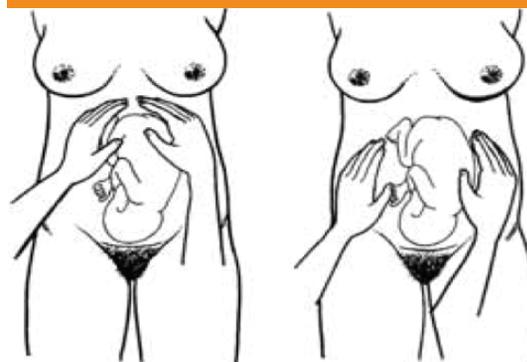
- **Antecedentes familiares:** diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase, malformações congênitas.
- **Queixas e sintomas:** a gestante deve sentir-se à vontade para expor seus incômodos. A entrevista deve ser dirigida pelo profissional de saúde e deve possibilitar a ela revelar tanto as alterações e problemas fisiológicos quanto os emocionais e sociais.
- **Cálculo de idade gestacional e da data provável do parto (DPP):** o diagnóstico de idade gestacional em semanas é fundamental na elaboração de diagnósticos obstétricos e proposição de condutas. Caso ocorra dúvida em relação ao cálculo da DPP, consulte o Manual de Pré-Natal e Puerpério (BRASIL, 2005b).

2| Exame físico

- **Inspeção geral:** aparência geral, condições de nutrição e higiene, estado da pele, mucosas e unhas.
- **Medida do peso/altura e cálculo do IMC:** é importante medir a estatura na primeira consulta e aferir peso em todas as consultas, pois resultados perinatais desfavoráveis têm sido associados a peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura e ganho excessivo ou insuficiente de peso durante a gravidez. O ganho de peso é muito variável na gestação normal, mas geralmente fica entre 6 e 16 kg. São causas frequentes de peso insuficiente o déficit alimentar, a hiperemese, as anemias, as parasitoses e as doenças debilitantes. Os casos de sobrepeso costumam estar associados a: obesidade, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla e diabetes. Detecção de edema, que pode ser fisiológico ou associado à pré-eclampsia, deve ser correlacionada com a análise do ganho de peso e dos níveis da pressão arterial.
- **Controle da pressão arterial:** existe alta prevalência da hipertensão como fator de risco materno e perinatal. Considerar alterados níveis superiores a 140/90 mmHg ou aumento de 30 mmHg na sistólica e 15 mmHg na diastólica, em pelo menos duas medidas com a gestante em repouso. Gestantes com hipertensão arterial devem ser referidas ao pré-natal de alto risco.

- **Cavidade bucal:** avaliar o estado de higiene e conservação dos dentes, aspecto da língua e mucosa oral. A gestante deve ser encaminhada para consulta odontológica para avaliação geral e planejamento do tratamento a ser realizado. Nessa consulta, serão instituídas também as ações para a higiene bucal, como esclarecimento sobre a placa bacteriana, cárie dental devido ao consumo de açúcar e sangramentos devido à gengivite, bem como os sinais e sintomas da doença periodontal. Nesse momento, deverá ser reforçada a importância da escovação dentária eficiente e o uso de dentífrício e do fio dental na prevenção e tratamento da cárie e da doença periodontal.
- **Exame do tórax:** realizar as ausculta cardíaca e respiratória. Na avaliação das mamas, é importante fazer a inspeção dos mamilos (protuso, invertido, ou semiplano). Esta é uma oportunidade para identificar o conhecimento que a usuária já possui em relação à amamentação, suas facilidades e dificuldades quanto ao manejo do aleitamento materno. As reuniões de grupo podem propiciar trocas de experiências, conhecimento de crenças e atitudes que contribuem ou dificultam para a promoção do aleitamento.
- **Palpação obstétrica e a medida da altura uterina:** ambas são fundamentais para identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios da normalidade partindo da relação entre a altura uterina e a idade gestacional e para verificar a situação e a apresentação fetal. A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina e inicia-se com a delimitação do fundo uterino e de todo o contorno da superfície uterina (primeira manobra de Leopold). A realização dessa manobra (Figura 10) diminui o risco de erros na hora da medida da altura uterina.

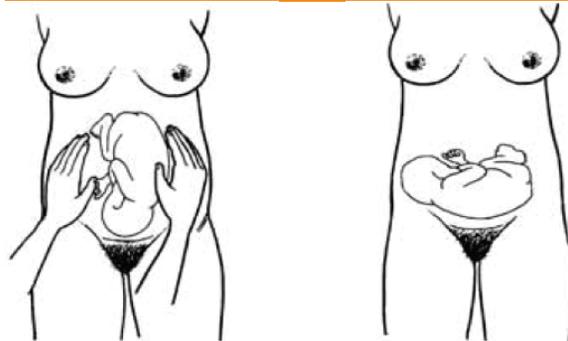
Figura 1 – primeira manobra de Leopold



Fonte: Brasil (2005b).

A palpação obstétrica facilita a identificação da situação e da apresentação fetal, por meio da identificação dos polos cefálico, pélvico e o dorsal, que podem ser facilmente identificados a partir do terceiro trimestre de gravidez. O feto pode estar em situação longitudinal ou transversa, como pode ser observado na Figura 11.

Figura 2 – segunda manobra de Leopold: posições fetais longitudinal e transversa



Fonte: Brasil (2005b).

A apresentação fetal pode ser cefálica ou pélvica, como pode ser observado na Figura 13, a seguir.

Figura 2 – apresentações fetais cefálica e pélvica

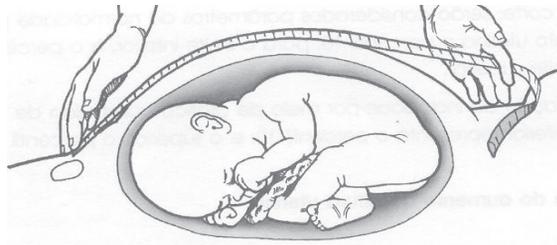


Fonte: Brasil (2005b).

No cartão de pré-natal, existe um gráfico para se avaliar o crescimento uterino, que é obtido a partir da medida da altura uterina (em centímetros) em relação à idade gestacional (em semanas). Medidas entre os percentis 10 e 90 estão dentro da normalidade. A causa mais frequente de diferença entre a medida aferida e a esperada é o erro no cálculo da idade gestacional estimada. Outras causas de peso acima do esperado são mola hidatiforme, polidrâmnio, macrossomia fetal e gestação múltipla. Causas de peso abaixo do esperado são: aborto retido, feto morto, oligodrâmnio

e restrição do crescimento intrauterino. É frequente, também, ocorrerem erros de medida da altura uterina devido à falta de padronização entre os profissionais que avaliam a gestante, sobre como realizá-la. Para que não se verifiquem valores muito discrepantes, é importante que a medida seja feita a partir da porção superior da sínfise púbica até o fundo uterino, como pode ser observado na Figura 14, a seguir.

Figura 4 – demonstração da forma de aferir a altura uterina



Fonte: Brasil (2005b).

- **Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF):** o BCF é audível a partir de 12 semanas, se for utilizado o detector de batimentos cardíofetais, ou 14 semanas, se for utilizado o estetoscópio de Pinard. A frequência normal é entre 120 e 160 batimentos/minuto. Pode haver taquicardia ou bradicardia fetal em caso de febre, uso de medicamentos ou sofrimento fetal (reavaliar com decúbito lateral). As acelerações transitórias demonstram boa vitalidade e as desacelerações são sempre sinal de alerta.
- **Dinâmica uterina:** é a detecção de contrações uterinas com base na sensação tátil de endurecimento da musculatura uterina e seu posterior relaxamento, estabelecidas de acordo com a duração (em segundos) em determinado intervalo de tempo (em minutos).
- **Exame da genitália externa:** inspeção da vulva com observação da pele, pelos e vasculatura.
- **Exame especular:** avaliação das paredes vaginais e colo uterino, resíduo vaginal, coleta de material para exame colpocitológico, teste de Schiller. É importante que a gestante esteja ciente de que nenhum desses procedimentos pode ser causa de abortamento ou outros resultados negativos na gestação.

- **Toque vaginal:** deverá ser realizado na primeira consulta de pré-natal e sempre que necessário. O toque é importante na palpação bimanual de útero e anexos, para diagnosticar o apagamento e a dilatação cervical no diagnóstico de trabalho de parto. Ela contribui, ainda, na avaliação sobre a apresentação fetal. Não deve ser realizado em casos de amniorrexe em gravidez pré-termo para não aumentar o risco de infecção (nestes casos, pode-se fazer o exame especular antes do encaminhamento para a Maternidade). Avaliar características do colo uterino (posição, apagamento, dilatação), avaliação do tamanho uterino e dos anexos (primeiro trimestre).
- **Exame dos membros inferiores:** pesquisa de edema e varizes.

Após a anamnese e o exame físico, você fará a análise de dados, avaliação de risco e formulação de diagnósticos, solicitação de exames, prescrições de medicamentos e vacinas e orientações gerais com explicações sobre as condutas. Não se esqueça do preenchimento completo do prontuário e do cartão, nos quais já deverá constar também a data do retorno.

Apêndice B - Avaliação e Conduta: Exames complementares pré-natais

1. Tipagem sanguínea

A isoimunização é uma alteração imunológica caracterizada pela incompatibilidade sanguínea materno-fetal na qual aproximadamente 98% dos casos se devem ao fator Rh (antígeno D). Ela atinge entre 1 e 10% das gestantes Rh negativo, podendo levar à hidropisia e morte fetal. A probabilidade de ocorrência é maior nas múltiparas, principalmente quando a prevenção com a imunoglobulina não foi realizada de maneira adequada. Existe, ainda, probabilidade entre 0,3 e 5,8% de risco de sensibilização na primeira gestação de mães Rh- e fetos Rh+ (São Paulo, 2005).

É importante que se faça o diagnóstico de incompatibilidade sanguínea antes que se instale a doença hemolítica perinatal e, para isso, alguns cuidados são fundamentais:

- Sempre que você se deparar com uma gestante com fator Rh negativo, solicite o Coombs indireto. Se este for negativo, repita-o mensalmente, principalmente após 24 semanas de gestação. Se o Coombs indireto for positivo, referencie a gestante para o pré-natal de alto risco.
- Se possível, determinar o Rh do pai.
- A prevenção de isoimunização deve ser feita a partir da administração de imunoglobulina anti-Rh até 72 horas pós-parto, nos casos de recém-nascido Rh positivo e Coombs direto negativo (300 mg IM). Ganha-se em efetividade com a administração rotineira também na 28ª semana de gestação e em casos de sangramentos ou procedimentos invasivos durante a gravidez.

2. Hemograma

Na gestante, devido ao aumento do volume plasmático, há hemodiluição com alteração nos valores de referência da hemoglobina, sendo considerada normal a dosagem igual ou acima de 11g/dL. Valores inferiores a este representam anemia que, de acordo com o volume corpuscular médio (VCM), é classificada em:

- Microcítica (VCM < 80)
- Normocítica (VCM 80 – 95)
- Macroscítica (VCM > 95)

Além de diagnosticada, a anemia deve ser prevenida com suplementação de ferro a partir da 20ª semana (30-60 mg/dia) e de ácido fólico (1 ou 2 mg/dia), que devem ser mantidos até o puerpério. A prescrição de ácido fólico pode se restringir a alguns casos de gestações de alto risco (gemelares, uso de anticonvulsivantes, diabetes, alcoólatras, história de descolamento prematuro de placenta, entre outras).

2.1 Tratamento da anemia

Os casos mais graves, com hemoglobina inferior a 8 g/dL, devem ser encaminhados para o pré-natal de alto risco (PNAR). Para os demais, sugerimos a seguinte abordagem:

- **HB entre 8 e 11 g/dL**
Volume corpuscular médio (VCM) > 80): avaliar parasitoses e prescrever Ferro (120 a 240 mg por dia). Repetir eritrograma entre 30 e 60 dias e, se ainda persistir a anemia, pesquisar causas ou referenciar para PNAR. Caso a hemoglobina tenha se corrigido (>11 g/dL), mantenha 40 mg de ferro/dia até o puerpério.
- **VCM entre 80 e 95**
Se houver história prévia de anemia ou pesquisa de drepanócitos positiva, você deve solicitar eletroforese de hemoglobina ou referir para pré-natal de alto risco. Nos demais casos, tratar como ferropriva.
- **VCM < 95**
Você deve prescrever ácido fólico 1 a 5 mg por dia e repetir eritrograma entre 30 e 60 dias; se ainda persistir a anemia macrocítica, pesquisar causas ou referenciar para pré-natal de alto risco (PNAR). Caso a hemoglobina tenha se corrigido (>11 g/dL), mantenha o ácido fólico até o puerpério.

3. VDRL

No Brasil, estima-se que aproximadamente 3,5% das mulheres gestantes sejam acometidas pela sífilis, com risco de transmissão vertical do treponema entre 50 e 85%, resultando em cerca de 40% de mortalidade perinatal. Pela facilidade de seu diagnóstico e tratamento, a sífilis congênita é um indicador sensível da assistência prestada durante o pré-natal. Contribuem para a sua prevalência as baixas condições socioeconômicas, baixa escolaridade, relacionamento sexual de risco com vários parceiros e, principalmente, inadequada atenção pré-natal. Para a prevenção da transmissão materno-fetal, alguns cuidados necessitam ser tomados:

- Caso o VDRL seja negativo, o exame deverá ser repetido no terceiro trimestre de gestação.
- Se for duvidoso, com valores iguais ou inferiores a $\frac{1}{4}$, solicite o FTA-ABS (na ausência de antecedentes de tratamento de sífilis, pois este exame mantém-se positivo indefinidamente) ou repita o VDRL após duas semanas. Se os níveis aumentarem, trate a gestante.
- Caso o VDRL seja igual ou superior a $\frac{1}{8}$, trate a gestante. O tratamento deverá ser feito com penicilina benzatina 2.400.000 unidades, em três doses IM, com intervalos semanais (tratamento preconizado para sífilis tardia). O controle de cura será feito pelo VDRL.

4. Pesquisa de HbsAg

No Brasil, estima-se que 2 milhões de pessoas sejam portadores do vírus da hepatite B, a maioria sem ter conhecimento do fato. Após a infecção aguda, em torno de 5% dos indivíduos tornam-se cronicamente infectados. Sem tratamento preventivo, 88% dos recém-nascidos de mulheres portadoras do vírus serão infectados. A pesquisa da proteína encontrada na cápsula do vírus da hepatite B (HbsAg) durante o pré natal é fundamental na prevenção da transmissão vertical. Independentemente do resultado do exame da gestante, você deverá manter o acompanhamento de pré-natal habitual e a vacina deverá ser administrada a todas as crianças em três doses, sendo a primeira até 12 horas após o nascimento, seguida

por uma dose no terceiro e outra no sexto mês de vida. Para os recém-nascidos de mães com pesquisa de HbsAg positivo, deverá haver garantia da administração da imunoglobulina até 12 horas do parto.

5. Rastreamento de diabetes gestacional

O *diabetes mellitus*, caracterizado por defeitos na secreção e/ou na ação da insulina, com consequentes alterações metabólicas, pode trazer repercussões desfavoráveis tanto maternas quanto fetais.

O *diabetes mellitus* é classificado de acordo com a Associação Americana de Diabetes (1999, *apud* Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006) da seguinte maneira:

- Tipo 1 (incide em 0,2% das gestações).
- Tipo 2 (0,3% das gestações).
- Diabetes mellitus gestacional (4% das gestações).
- Outros tipos específicos de diabetes.
- Tolerância diminuída à glicose e intolerância à glicose em jejum.

De acordo com BRASIL (2012i) o rastreamento deve ser iniciado pela anamnese para a identificação dos fatores de risco:

- Idade igual ou superior a 35 anos;
- Índice de massa corporal (IMC) >25kg/m² (sobrepeso e obesidade);
- Antecedente pessoal de diabetes gestacional;
- Antecedente familiar de diabetes mellitus (parentes de primeiro grau);
- Macrossomia ou polihidrâmnio em gestação anterior;
- Óbito fetal sem causa aparente em gestação anterior;
- Malformação fetal em gestação anterior;
- Uso de drogas hiperglicemiantes (corticoides, diuréticos tiazídicos);
- Síndrome dos ovários policísticos;
- Hipertensão arterial crônica.

O Quadro 3, a seguir, pretende auxiliá-lo na conduta laboratorial para rastreamento do *diabetes mellitus* gestacional. Existem diversos protocolos e o apresentado no Quadro 3 é o proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Quadro 3 – Rastreamento do *diabetes mellitus* gestacional (*)

Glicemia de jejum menor ou igual a 85mg/dL, na ausência de fator de risco.	Rastreamento negativo	Repetir a glicemia de jejum entre a 24ª e 28ª semana de gestação.
Glicemia de jejum igual ou superior 85 mg/dL, e/ou fator de risco.	Rastreamento positivo	Teste oral de tolerância à glicose
Duas glicemias de jejum acima de 126mg/dL.	Diagnóstico de diabetes gestacional	

Fonte: modificado BRASIL, 2012i.

(*) Dosagem da glicemia deve ser feita no início da gravidez, antes de 20 semanas.

As gestantes com rastreamento positivo, ou seja, com glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 85mg/dL até 125mg/dL e/ou com qualquer fator de risco devem ser submetidas ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

No Quadro 4, constam os valores de referência para diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional com após ingestão de 75g de glicose anidra em 250–300ml de água, depois de um período de jejum entre 8–14 horas (TOTG 75g 2h). A glicose plasmática é determinada em jejum, após 1 hora e após 2 horas. Nesta curva, os pontos de corte são >95, 180 e 155, respectivamente, os achados de dois valores alterados confirmam o diagnóstico. Um único valor alterado indica a repetição do TOTG 75g 2h na 34ª semana de gestação.

Quadro 4 – Diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional com teste de TOTG.

Jejum	95 mg/dL
1 hora	180 mg/dL
2 horas	155 mg/dl

Fonte: modificado de BRASIL, 2012i.

Um único valor alterado indica a repetição do TOTG na 34ª semana de gestação.

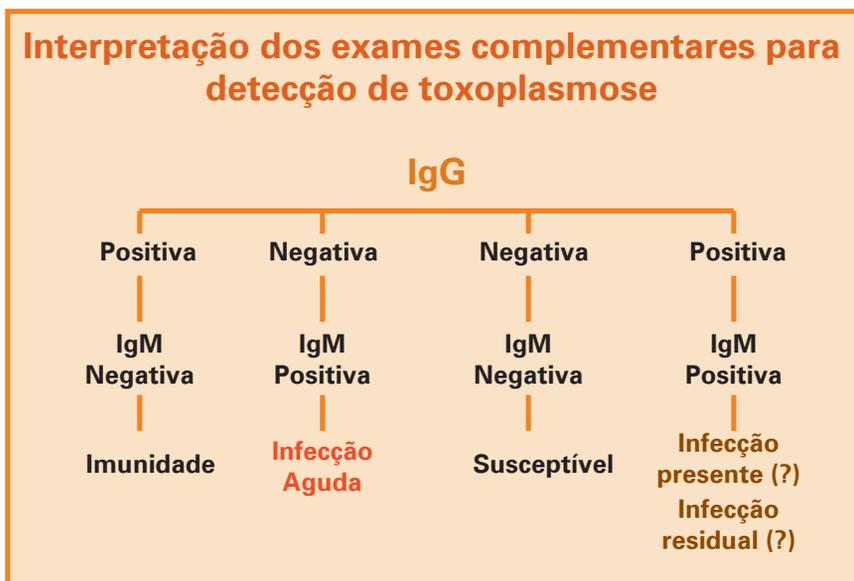
Dois valores alterados confirmam o diagnóstico.

O diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional obriga o encaminhamento ao PNAR.

6. Pesquisa de toxoplasmose

A toxoplasmose aguda gestação apresenta risco de infecção fetal crescente em relação à idade gestacional, podendo chegar a 90% no terceiro trimestre. A gravidade de acometimento fetal, ao contrário, é inversamente proporcional à idade gestacional. Sendo geralmente assintomática e passível de tratamento, recomenda-se o rastreamento durante todo o pré-natal. O Quadro 5 apresenta os possíveis resultados de sorologia para toxoplasmose.

Quadro 5 - Interpretação dos exames complementares para detecção de toxoplasmose.



Fonte: elaborado pelas autoras.

No Quadro 6, foi feita uma síntese para orientá-lo na conduta, de acordo com a sorologia para toxoplasmose. As gestantes susceptíveis (em torno de 54%) devem ser bem orientadas quanto a profilaxia (evitar contato com gatos, evitar comer carnes mal cozidas, lavar vegetais com água e sabão). Apesar da existência de falsos positivos, caso não seja possível o esclarecimento diagnóstico (IgA positiva), considere infecção aguda todos os casos de IgG negativa e IgM positiva, referenciando-os para o PNAR.

Quadro 6 - Sorologia para toxoplasmose

SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

Imunidade: acompanhamento habitual

Susceptível: orientações sobre profilaxia e repetir exame entre 24 e 28 semanas de gravidez

Infecção recente (?) ou IgM residual (?): teste de avidez (até 20 semanas) ou repetir sorologia para comparação de títulos.

Infecção aguda: iniciar espiramicina 3 g/ dia e **REFERIR PARA PNAR**

Fonte: elaborado pelas autoras.

Se você se deparar com resultado de sorologia para toxoplasmose mostrando IgG e IgM positivas, poderá estar diante de uma gestante com infecção recente ou que já tenha imunidade, mas manteve IgM residual. Para gestantes no primeiro trimestre, a melhor opção é o teste de avidez da IgG, que vai revelar se a infecção aguda ocorreu na gravidez (baixa avidez) ou se antes da gestação (alta avidez), não havendo, neste último caso, risco de infecção fetal. Veja o esquema no Quadro 7.

Quadro 7 - Teste de avidez para toxoplasmose

TESTE DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE

Indicação precisa e resolutiva em gestantes no primeiro trimestre com IgG e IgM positivas.

Na infecção aguda os anticorpos ligam-se fracamente ao antígeno, tem-se baixa avidez. Na fase crônica, menos de 4 meses de gravidez, tem-se alta avidez.

Valores de referência

Baixa avidez: inferior a 40% - infecção recente = pré-natal de alto risco.

Alta avidez: superior a 40% - infecção há mais de 4 meses = manter pré-natal de risco habitual

Fonte: elaborado pelas autoras.

Apoio



Ministério
da Educação



Ministério da
Saúde



Realização

