

Curso de Especialização Saúde da Família

Unidade 2 - Cuidado Integral da Saúde da Mulher



Unidade 2

Cuidado Integral da
Saúde da Mulher

Módulo 5

Cuidado Integral à Saúde da Mulher

Créditos

Governo Federal

Ministro da Saúde

Arthur Chioro

Secretaria de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde (SGTES)

Heider Pinto

Responsável Técnico pelo Projeto
UNA-SUS

Francisco Campos

Universidade de Brasília

Reitor

Ivan Marques de Toledo Camargo

Vice-Reitor

Sônia Nair Báo

Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Jaime Martins de Santana

Faculdade de Medicina

Diretor

Paulo César de Jesus

Vice-Diretoria

Verônica Moreira Amado

Faculdade de Ciências da Saúde

Diretora

Maria Fátima Souza

Vice-Diretora

Karin Sávio

Faculdade Ceilândia

Diretora

Diana Lúcia Pinho

Vice-Diretora

Araken dos S. Werneck

Comitê Gestor do Projeto UNA-SUS-UhB

Coordenação Geral

Gilvânia Feijó

Coordenação Administrativa

Celeste Aida Nogueira

Coordenação Pedagógica

Maria da Glória Lima

Coordenação de Tecnologias

Rafael Mota Pinheiro

Coordenação de Tutoria e Survevisão

Juliana Faria Fracon e Romão

Coordenação de Assuntos Acadêmicos

Kátia Crestine Poças

Secretaria Geral

Suellenne Maria Silva Santos

Equipe Técnica

Analista Sênior

Jonathan Gomes P. Santos

Produtor de Material Didático

Lucas de Albuquerque Silva

Programador

Rafael Silva Brito

Programador

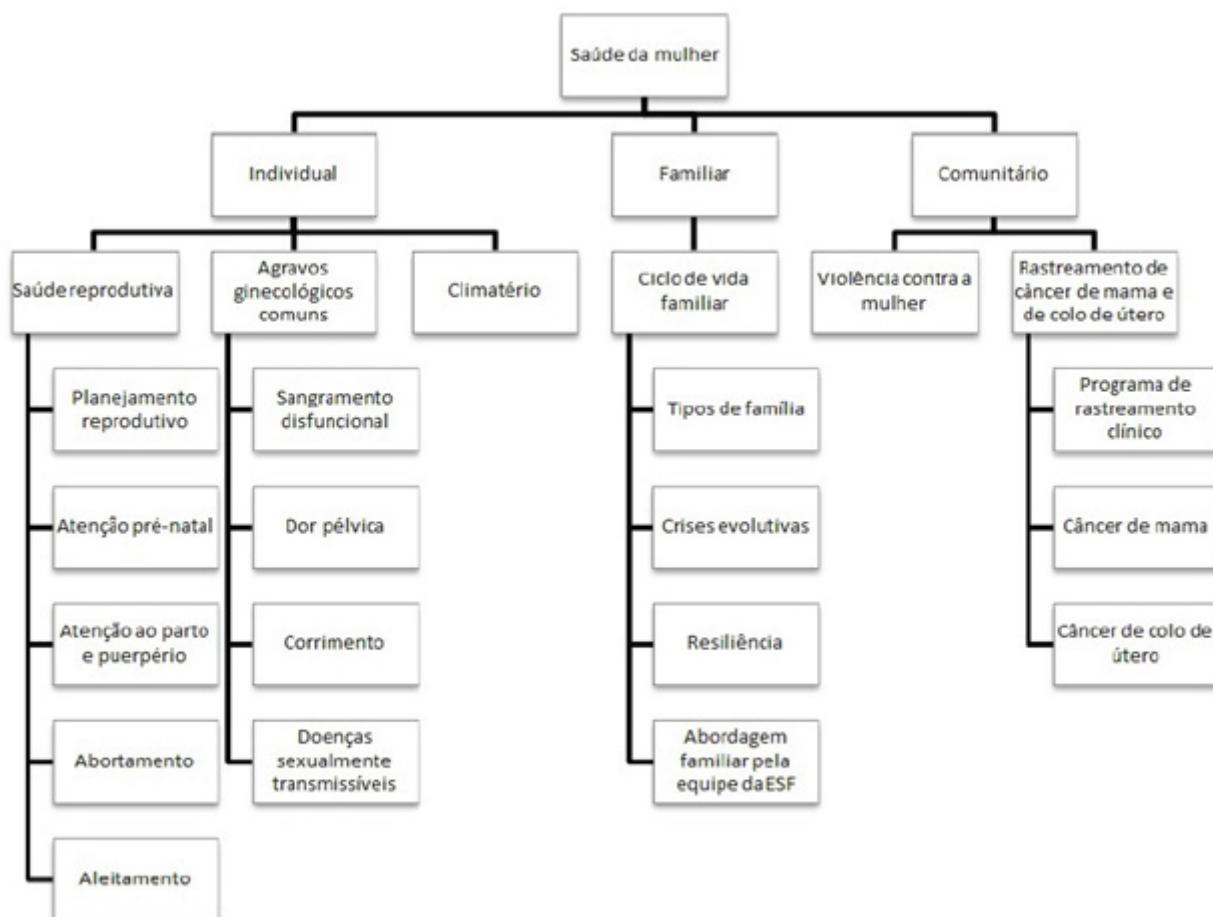
Ismael Lima Pereira

Créditos

Programador	Rafael Bastos de Carvalho
Programador	Thiago Alves
Produtor de Material Didático	Nayara dos Santos Gaston
Gestão AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem)	Luma Camila Rocha de Oliveira
Repositórios Digitais	Flávia Nunes Sarmanho
Apoio Linguístico	Tainá Narô da Silva de Moura
Produção e Finalização de Material Áudio Visual	Mozair dos Passos Costa
Gerente de Projetos	Aurélio Guedes de Souza
Web Designer	Francisco William Sales Lopes
Design Instrucional	Arthur Colaço Pires de Andrade
Web Designer	Maria do Socorro de Lima
Diagramador	Rafael Brito dos Santos
Gerente de Produção de Educação a Distância	Jitone Leonidas Soares

Apresentação do Módulo 5

Esse módulo está organizado em três eixos: individual, familiar e comunitário. Cada eixo foi organizado em lições específicas com assuntos relevantes para o cotidiano da atenção à saúde da mulher. Destacamos que apesar da separação didática entre os eixos, os conteúdos não são restritos à mulher. Existe uma articulação entre os eixos e também com outros módulos do curso ampliando a importância desse conhecimento para o trabalho da Equipe de Saúde da Família. O organograma abaixo mostra a organização do módulo



Organização do Módulo Cuidado Integral à Saúde da Mulher

Sumário

Eixo 1 – Individual

Saúde Reprodutiva.....	9
Lição 1 – Planejamento Reprodutivo.....	9
Lição 2 – Assitência ao parto.....	20
Lição 3 – Aleitamento Materno.....	35
Lição 4 - Abortamento.....	51
Climatério.....	58
Lição 5 – Climatério.....	58
Agravos Ginecológicos Comuns.....	67
Lição 6 – Sangramento Disfuncional, dor pélvica, corrimento.....	67
Lição 7 – Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	89

Eixo 2 – Familiar

Lição 8 – Ciclo de Vida Familiar.....	106
---------------------------------------	-----

Eixo 3 – Comunitário

Lição 9 – Violência contra a Mulher.....	114
Lição 10 – Rastreamento do Câncer de mama e do Colo de útero	131

Saúde Reprodutiva

De acordo com a árvore temática deste módulo, a abordagem individual da saúde será abordada em três lições: saúde reprodutiva, agravos ginecológicos mais comuns e climatério. A saúde reprodutiva da mulher será abordada em 5 lições: planejamento reprodutivo, atenção pré-natal, atenção ao parto e ao puerpério, abortamento e aleitamento.

Lição 1 – Planejamento Reprodutivo

Ana Cyntia Baraldi

Bruno Ramalho de Carvalho

Gilvânia Feijó

Juliana Faria Fracon e Romão

Patricia Taira Nakanishi

Rejane Antonello Griboski

Sobre o planejamento familiar a Constituição Federal do Brasil estabelece:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. Essa lição irá abordar aspectos relacionados ao planejamento familiar.

Objetivos Pedagógicos

- Entender o conceito de planejamento familiar e reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos da mulher;
- Desenvolver habilidades para reconhecer, atender e encaminhar as mulheres que desejam ingressar nos serviços de planejamento familiar;
- Desenvolver estratégias que o capacitem no diagnóstico e orientação da contracepção, reprodução, infertilidade e de novas tecnologias reprodutivas para mulheres e homens;
- Promover atividades para envolver a comunidade, a equipe multiprofissional de saúde com o planejamento familiar.

Introdução

A Lei n.º 9.263, sancionada em 12 de Janeiro de 1996, regulamenta o planejamento familiar no Brasil e estabelece em seu art. 2º: “Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

A mesma lei só permite a esterilização voluntária “em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos”.

Uma questão fundamental da Lei n.º 9.263 é a inserção das práticas da **laqueadura de trompas** e da **vasectomia** dentro das alternativas de anticoncepção, definindo **critérios** para sua utilização e **punições** para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

Do ponto de vista formal, essa medida democratiza o acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo em que regulamenta essas práticas na rede privada, sob o controle do SUS.

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: **o direito de ter ou não filhos/as** (Ministério da Saúde, 2002, p.



FIQUE DE OLHO

Segundo o Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (Ministério da Saúde, 2010), planejamento reprodutivo é um termo mais adequado que planejamento familiar e não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade. O controle de natalidade implica imposições do governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres e já o planejamento reprodutivo baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Segundo a legislação nacional de planejamento familiar (Lei nº 9.263/96), o planejamento familiar compreende a **concepção e a contracepção**. “(...) conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (art. 2º). Estão compreendidos, portanto, exames, procedimentos cirúrgicos, consultas, ações de educação e orientação, entre outros.



FIQUE DE OLHO

Pesquisas indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo e que o planejamento reprodutivo ainda não é percebido como uma ação básica de saúde.

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.

Para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo, os gestores municipais devem: garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; apoiar processos de educação permanente; e estruturar a rede de referências fora do âmbito da Atenção Básica.

É preciso também que os serviços de saúde desenvolvam ações que contemplem a saúde sexual e a saúde reprodutiva dos homens, tais como abordagem das disfunções sexuais, prevenção e controle do câncer de próstata e do câncer de pênis, prevenção e tratamento das DST, acesso à vasectomia, entre outras. Devem ainda promover o conceito de igualdade entre homens e mulheres.

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades. de aconselhamento, educativas e clínicas.

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas.

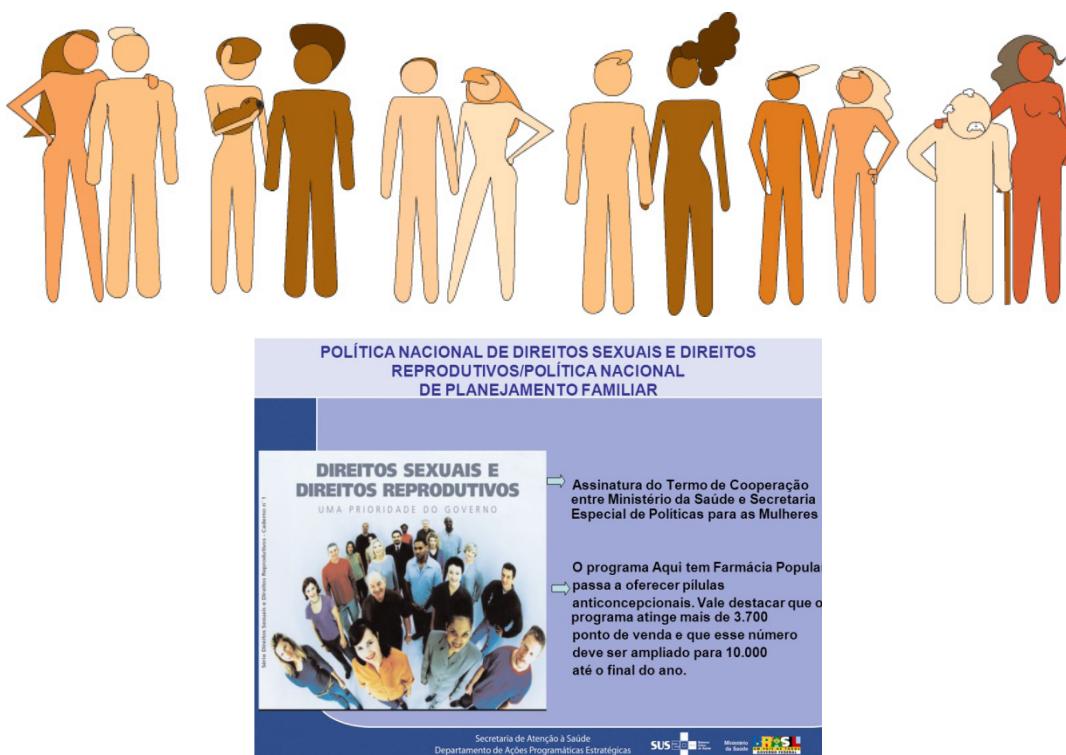
Deve-se ainda promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir uma atuação multi e interdisciplinar.

O **aconselhamento** é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro.

As **atividades educativas** são fundamentais para a qualidade da atenção prestada. Têm como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada. Propicia a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução.

As **atividades clínicas**, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. É importante salientar que elas devem se inserir na perspectiva da atenção integral à saúde, evitando- se a fragmentação das ações.

Sobre os direitos sexuais e reprodutivos e questões de gênero



A discussão dos direitos reprodutivos no âmbito dos direitos humanos significou um avanço no sentido de que não importava o sexo/gênero da pessoa, sua religião, idade, raça/etnia, grupo social que pertença e, sim, que qualquer um deve ser reconhecido como sujeito de direitos neste campo e deveria ter asseguradas as condições para o exercício pleno destes direitos.

No processo de consolidação do conceito de direitos reprodutivos, foram de grande relevância as grandes conferências organizadas pela ONU, na década de 90: a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 e a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995. Através delas, as reivindicações dos movimentos das mulheres tiveram o alcance institucional necessário para expandir suas ideias aos campos de intervenção na área da saúde reprodutiva.

Destaca-se, como marco principal, a conferência realizada no Cairo, por ter proposto a superação da perspectiva de saúde reprodutiva que enfatiza o controle da natalidade, além de ter reconhecido a sexualidade enquanto uma esfera positiva da atuação humana (Barzelatto, 1998) que inclui sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (WHO, 2002).



FIQUE DE OLHO

Segundo a definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), os direitos sexuais seguem os direitos humanos que já são reconhecidos pelas leis e documentos internacionais consensuais. Eles incluem o direito de todas as pessoas e repudiam qualquer forma de coerção, discriminação ou violência, devendo ser protegidos e respeitados" (TONELI, 2004).



PARA REFLETIR

Defensores da igualdade de gênero trabalharam incessantemente a fim de garantir que as obrigações e compromissos assumidos no âmbito da CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*) e da Plataforma de Ação de Pequim sejam cumpridos, e os resultados agora estão claros, sob a forma de leis, dispositivos constitucionais, decisões judiciais, políticas, estruturas governamentais e alocações de recursos sensíveis a gênero.



PARA REFLETIR

Atualmente, existem muitas discussões acerca dos temas. Você já deve ter tido a oportunidade de discutir ou ler sobre direitos e questões de gênero. Vale à pena fazer uma reflexão a partir do que você leu: o que são direitos sexuais e direitos reprodutivos? Que entende por igualdade de gênero? E como você pode utilizar esses conceitos na sua vida pessoal, profissional e para a comunidade na promoção de uma vida mais saudável?



SAIBA MAIS

Leia o artigo: Direitos Sexuais e Reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência – Maria Juracy Filgueiras Toneli, publicado na revista Psicologia & Sociedade; 16 (1): 151-160; Número Especial, 2004:

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

Sobre direitos sexuais e reprodutivos, consulte as cartilhas do Ministério da Saúde disponíveis na sua biblioteca ou nos endereços:



SAIBA MAIS

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf

Religião e saúde sexual e reprodutiva

As práticas religiosas permeiam as relações sociais dos adeptos das diferentes religiões. As orientações fornecidas pelos sacerdotes influenciam as atitudes dos fiéis, em especial, aquelas da esfera sexual e reprodutiva, permeadas por crenças e valores sujeitos às interferências do contexto social e religioso Hoga et al (2010)



SAIBA MAIS

Para saber mais, leia o artigo sobre Religião e Saúde Sexual e reprodutiva disponível na sua biblioteca:

Hoga et al, 2010. Orientações sobre o comportamento sexual e reprodutivo: princípios e práticas dos sacerdotes católicos - Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Educação sexual e sexualidade

Para introduzir essa unidade utilizou-se o recorte do artigo “Entre as tramas da sexualidade brasileira”, de Maria Luiza Heilborn, publicado na Revista Feminista, em 2006.

O estudo da sexualidade põe em evidência a ideia mais relevante da teoria sociológica: a relação entre sociedade e indivíduo e como são produzidos contextualmente os nexos entre esses dois polos. Os roteiros sexuais espelham as múltiplas e diferentes socializações que uma pessoa experimenta em sua vida: família, tipo de escola, acesso a meios de comunicação, redes de amizade e vizinhança. Esses roteiros são especialmente relevantes na fase em que a sexualidade se torna uma questão muito importante: na adolescência/juventude, quando se dá o início da vida sexual com parceiro, e, a seguir, na passagem à vida adulta. Uma determinada concepção de sexualidade está em jogo quando da entrada na vida sexual, intimamente vinculada com o uso social do corpo, sendo este modelado pelas normas

culturais. O uso social do corpo é uma dimensão da antropologia da pessoa que assinala como socialmente construída a maneira como caminhamos, sorrimos ou rimos, olhamos, escutamos ou empreendemos muitas das funções consideradas naturais de nossos corpos (HEILBORN, 2006, p.46).

Abaixo o resumo do artigo “Resposta sexual humana” de Florence Zanchetta Coelho MARQUES, Simone Braga CHEDID, Gibrahn Chedid EIZERIK, publicado na Revista Ciências Médicas, Campinas, 17(3-6):175-183, maio/ dez., 2008.

A sexualidade humana, apesar de exaustivamente explorada pela mídia, que acaba ditando padrões de comportamento ditos “liberais”, continua sendo um tema cercado por desconhecimento e tabus, que frequentemente estão envolvidos na gênese e na manutenção das disfunções sexuais. Nessa revisão, os autores trazem a conceituação de sexualidade dentro do tripé biopsicossocial, abordam a fisiologia da resposta sexual humana segundo os estudos de Masters e Johnson e Kaplan, e classificam as disfunções sexuais mais prevalentes entre homens e mulheres, citando suas causas multifatoriais, bem como as possíveis condutas terapêuticas, com base nos principais estudiosos no assunto. Os autores procuram enfatizar também a importância da relação médico-paciente, que muitas vezes é negligenciada pelos profissionais da saúde, e que contribui de maneira fundamental para o estabelecimento de um vínculo adequado, criando um importante canal de comunicação entre as partes e colaborando, consequentemente, para a obtenção de um resultado mais satisfatório na abordagem realizada.



SAIBA MAIS

Sugerimos a leitura dos dois artigos para que você possa conceituar Sexualidade, resposta sexual humana, juventude e comportamentos sexuais.



**PARA
REFLETIR**

Qual a importância da relação médico-paciente ou profissionais de saúde-cliente para a promoção de uma vida sexual saudável?

Papel da Mulher

A mulher, na maioria dos casos, é a responsável por propor o uso de preservativos e é a quem mais se submete à esterilização para evitar a gravidez. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza a camisinha masculina, a contracepção de emergência, as pílulas oral e injetável, o dispositivo intrauterino (DIU), as esterilizações para homem e mulher e o diafragma. Conforme estimativas do Ministério da Saúde, há cerca de 60 milhões de mulheres em idade fértil no Brasil. O incentivo ao planejamento familiar será importante para diminuir o risco da gravidez na adolescência. Conforme dados do IBGE, o número de jovens entre 15 e 19 anos que tiveram filhos caiu no Brasil quase 10% no comparativo entre 2001 e 2005. O Ministério da Saúde pretende avançar nas estratégias de fortalecimento e aumento das redes de atenção no Brasil (MS, 2003-2010).

De acordo com o **Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva** (Ministério da Saúde, 2010) as ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Refletindo sobre o enunciado aponte qual a importância de conhecer a população feminina, pobre e em idade fértil no país ou em uma determinada região que possui áreas territoriais ainda desabitadas e qual a relação com a política de planejamento familiar.

Situação Problema 1

Você, como profissional de saúde e integrante da equipe da Estratégia de Saúde da Família, está visitando uma comunidade e conhece a família de Dona Paula. Nesta visita você se depara com o seguinte quadro:

Atualmente, com dona Paula (37 anos, do lar) vive o marido (José, 42 anos, desempregado), a filha mais velha (Diana, 17 anos, estudante), a filha mais nova (Ivete, 15 anos, babá), o genro (Tiago, 18 anos, recruta) e o neto (Sérgio, 01 ano). A situação financeira é precária, somente a filha mais nova e o genro estão recebendo salário (menos que o mínimo). O neto é filho de Diana e Tiago que moram juntos na mesma casa de 4 cômodos. Desde o nascimento de Sérgio, Diana não procurou mais o posto de saúde e não realizou a consulta do pós-parto ou consulta ginecológica. Amamentou até os três meses, por insistência da mãe. Queixa-se de desconforto na relação sexual, diminuição da libido e corrimento. O casal informa que não faz uso de nenhum contraceptivo. Ela refere ciclos menstruais irregulares e doloridos. Tiago também se queixa de ardência, que a parceira parece não querer mais sexo e comenta: “antes do bebê nascer ela queria quase todos os dias e namorávamos bastante”. Por enquanto, não querem mais ter filhos. Informam que nunca tiveram orientação sobre a anatomia do corpo, sexualidade, prevenção ou doenças.



**PARA
REFLETIR**

Fato confirmado pela irmã mais nova (Ivete) que está namorando um rapaz da comunidade. Dona Paula, juntou-se à conversa e queixa-se que o marido também está distante dela e, que há algum tempo não a “procura”, ele se afasta e diz que não sabe o que está acontecendo. Ele anda muito preocupado com as contas e não consegue emprego, passa o dia em casa ou vai ao bar beber com seus amigos. Volta tarde, às vezes alcoolizado. Ela queixa-se que ele não era assim.

Após ouvir o relato da história dos jovens e de Dona Paula, qual a sua percepção sobre os fatos relatados e de que forma você pode ajudar a família a melhorar seu padrão de vida afetiva e sexual. Trace um plano de assistência a essa família, priorizando as informações sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva envolvendo todos da equipe e da comunidade.

Situação Problema 2

Em sua visita na comunidade como profissional de saúde e integrante da equipe de Atenção Básica, conhece a Dona Léa. Nesta visita você se depara com o seguinte quadro:

Dona Léa, uma simpática senhora de 66 anos, viúva, mora sozinha, conhecida na comunidade como benzedeira e apresenta sequelas no sistema locomotor por um AVC há mais de 2 anos. Viveu com seu marido por 45 anos, não teve filhos. O falecido marido tinha 01 filho do primeiro casamento. Ela informa que sempre se cuidou antes do AVC e também cuidava da comunidade. Ao receber-lhe em sua casa ela resolveu perguntar por que não teve filhos.



**PARA
REFLETIR**

Relata que teve 3 gestações, mas que “não vingaram”, perdia logo após saber que estava grávida. Na época não tinha um posto de saúde próximo ou alguém que pudesse orientá-la. Até hoje, ela acha que a culpa de não ter engravidado era somente dela e o marido sempre acusava pelo fracasso. Agora, passado esses anos ela quer saber por quê?

Pensando na comunidade ou na região de atuação de sua equipe que pode haver mais pessoas ou casais jovens com a mesma situação relatada pela Dona Léa, você resolve abordar esse tema e informar das possibilidades e novas tecnologias reprodutivas. Qual o plano de atuação/ações educativas que você desenvolveria para essa abordagem?



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, consulte os Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Reprodutiva, disponível na sua biblioteca ou no endereço:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf

Referências

Barzelatto, J., 1998. Desde o control de natalidaded hacia la salud sexual y reproductiva: La evolución de un concepto a nivel internacional. In: Saúde Reproductiva na América Latina e Caribe (E. Bilac & M. I. B. Rocha, org.), pp. 39-49, Campinas: Programa Latinoamericano de Actividades en Población, Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas/São Paulo: Editora 34.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Heilborn, Maria Luiza. Entre as tramas da sexualidade brasileira. Rev. Estud. Fem. Florianópolis, v. 14, n. 1, 2006.

Hoga, Luiza Akiko Komura et al . Orientações sobre o comportamento sexual e reprodutivo: princípios e práticas dos sacerdotes católicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 18, n. 6, Dec. 2010 .

Marques, F. Z.; Eizerik, G. C. & Chedid, S. B. Resposta Sexual Humana. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 17(3-6):175-183, maio/dez., 2008

Toneli, M. J. F. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Algumas Considerações para Auxiliar a Pensar o Lugar da Psicologia e sua Produção Teórica sobre a Adolescência. Psicologia & Sociedade; 16 (1): 151-160; Número Especial 2004

Lição 2 - Assistência ao parto

Ana Cyntia Baraldi

Bruno Ramalho de Carvalho

Gilvânia Feijó

Patricia Taira Nakanishi

Rejane Antonello Griboski



O parto é o evento mais esperado desde a concepção, afinal, é o momento em que se inicia uma nova vida. É cercado por sentimentos contraditórios, como emoção, medos, felicidade, angústia, entre outros.

Sabemos que a assistência obstétrica melhorou em muitos aspectos com a evolução tecnológica, mas ainda resta um nó: por que é tão difícil reduzir a morbimortalidade materna no nosso país? Você já pensou quais os fatores que podem influenciar esses índices?

Para tentar responder a essa pergunta, iremos estudar alguns aspectos fundamentais para garantir a segurança e a realização das mulheres e famílias que vivenciam o nascimento.

Objetivos Pedagógicos

- Conhecer o panorama dos nascimentos hospitalares e domiciliares no Brasil;
- Conhecer as políticas públicas e programas de humanização do nascimento;
- Conhecer as evidências científicas mais recentes na assistência ao parto;
- Saber diagnosticar os sinais de alerta e de trabalho de parto.

Panorama dos nascimentos no Brasil

Muitos de nós tivemos mães, pais ou avós que nasceram em casa, nas mãos de parteiras tradicionais. Isso era muito comum até pouco tempo atrás, pois o parto e nascimento, que sempre foram considerados “coisas de mulher”, somente abriram suas portas aos homens em meados do século XVII. Ao entrar neste mundo inherentemente feminino o homem o fez pela porta da patologia, gradativamente ocupando mais e mais espaço, rechaçando o conhecimento milenar acumulado pelas parteiras, com isto perdendo o fio da fisiologia e, finalmente, expulsando as mulheres e a própria família do recinto, construindo uma “ciência” sob a ótica masculina (Santos, 2010).

Assim, o que era fisiológico virou patológico, e o excesso de intervenções que se sucedeu à medicalização do parto tem sido responsável pelo exponencial aumento da morbimortalidade materna e neonatal ao redor do mundo.

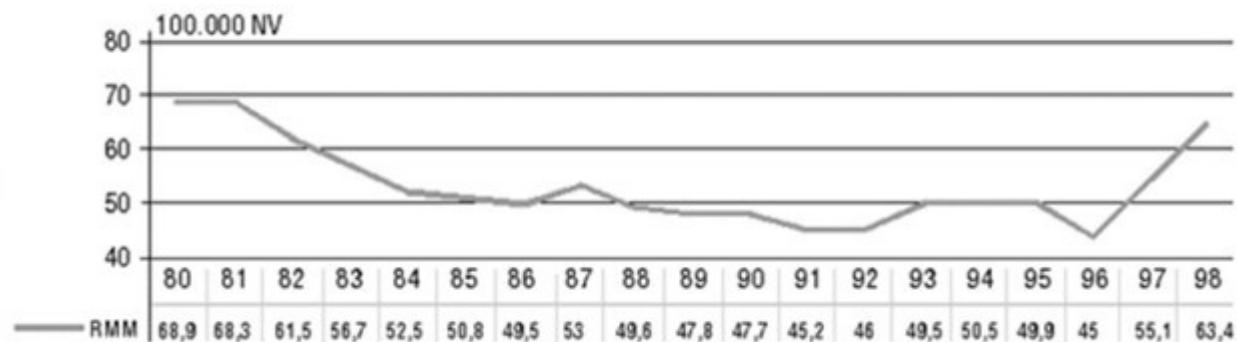


Mas será que a institucionalização do nascimento foi negativa?

**PARA
REFLETIR**

No Brasil, com a institucionalização do nascimento ocorrida na década de 80, houve queda no índice de morte materna, pela melhora das condições da assistência à mulher e maior acesso de gestante com patologias aos hospitais. No entanto, esses índices voltaram a subir na década de 90, motivados principalmente pelo crescimento alarmante das cesáreas desnecessárias. Dados do Ministério da Saúde de 2007 mostram uma taxa de mortalidade materna brasileira de 75 mulheres para cada 100 mil nascimentos. O que mais impressiona nesse cenário é o fato de que quase 100% dessas mortes poderiam ser evitadas.

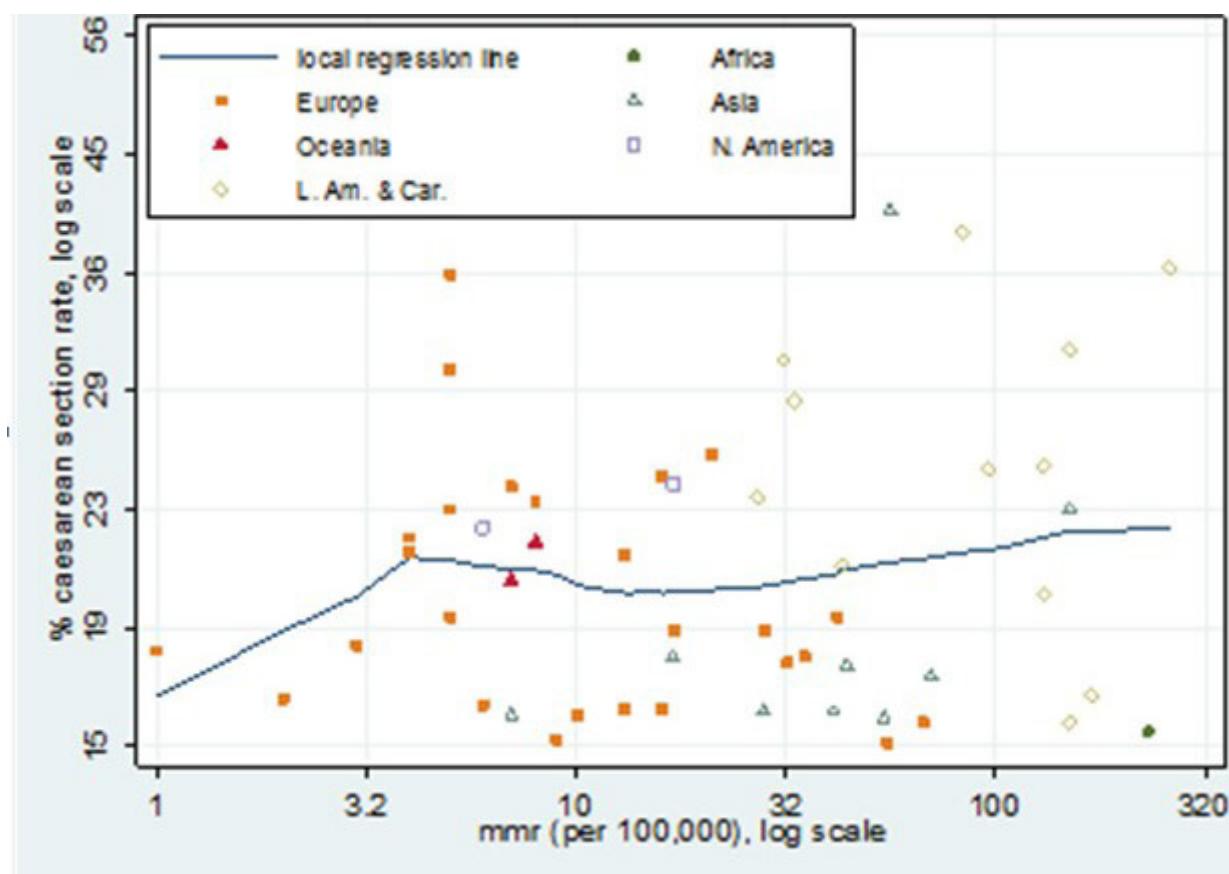
GRÁFICO 1: Razão de Mortalidade Materna (RMM por 100.000 nascidos vivos). Brasil, 1980–1998

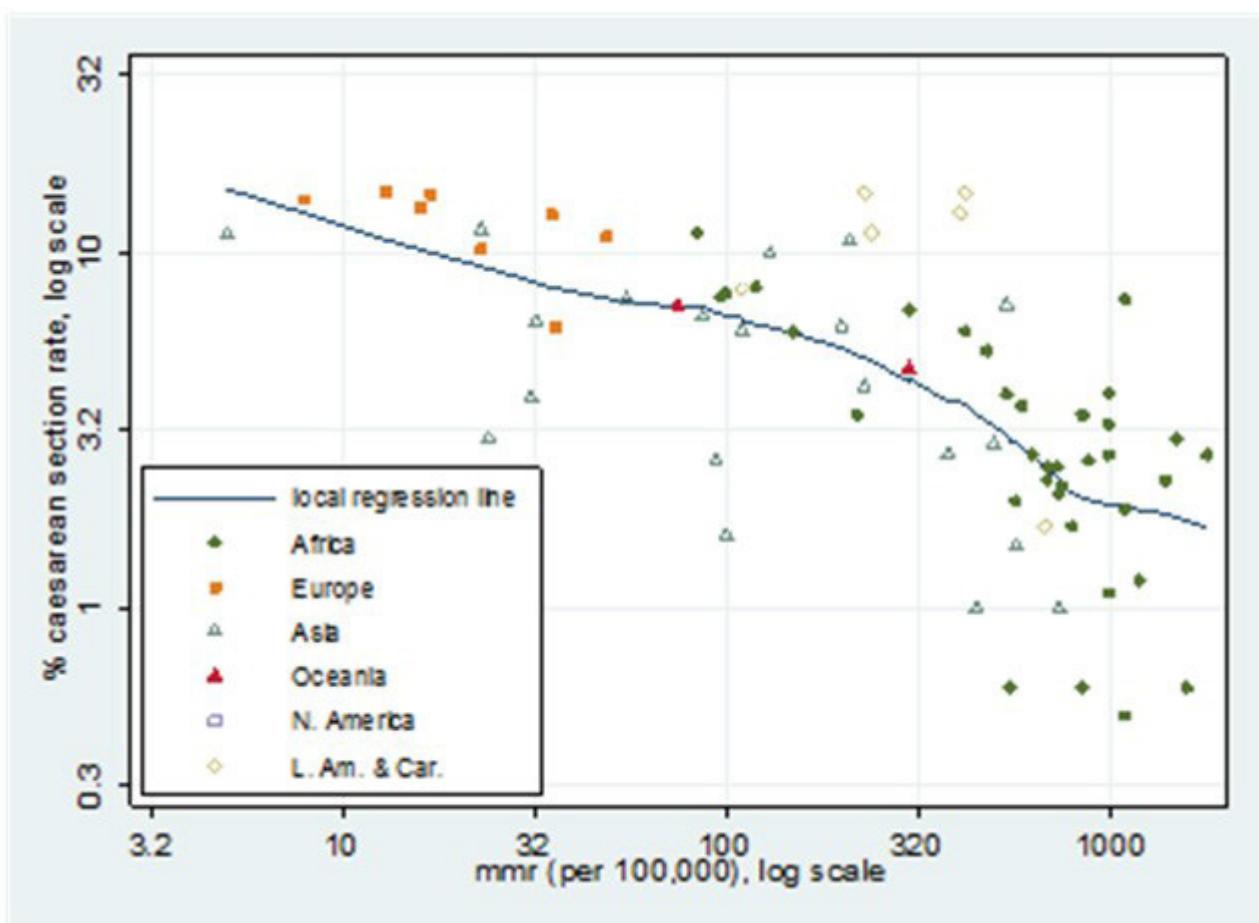


Fonte: Brasil, Ministério da Saúde / DataSUS, 2001; FIBGE, 2001

As figuras abaixo, retiradas do estudo realizado por Betrâna *et al* (2007) mostram que o índice de mortalidade materna aumenta quando as taxas de cesariana ultrapassam 15% dos nascimentos do país, e também quando ficam muito abaixo desse percentual.

Figura 1. Taxas de cesarianas versus índices de mortalidade materna em países com percentual de cesarianas acima de 15% (gráfico acima) e abaixo de 15% (gráfico abaixo).





Fonte: Betrâna A. P. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* (2007), 21: 98–113.



O que queremos dizer com isso? Que negar a tecnologia não é o caminho para melhorar a situação obstétrica no mundo; a cesariana é uma cirurgia salvadora e é fundamental que as mulheres tenham acesso a ela, quando necessário. No entanto, sua prática abusiva e sem indicação obstétrica piora todos os indicadores de saúde materna e neonatal conhecidos.

Políticas públicas na assistência ao nascimento

Após conhecer brevemente o panorama da saúde reprodutiva no Brasil, entendemos o motivo das políticas públicas de assistência aos nascimentos enfocarem, basicamente, a redução da morbimortalidade materna e neonatal e a humanização do processo de gestar, parir e maternar. Esses itens estão intimamente relacionados, pois uma das consequências de humanizar os nascimentos é justamente a melhoria dos indicadores de morbimortalidade perinatal. As principais políticas públicas e programas de saúde que dispõem sobre o nascimento são:

- PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER (PAISM,1984): Com base nas reivindicações dos movimentos feministas e embalado pelas ideias da reforma sanitária que ganhava espaço no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1984 o Programa Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”.
- PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN 2000): O programa busca “concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal”.
- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (2004): Visa contribuir para a redução da mortalidade feminina no Brasil, principalmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida. Entre os objetivos estão ampliação, qualificação e humanização da atenção à mulher no SUS.

Evidências na assistência ao parto



Infelizmente, a assistência obstétrica oferecida hoje no nosso país é cercada de “achismos”, de condutas incorretas ou ineficientes por parte dos profissionais na assistência ao parto e insegurança desses mesmos profissionais pelo medo de processos jurídicos em caso de morbimortalidade materna e neonatal.

Sabemos que os processos contra médicos obstetras têm aumentado significativamente, e isso tem gerado distorções de conceitos e práticas na assistência às mulheres.

A melhor maneira de se respaldar juridicamente e de garantir qualidade na assistência obstétrica é basear suas condutas em evidências científicas.

Para garantir tal qualidade e conter o excesso de intervenções sem respaldo da literatura, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro.
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde.
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto.
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto.
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem.
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS.
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento.



SAIBA MAIS

- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.
- Condições estéreis ao cortar o cordão.
- Prevenção da hipotermia do bebê.
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno.
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

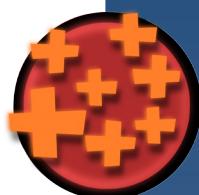


SAIBA MAIS

CATEGORIAS-PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

- Uso rotineiro de enema.
- Uso rotineiro de tricotomia.
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
- Cateterização venosa profilática de rotina
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.
- Exame retal.
- Uso de pelvimetria por Raios-X.
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos.

- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias.
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
- Lavagem uterina rotineira após o parto.
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.



SAIBA MAIS

CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCAREÇAM A QUESTÃO:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos.
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto.
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto.
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
- Manipulação ativa do feto no momento do parto.
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto.
- Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- Controle da dor por agentes sistêmicos.
- Controle da dor por analgesia peridural.
- Monitoramento eletrônico fetal.
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
- Correção da dinâmica com utilização de oxitocina.
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- Cateterização da bexiga.
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário.
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
- Parto operatório.
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia.
- Exploração manual do útero após o parto.



SAIBA MAIS



FIQUE DE OLHO

Passados quase vinte anos da publicação dessas recomendações, a realidade da assistência nas maternidades do país mostra que tais evidências científicas não foram incorporadas na prática diária. As episiotomias, enemas, tricotomia, amniotomia precoce, uso rotineiro de oclitóritos, entre outros, permanecem como rotinas da maior parte das instituições, e os profissionais continuam as utilizando sem critérios e de maneira perigosa.

Você sabia?

Uma pesquisa nacional da Fundação Perseu Abramo realizada em 2010 mostrou que uma em cada quatro mulheres (25%) relatou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto de seu filho. Isso nos faz repensar sobre o modelo de atenção e a qualidade da formação dos profissionais que assistem esses nascimentos.



Parto Domiciliar



A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea. Embora 98% dos partos ocorram em ambiente hospitalar, o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais estão presentes no País, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais quilombolas e indígenas.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

Contudo, por não estar incluído no SUS e nem mesmo ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, ocorre de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem respaldo e apoio da rede de atenção integral à saúde da mulher e da criança. A grande maioria das parteiras tradicionais não recebe capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho.

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País exige, entretanto, a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras tradicionais. Uma consequência dessa desarticulação é o elevado índice de subnotificação do parto domiciliar.

Para você ter uma ideia da distribuição dos partos domiciliares por região do país, analise o quadro abaixo:

Quadro 1 – Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS, 2001–2007, por região.



FIQUE DE OLHO

REGIÃO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NORTE	4.507	6.355	5.477	3.670	4.477	4.934	6.687
NORDESTE	33.727	33.576	34.360	26.842	22.204	9.114	7.797
SUDESTE	449	277	996	-	-	-	-
SUL	126	159	3	-	-	-	-
CENTRO-OESTE	697	231	144	80	29	-	-
TOTAL	39.506	40.598	40.980	30.592	26.710	14.048	14.484

Fonte: DATASUS/MS Tabnet SIA-SUS, produção ambulatorial do SUS, quantidade apresentada, acessado em fevereiro/2009.

O Ministério da Saúde tem investido na melhoria da assistência pelas parteiras tradicionais, reconhecendo que tal assistência faz parte das ações básicas desenvolvidas pelo SUS. Faz-se necessário intensificar a discussão sobre a questão nas instâncias de pactuação, uma vez que a maioria dos gestores e dos profissionais de saúde ainda não incorporou o parto e o nascimento domiciliar, assistidos por parteiras tradicionais como uma responsabilidade do SUS, no âmbito da atenção básica à saúde.

Nesse sentido, o relato de experiências do Programa **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, de 2000 até julho de 2010, ao resgatar experiências exemplares voltadas para a qualificação e humanização do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, tem por objeto induzir a reflexão junto aos gestores e profissionais de saúde sobre a importância do desenvolvimento de políticas públicas que busquem a inclusão no SUS de detentores de saberes e práticas tradicionais existentes na comunidade, tais como as parteiras tradicionais, valorizando e qualificando o seu trabalho, com vistas a potencializar e ampliar as atividades de atenção primária em saúde.



SAIBA MAIS

Para saber mais leia o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares do Ministério da Saúde, disponível na sua biblioteca ou acesse o endereço:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_parteiras_tradicionalis.pdf

Assistência ao parto



**PARA
REFLETIR**

Você deve estar se perguntando: por que estudar a assistência direta ao parto se onde eu não assisto os partos?

Porque, ainda que os profissionais que atuam na Atenção Básica de grandes centros urbanos não prestem assistência direta às mulheres em trabalho de parto e parto, podem acontecer casos em que os nascimentos ocorram nas Unidades de Saúde, ou mesmo no domicílio dessas mulheres. Vocês devem estar preparados para atender os nascimentos, se necessário - visto que a assistência ao parto pertence à atenção primária - e para saber orientar corretamente as gestantes e suas famílias durante o período do pré-natal.

Então, que tal rever os sinais de alerta e de trabalho de parto? Vamos também diferenciar verdadeiro e falso trabalho de parto (pródromos) e os principais períodos clínicos e mecanismos do parto.



Para saber mais leia o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares do Ministério da Saúde, disponível na sua biblioteca ou acesse o endereço:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_parteiras_tradicionais.pdf

Assistência ao Quarto Período



Sempre é bom lembrar: o parto não termina com a saída do bebê!

O quarto período (ou Período de Greenberg) se inicia com a saída da placenta (dequitação) e perdura de 1 a 2 horas após o parto. É um período de grandes transformações fisiológicas no organismo materno visando à redistribuição volêmica após a saída do bebê.

É também o período de maior risco hemorrágico, principalmente por atonia/hipotonía uterina, portanto, deem atenção à ele! Tais hemorragias acontecem em aproximadamente 5% dos partos, e são responsáveis pela segunda maior causa de óbito materno no Brasil e primeira no mundo. Hemorragia puerperal é definida como a perda sanguínea de mais de 500 ml nas primeiras 24 horas pós-parto.

Reforçando, **a sensação que o parto acabou após o nascimento da criança e saída da placenta é perigosa e inadequada**. Durante o quarto período há intensa redistribuição volêmica, uma vez que o fluxo sanguíneo uteroplacentário era próximo a 500 ml/min.

Por essa razão, os sinais vitais da puérpera devem ser monitorizados a cada 15 minutos na primeira hora, e a cada 30 minutos na segunda hora.



Em 2009, a Organização Mundial de Saúde lançou um guia para o manejo da hemorragia pós-parto e placenta retida, recomendando o Manejo Ativo do 4º período, recomendando:

- Uso de uterotônicos precocemente para todas as puérperas;
- Clampeamento do cordão observando a involução uterina;
- Dequitação com tração controlada do cordão, seguida de massagem uterina.



SAIBA MAIS

Para saber mais, consulte o Manual de Manejo Pós parto da Organização Mundial de Saúde disponível em sua biblioteca ou no endereço:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf



**PARA
REFLETIR**

Para avaliar o conteúdo sobre parto, leia a bibliografia recomendada e analise a situação problema abaixo:

Em uma terça feira às 11h38min, compareceu à Unidade de Saúde da Família acompanhada pelo companheiro a Sra. Maria (família 6), 22 anos, grávida pela segunda vez, idade gestacional de 39 semanas e 4 dias, sendo que a primeira filha nasceu de cesárea há três anos e meio. Seu cartão de pré-natal mostra que ela realizou sete consultas, e os exames estão dentro do padrão de normalidade.

Maria queixa-se de cólicas frequentes, com perda do tampão mucoso há 1 hora, sem raias de sangue. Ao exame físico, apresenta-se hipocorada (1+/4+), hidratada, anictérica, afebril, normotensa. Ao realizar a Manobra de Leopold, constatou-se que o feto encontrava-se longitudinal, cefálico, com dorso à direita. BCF: 138 bpm, sem desacelerações. Movimentos fetais presentes. Dinâmica Uterina: 1 contração leve com duração de 20 segundos, em 10 minutos de observação. Toque vaginal: Bacia favorável, feto alto, colo centrado, fino, 2 cm de dilatação, bolsa íntegra.

A gestante está muito preocupada com o filho de dois anos que deixou na casa da vizinha, e quer saber se pode ter um parto vaginal após ter sido submetida a uma cesariana há 3,5 anos. Ela mora perto da Unidade de Saúde da Família, mas longe do hospital. Diante do caso, responda:

- a) Maria está em trabalho de parto? Justifique.
- b) Quais os sinais de alerta e de trabalho de parto que devem ser orientados para que Sra. Maria procure o hospital?
- c) Qual seria sua conduta frente ao caso?

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado. Disponível em: <http://www.fpa.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>

GRIBOSKI, R.A. Humanização do parto à luz da bioética: percepções de mulheres e profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da saúde, 2004.

HATEM M, SANDALL J, DEVANE D, SOLTANI H, GATES S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008.

SANTOS, M.L. Os desafios para uma filosofia de humanização do parto e nascimento. Rev Tempus Actas Saúde Col, 4(4), 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta.

Lição 3 – Aleitamento Materno

Ana Cyntia Baraldi

Bruno Ramalho de Carvalho

Gilvânia Feijó

Kátia Crestine Poças

Patricia Taira Nakanishi

Rejane Antonello Griboski

Todos nós já sabemos que amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para o bebê, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Constitui ainda a principal intervenção para a redução da morbimortalidade infantil.

No entanto, apesar de o aumento do tempo médio de aleitamento materno no país ter sofrido um aumento importante nos últimos 20 anos, estudo nacional realizado pelo Ministério da Saúde em 2008 mostrou que pouco mais da metade das crianças (52%) permaneciam em aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade - o que ainda está aquém do esperado.



Se não falta informação sobre os benefícios do aleitamento materno nem para nós, nem para a sociedade, nos perguntamos: Por que existe uma dificuldade enorme para mantermos o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê? Ou por que a duração do mesmo é tão curta em nosso país? Você já se questionou sobre isso?

Objetivos Pedagógicos

- Conhecer os aspectos históricos, sociais, culturais e biológicos da amamentação;
- Desenvolver habilidades científicas, técnicas e de relacionamento para assistir a mulher, seus filhos, companheiro, família e comunidade, reunindo os diferentes segmentos envolvidos com a amamentação;



SE NÃO PODE VENCÊ-LOS, JUNTE-SE A ELES.

Olhem para a figura acima. Vemos uma mãe segurando seu bebê, ambos chorando. A legenda diz: “Se não pode vencê-los, junte-se a eles”.

Se você já teve filhos, entendeu a mensagem perfeitamente. Se não teve, se aproximou de entender, pois sabemos que existe um conhecimento social sobre como é ter um bebê recém-nascido em casa, que é transmitido oralmente através de gerações.

É impossível falar de aleitamento materno sem antes apresentar o contexto da mulher/mãe que amamenta.

Vamos fazer um exercício:



**PARA
REFLETIR**

Se você já teve filhos, lembre-se de como foi o primeiro mês com o bebê em casa, lembre-se das dificuldades que você/sua companheira encontraram em relação à amamentação. Liste quais foram as principais dificuldades, seus sentimentos em relação a elas, se receberam ajuda profissional ou familiar e se o aleitamento materno teve sucesso.

Vocês possivelmente conhecem histórias de sucesso e de dificuldades no aleitamento materno.

E também, devem ter notado que as dificuldades relacionadas à amamentação – na grande maioria das vezes - são multifatoriais, ou seja, não são apenas questões pontuais de ordem biológica; estas também existem, mas há inúmeras questões psicológicas, sociais, culturais e de relacionamento que irão influenciar positiva ou negativamente no sucesso do aleitamento materno.

Parece, então, que o primeiro nó a ser desatado para o apoio efetivo ao aleitamento materno é entender um pouco desses fatores que permeiam o amamentar, para que não haja discrepâncias entre as percepções das mulheres e dos profissionais sobre o que é o apoio na amamentação.

As mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive o emocional), bem como informações precisas para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser passivo e reativo. Se o profissional de saúde realmente quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele.



Antes de continuar, assista ao vídeo abaixo:

<https://www.youtube.com/watch?v=dKRqQgV0d9U>

Sensibilizado com o tema? Passemos a alguns tópicos sobre o preparo das mulheres, companheiros e familiares para o aleitamento materno.

O preparo para amamentar



Apesar de ser um ato instintivo e inerente à maternidade, amamentar é algo complexo e que envolve múltiplos fatores que, inter-relacionados, contribuem para o sucesso ou fracasso do aleitamento materno. É fundamental que os profissionais que atuam na promoção do aleitamento materno conheçam todas as interfaces que, direta ou indiretamente, interferem neste processo natural e fisiológico.



FIQUE DE OLHO

É importante considerar as expectativas da mãe em relação à amamentação: a sua vontade em realizar essa prática, suas crenças, valores, experiências individuais e familiares. Dessa forma, o profissional poderá melhor compreender, estimular e auxiliar a mãe para o sucesso do aleitamento (LENZ et al 2012).

a) *O ciclo reprodutivo e aleitamento materno*

Os ciclos reprodutivos femininos se processam com perfeita harmonia e continuidade, sendo que todas as suas fases – sexo, fecundação, gestação, parturição e maternagem/amamentação – guardam uma estreita relação entre si. É bem provável que a mais dramática dificuldade a enfrentar no mundo atual para estímulo à amamentação encontra-se no fato de que esta foi separada da gestação e do parto para se encaixar didáticamente e cartesianamente no modo de fazer medicina da sociedade ocidental (www.aleitamento.com).

O delicado e esperado encontro do recém-nascido com o seio materno é algo sagrado, e os momentos que envolvem esses fenômenos são determinantes para o seu sucesso. Quanto mais esse momento for livre de interferências deletérias de ordens químicas, biológicas, psicológicas, emocionais e circunstanciais, mais terão chance de que a amamentação e sua cascata de eventos positivos se estabeleçam.

b) *Sexualidade e amamentação*

Entendendo a sexualidade como um processo biopsicossocial presente na vida dos seres humanos desde o nascimento até sua morte, e que não se restringe ao coito; e sendo a mama uma glândula acessória envolvida fisiologicamente e psicologicamente com a sexualidade, é impossível falar de amamentação sem falar de sexualidade.

O papel de mãe é visto na nossa sociedade como santificado, sagrado e, portanto, assexuado. Contudo, na amamentação a mama tem também função sexual; para a maioria das mulheres, amamentar é prazeroso. A oxitocina presente nos orgasmos – o hormônio do amor - causa tumescência dos mamilos, ejeção láctea e contrações uterinas. O conflito da dupla função social da mama – erótica, estética e a função nutritiva, maternal – pode gerar confusão e culpa nas nutrizes (muitas vezes inconsciente), dificultando a amamentação e até mesmo promovendo o desmame precoce.

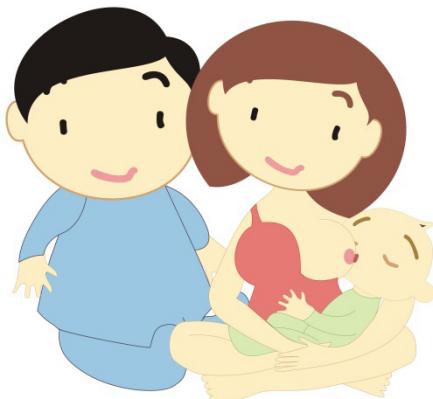
Ainda, as mulheres com dificuldades em sua sexualidade comumente enfrentam dificuldades no processo de gestar, parir e amamentar. É necessário que a equipe de saúde, que acompanha essas mulheres durante o período gravídico, desenvolva um olhar sensível a essa questão e identifique nelas fatores de riscos, relacionados à possível embotamento sexual, a fim de desenvolver estratégias de antecipação dos problemas relacionados ao parto e amamentação.

Mesmo que a mulher ou o casal que procure um profissional de saúde para orientações sobre amamentação não apresente questões sobre sexualidade, o profissional deve perguntar se desejam discutir qualquer ponto sobre o assunto.

c) *E os parceiros/familiares/comunidade?*

Amamentar pode ser uma experiência maravilhosa para o binômio: mãe--bebê, quando todas as condições necessárias para o sucesso dessa prática estão presentes. No entanto, as dificuldades relacionadas ao bebê – pega inadequada, bebê sonolento, irritado – ou à mãe – medo de amamentar, mamilos fissurados, doloridos, apoadura tardia, ingurgitamento mamário, entre outros – podem tornar esse processo traumático e difícil. Nesse momento, a ajuda do parceiro, dos familiares e profissionais torna-se fundamental para que as dificuldades sejam vencidas e amamentar passe a ser um ato natural e prazeroso para todos.

É fundamental estimular o apoio do pai à mulher para que ela possa ter melhores condições para a amamentação.



Finalmente, aconselhamento em amamentação implica o profissional escutar, compreender e oferecer ajuda às mães que estão amamentando, fortalecendo-as para lidar com pressões, promovendo sua autoconfiança e autoestima e preparando-as para a tomada de decisões. A atitude dos profissionais diante de uma mulher que decidiu não amamentar por razões diversas deve ser de respeito e nunca de julgamento. Faz parte de suas atribuições – enquanto profissionais e cidadãos - trabalhar a cultura social da comunidade em que vivem em prol do aleitamento materno, além de informar, assistir, e respeitar o direito de decidir de cada mulher e família.

d) Manejo Clínico do aleitamento materno

Espero que, após o estudo da lição anterior, tenha ficado mais claro para você a dimensão multifatorial que envolve a amamentação. Se não conseguirmos, enquanto profissionais de saúde, considerar essas questões, provavelmente nossa assistência não será efetiva.

Nessa lição, vamos passar ao estudo de seu manejo clínico.

É importante saber manejar as dificuldades que possam surgir nos primeiros dias com o bebê em casa, porque esse é o momento onde acontecem muitos desmames. Lembrem-se das histórias postadas no fórum da aula anterior!

Por outro lado, quando as mulheres são assistidas por profissionais capacitados e que possuem compromisso com a qualidade da assistência prestada, a resolução dos problemas em geral é rápida e eficiente.

O contato do bebê com o seio materno deve acontecer logo após o nascimento, da maneira mais harmoniosa possível e respeitando o tempo necessário daquele binômio. A mamada pode ou não acontecer, o importante é que mãe e bebê se reconheçam, sintam seus cheiros, toquem-se, e que haja contato da boca do bebê com o mamilo da mãe. Esse contato desencadeia uma série de reações químicas, físicas, psíquicas e comportamentais que irão, naturalmente, levar o recém-nascido a procurar o seio da mãe, favorecer a descida do colostro e propiciar ambiente ideal para a primeira mamada.



ATENÇÃO!

As evidências científicas mostram que o sucesso do aleitamento materno é maior nos bebês amamentados na primeira meia hora de vida.

e) Mitos, tabus e as evidências científicas sobre amamentação.

Mitos e tabus são informações passadas entre gerações e que podem atrapalhar o aleitamento materno. Respeitando as crenças e costumes de cada família, os profissionais devem desmistificar e desencorajar condutas que prejudicam a amamentação, como o consumo de bebidas alcoólicas para aumentar o leite, por exemplo.



SAIBA MAIS

Para saber mais, sobre Mitos e Tabus sobre amamentação leia o artigo disponível na sua biblioteca.

f) Como avaliar se a mamada está adequada?

Normalmente essa é uma questão que passa despercebida para os profissionais de saúde, porque imaginamos a ato de amamentar como algo puramente instintivo. O ato da sucção realmente é instintivo, mas as mulheres não nascem sabendo amamentar. Você sabia que existe técnica correta para colocar o bebê para mamar?

A pega do bebê inadequada no seio materno pode originar os traumas mamilares, dificultar a retirada de leite e diminuir a produção láctea, uma vez que essa mama não será esvaziada adequadamente. Então, vamos aprender a realizar uma boa avaliação da mamada?

A avaliação da mamada deve envolver:

- Anatomia da mama e mamilos – avaliar consistência da mama, presença de nódulos, retracções, aréola secundária, rede de Haller, tubérculos de Montgomery, tipo de mamilo (invertido, pseudoinvertido, plano, semiprotuso, protuso ou hipertrófico) e presença de traumas mamilares;
- Tipo de secreção mamilar: ausente, colostro, leite de transição, leite maduro, secreção sanguinolenta ou purulenta;
- Pega correta – veja vídeo clicando aqui:
<https://www.youtube.com/watch?v=eCEPYsEUg6Q>
- Padrão de sucção do recém-nascido;
- Postura da mãe e posição do bebê para amamentar.



FIQUE DE OLHO

Antes de estudar as intercorrências clínicas da amamentação, vamos relembrar como se dá a lactogênese – processo de produção do leite materno.

Assista ao vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=B00UO02440o>

Intercorrências clínicas na amamentação

Na sua Unidade, essas devem ser as principais causa de visita/ consultas de mulheres lactantes: as intercorrências clínicas.

Os principais problemas clínicos que envolvem a amamentação são relacionados ao esvaziamento inadequado das mamas e aos traumas mamilares.

Em relação ao esvaziamento inadequado das mamas, a principal confusão que se verifica é a dificuldade de diferenciar apojadura, ingurgitamento mamário e mastite. A consequência disso é tratamento inadequado, com possível agravamento do quadro.

Em relação aos traumas, dificilmente temos profissionais de saúde treinados para diferenciá-los. E você sabe por que isso é importante?

Porque para tratar os traumas mamilares, precisamos conhecer seu fator causal - e sabemos que cada trauma é causado por um tipo de erro na amamentação: seja na maneira de iniciar ou terminar a mamada, seja no correto esvaziamento mamário para garantir flexibilidade da aréola, uso de bombas tira-leite, entre outros.

A seguir, vamos tentar clarear as diferenças entre apojadura, ingurgitamento mamário e mastite.

a) Apojadura, Ingurgitamento mamário e mastite. Qual a diferença?

É comum a confusão entre os diagnósticos de apojadura, ingurgitamento mamário e mastite.

A apojadura é o processo fisiológico de descida do leite, que acontece entre 48 e 72 horas após o parto. Caracteriza-se por aumento no volume das mamas, calor, eventualmente hiperemia por aumento na circulação local. As mamas ficam cheias de leite, pesadas, podendo estar doloridas, mas sem nódulos palpáveis.

Em geral, as aréolas perdem a flexibilidade pela estase láctea nessa região, devendo ser ordenhada antes de amamentar para evitar traumas mamilares. A partir da apojadura, poderá levar alguns dias para que as mamas passem a produzir leite conforme a demanda. A orientação é amamentar em livre demanda e ordenhar a mama apenas para garantir flexibilidade mamilo-areolar pré-mamada, pois esvaziar as mamas nesse período pode atrasar o processo de equilíbrio entre demanda e oferta de leite.

Enquanto acontece o desequilíbrio (oferta maior do que demanda), pode acontecer o ingurgitamento mamário. A hiperdistensão dos alvéolos pelo leite causa achatamento, alargamento e até mesmo ruptura das células secretoras de leite. Se intenso, causará ingurgitamento vascular secundário. Quando os alvéolos se distendem, a produção adicional de leite começa a ser suprimida.

Além do desequilíbrio causado pela grande oferta de leite ocorrida durante a apojadura, o ingurgitamento mamário também pode ser causado por limitação no fluxo de leite. Tal limitação pode ocorrer por restrição da alimentação, por mau posicionamento do bebê, ou quando há algum obstáculo no trajeto de drenagem do leite de uma parte da mama, como bloqueio dos ductos, redução da frequência normal de mamadas, compressão pelos dedos que seguram a mama (em tesoura é

bastante comum), hematoma por traumatismo ou manuseio rude ou pelo uso de um sutiã pequeno ou apertado demais.

A distensão dos alvéolos frequentemente pode ser palpada como uma tumoração dolorosa no tecido mamário. Se esta distensão não for aliviada, a pressão pode forçar a passagem de substâncias do leite através das paredes celulares para o tecido conjuntivo adjacente, iniciando uma reação inflamatória. A mãe apresenta uma área edemaciada, vermelha e dolorosa na mama, um aumento do pulso e da temperatura e indisposição, semelhante a uma gripe, frequentemente acompanhada por calafrios.

Nesse estádio, o processo não é infeccioso, e o problema pode ser resolvido mediante alívio da obstrução. Se isso não for realizado rapidamente, pode haver infecção bacteriana, dando origem a um abscesso mamário, e caracterizando o quadro de mastite. O tratamento da mastite inclui ordenha sistemática das mamas e antibioticoterapia.

b) Traumas mamilares

É importante que os profissionais de saúde saibam reconhecer e diferenciar os traumas mamilares, uma vez que cada tipo de trauma possui um fator causal distinto; dessa maneira, ao identificar o tipo de trauma podemos inferir a origem do mesmo e atuar na resolução e prevenção de recorrência.

A maioria dos traumas mamilares acontece no momento da apoadura, isto é, de 48 a 72 horas após o nascimento, quando há decida do leite maduro. Com o desequilíbrio na produção láctea (oferta maior do que a demanda), ocorre acúmulo de leite na região da aréola, deixando-a sem flexibilidade. Ao abocanhar a aréola sem flexibilidade, o bebê não consegue posicionar o mamilo materno na região do palato mole, a pega é errada e ocorrem fissuras (quando o bebê aboca apenas o mamilo) e escoriações (pela fricção do mamilo no palato duro e dificuldade em manter a pega).

Os traumas mamilares podem ser causados ainda nos casos em que o bebê possui uma sucção não efetiva, ou seja, ocorre uma zona de pressão negativa intrabucal, sem o reflexo da deglutição. Dessa forma, o mamilo não é oxigenado, há diminuição da circulação sanguínea local com fragilidade capilar e presença de exsudato (vesículas). É comum em caso de bebês que costumam “chupetar” o seio materno, ou quando deixam o seio de forma abrupta, sem desfazer a pressão da sucção. Manifesta-se com ardor, que piora ao final das mamadas.

Finalmente, bombas de tirar leite podem causar dilaceração nos mamilos, e nesse caso a aréola encontra-se como que “rasgada”.



Para saber mais sobre aleitamento materno consulte o Manual de Nutrição Infantil do Ministério da Saúde disponível em sua biblioteca e também no endereço:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

Outras questões sobre o aleitamento materno

a) Drogas e amamentação

Você sabe prescrever ou orientar quais medicações são permitidas para uso da mulher durante o aleitamento materno? Sabemos que algumas drogas são desaconselhadas nesse período, e outras permitidas.

Graças ao reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno para o bebê, a prescrição de drogas para mães nutrizes deve passar pela avaliação dos riscos versus benefícios.

O quadro abaixo apresenta recomendações sobre o uso de fármacos que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) durante a amamentação.

Quadro 96.1
RECOMENDAÇÕES SOBRE USO DE FÁRMACOS DA RENAME DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Grupo farmacológico	Fármacos recomendados	Evitar uso/usar com cuidado	Referência
Analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides	Paracetamol, ibuprofeno, dipirona	Ácido acetilsalicílico	1,3,11,20
Antiácidos	Hidroxido de alumínio		20
Antiasmáticos	Beclometasona, Salbutamol		20
Antianêmicos	Ácido fólico, sulfato ferroso		1,20
Antiarritmicos	Digoxina		1,20
Anticoagulantes	Varfarina		1,11,20
Antidepressivos	Amitriptilina, imipramina	Lítio, sertralina, fluoxetina	1,19,20
Antidiabéticos	Insulina, glibenclamida	Metformina	11,20
Antiémeticos	Prometazina	Metoclopramida	1,11,20
Antiepilepticos	Fenitoína, carbamazepina, ácido valprico	Fenobarbital	1,11,20
Antifúngicos	Nistatina		20
Anti-hipertensivos	Nifedipina, metildopa, captopril, propranolol, metoprotol	Atenobol, furosemida, hidroclorotiazida	1,11,20
Anti-histamínicos	Loratadina, prometazina		1,11,20
Anti-infecciosos	Amoxilina, ampicilina, bensilpenicilina, doxiclina, eritromicina	Sulfametoxazol + trimetoprim, ciprofloxacina, sulfadiazina	1,3,11,20
Antiparasitários	Mebendazol, pirimetamina	Ivermectina, metronidazol	1,11,20
Antituberculosos	Isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, estreptomicina		1,11,20
Antivirais	Aciclovir	Demais antivirais	1,20
Benzodiazepínicos	Diazepam		1,20
Contraceptivos hormonais	Levonorgestrel, medroxiprogesterona, norestisterona	Etinilestradiol	1,11,20
Corticoides	Prednisona		1,20

Hormônios da tireoide	Levotiroxina		1,20
Neurolépticos		Clorpromazina, haloperidol	1,11,20
<hr/>			
<hr/>			

Fonte: Tratado de Medicina e Comunidade, página 850.

A prescrição de medicamentos também deve considerar fármacos com segurança documentada.

b) Contraindicações para a amamentação

A condição materna que contraindica permanentemente o aleitamento materno (AM) é ser portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou do Vírus T-linfotrófico Humano (HTLV).

Entre as condições maternas infecciosas que contraindicam temporariamente a amamentação, encontram-se: infecção materna pelo citomegalovírus (CMV), que contraindica o AM em prematuros com menos de 32 semanas; na infecção pelo vírus herpes-zóster e herpes simples, nos casos de lesões da mama; infecção pelo vírus da varicela, se as lesões surgirem 2 dias antes ou 5 dias depois do parto; infecção materna pelo vírus da hepatite C (HCV), no caso de fissura do mamilo e carga viral elevada; hanseníase, em caso de lesão na pele da mama e/ou quando a doença não estiver sob controle (não tratada ou com início de tratamento inferior a 3 meses); e infecção materna pelo Tripanosoma cruzi (doenças de Chagas), na fase aguda e na ocorrência de sangramento do mamilo.

As condições maternas não infecciosas que contraindicam o AM são: mães em quimioterapia ou radioterapia; mães em exposição ocupacional ou ambiental a metais pesados (chumbo, mercúrio, etc.); mães usuárias de medicamentos contraindicados durante o aleitamento materno. O quadro apresentado anteriormente apresenta as recomendações sobre o uso de fármacos que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) durante a amamentação.

VOCÊ SABIA?



FIQUE DE OLHO

É possível amamentar bebês com fenilcetonúria. Entretanto é necessário que as crianças tenham consultas frequentes com especialistas para ajustes dietéticos e controle metabólico adequado.

Mães bacilíferas (tuberculosas), mesmo com secreção nasal e bucal, podem amamentar, desde que higienizem as mãos e protejam a boca e o nariz e que o bebê esteja sendo medicado e acompanhado.

c) Políticas públicas em aleitamento materno

Vocês já ouviram falar na influência da indústria de fórmulas infantis na queda dos índices de aleitamento materno no país?

Até a década de 70, por interesses econômicos, essas indústrias criaram estratégias pesadas de marketing que convenceram a população que o leite artificial era melhor, dava liberdade para as mães e nutria melhor os bebês.

No final dessa década, contudo, estudos constataram alto índice de desnutrição e mortalidade infantil entre as crianças brasileiras que utilizavam as fórmulas infantis. Detectada a superioridade do leite materno em relação às fórmulas, várias políticas públicas foram promovidas pelo governo brasileiro e demais segmentos da sociedade organizada na tentativa de promover o aleitamento materno.

Dentre as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do Ministério da Saúde implantadas nos últimos 30 anos, destacam-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), as campanhas anuais como Semana Mundial da Amamentação (SMAM) e, mais recentemente, a Rede Amamenta Brasil.

Além dessas, merece particular atenção a Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Criança (IUBAAM), ainda em processo de implantação no país, mas que teve como primeiros resultados a incorporação de práticas de aconselhamento em amamentação e de acolhimento das famílias atendidas nas unidades primárias, ainda que necessite de reorientação em vários outros aspectos.



PARA REFLETIR

A sua Unidade tem o título de Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação? Que tal aproveitar esse momento para iniciar o preparo da Unidade para esse fim? Poderia ser uma ferramenta para a melhora dos índices de amamentação de sua área...

c) Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação (IUBAAM)

A Iniciativa Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação – IUBAAM - foi criada no município do Rio de Janeiro há 10 anos como uma estratégia de qualificação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e de reorganização da rede de assistência à saúde na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A necessidade da criação dessa iniciativa deve-se ao fato de que, em países como o nosso, as gestantes e mães permanecerem muito mais tempo sob a influência da rede básica de saúde do que da rede hospitalar.

Em parceria com o Ministério da Saúde, foram criados os **Dez Passos para o Sucesso da Amamentação** da IUBAAM, fruto de uma revisão sistemática (de Oliveira et al., 2001) sobre as intervenções conduzidas nas fases de pré-natal e acompanhamento do binômio mãe-bebê que foram efetivas em estender a duração da amamentação. São eles:

Dez passos para o Sucesso da Amamentação da IUBAAM

1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 7.
8. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
9. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
10. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
11. Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes, e mães, procurando envolver os familiares.



SAIBA MAIS

Fonte: De Oliveira MIC, Gomes, MA. As unidades básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: Rego, JD (org.) Aleitamento Materno. São Paulo: Edit. Atheneu, 2001. Pág. 343-366.

d) Rede de Bancos de Leite Humano

O Brasil possui a maior rede de bancos de leite humano do mundo, que tem como principais objetivos: proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano de qualidade certificada, contribuindo assim com a redução da mortalidade infantil.

Clientes de todos os benefícios do leite humano para a saúde dos bebês, é fundamental que os profissionais que atuam nos PSF saibam fornecer orientações corretas para a doação do leite materno.



SAIBA MAIS

Veja no link abaixo maiores informações:

<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=360>

e) Legislação e aleitamento materno

Além das políticas públicas para promoção do aleitamento materno, há na legislação brasileira várias matérias que dispõem sobre a proteção da mulher trabalhadora que amamenta.



SAIBA MAIS

No link a seguir, você encontra quais são esses direitos:

Direito de amamentar e de ser amamentado

http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=7&id_artigo=690&id_subcategoria=12

Referências

De Oliveira MIC, Gomes, MA. As unidades básicas amigas da amamentação: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: Rego, JD (org.) Aleitamento Materno. São Paulo: Edit. Atheneu, 2001. Pág. 343-366.

Enkin, M. et al. Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.ed Gua- nabara Koogan, 2005. <http://www.bionascimento.com/images/stories/Guana- bara/cap046.pdf>

Jones, R.H. A amamentação e o continuum da humanização. In: Carvalho, M.R., Tavares, L.A.M. Amamentação: Bases científicas. 3a. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Lenz, M.L.M.; Lima, L.A.; Gerlach, A. Aleitamento Materno e introdução de novos alimentos. In: GUSSO, G; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.

Pamplona, V., Melo de Aguiar, A. Aspectos Psicossociais na lactação. In: Carvalho, M.R., Tavares, L.A.M. Amamentação: Bases científicas. 3a. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Santos, LCE. Políticas Publicas em Aleitamento Materno. In: Carvalho, M.R., Tavares, L.A.M. Amamentação: Bases científicas. 3a. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Lição 4 – Abortamento

Gilvânia Feijó

**#PRECISAMOS
FALAR SOBRE
ABORTO**

O aborto é tema de grande relevância em saúde pública no Brasil. Apesar disso, a maior parte dos estudos são ensaios, artigos de opinião e peças argumentativas. Os estudos baseados em evidências são quase todos no campo da saúde pública.

Nesse campo, as principais pesquisas comprovam que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social, tendo em vista que o risco imposto pela ilegalidade do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.

A compreensão do aborto como uma questão de saúde pública em um Estado laico e plural inaugura um novo caminho argumentativo no qual o campo da saúde pública traz sérias e importantes evidências para o debate (Ministério da Saúde, 2009).

Desde os primórdios da humanidade o aborto vem sendo praticado pelas gestantes que não almejam dar continuidade a uma gravidez indesejada. Os métodos empregados, geralmente caseiros, permaneceram impassíveis aos novos conhecimentos médicos e científicos, e quando destes se valem, são realizados clandestinamente, sem condições ambientais adequadas e oferecendo risco à saúde e vida das pacientes.

Nossa proposta não é defender uma opinião sobre a moralidade ou ilegalidade do ato. O módulo se propõe a trazer elementos que nos possibilite enfrentar com seriedade esse fenômeno, entendendo-o como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos.

Perfil das Mulheres que realizam aborto no Brasil

O maior desafio para o cálculo da magnitude do aborto no Brasil é a dificuldade de acesso a dados fidedignos, além do alto número de mulheres que omitem ter induzido aborto em questionários com perguntas diretas (Ministério da Saúde, 2009). Os dados para análise da magnitude do aborto no Brasil são oriundos das internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde. Pelos dados do SIH a grande maioria dos casos ocorreu no Nordeste e Sudeste do país, com uma estimativa de taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos.

No Brasil, realizam aborto predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol. Entre adolescentes, o aborto é mais frequente em mulheres entre 17 e 19 anos, em relacionamento conjugal estabelecido, dependentes economicamente da família ou do companheiro, as quais não planejaram a gravidez. O uso de misoprostol também é o mais relatado (Ministério da Saúde, 2009).

Cabe ressaltar que os estudos não mostram como se aborta nas clínicas privadas, com leigas ou parteiras. Não se sabe como as mulheres têm acesso aos instrumentos abortivos, em particular de quem compram ou recebem o misoprostol ou os chás; não se sabe quais os recursos abortivos e as práticas adotados pelas mulheres rurais e indígenas; não se sabe como as desigualdades regionais são refletidas na morbidade do aborto induzido ilegalmente; não se sabe como indicadores de desigualdade social (classe social, geração, deficiência) atuam na decisão de uma mulher por induzir um aborto; não se sabe como mulheres em situação de violência sexual doméstica decidem pelo aborto; não se sabe como a epidemia do HIV/aids se relaciona com a prática do aborto. Sabe-se pouco sobre o universo simbólico das mulheres que abortam, sobre o processo de tomada de decisão e sobre o impacto em sua trajetória reprodutiva ou em seu bem-estar. Os estudos sobre assistência à saúde e mulheres em situação de abortamento induzido são raros, e há poucas pesquisas sobre os serviços de aborto legal (Ministério da Saúde, 2009).

Complicações e Sequelas do Aborto Induzido

Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e a quarta causas de mortalidade materna em várias capitais brasileiras (Ministério da Saúde, 2009).

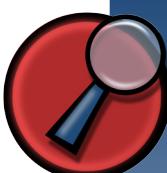
Os estudos de meados dos anos 1990 e 2000 registraram uma mudança epidemiológica significativa no perfil da morte materna por aborto induzido. Houve uma redução do número de casos, e várias pesquisas passaram a analisar a correlação entre a queda na morbimortalidade por aborto induzido e o uso do misoprostol em detrimento de métodos perfurantes ou cáusticos e do recurso às leigas. O uso desse medicamento em casa e o acesso imediato ao hospital para curetagem por aborto incompleto garantiram que as mulheres recebessem assistência rapidamente, reduzindo a gravidade das hemorragias ou infecções.

Estudos entre as décadas de 1970 e 1980 registravam índices alarmantes de histerectomias por aborto séptico. Uma pesquisa analisou as razões para essa intervenção durante o ciclo grávido-puerperal e registrou que 88% das histerectomias até 24 semanas de gestação deviam-se a aborto realizado em condições inseguras, em geral com métodos perfurantes.

Cabe registrar que nem todas as mulheres têm acesso ao misoprostol, e a descoberta do caráter rentável do mercado ilegal fez crescerem relatos de medicamentos adulterados. A eficácia do misoprostol para provocar o aborto depende da dose e do tempo de gestação, ao passo que os riscos associados ao medicamento dependem desses mesmos fatores e da qualidade imediata da assistência hospitalar oferecida às mulheres. O universo da comercialização e circulação do misoprostol é desconhecido, mas dados iniciais mostram que o itinerário dessa substância segue o do tráfico de drogas ilícitas e de anabolizantes.

Se, por um lado, o acesso ao misoprostol reduziu as sequelas e complicações por métodos abortivos arriscados comuns nos anos 1980, por outro, o contexto de ilegalidade do aborto lança novos desafios à saúde pública. Um deles é o risco de

aproximação das mulheres e seus parceiros ao tráfico ou comércio ilegal de drogas para adquirir o misoprostol; o outro é o de que, para muitas mulheres, a eficácia do misoprostol como método abortivo depende do acesso imediato a hospitais para a finalização do aborto.



FIQUE DE OLHO

O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Segundo estudo da Mortalidade de Mulheres, de 10 a 49 anos, com Pesquisa realizada em 2002, em todas as capitais e no Distrito Federal, evidenciou a permanência de alta taxa de mortalidade materna no País (BRASIL, 2006).

Os fatores contrários à descriminalização do aborto

No Brasil podem ser apontados como fatores contrários à descriminalização do aborto os seguintes argumentos e influências: a legislação atual, considerando-o ato ilícito e autorizando-o somente em casos específicos e restritos e a religião predominante, com posição rígida e contrária ao aborto.

A legislação brasileira autoriza a interrupção voluntária da gravidez somente em duas situações: aborto necessário ou terapêutico, na hipótese de haver risco à vida da mãe; e aborto humanitário ou sentimental, quando a gravidez decorre de estupro. Em todas as demais hipóteses, a prática abortiva é punível, tanto nos casos em que é provocado ou consentido pela gestante, como no caso de ser provocado por terceira pessoa (Artigos 124, 125 e 126 do Código Penal).

Na conjuntura legislativa, tramitam pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal diversos projetos de lei sobre a matéria. Desde projetos que visam a transformação do crime de aborto em crime hediondo; passando por aqueles que pretendem a ampliação de permissivo legal para os casos de má formação fetal, nos quais se incluem os de anencefalia; aos que buscam a total descriminalização do aborto.

Apesar de o Brasil ser um Estado laico, como prega a Constituição Federal, não há um total distanciamento entre a religião e a legislação. A religião tem sido a maior barreira, não só à descriminalização do aborto, mas também à sua discussão em âmbito nacional.

A Saúde Pública como Fator Preponderante à Descriminalização do Aborto

A saúde é um direito assegurado constitucionalmente a todos, sendo dever do Estado (Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil), devendo o Estado ter compromisso com a tomada de medidas políticas, sociais e econômicas no sentido de promover, proteger e recuperar a saúde da população, de modo a reduzir os agravos que causam um mal à coletividade.

Partindo-se do pressuposto que, mesmo havendo restrição legal à interrupção voluntária da gravidez fora das exceções previstas na lei, ela continua a ocorrer em grande quantidade, devemos encarar o aborto como um sério problema de saúde pública. Partindo dessa premissa, aqueles que advogam em defesa da legalização do aborto, não o fazem no intuito de obter sua autorização desmedida, não buscam a descriminalização sem critérios, e muito menos sua banalização ou obrigatoriedade de realizá-lo. O que eles buscam é a garantia de atendimento estatal público e seguro àquelas mulheres que querem realizar o aborto independente do consentimento estatal.

Acreditam que, com a retirada do caráter ilícito da conduta, os estabelecimentos públicos de saúde e as clínicas particulares estariam autorizados a realizar o abortamento sem o risco de adentrarem no âmbito penal.

Na busca de esclarecer que a prática do aborto inseguro é um problema de saúde pública, considerando a hipótese da sua subnotificação e sub-registro. no Brasil estima-se que essa mortalidade seja da ordem de 74,5 óbitos para 100.000 nascidos vivos, em 2002. Há décadas que, entre as causas obstétricas diretas, a mortalidade materna por aborto, ao lado das infecções puerperais, ocupa a terceira ou quarta posição, sempre precedida pelas doenças hipertensivas e pelas síndromes hemorrágicas. No entanto, é importante considerar que tanto as síndromes hemorrágicas como as infecções puerperais certamente incluem a ocorrência de muitos abortamentos.

Atenção Humanizada à Mulher em Abortamento

A atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética (ética aplicada à vida) (MInistério da Saúde, 2011):

1. autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
2. beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
3. não maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar);
4. justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral

e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.



FIQUE DE OLHO

Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.



ATENÇÃO!

A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde.

ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS MULHERES EM ABORTAMENTO



fonte: Norma técnica 'Atenção humanizada ao abortamento', do Ministério da Saúde (2005)

Acolhimento e Orientação

A mulher que chega ao serviço de saúde em situação de abortamento espontâneo, induzido ou provocado, está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Dar acolhida, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela são atitudes esperadas dos profissionais de saúde.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado.



Para saber mais sobre as atribuições dos membros da equipe no atendimento à mulher em abortamento consulte o Manual sobre Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, disponível em sua biblioteca ou no endereço

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência ao planejamento familiar. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

Lição 5 – Climatério

Gilvânia Feijó

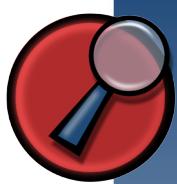


As implicações sociais e concernentes ao envelhecimento populacional no âmbito da saúde pública brasileira são preocupantes, pois, ao contrário dos países mais desenvolvidos, onde o aumento da expectativa de vida foi gradual e aliado a um maior desenvolvimento tecnológico e científico, o que possibilitou proporcionar uma maior qualidade de vida e saúde a essa parcela da população, o mesmo não ocorreu nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a atenção à saúde da população mais idosa ainda é partilhada com questões não totalmente resolvidas, como a mortalidade infantil e o controle das endemias, o que divide não somente os profissionais de saúde, mas também os recursos financeiros disponíveis para investimentos em saúde.

Nesse contexto, a maior ocorrência de afecções crônico-degenerativas nessa parcela da população, torna-se um desafio para as políticas de saúde específicas voltadas à promoção e prevenção.

VOCÊ SABIA?



Com a expectativa de vida das mulheres chegando aos 80 anos em vários países, calcula-se que, atualmente, as mulheres vivem cerca de um terço de suas vidas no climatério.

FIQUE DE OLHO

Assistência à Mulher Climatérica

O período do climatério tem merecido uma maior atenção no âmbito da saúde pública. O aumento da expectativa de vida nesse grupo faz com que ocorra uma maior procura nos serviços de saúde brasileiros por mulheres com queixas relacionadas ao climatério.

A assistência mais integral e humanizada no climatério necessita do conhecimento das condições de saúde dessa parcela da população, suas demandas por serviços médicos e necessidades sociais na busca políticas de saúde voltadas a um envelhecimento feminino mais sadio, menos oneroso e com mais qualidade de vida.

Climatério, o que é?

O **climatério** é um fenômeno endócrino decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos que ocorre em todas as mulheres de meia idade. Inicia-se entre os 35 e 40 anos, estendendo-se aos 65 anos, caracterizando-se por um estado de hipoestrogenismo progressivo.

O esgotamento folicular inicia-se ainda na vida intra-uterina, na 22^a semana de gestação, o ovário possui entre seis e oito milhões de óócitos primários que, por meio de um processo contínuo de atresia, reduzem-se a dois milhões no nascimento e a 300.000 ou 400.000 na menarca. Esse processo de atresia continua a cada ciclo menstrual até o total esgotamento folicular, levando a uma queda progressiva da secreção de estradiol, com manifestações sistêmicas.

O sintoma clínico mais marcante desse processo de esgotamento folicular é a suspensão definitiva dos ciclos menstruais (menopausa).

Aproximadamente 50% a 70% das mulheres referem sintomas somáticos e dificuldades emocionais nos anos que seguem a menopausa, com destaque para ondas de calor ou “fogachos” que têm implicações negativas para a qualidade de vida da mulher. O mecanismo fisiopatológico das ondas de calor ainda não é totalmente conhecido, porém, sabe-se que o declínio dos níveis de estradiol interfere no centro regulador da temperatura localizado no hipotálamo, favorecendo a sua ocorrência. As ondas de calor caracterizam-se por uma sensação transitória e súbita de aumento da temperatura corporal, frequentemente acompanhada de sudorese, palpitações e cefaleia, que acaba por interferir nas atividades diárias e na qualidade do sono.

A atrofia urogenital é outra queixa comum nessa fase e que pode causar intenso desconforto à mulher. A intensificação do declínio estrogênico após a menopausa promove um adelgaçamento e enrijecimento da parede vaginal, que aliados a uma menor lubrificação, causam dispareunia e dificuldades no intercurso sexual.

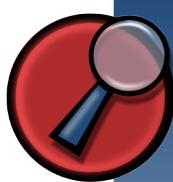
Podemos dividir o climatério em 3 fases:

35 aos 45 anos – É a fase de transição menopausal, período esse em que surgem os primeiros sinais de esgotamento folicular do ovário com aumento da incidência de ciclos anovulatórios e consequentemente aparecimento de ciclos irregulares que podem ser tanto oligomenorreicos como polimenorreicos. Nessa situação podemos encontrar níveis de FSH altos no início do ciclo e a diminuição da progesterona na segunda fase do ciclo, indicando a proximidade da menopausa.

45 aos 55 anos – Nessa fase ocorre a menopausa para a maioria das mulheres (48 aos 50 anos) com cessação da menstruação. Poderão ocorrer os sintomas da menopausa: ondas de calor, irritabilidade, insônia, estado depressivo, entre outros. Ocorre, portanto a falência ovariana completa.

55 aos 65 anos – Nessa fase, com a menopausa instalada podem ocorrer os sintomas e sinais climatéricos de médio e longo prazo: dispareunia por hipotrofia ou atrofia genital, cistite, incontinência urinária, ressecamento da pele, osteoporose entre outros.

Após 65 anos – Também chamada de senescência é uma fase normal da vida de um indivíduo sadio; geralmente se inicia depois dos 65 anos e não é manifestação doentia; na senescência não ocorrem distúrbios de condutas, amnésias ou perda do controle de si mesmo; em outras palavras, é o idoso sadio.



O médico (ginecologista, clínico geral, médico de família e comunidade) irá acompanhar essa mulher por um longo período de sua vida. Deve, portanto atentar não só aos sinais e sintomas climatéricos, mas sim proceder a uma anamnese e exames físicos completos pensando em outros eventos que possam ocorrer nessa etária.

FIQUE DE OLHO



O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não como um processo patológico.

ATENÇÃO!

Agravos à Saúde das Mulheres mais Frequentes no Climatério

- Indisposição
- Hipotireoidismo

- Doenças cardiovasculares
- Obesidade
- Diabetes mellitus
- Osteoporose
- Transtornos psicossociais (tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória)
- Anedonia (perda do prazer ou interesse)
- Diminuição da libido
- Alterações gastrointestinais (refluxo gastroesofágico, dispepsia)
- Alterações urogenitais (distopias, incontinência urinária)
- Alterações da saúde bucal (doença periodontal, desconforto bucal)
- Câncer de mama
- Câncer do colo uterino - toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade
- Câncer do corpo do útero
- Câncer de ovário
- Câncer de vulva
- Câncer de pulmão
- Câncer do cólon e reto
- Câncer de pele

Dessa forma, a assistência ao climatério compreenderá o tratamento das irregularidades menstruais e hemorragias disfuncionais, tratamento dos sintomas climatéricos, ações de prevenção e rastreamento de doenças cardiovasculares, osteoporose, câncer ginecológico e mamário e apoio às alterações psicológicas próprias do período, além de orientações às medidas de manutenção geral de saúde como dieta, exercícios físicos e apoio para superação de hábitos como sedentarismo,

tabagismo, alcoolismo e outros. Tal abrangência é conseguida através de ações educativas, orientações higiênico-dietéticas, estímulo a atividades físicas e mentais, exames clínicos e laboratoriais periódicos conforme o preconizado pelas últimas evidências científicas voltadas para a atenção primária, além de terapia hormonal quando indicado.

De forma resumida, abaixo está organizado um roteiro para assistência à mulher no climatério:

- Realização de Anamnese
- Interrogatório sobre os diversos aparelhos: cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, genito-urinário neurológico, pele, hábitos alimentares e de vida (tabagismo, drogas, álcool, sedentarismo, parceiros sexuais)
- Antecedentes pessoais; Antecedentes familiares
- Exame Físico
- Exame físico geral: peso e altura; pressão arterial; exame clínico geral e completo
- Exame ginecológico: avaliação mamária: com inspeção e palpação
- palpação abdominal e da pelve
- Inspeção da vulva
- Exame especular: rugosidade da mucosa vaginal e aspecto do colo uterino
- Exames complementares

Exames Complementares

Os exames complementares essenciais para o acompanhamento do climatério estão abaixo relacionados, cuja indicação e periodicidade de realização deverá seguir as orientações definidas de acordo com os protocolos clínicos adotados seguindo cada especificidade.

- Exames Laboratoriais: TSH, Colesterol Total e frações, Triglicérides, Glicemia de Jejum, EAS, Urocultura, Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes e FSH.

- Rastreamento Mamário
- Prevenção do Câncer de Colo de Útero
- Investigação Endometrial
- Rastreamento Ovariano
- Densitometria Óssea.

Terapia hormonal

Em 1966, o Dr. Robert Wilson lançou o livro “Feminine Forever”, em que valorizava os benefícios da terapia de reposição hormonal para “salvar as mulheres da tragédia da menopausa”. Para o autor, o estrogênio na terapia de reposição hormonal agiria como um elixir da juventude, que retardaria o envelhecimento, popularizando o conceito de que menopausa é uma doença de deficiência hormonal.

Muitos profissionais de saúde ainda hoje reforçam essa concepção medicalizando o atendimento e prescrevendo hormônios generalizadamente. Além disso, grande parte ignora ou não considera outras opções de tratamento disponíveis para alívio dos sintomas, que inclui atitudes mais saudáveis, como alimentação adequada, atividades físicas – e eventualmente o uso de fitoterapia, homeopatia e/ou acupuntura. É importante lembrar que nem todas as mulheres vivem essa fase da mesma maneira e algumas podem não apresentar sintomas. Todavia, a terapia hormonal pode ser utilizada sempre que houver indicação, individualizando cada caso, optando-se pelo esquema mais adequado, com a menor dose e pelo período necessário.

Envelhecimento e Sexualidade



A sexualidade da mulher no climatério é carregada de muitos preconceitos e tabus. Vários mitos que reforçam a ideia de que, nesse período, a mulher fica assexuada. Um deles é a identificação da função reprodutora com a função sexual. Outro é a ideia de que a atração erótica se faz à custa somente da beleza física associada à jovialidade. Há ainda um terceiro mito que considera a sexualidade feminina relacionada diretamente aos hormônios ovarianos, vinculando a diminuição da função do ovário com a diminuição da função sexual.

O mito da velhice assexuada é associado à concepção de que sexo é possível e bom apenas na juventude. Os estudos de Masters e Johnson (1979) sobre a sexualidade das pessoas idosas contribuíram significativamente para uma visão mais ampla sobre o assunto e para desmistificar uma série de tabus e preconceitos.

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida, a mulher passa uma parte significativa da sua vida no período do climatério, tendo ainda muitos anos para desfrutar de uma sexualidade plena. Algumas mulheres nesse período podem sentir diminuição do desejo enquanto outras experimentam o processo inverso, ou seja, uma liberação do desejo e o exercício de uma sexualidade menos conflituosa.

Nessa fase mais experiente da vida, o conceito de satisfação muda, permitindo a procura de novas formas para exercer a sexualidade, motivada pela sabedoria adquirida, melhor conhecimento do corpo e maturidade para buscar outras opções.



FIQUE DE OLHO

Para alguns autores, a maior parte das barreiras sexuais não é propriamente de cunho sexual, mas sim problemas e dificuldades que se refletem na vida sexual. A má qualidade de vida em geral é um dos fatores mais impeditivos do exercício pleno e da realização sexual, em qualquer fase da vida.

Contracepção e Climatério



Esse assunto é pouco abordado e explica um pouco das dúvidas que surgem quando ouvimos ou presenciamos no serviço alguns relatos de verdadeiros “sustos” de mulheres que, acreditando estar na menopausa, deixaram de utilizar métodos contraceptivos e engravidaram.

Segundo Daudt e Machado (2010), a mulher no climatério pode usar qualquer método anticoncepcional, desde que não apresente condições clínicas que contraindiquem o seu uso. Eles reforçam que o médico deve levar em consideração fatores individuais, riscos, benefícios de cada método, pois não existe um método melhor que o outro, todos apresentam vantagens e desvantagens.

Na escolha da contracepção, eles alertam que se deve lembrar que a utilização do método hormonal dificulta o diagnóstico clínico e laboratorial da menopausa. A contracepção, quando requerida nessa fase, deve ser interrompida somente um ano após a menopausa instalada ou por meio de confirmação laboratorial, com aumento de FSH acima de 40 mIU/ml.

A terapia hormonal, quando indicada, somente deve ser iniciada após a suspensão de qualquer anticoncepcional hormonal. Vale lembrar a importância da dupla proteção, que consiste no uso do preservativo masculino ou feminino, associado ao outro método anticoncepcional escolhido.

Promoção da Saúde e Medidas Preventivas Aplicadas ao Climatério



A menopausa e o climatério são vivenciados conforme a história de vida de cada mulher, considerando os fatores hereditários, culturais, condições sociais e econômicas, o que interfere na frequência e intensidade das manifestações das doenças e desconfortos.

Promover a saúde das mulheres no climatério é considerar a relação de cada uma com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis que estão ocorrendo nele e suas reações físicas e emocionais nessa fase. É reconhecer os reflexos de suas relações na família, no emprego e na sociedade, ouvindo-as e garantindo-lhes a palavra, construindo espaços de diálogo, tanto individualmente, como também em

grupo, para que possa haver um aprofundamento na vivência, maior compreensão da questão e um intercâmbio coletivo de experiências entre as próprias mulheres, facilitando a aquisição de novos conceitos, mudanças na mentalidade e modo de vida (Ministério da Saúde, 2008).

A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida imediata, evitando assim que possam surgir doenças ou acentuar-se no climatério e na velhice.

Ações voltadas à promoção à saúde como adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, implementação de medidas antitabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas podem ser utilizadas. Além disso, ações relativas ao tempo e a qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado.



FIQUE DE OLHO

Há formas simples de atuação e intervenção que podem diminuir os impactos negativos da menopausa e preservar condições mais saudáveis. A abordagem de saúde integral, considerando os diversos aspectos, biológicos, emocionais, e o socioeconômico dentre outros deve ser priorizada.

Cabe ao profissional de saúde da atenção básica informar a mulher de forma clara e precisa sobre as mudanças que ocorrem no seu organismo. São essenciais orientações sobre a importância de incorporar hábitos alimentares nutritivos e uma rotina com prática de exercícios físicos, que podem atuar na diminuição do estresse e da depressão, no aumento da oxigenação tecidual, na manutenção da massa muscular e óssea, na melhora da função cardiocirculatória, no aumento da resistência, na sensação de bem-estar pela produção de endorfinas, além de outros benefícios.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a atenção à mulher no climatério, consulte o **Manual de Atenção à Mulher no Climatério** do Ministério da Saúde, disponível na sua biblioteca e também no endereço abaixo:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

Consulte também as **Diretrizes para Atenção ao Climatério** da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, disponível na sua biblioteca.

Referências

Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. Rev Saúde Pública 2003; 36(4): 484-90.

Zahar SEV, Aldrighi JM, Tostes MA et al. Avaliação da qualidade de vida na menopausa. Reprod Clim 2001; 16(3): 163-72

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. A Conduta Sexual Humana. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

DAUDT, C.V.G; MACHADO, D.B. Climatério e menopausa. In: GUSSO, G; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.

Agravos Ginecológicos Comuns

De acordo com a árvore temática deste módulo no eixo de abordagem individual da saúde serão abordados os agravos ginecológicos comuns. Esse tema foi dividido em 2 lições. Na primeira foram agrupados a dor pélvica, o sangramento disfuncional e o corrimento vaginal. Na segunda serão tratadas especificamente das doenças sexualmente transmissíveis.

Lição 6 – Sangramento Disfuncional, Dor Pélvica e Corrimento Vaginal

Ana Cyntia Baraldi

Bruno Ramalho de Carvalho

Gilvânia Feijó

Patricia Taira Nakanishi

Rejane Antonello Griboski

Neste módulo, estudaremos alguns dos problemas mais comuns no consultório ginecológico: o sangramento uterino anormal, a dor pélvica e o corrimento vaginal.

Serão apresentados aspectos importantes sobre história clínica e exame físico, diagnóstico diferencial, tratamento na atenção primária e tratamento em outros níveis de atenção.

Objetivos Pedagógicos

- Capacitar sobre os problemas de sangramento uterino anormal, a dor pélvica e o corrimento vaginal, com vistas ao acolhimento da mulher com queixa na atenção básica.
- Capacitar os profissionais de saúde sobre o cuidado adequado na Atenção Primária para esses agravos
- Capacitar os profissionais de saúde para o referenciamento a outro nível de atenção.

Sangramento Uterino Anormal

O sangramento uterino anormal (SUA) é a mais frequente queixa isolada de mulheres no consultório ginecológico. Para essa população, é definido como qualquer mudança na frequência, na duração ou na quantidade das menstruações, ou como a ocorrência de sangramentos intermenstruais. Na presença de doenças sistêmicas ou pélvicas, é dito de causa orgânica; na ausência, atribui-se a disfunção hormonal, quando o termo sangramento (ou hemorragia) uterino disfuncional (SUD) deve ser empregado.

Causas de SUA

Certamente, essa é uma pergunta muito importante para o atendimento adequado a mulher que procura sua unidade. A faixa etária da paciente pode ser a primeira dica para direcionamento da causa (Figura 1).

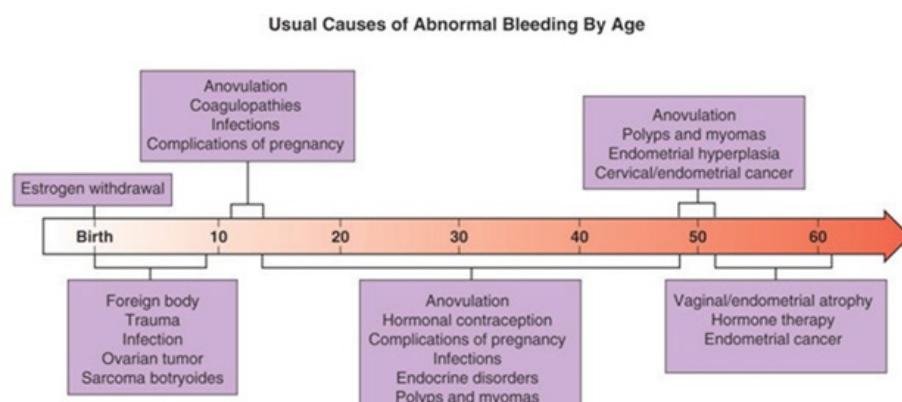


Figura 1. Causas comuns de sangramento uterino anormal por faixa etária (Fritz MA, Speroff L. 2011)

Abaixo, apresentamos as principais causas de SUA em mulheres em idade reprodutiva e no climatério.

Gravidez

As complicações da gravidez inicial são as principais causas de SUA de início abrupto em mulheres com ciclos menstruais regulares. Afastar gravidez, assim, deve ser o primeiro passo para o diagnóstico diferencial do SUA, principalmente em adolescentes, que podem não informar o início da atividade sexual e, muitas vezes, o fazem sem adequada contraceção.

A exclusão clínica pela utilização correta e regular de métodos contraceptivos de alta eficácia, e pela ausência de sintomas e/ou sinais gestacionais é aceitável, mas deve ser complementada pela dosagem sanguínea ou urinária de beta-hCG sempre que esta estiver disponível, principalmente se as informações fornecidas não forem confiáveis.

Existindo gravidez, farão parte do diagnóstico diferencial ameaça de abortamento, perdas gestacionais (em curso ou incompletas), gravidez ectópica e doenças trofoblásticas (mola).

Miomas

Miomas uterinos são os tumores benignos mais frequentes entre as mulheres, de causa desconhecida, podendo estar presentes em mais de 65% das mulheres aos 50 anos de idade. A prevalência entre as mulheres com SUA é maior que 30%. Nuliparidade, consumo regular de carnes vermelhas, obesidade, cor negra (três vezes mais frequentes), histórico familiar da doença e características genéticas podem estar associados ao maior risco para o aparecimento de miomas.

A maior parte das mulheres com miomas uterinos não apresenta sintomas e, não raro, os miomas são detectados apenas durante exame médico rotineiro, quando o ginecologista percebe útero móvel, aumentado, com ou sem contornos irregulares e indolor ao toque bimanual.

A queixa mais frequentemente associada aos miomas é o SUA, caracterizado por menorragia e/ou hipermenorréia; podem estar associados, também, dor pélvica e infertilidade. O diagnóstico de miomas uterinos é confirmado por complementação por exames de imagem: a ultrassonografia transvaginal deve ser o primeiro exame solicitado.

De acordo com a localização, os miomas podem ser classificados como: intramurais (na intimidade da parede uterina), submucosos (imediatamente abaixo do endométrio, com frequência abaulam a cavidade uterina, levando a sangramentos mais significativos) e subserosos (abaulam a superfície externa do útero, com base séssil ou pedunculada, podendo comprimir estruturas adjacentes, como a bexiga) (Figura 2).

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

O tratamento dos miomas somente deve ser instituído na presença de queixas. Embora o tratamento cirúrgico seja curativo, o tratamento medicamentoso, que veremos a seguir, deve ser sempre tentado, antes de qualquer intervenção cirúrgica.

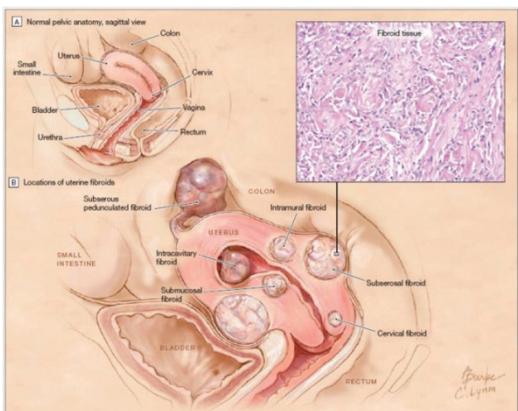


Figura 2. Pelve normal, localização dos miomas uterinos e histologia (JAMA 2009;301(1):82-93)



Você tem ideia da prevalência de miomas entre as mulheres sob atenção da sua unidade? Que medidas poderiam ser tomadas para esclarecer a população sobre o problema, tranquilizar as assintomáticas e melhor atender aquelas com queixas?

**PARA
REFLETIR**



SAIBA MAIS

Em 2010, o Ministério da Saúde aprovou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o leiomioma uterino, a serem utilizados em todas as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios brasileiros (Portaria no. 495, de 23 de setembro de 2010). As diretrizes estão disponíveis na sua biblioteca e também no endereço:

<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-leiomioma-de-uterio-livro-2013.pdf>

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o tratamento atual dos miomas uterinos, sugerimos a leitura do artigo de CORLETA ET AL (2007), também disponível na sua biblioteca e no endereço:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n6/a08v29n6.pdf>

Adenomiose

A adenomiose é uma doença uterina benigna, presente em mais de 35% das mulheres brasileiras, caracterizada pela invasão do miométrio por tecido endometrial, mais comum ao fim da vida reprodutiva e em mulheres com prole constituída.

Sangramento menstrual excessivo e/ou prolongado é relatado por até 75% das mulheres com adenomiose, comumente associadas à dismenorréia (50% dos casos), disparesunia e/ou dor pélvica acíclica, útero aumentado e/ou doloroso ao toque vaginal. Infertilidade e perdas gestacionais não estão claramente associadas ao problema.

A ultrassonografia transvaginal pode aumentar a suspeição diagnóstica, principalmente quando se objetiva a manutenção do útero da paciente. O diagnóstico definitivo somente pode ser realizado pelo estudo histopatológico do órgão, mas fica reservado aos casos com prole constituída e resistentes a tratamento medicamentoso.

Cervicites e Endometrites

Os sangramentos irregulares ou pós-coito podem estar associados às cervicites/endometrites por gonococo ou clamídia, significativamente prevalentes entre as mulheres sexualmente ativas de qualquer faixa etária (vide Corrimientos Vaginais adiante).

Ainda, lesões intraepiteliais causadas pelo papilomavírus humano (HPV) podem ser causas de SUA, principalmente durante o coito.

Pólipos endometriais

O pólio endometrial está presente em até metade das mulheres com SUA, que pode se caracterizar por menorragia e/ou hipermenorréia, e estar associado à dismenorréia, dor pélvica e sangramento durante o coito. A ultrassonografia transvaginal pode determinar com precisão as características do pólio, sendo, portanto, o exame complementar de escolha, a ser realizado sempre que acessível.

Em pacientes com SUA, a ressecção do pólio endometrial faz-se obrigatória e o material obtido deve ser enviado para análise histopatológica, tendo em vista o risco de malignidade, principalmente se lesões maiores que 10 mm. Em mulheres com sangramento pós-menopausal e pólipos grandes, a incidência de malignidade parece estar aumentada em até 5,5 vezes.

Neoplasias malignas

O câncer genital pode ser causa de SUA, seja ele uterino ou anexial, devendo ser devidamente investigado na ausência de outras causas e/ou em mulheres consideradas de alto risco.

Doenças sistêmicas

Diversas doenças sistêmicas podem ser causas de sangramento uterino anormal: tireoidopatias, coagulopatias, diabetes mellitus, insuficiência hepática, insuficiência renal, lupus eritematoso sistêmico, mielodisplasia e câncer. Abaixo, destacamos as mais comumente encontradas na prática cotidiana.

Tanto o hipotireoidismo quanto o hipertireoidismo podem estar associados ao SUA, manifestando-se como menorrhagia e/ou metrorragia em até 25% dos casos, por influência dos hormônios tireoidianos sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. A dosagem sérica do TSH consiste na primeira linha de avaliação, estando aumentado em até 20% das mulheres com sangramentos anormais. Com o tratamento, a maior parte das mulheres retoma padrões normais de sangramento em até 6 meses.

As coagulopatias podem estar presentes em até 20% das mulheres com histórico de menorrhagia sem causa aparente. Um terço das adolescentes pode ser portador de distúrbios da coagulação. São causas de sangramento genital em 18% das mulheres brancas e 7% das negras. Devem ser lembradas doença de Von Willebrand (defeitos da adesividade plaquetária), trombastenia de Glanzmann, púrpura trombocitopênica idiopática, disfunções plaquetárias e trombocitopenias relacionadas a doenças malignas (leucemias). Históricos de menorrhagia, sangramentos por diversos locais, sangramentos excessivos em traumas menores ou cirurgias prévias, antecedentes familiares de distúrbios de coagulação sugerem a possibilidade diagnóstica. A avaliação laboratorial inicial consiste em hemograma completo, tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) e tempo de sangramento.

Medicamentos

Combinações hormonais para anticoncepção ou terapia hormonal no climatério, digitálicos, anti-convulsivantes (por exemplo, fenitoína), anticoagulantes (por exemplo, ácido acetilsalicílico, clopidogrel, warfarina), corticosteróides, psicotrópicos e fitoterápicos (por exemplo, Ginseng, Gingko biloba) podem estar associados ao SUA.



Para saber mais sobre Distúrbios menstruais, consulte o artigo disponível na sua biblioteca ou acesse o endereço:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/19.pdf>

Sangramento Uterino Disfuncional (SUD)

Considera-se disfuncional o SUA que ocorre na ausência de gravidez, doenças pélvicas ou sistêmicas, sendo atribuído a distúrbios dos mecanismos endócrinos de controle dos ciclos menstruais, na maioria dos casos associado à anovulação.

De acordo com MACHADO (2001), o SUD representa perda por deprivação de

estrogênio ou por níveis incapazes de manter estímulo endometrial adequado, diferente da menstruação em ciclos ovulatórios, em que a descamação é ordenada (Figura 3).

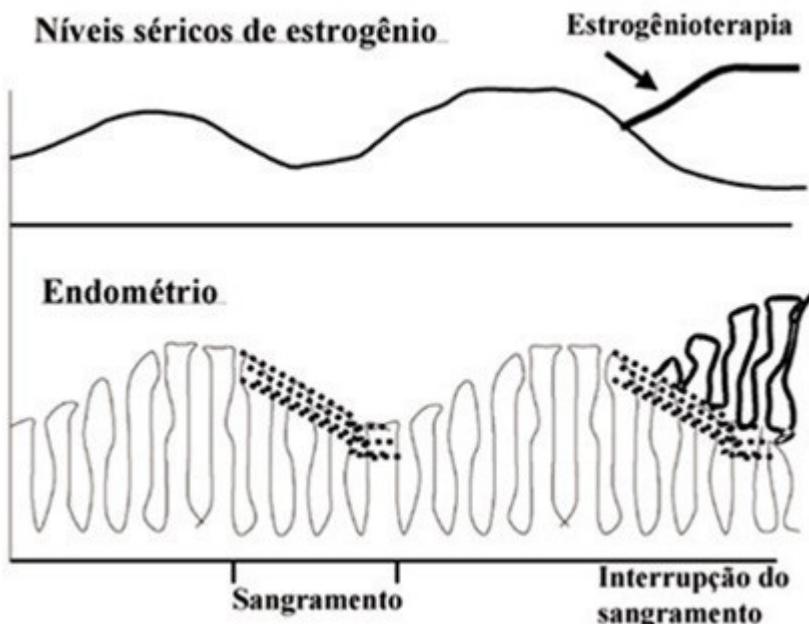


Figura 3. Representação esquemática dos níveis de estrogênio e endométrio no sangramento uterino disfuncional. Quando há queda dos níveis estrogênicos, ocorre sangramento da camada superficial do endométrio, sem caracterizar descamação da camada funcional, como ocorre na menstruação normal. (Fonte: Machado, 2001)



É hora de paramos para refletir sobre o SUD. Vimos que ocorre por deprivação de estrogênio, que ocorre por diferentes mecanismos em cada período da vida mulher. Faça uma busca na internet e saiba mais sobre a ocorrência do SUD na puberdade, nos anos reprodutivos e no climatério.

A escolha do tratamento a ser instituído para o SUA depende da idade da mulher, do desejo de nova gravidez, da intensidade dos sangramentos, das repercussões clínicas e da causa atribuída. O início do tratamento cabe à atenção básica e tem por objetivo primordial o restabelecimento da estabilidade estrutural e vasomotora do endométrio, sendo suficiente, em grande parte dos casos, o tratamento medicamentoso.

Dor Pélvica



A dor pélvica na mulher, uma queixa muito frequente e que, na maioria dos casos, pode ser tratada na Atenção Primária à Saúde.

A dor pélvica, aguda ou crônica, cíclica ou acíclica, normalmente acarreta grande prejuízo à qualidade de vida da mulher, com intensidade suficiente para interferir de forma negativa sobre a convivência social e familiar, a produtividade no trabalho e o interesse por atividades cotidianas.

Qualquer órgão da cavidade abdominal e/ou pélvica pode estar envolvido na etiologia da dor pélvica (Quadro 1).

Quadro 1. Diagnóstico diferencial da dor pélvica

Causas ginecológicas extra-uterinas Endometriose, aderências, doença inflamatória pélvica, neoplasias, torção ovariana, congestão vascular, malformações mullerianas, laqueadura tubária, disfunção sexual
Causas ginecológicas intra-uterinas Menstruação (dismenorreia essencial ou primária), adenomiose, pólipos endometriais, endometrites, dispositivo intra-uterino, estenose cervical, cervicites, malformações mullerianas, neoplasias
Causas urológicas Infecções (uretrites, cistites), cistite intersticial, cistite actínica, litíase urinária, síndrome uretral, carúncula, neoplasias
Causas gastrointestinais Constipação, síndrome do intestino irritável, doença de Chron, retocolite ulcerativa, hérnias, neoplasias
Causas músculo-esqueléticas Síndrome miofascial, fibromialgia, hérnias discais, má postura, espasmos da musculatura pélvica, neuralgias, síndrome piriforme
Outras causas Transtornos depressivos, transtornos do sono, violência sexual prévia, estigmas socio-culturais

Adaptado de: Noqueira et al. 2006.

Abordaremos a dor pélvica em três formas de manifestação: dismenorréia, dispareunia e dor pélvica crônica.

Dismenorreia

A dismenorreia (algomenorreia, menalgia) é a dor pélvica associada à menstruação, com frequente irradiação para região lombar e membros inferiores, associada ou não a palidez cutânea, sudorese, cefaleia, náuseas, vômitos, diarreia e vertigens, entre outros sintomas sistêmicos.

A dor menstrual é dita primária ou essencial quando não se identifica causa, atribuindo-se apenas ao início dos ciclos menstruais ovulatórios, com melhora significativa após a primeira gestação e/ou parto vaginal.

A dismenorreia secundária caracteriza-se por cólicas perimenstruais, que podem se iniciar dias antes do fluxo menstrual e permanecer por alguns dias após seu término. Está normalmente associada a causas ginecológicas.

Dispareunia

A dispareunia é a dor associada ao coito. Quando associada à penetração inicial, é denominada dispareunia superficial e frequentemente atribuída a fatores psíquicos e sócio-culturais (vaginismo), ou causas músculo-esqueléticas. A dor associada à penetração vaginal profunda, dispareunia profunda, por sua vez, pode ser atribuída à existência isolada ou à associação de causas ginecológicas, urológicas, gastrointestinais e músculo-esqueléticas.

Dor pélvica crônica

A dor pélvica crônica é dor não menstrual com duração superior a 6 meses, presente em até 25% das mulheres no menacme, com etiologia semelhante à da dispareunia profunda, mas fortemente influenciada por fatores psíquicos e sócio-culturais.

O fator psicológico pode estar associado à dor pélvica crônica em até 60% dos casos, assim como transtornos psiquiátricos como depressão (em 25% a 50% dos casos) e ansiedade (em 10% a 20% dos casos).

E saibam que um número significativo desses casos não possui etiologia outra, ou seja, não se identificam as causas por meio de exames médicos!

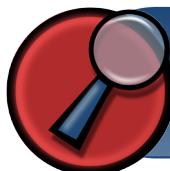


**PARA
REFLETIR**

Aqui vale à pena fazermos a mesma reflexão feita para os miomas. Você tem ideia da prevalência de dor pélvica entre as mulheres sob atenção da sua unidade? Que medidas poderiam ser tomadas para esclarecer a população sobre o problema e melhor atender àquelas com queixas?

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher



Aspectos importantes na avaliação da mulher com queixa de dor pélvica encontram-se sumarizados no Quadro 2.

FIQUE DE OLHO

Quadro 2. Avaliação clínica da mulher com queixa de dor pélvica

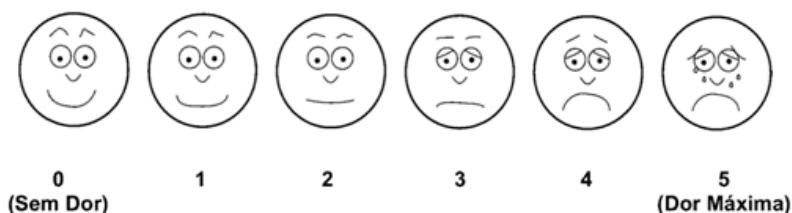
Anamnese

Atraso menstrual e/ou sangramentos genitais. Febre. Características da dor, localização, fatores desencadeantes, fatores de melhora/piora, duração, associação com o ciclo menstrual. Padrão menstrual. Paridade, complicações obstétricas, cirurgias pélvicas prévias, doença inflamatória pélvica. Hábito e queixas urinárias (nictúria, disúria, polaciúria, hematúria etc). Hábito e queixas gastrointestinais (constipação, distensão abdominal, tenesmos, sangramentos etc). História psicossocial, incluindo violência doméstica e sexual. Sinais/sintomas de transtornos depressivos (tristeza, embotamento afetivo, desinteresse, labilidade emocional etc) ou outros transtornos psiquiátricos. É importante determinar critérios de risco para infecção gonocócica e clamidiase.

Avaliação clínica da dor

A intensidade da dor pode e a eficácia de eventual tratamento podem ser avaliadas pelo uso de escala analógica visual. Para isso, a mulher pode marcar o ponto correspondente à intensidade de sua dor a cada avaliação, em escala linear de 10 cm, em que o ponto inicial é correspondente à ausência de dor e o ponto final, à máxima dor possível. Também uma escala de faces pode ser aplicada.

Escala de Faces



Exame físico

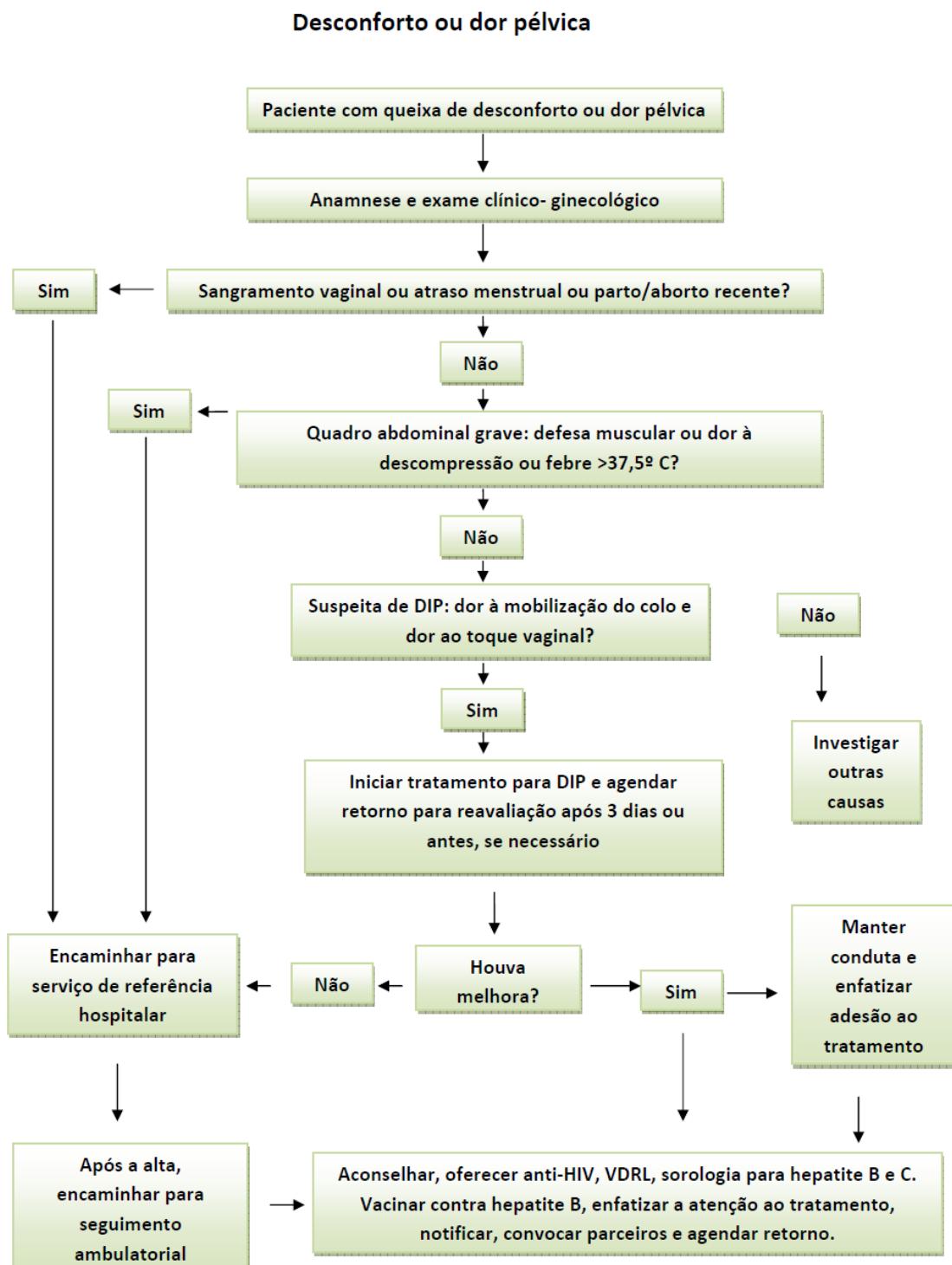
Exame físico geral (incluir temperatura). Exame abdominal, com identificação e atenção para cicatrizes, deformidades, massas palpáveis, pontos dolorosos e/ou de gatilho, sinais de peritonismo, hérniações. Exame ginecológico habitual, com coleta de material para citologia cérvico-vaginal, bacterioscopia, teste de aminas, teste de pH e culturas, quando necessários. Atenção especial a deformidades, nódulos, pontos dolorosos em fôrneas e septo reto-vaginal, bexiga e musculatura pélvica (tônus, contratilidade, espasmos etc), dor à mobilização da cérvice e grito de Douglas (peritonismo).

Exames complementares

Ultrassonografia transvaginal, hemograma completo, urina tipo I e urocultura, parasitológico e pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Manual de Bolso Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, em que sugere um fluxograma para avaliação de desconforto e dor pélvica (Figura 4). O protocolo está disponível na sua biblioteca.

Figura 4. Fluxograma de avaliação de desconforto e dor pélvica (Brasil, Ministério da Saúde. 2006)





FIQUE DE OLHO

Cabe destacar que para avaliar a dor pélvica, o profissional da atenção básica deve identificar características da queixa, relacionando as respostas físicas e emocionais à enfermidade, os fatores sócio-culturais e psicológicos que possam levar a mulher ao sintoma doloroso. Sendo assim, assume grande importância a abordagem multidisciplinar, pela qual se deve buscar amenizar a complexidade do problema e tratá-lo de forma humanizada.

Assim como nos sangramentos disfuncionais, a primeira linha de tratamento deve ser conservadora e compete à equipe assistencial em nível de atenção básica. O tratamento da dor, de forma genérica e independentemente da etiologia, pode ser feito por sua equipe de atenção primária e contempla:

1) Utilização de medicamentos

- Antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) são drogas de primeira escolha para redução da dor pélvica. Paracetamol (500 a 750 mg, pela via oral, três a quatro doses/dia), ibuprofeno (400 mg, pela via oral, de 12/12 horas), ácido mefenâmico (500 mg, pela via oral, de 8/8 horas), piroxicam (20 mg, pela via oral, 12/12 horas) e diclofenaco (50 mg, pela via oral, de 8/8 horas) estão entre as drogas mais utilizadas, durante episódios agudos, ou por períodos mais longos, a critério médico;
- Antidepressivos tricíclicos podem ser associados a analgésicos, com melhora da tolerância à dor, restabelecimento do sono e redução de sintomas depressivos;
- Relaxantes musculares podem ser associados a analgésicos quando se suspeita da contribuição de espasmos ou tensão muscular para manutenção da dor.

2) Supressão da menstruação

Pode ser realizada pela prescrição de anticoncepcionais combinados de administração sistêmica ou progestagênios isolados de administração local ou sistêmica. Condições ginecológicas associadas à dor pélvica podem se beneficiar desse tratamento, como endometriose, congestão pélvica, miomas e adenomiose. Casos refratários ao tratamento medicamentoso devem ser encaminhados para serviços de maior complexidade.

Adicionalmente trataremos abaixo duas causas frequentes de dor pélvica, a **endometriose** e a **doença inflamatória pélvica**.

Endometriose

A endometriose é doença essencialmente insidiosa, de manifestação muitas vezes tardia e consequências ora devastadoras sobre a qualidade de vida da mulher no menacme.

A etiopatogenia da doença não encontra explicação única. Entre as teorias clássicas, atribui-se a endometriose ao fluxo menstrual retrógrado, à transformação metaplásica ou mesmo à deposição iatrogênica em procedimentos cirúrgicos, entrando em outros fatores, como predisposição genética, defeitos do sistema imunológico e, até mesmo, exposição a poluentes ambientais.

A dismenorreia de intensidade progressiva é a queixa mais comum na endometriose, presente em mais de 80% dos casos, podendo se tornar cada vez mais frequente e evoluir com dor pélvica acíclica e crônica, e dispareunia profunda. A infertilidade acomete aproximadamente 60% das portadoras e, como a dor não é um sintoma obrigatório, estima-se que metade das mulheres inférteis venha a receber o diagnóstico de endometriose em algum momento da vida.

Em 2010, o Ministério da Saúde aprovou por meio da PORTARIA Nº 144, DE 31 DE MARÇO DE 2010, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a Endometriose, a ser utilizado em todas as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios brasileiros.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre o tratamento atual da endometriose recomendamos a leitura do artigo “Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose”, disponível na sua biblioteca e no endereço:

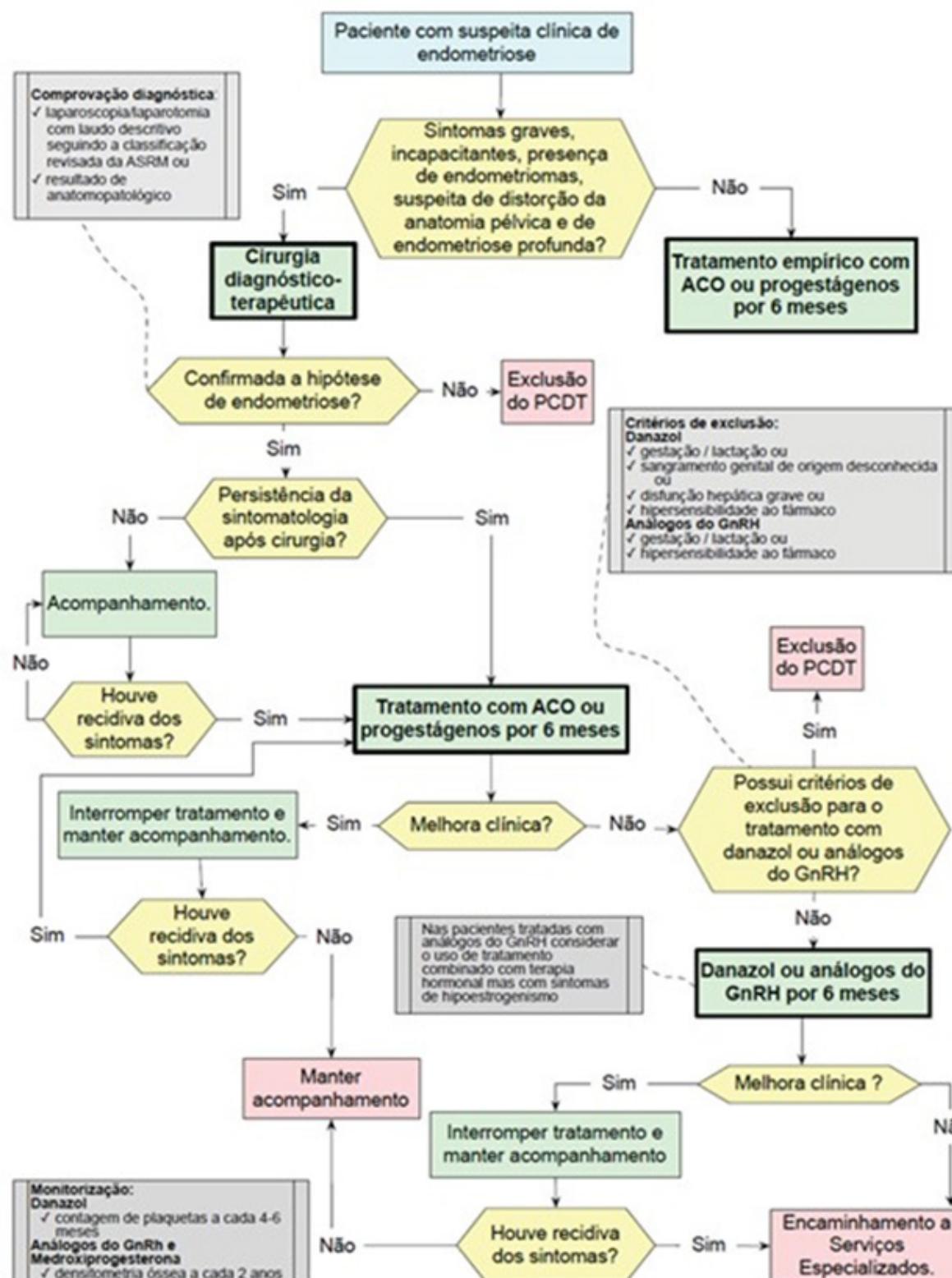
<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>

Abaixo está mostrado o fluxograma para o tratamento da endometriose (Brasil, Ministério da Saúde. 2010)

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

Figura 5. Fluxograma para o tratamento da endometriose (Brasil, Ministério da Saúde. 2010)



Doença Inflamatória Pélvica

A doença inflamatória pélvica (DIP) é atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou secundária à manipulação, comprometendo endométrio, tubas uterinas, ovários e/ou estruturas adjacentes.

Agentes das doenças sexualmente transmissíveis (DST) como gonococo e clamídia são identificados como agentes etiológicos da DIP, isolados no trato genital superior de aproximadamente 70% das mulheres acometidas, acompanhados ou não de outros germes.

Um dos importantes papéis da equipe de saúde da família é promover a saúde a partir da informação. Para orientar à população quanto à DIP, é importante conhecer os fatores de risco e proteção. Componha sua lista de tais fatores. Em seguida, reflita quais medidas já são realizadas por sua equipe para conscientizar a população atendida sobre os problemas listados.

Para o diagnóstico clínico de DIP, critérios maiores, menores e definidores estão sumarizados na Figura 6.

Figura 6. Diagnóstico clínico da doença inflamatória pélvica

Quadro 3. Diagnóstico clínico da doença inflamatória pélvica	
Critérios maiores	
Dor no abdome inferior; Dor à palpação de regiões anexiais; Dor à obilização do colo uterino.	
Critérios menores	
Temperatura axilar maior que 38°C; Conteúdo vaginal ou secreção cervical anormal; Massa pélvica; Mais de 5 leucócitos por campo de imersão com solução salina em secreção de endocérvice; Leucocitose;	
Proteína C reativa e/ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevadas; Comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo ou clamídia.	
Critérios definidores	
Evidência histopatológica de endometrite; Sugestão de abscesso tubovariano ou em fundo de saco de Douglas, em ultrassonografia pélvica ou ressonância nuclear magnética; Laparoscopia com evidências de DIP (coleção purulenta, aderências pélvicas e/ou peri-hepáticas e/ou peri-esplânicas)	

Tratamento

O tratamento ambulatorial da DIP, na ausência de peritonismos ou febre, pode ser adequadamente realizado em nível de atenção primária.

Como orientações adicionais, frisar que: o tratamento deve ser concluído mesmo após o desaparecimento das queixas; as relações sexuais devem ser suspensas até a conclusão do tratamento e o desaparecimento das queixas; o parceiro deve ser tratado, quando fixo; o condom e outras medidas de sexo seguro devem ser adotadas para relacionamentos futuros.

A ausência de resposta ao tratamento ou o aparecimento de febre e peritonismos implica encaminhamento para avaliação e tratamento hospitalar, que pode ser realizado, em princípio, em nível secundário.



À paciente com diagnóstico de DIP, deve-se oferecer a coleta de sangue para realização de sorologias para sífilis (VDRL/ CMIA), hepatites B e C, e vírus da imunodeficiência humana (HIV), pois a associação de mais de uma DST é frequente.

Corrimento Vaginal

Continuaremos o tópico sobre problemas ginecológicos comuns falando dos corrimentos vaginais, que, sem dúvida alguma, respondem por grande parte das queixas femininas em ambulatórios e serviços de pronto-atendimento.

Conteúdo vaginal normal

Para que se faça o correto diagnóstico dos corrimentos vaginais é imprescindível ter noções básicas da fisiologia da vagina.

O conteúdo vaginal normal é formado a partir do acúmulo de muco (produzido por tubas, corpo e corlo uterinos), transudato vaginal, células descamadas (do colo e da vagina), secreções das glândulas vestibulares, bactérias (com destaque para os lactobacilos) e produtos de seu metabolismo. Costuma ser de pequeno volume e inodoro, podendo ser incolor ou de coloração esbranquiçada, fluido ou levemente pastoso. Variações, contudo, podem ocorrer a depender da idade, excitação sexual, estresse emocional, fase do ciclo menstrual e temperatura ambiente.

Etiologia do corrimento vaginal

Abordaremos nesta lição as vulvovaginites, que são as causas mais comuns de corrimento vaginal: vulvovaginite fúngica (*Candida* spp) ou por protozoário (*Trichomonas vaginalis*), e vaginose bacteriana, de origem única ou mista (*Gardnerella*

vaginalis, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus curtepii*, *Bacteroides*, *Pervotella*, entre outras).

Cervicites bacterianas (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) e infecções por vírus (Herpes simples e Papilomavírus humano) também podem levar ao corrimento vaginal, mas serão abordadas em módulo próprio para doenças sexualmente transmissíveis.

Diagnóstico do corrimento vaginal

Anamnese e exame físico bem feito, e exames complementares fazem o diagnóstico em quase todos os casos.

Alguns exames complementares podem ser rapidamente realizados durante o exame físico, sendo de grande auxílio e orientando o tratamento imediato. Os exames a fresco, como a medida do pH vaginal com fita, o teste das aminas e análise da lâmina a fresco.

Vulvovaginite fúngica (candidíase vulvovaginal)

Acredita-se que a candidíase vulvovaginal seja causada pela *Candida albicans* em mais de 80% dos episódios, com picos de ocorrência na quarta década de vida. Prurido, ardência, corrimento de aspecto leitoso com grumos e sem odor, dispareunia superficial e disúria são as queixas mais frequentes.

Ao exame físico, podem ser percebidos: eritema, edema, descamação e fissuras em vulva, e conteúdo vaginal branco e inodoro, com grumos aderidos às paredes da vagina.



Figura 7. Vulvovaginite por *Candida spp*: vulvite eritematosa, com edema e erosões dos lábios menores, associada a conteúdo vaginal branco e com grumos aderidos às paredes do órgão (Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia, FEBRASGO, 2010).

Tratamento medicamentoso

Recomenda-se tratamento inicial por uma só via de administração (oral ou vaginal). As crises não complicadas podem ser tratadas com dose única ou de curta duração (até 14 dias).

Aqui, chamamos atenção para o tratamento em gestantes, que não devem receber azóis de administração oral. Preferem-se o clotrimazol ou a nistatina para essas pacientes.

Casos de candidíase recorrente (três ou mais episódios ao ano) ou resistentes a tratamento convencional devem ser encaminhados ao ginecologista, para tratamento de longa duração.

Vaginose bacteriana

De origem única ou mista (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus curtisi*, Bacteroides, Pervotella, entre outras), a vaginose bacteriana é a desordem mais frequente do trato genital inferior entre mulheres em idade reprodutiva. Ocorre pela perda da flora de lactobacilos, de motivo ainda desconhecido, mas possivelmente ligado ao coito, embora não seja considerada uma doença sexualmente transmissível.

Quase metade das mulheres será assintomática. Quando há sintomas, a queixa comum é de corrimento de odor fétido, que se exacerba após os coitos e a menstruação, associado a ardência vulvovaginal, dispareunia e disúria. Ao exame físico, podem ser percebidos: colo e paredes vaginais íntegras; pH vaginal $> 4,5$; conteúdo vaginal homogêneo, amarelo-pérola ou bolhoso e fétido, lembrando odor de peixe (Figura 8).

O teste de Schiller pode auxiliar na diferenciação de outras etiologias, pois evidencia aspecto normal do colo e da parede vaginal.

Tratamento medicamentoso

O tratamento do parceiro é facultativo e pode ser restrito aos casos reincidientes ou com resposta insatisfatória ao tratamento convencional.

O uso das formulações de administração vaginal pode ser útil para alívio mais rápido dos sintomas.

Casos de vaginose bacteriana recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) ou resistentes a tratamento convencional devem ser encaminhados ao ginecologista, para tratamento de longa duração.

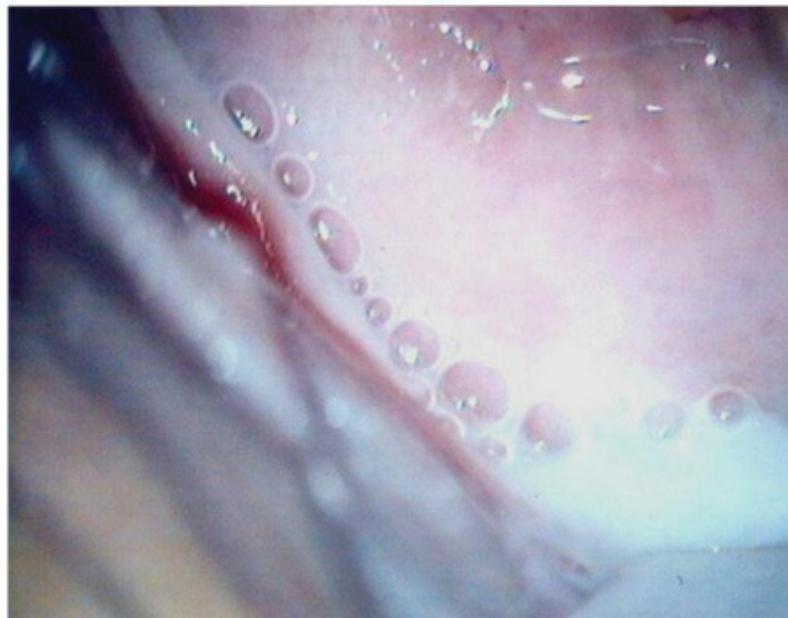


Figura 8. Vaginose bacteriana: corrimento amarelo-pérola, bolhoso, sem lesões ou hiperemia cérvico-vaginal (Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia, FEBRASGO, 2010).

Vulvovaginite por protozoário (tricomoníase)

Causada pelo flagelado *Trichomonas vaginalis*, é de transmissão essencialmente sexual e, por isso, implica abordagem terapêutica do casal. É assintomática em metade dos casos, mas, quando sintomática, pode causar prurido, sangramento aos coitos e dispareunia, além da queixa de corrimento de odor fétido.

Ao exame físico, podem ser percebidos: colo com pequenas úlceras e/ou pequenos focos hemorrágicos, que lhe conferem aspecto de morango ou framboesa; uretra e glândulas vestibulares eritematosas e edemaciadas; conteúdo vaginal amarelado, esverdeado ou acinzentado, bolhoso e fétido, lembrando odor de peixe.

O teste de Schiller pode resultar em aspecto tigróide do colo e da parede vaginal, podendo ser útil para o diagnóstico ambulatorial.

Tratamento medicamentoso

Recomenda-se tratamento do casal. O uso do metronidazol na forma de gel vaginal pode ser útil para alívio mais rápido dos sintomas. Aqui, chamamos novamente a atenção para o tratamento em gestantes, que não devem receber metronidazol de administração oral antes do segundo trimestre. Pode-se utilizar o clotrimazol vaginal durante o primeiro trimestre de gravidez.

Casos de tricomoníase recorrente ou resistentes a tratamento convencional devem ser encaminhados ao ginecologista, para tratamento de longa duração.

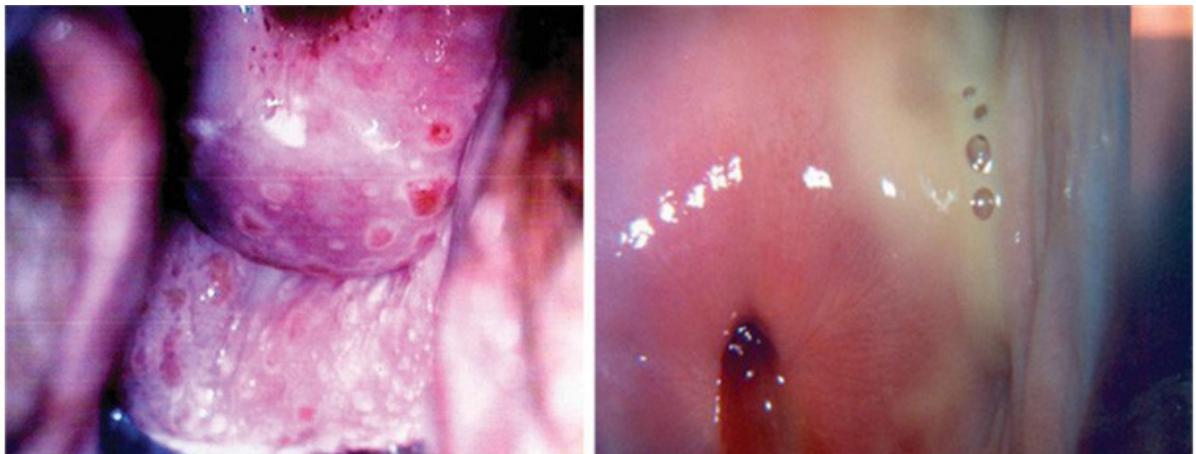


figura 9. Vulvovaginite por *Trichomonas vaginalis*: à esquerda, erosões em paredes vaginais e colo uterino, associadas a hiperemia; à direita, corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso, típico da tricomoníase vaginal (Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia, FEBRASGO, 2010).

Outras causas de corrimento vaginal

O hipoestrogenismo (vaginite atrófica e vaginite lactacional), a descamação vaginal excessiva (vaginite citolítica), o uso de agentes irritativos, como cremes e cosméticos (vaginite irritativa), o uso do condom (vaginite alérgica), entre outros, são causas de corrimento vaginal associadas a determinados períodos da vida da mulher e devem ser abordados com naturalidade, tentando mostrar a ela que não se tratam de doença.



As mudanças de hábitos são muito importantes para o tratamento e prevenção de recorrência dos corrimentos vaginais. Que mudanças de hábitos você orientaria para as mulheres atendidas em sua unidade?

**PARA
REFLETIR**

Referências

BARCELOS, Raquel Siqueira; ZANINI, Roberta de Vargas and SANTOS, Iná da Silva dos. Distúrbios menstruais entre mulheres de 15-54 anos de idade em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.11 [cited 2015-02-16], pp. 2333-2346

Albers JR, Hull SK, Wesley RM. Abnormal Uterine Bleeding. American Family Physician 2004;69:1915-26.

Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Leiomioma de Útero. Portaria SAS/MS no. 495, de 26 de setembro de 2010.

Farquhar C, Arroll B, Ekeroma A, Fentiman G, Lethaby A, Rademaker L, et al. An evidence-based guideline for the management of uterine fibroids. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2001;41:125-40.

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Miomatose Uterina. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002.

Fritz MA, Speroff L. Abnormal Uterine Bleeding. In: Fritz MA, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 8th Edition. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. 2011.

Lethaby A, Augood C, Duckitt K, Farquhar C. Nosteroidal anti-infammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Databse Syst Rev 2007;(4):CD000400.

Machado LV. Sangramento uterino disfuncional. Arq Bras Endocrinol Metab 2001;45(4):375-82.

Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, Agostini A, Bazot M, Brailly-Tabard S, Brun J-L, De Raucourt E, Gervaise A, Gompel A, Graesslin O, Huchon C, Lucot J-P, Plu-Bureau G, Roman H, Fernandez H. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;152:133-7.

Panisset KSP, Fonseca VLM. Manejo do sangramento uterino disfuncional em adolescentes. Adolescência & Saúde 2009;6:26-32.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Bolso. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis– DST. Brasília: Ministérioda Saúde, 2006:64-9.

Center for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 2010;56:63-7.

Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. Obstet Gynecol Surv 2001;56:757-64.

Gomes Sobrinho DB, Carvalho BR, Sanchez CP. Doença inflamatória pélvica. Manual de Ginecologia da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal – SGOB 2011 (no prelo).

Moura MD, Pereira TN, Nogueira AA, Ferriani RA, de Sala MM, Reis RM. Avaliação do Tratamento Clínico da Endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet 1999.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

Panisset KSP, Fonseca VLM. Manejo do sangramento uterino disfuncional em adolescentes. Adolescência & Saúde 2009;6:26-32.

Ross J, Judlin P, Nilas L. European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. Int J of STD & AIDS 2007;18:662-6.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Acute Pelvic Inflammatory Disease. RCOG Green-top Guideline 2008;32:1-11.

Wellberry C. Diagnosis and treatment of endometriosis. American Family Physician 1999. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Bolso. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006:64-9

Carrara HHA, Duarte G, Philbert PMP. Semiologia ginecológica. Medicina, Ribeirão Preto 1996; 29:80-87.

Jacyntho CMA. Vulvovaginites. In: FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia, 2010. PP 60-84.

Simões J. A. Corrimento vaginal: um Guia Prático para o Manuseio. Femina 1999;27(2):161-6.

Lição 7 – Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ana Cyntia Baraldi

Bruno Ramalho de Carvalho

Gilvânia Feijó

Patricia Taira Nakanishi

Rejane Antonello Griboski

Iniciaremos nessa lição o estudo das principais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) que acometem as mulheres. Não nos aprofundaremos no Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por esse ser tratado em módulo específico, dentro do estudo das doenças infecciosas.

Objetivos Pedagógicos

- Conhecer a situação atual das DST no Brasil e sua importância na morbidade feminina;
- Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento integral aos portadores de DST;
- Saber diagnosticar e tratar as principais DSTs;
- Atuar, junto à sua equipe de saúde, na prevenção dos agravos causados pelas DST.

Introdução

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, com uma estimativa de 340 milhões de casos novos por ano (WHO, 2005).

As DST estão entre as principais causas relacionadas com abortos espontâneos, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal, gravidez ectópica, infertilidades, bem como ao câncer de colo de útero (BRASIL, 2007).

Ainda, causam grande custo direto à economia do país - devido à sua magnitude, pelas internações e tratamento - e indiretos - pelo impacto social e suas consequências.

Por tudo isso, as DST devem ser priorizadas como agravos de saúde pública que merecem atenção de todas as instâncias de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que as estratégias de prevenção primária (uso do preservativo) e secundária (diagnóstico e tratamento) podem permitir o controle das DST e suas consequências. Entretanto, as ações nessa direção existem no país de forma pulverizada, com importantes diferenças regionais.

As diretrizes para diagnóstico e tratamento precoces, incluindo a avaliação das parcerias sexuais, são pouco conhecidas ou implementadas pelo sistema de saúde.

Não existe disponibilidade contínua de medicamentos padronizados para portadores de DST, bem como de preservativos. A pactuação entre os três níveis de governo estabelece que a aquisição dos medicamentos para as DST é de responsabilidade dos estados e municípios, e a aquisição de preservativos é compartilhada, sendo de 80% de responsabilidade do nível federal nas regiões sul e sudeste e de 90% nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Porém esta pactuação vem sendo cumprida com dificuldades.

Pouco se valoriza a prevenção especificamente dirigida ao controle das DST (educação em saúde, disseminação da informação para reconhecimento de sinais e sintomas, busca precoce por assistência, convocação de parceiros, campanha em mídia, etc). Há ênfase no diagnóstico etiológico, pouco se conhece o manejo sindrômico e os profissionais capacitados são insuficientes.

Outros fatores negativos que contribuem para a dificuldade na assistência à saúde dos portadores têm sido percebidos no contexto da atenção às DST no nosso país:

- São escassos os dados epidemiológicos relativos às DST; apenas a aids, a sífilis congênita e a sífilis na gestação são de notificação compulsória;
- Os portadores de DST continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde;
- Populações prioritárias, como adolescentes, profissionais do sexo, homo e bissexuais, travestis entre outros, têm pouca acessibilidade aos serviços;
- O atendimento é muitas vezes inadequado, resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento. Tal fato se dá, por exemplo, quando usuários têm que expor suas queixas em locais sem privacidade (recepções) ou a funcionários despreparados. Essas situações contribuem para afastá-los dos serviços de saúde;

- A irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos contribui para que desacreditem os indivíduos com DST, dos serviços de saúde;
- Poucas unidades são capazes de oferecer resultados de testes conclusivos, no momento da consulta.

Entretanto, pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade às ações e factibilidade de controle, as DST devem ser priorizadas. A assistência às DST deve ser realizada de forma integrada pelo Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência regionalizados. O primeiro, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, enquanto as UBS e os últimos devem exercer um papel fundamental no tratamento adequado e seguimento clínico.

Deve haver participação e controle de ações pelas organizações da sociedade civil no acesso aos serviços, no cumprimento da pontuação para aquisição de medicamentos, na disponibilização de insumos laboratoriais, na disponibilidade de preservativos e outros insumos.



Para saber mais consulte o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde (disponível na sua biblioteca):

SAIBA MAIS

Doenças Sexualmente Transmissíveis - Principais Síndromes Clínicas

O Ministério da Saúde propõe o uso da abordagem sindrômica para o diagnóstico e tratamento das DST.

Tal abordagem pretende classificar os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas, ajudar os profissionais a identificarem as causas de determinadas síndromes por meio de fluxogramas e identificar os tratamentos para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome.

Outra recomendação do Ministério da Saúde para esse tipo de abordagem é que a cliente deve sair da consulta já com o tratamento prescrito. Mesmo que ainda reste dúvida sobre o agente etiológico causador de um corrimento, por exemplo, deve-se tratar as causas mais frequentes e checar a adequação do tratamento após o resultado da citologia pronto.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

A tabela 1 traz as principais síndromes clínicas, agentes de transmissão e cura das DST.

Tabela 1. Principais Síndromes Clínicas, agentes de transmissão e possibilidade de cura das DSTs

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curável
Úlceras	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bactéria	sim	sim
	Crancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bactéria	sim	sim
	Herpes	<i>Herpes simplex vírus (HSV-2)</i>	vírus	sim	não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
Corimentos	Vaginose bacteriana	múltiplos	bactéria	não	sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	fungo	não	sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bactéria	sim	sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	protozoário	sim	sim
Verrugas	Condiloma	<i>Papilomavírus Humano</i>	vírus	sim	não

Fonte: Manual de controle das DST. 2005b.



FIQUE DE OLHO

Destacamos o fato das vulvovaginites não serem classificadas como DST, não havendo, portanto necessidade de tratar o parceiro. Tais doenças não serão tratadas neste capítulo por fazerem parte do diagnóstico diferencial dos corimentos genitais, tratados anteriormente.

A tabela abaixo correlaciona a clínica de cada síndrome com os principais agentes etiológicos, e também pode servir de guia para o diagnóstico das DST:

Tabela 2. Principais síndromes, sinais e etiologias mais comuns.

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: <ul style="list-style-type: none"> • Tricomoníase • Vaginose Bacteriana • Candidíase Cervicite: • Gonorréia • Infecção por Clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Corrimento uretral(se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorréia Infecção por clamídia Tricomoníase Micoplasma ureoplasma
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro Mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou Dor Pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico Dor durante relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura > 37,5°C	Gonorréia Infecção por clamídia Infecção por germes Anaeróbios

Fonte: Manual de bolso para tratamento das DST (BRASIL, 2005a).

Apresentaremos a seguir uma breve abordagem dos principais agentes etiológicos envolvidos nas síndromes identificadas nas tabelas acima.



Para maior aprofundamento dos estudos, acesse o **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** do Ministério da Saúde, disponível na sua biblioteca.

SAIBA MAIS

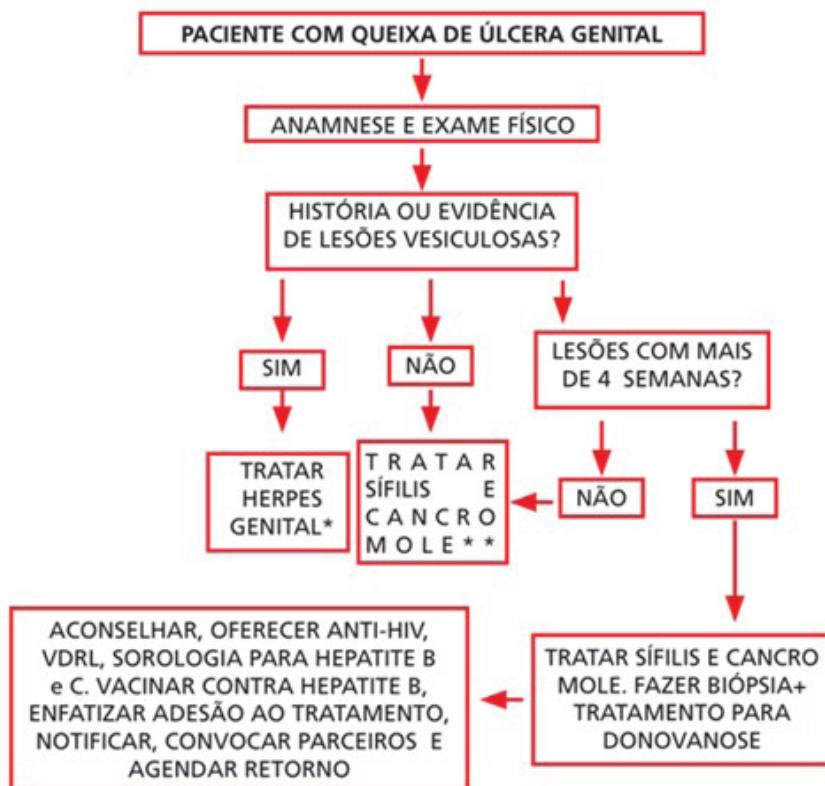
A figura 1 apresenta o fluxograma de úlceras genitais

Figura 1. Abordagem sindrômica das Úlceras Genitais. Fonte: Manual de controle das DST, 2005.

Úlceras genitais

Abordagem sindrômica

Figura 3: Fluxograma de úlceras genitais



* Em casos de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

Úlceras genitais (Sífilis e Herpes Genital)

Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. É causada pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta de transmissão sexual ou vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida ou congênita da doença. Classifica-se em:

Sífilis adquirida:

- recente (menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
- tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária.

Sífilis congenital:

- recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
- tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida).

Manifestação: Cancro duro (lesão erosada ou ulcerada, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa, acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla). Aparece entre 10 e 90 dias após o contato sexual infectante, na glande e sulco prepucial nos homens. Nas mulheres é de difícil detecção, podendo aparecer nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. A lesão é altamente infectante.

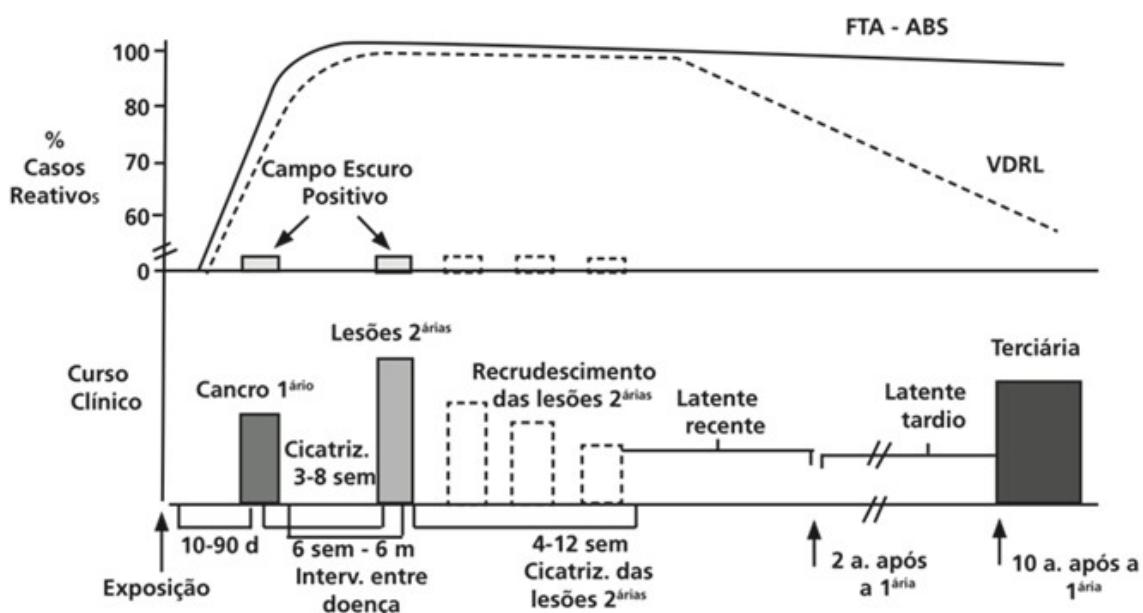
De 6 a 8 semanas do aparecimento do cancro duro e após sua cicatrização espontânea, podem ocorrer lesões cutâneo-mucosas, não ulceradas, geralmente acompanhadas de micropoliadenopatia generalizada e, ocasionalmente, de artralgias, febrícula, cefaleia e adinamia (sífilis secundária). Também são lesões ricas em treponemas, mas já existem anticorpos circulantes, em seus maiores títulos, que permitem a identificação sorológica da infecção.

A sífilis latente (recente e tardia) é a forma da sífilis adquirida na qual não se observam sinais e sintomas clínicos, e a sífilis tardia pode ter sinais e sintomas após 3 a 12 anos de infecção, principalmente lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (tabes dorsalis, demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot). Na maioria das vezes, entretanto, são assintomáticas. Não se observam treponemas nas lesões e as reações sorológicas têm títulos baixos.

Diagnóstico: a forma de diagnóstico vai depender da fase da infecção:

Fase primária e secundária: pesquisa direta de treponemas na linfa das lesões, VDRL (reativo a partir da segunda semana após aparecimento do cancro, mais elevado na fase secundária e negativa-se ou permanece como “cicatriz” 6-12 meses após tratamento correto), FTA-Abs, MH-TP, Elisa e testes rápidos. A figura 2 mostra o perfil sorológico e manifestações clínicas e laboratoriais da sífilis:

Curso da Sífilis Não Tratada



Fonte: Manual de Controle das DST (BRASIL, 2005).

Figura 2. Perfil sorológico e manifestações clínicas da sífilis

Tratamento

Também o tratamento é dependente da fase da infecção. Mas, em qualquer fase é baseado em penicilina benzatina. Dessa forma, pacientes com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) podem ser dessensibilizados ou então receberem tratamento com eritromicina na forma de estearato ou estolato ou tetraciclina.

Herpes genital

É uma vírose transmitida pelo contato sexual (inclusive oro-genital) ou pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados.

Manifestações: Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosa que, em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras, precedidas de sintomas de ardência, prurido e dor. Pode ocorrer adenopatia dolorosa bilateral e sintomas inespecíficos. No homem, localiza-se frequentemente na glande e prepúcio, podendo ocorrer secreção uretral hialina e ardência miccional. Nas mulheres, as lesões localizam-se nos pequenos lábios, clitóris, grandes lábios, fúrcula e colo do útero.

Diagnóstico: É basicamente clínico. O diagnóstico citológico de Tzanck (visualização de multinucleação e balonização celulares em lâmina fixada com álcool 70%) pode ser utilizado. A coloração pelo Papanicolaou permite a observação de inclusões virais na fase de vesículas, porém tem baixa sensibilidade. O isolamento

do vírus em cultura de tecido é a técnica mais específica para diagnóstico da infecção herpética, mas não é um método disponível na prática diária.

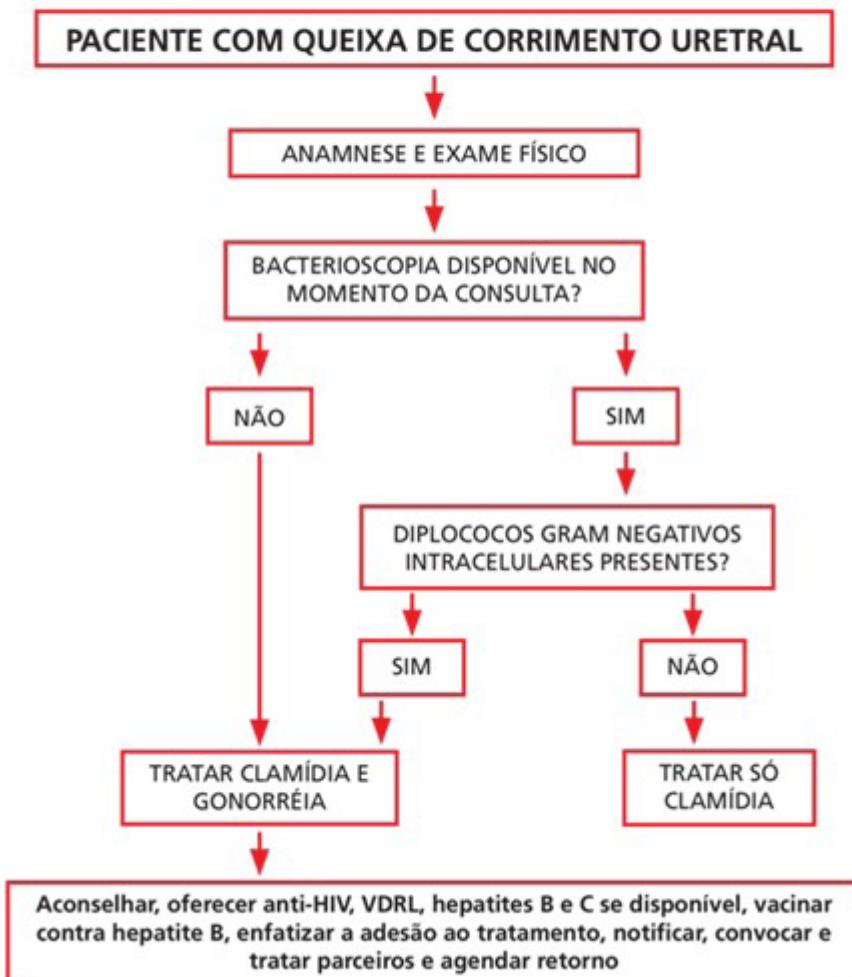
Tratamento: Não existe tratamento específico, sendo que as melhores opções terapêuticas conseguem, no máximo, abreviar o período sintomático e espaçar os tempos intercise. A dor pode ser aliviada com analgésicos e anti-inflamatórios. O tratamento local consiste em solução fisiológica ou água boricada a 3%, para limpeza das lesões.

ABORDAGEM NOS CORRIMENTOS URETRAIS, VAGINAIS E CERVICITES

Corrimiento Uretral

Abordagem sindrômica

5: Fluxograma de corrimentos uretrais



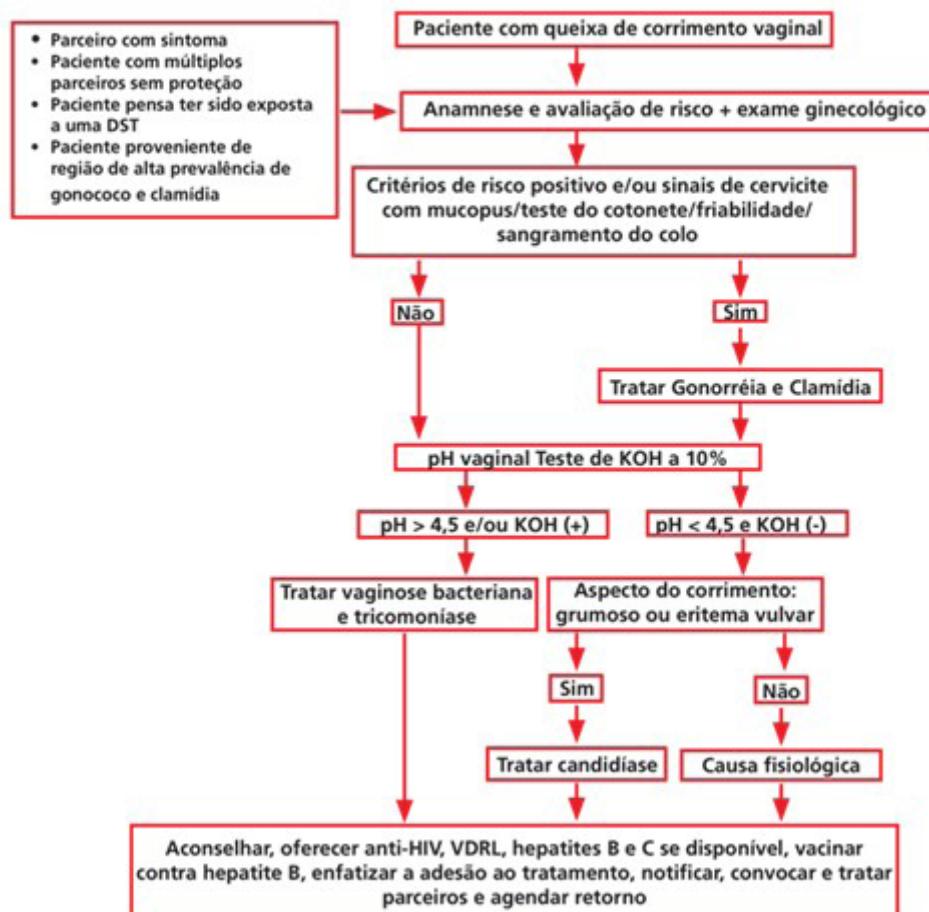
Fonte: Manual de controle das DST (BRASIL, 2005).

Figura 3. Abordagem sindrômica para os Corrimentos Uretrais

CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

Abordagem sindrômica

Figura 6: Fluxograma de corrimento vaginal sem microscopia



Fonte: Manual de controle das DST (BRASIL, 2005).

Figura 4. Abordagem sindrômica para os Corrimientos Vaginais e Cervicites

Ações Complementares

Destacamos que para cada tratamento, deve ser oferecido um conjunto de ações essenciais complementares (BRASIL, 2005b)

Ações essenciais complementares

- Incluem as seguintes medidas gerais:
- Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis
- Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 30 anos (restrito por disponibilidade da vacina).
- Enfatizar a adesão ao tratamento
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos;
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas.
- Oferecer preservativos, orientado sobre as técnicas de uso; e
- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais do último mês, para que posam ser atendidos e tratados. Fornecer ao paciente cartões de convocação para parceiros(as) devidamente preenchidos.
- Notificar o caso no formulário apropriado.
- Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias.
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, caso não exista o desejo de engravidar, ou adotar outras formas de sexo mais seguro;

Fonte: Manual de controle das DST, 2005b.

Feminização da Epidemia de DSTs/AIDS



O aumento do número de mulheres que contraem DST/AIDS é uma realidade que reflete as desigualdades de gênero na nossa sociedade, isto é, as relações de poder existentes entre homens e mulheres.

Com efeito, esse poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual; e ainda pela violência física e sexual contra mulheres adultas, crianças e adolescentes (BRASIL, 2007).

Assim, é de fundamental importância a inserção de atividades voltadas para a sensibilização e envolvimento dos homens nas estratégias de prevenção das DST e do enfrentamento da violência contra a mulher, e de se trabalhar a superação de vulnerabilidades nas ações de prevenção das DST.

Atendimento Integral ao Portador de DSTs

O atendimento imediato de um portador de DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Ao agendar a consulta para outro dia, pode ocorrer o desaparecimento dos sintomas desestimulando a busca por tratamento. Como consequência, a infecção pode evoluir para formas crônicas graves e se mantém a transmissão.

Por isso, a consulta deve ter o máximo de resolutividade: o profissional deve acolher a mulher sem preconceitos, realizar a anamnese detalhada, exame físico minucioso e coleta de material para exame laboratorial. No entanto, o início do tratamento deve ser imediato, prestando-se o resultado do exame para confirmação diagnóstica.

Deve-se estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e a cliente, com tempo e disposição interna do profissional para escutar, em um local que assegure privacidade e a garantia de confidencialidade das informações.

As ações complementares para finalizar a consulta incluem a oferta e realização de triagem sorológica para HIV, sífilis, hepatites B e C, além da vacinação contra hepatite B para indivíduos abaixo de 30 anos.

Aconselhamento: Pode ser realizado individualmente ou em grupo. Todos os profissionais da equipe de saúde devem estar aptos a desenvolver o aconselhamento com informações atualizadas sobre DST/Aids.

É um instrumento importante para a quebra na cadeia de transmissão das DST porque auxilia o cliente a entender a relação existente entre seu comportamento e o problema de saúde que está vivendo, e a reconhecer os recursos que tem para cuidar da própria saúde e evitar novas infecções.



FIQUE DE OLHO

É importante conversar sobre sexualidade, anticoncepção, fidelidade própria e do parceiro, violência, etc. Nesses casos, preconceitos e juízos de valor devem ser evitados, a fim de que a cliente não omita informações.

Distribuição de preservativos: O uso de preservativos masculinos ou femininos é o método mais eficaz na prevenção das DST e deve ser sempre estimulado.

Ainda que sua distribuição ocorra gratuitamente pelo SUS, a demanda é muito grande e em muitos casos a quantidade distribuída é insuficiente. É necessário co-responsabilizar os usuários para o suprimento do mesmo, enfatizando sua importância na prevenção de DST.

Abaixo os principais cuidados que devem ser tomados ao utilizar os preservativos masculino e feminino. Todos os profissionais das ESF devem estar aptos a fornecer essas orientações (BRASIL, 2005b):



FIQUE DE OLHO

Veja a seguir os principais cuidados que devem ser tomados ao utilizar os preservativos masculino e feminino. Todos os profissionais das ESF devem estar aptos a fornecer essas orientações (BRASIL, 2005b).

Cuidados a Serem Tomados com o Preservativo Masculino



- deve ser armazenado afastado do calor (como bolso de calça, porta- luvas, amas- sado em bolsas)
- observar integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;
- deve ser colocado antes da penetração, durante ereção peniana;
- receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser mantido apertado entre os dedos durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior;
- ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis;
- devem ser usados apenas lubrificantes de base aquosa (gel lubrificante), pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, ocasionando sua ruptura;
- no caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente;
- após a ejaculação, retirar o pênis ainda ereto, segurando o preservativo pela base para que não haja vazamento de esperma;
- o preservativo não pode ser reutilizado e deve ser descartado no lixo (não no vaso sanitário) após o uso.

Cuidados a Serem Tomados com o Preservativo Feminino



- armazenar afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem e prazo de validade;
- não usar junto com o preservativo masculino;
- ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação e retirado com tranquilidade após a relação, de preferência antes da mulher se levantar, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo;
- já vem lubrificado; no entanto, se for preciso, devem ser usados lubrificantes de base oleosa fina na parte interna.
- para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada).
- o anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina. Com o dedo indicador ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; durante a penetração o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo;
- deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação.

Abordagem dos Parceiros Sexuais

Para que se rompa a cadeia de transmissão das DST, é fundamental que os contatos sexuais dos indivíduos infectados sejam tratados.

O ideal é que o próprio portador da DST comunique seu parceiro, e o profissional de saúde tem papel importante no aconselhamento desse indivíduo/casal. No entanto, se o portador se negar a comunicar o parceiro, e o profissional de saúde considerar que este último corre risco de sério agravo à saúde, o mesmo pode fazer a notificação, obdecendo sempre os princípios da confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e ética profissional.

Vigilância Epidemiológica - Notificação dos Casos

As DST de notificação compulsória compreendem: a sífilis em gestante, sífilis congênita, a AIDS e a infecção pelo HIV em gestantes/ crianças expostas. No entanto, é recomendado que os profissionais de saúde realizem a notificação podem realizar a notificação universal baseada em síndromes, via SINAN, que aumenta a sensibilidade e a agilidade do sistema.



**PARA
REFLETIR**

Haverá uma campanha nacional para o Combate à sífilis e sua Unidade de Saúde da Família vai participar. Na reunião, foi consenso entre a equipe que, antes de planejar qualquer ação, é necessário fazer o diagnóstico situacional da prevalência dessa doença na área abrangida pela ESF, utilizando o registro de gestantes com Sífilis e Sífilis Neonatal - uma vez que são as únicas situações em que a notificação é compulsória. Diante do exposto

1. Faça um levantamento (no SINAN e dados da equipe) dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita na área de abrangência de sua USF e comente sobre o significado desse achado;
2. Como trabalhar com efetividade na prevenção das DST? Proponha ações individuais e coletivas para ajudar sua ESF nessa tarefa.

Situação Problema

Paulo (família 3) procurou a USF para agendar consulta médica devido à um corrimento uretral que estava apresentando há alguns dias. Foi informado pela recepcionista que a próxima vaga seria dali a 1 mês, a não ser que fosse caso de urgência. Ele, muito incomodado com a ardência miccional, mas também com muita vergonha de dizer à recepcionista sobre o motivo da urgência da consulta, acabou

indo para o pronto atendimento da UBDS mais próxima. Lá chegando, foi atendido após 2 horas de espera. O médico colheu material para cultura e mandou Paulo retornar para checar dali a 3 semanas.

Dois dias depois, Paulo retornou à USF com piora do quadro, e conseguiu uma consulta na urgência, após explicar à recepcionista sobre suas queixas.

Na consulta, Paulo queixou-se de febre baixa, mal estar, secreção uretral purulenta e ardência miccional. Como não havia disponibilidade de bacterioscopia durante a consulta, o médico deu o diagnóstico de uretrite, decidindo por tratar clamídia e gonorreia.

Ao ser perguntado sobre sua esposa, Márcia, Paulo disse que não sabia se ela estava apresentando algum sintoma, mas pediu segredo ao médico sobre o tratamento, uma vez que teve uma relação sexual extraconjugal há 1 mês.

Diante do exposto, reflita:



**PARA
REFLETIR**

1. O diagnóstico médico está correto? Justifique.
2. Quais as orientações que devem ser dadas para o Paulo durante e após o tratamento?
3. O que o médico/profissional de saúde deve fazer diante do pedido do paciente de não comunicar a parceira?
4. Quais etapas do processo de trabalho em equipe foram falhas no atendimento a esse usuário, e o que fazer para melhorar?

Referências

Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Brasília, Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis . Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Sexually Transmitted and Other reproductive tract infections. A guide to essential practice. 2005.

Lição 8 – Ciclo de Vida Familiar

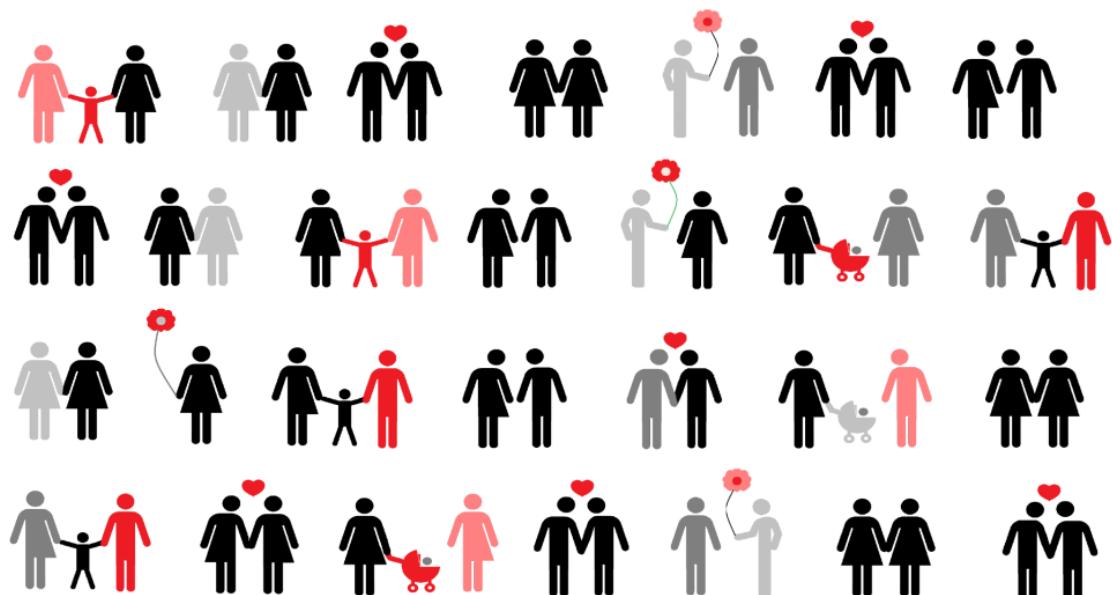
Ana Cyntia Baraldi

Bruno Ramalho de Carvalho

Gilvânia Feijó

Patricia Taira Nakanishi

Rejane Antonello Griboski



Objetivos pedagógicos:

- Identificar a fase na qual se encontra a família no momento da abordagem;
- Compreender a dinâmica da vida familiar, as principais crises evolutivas e as fases do ciclo de vida familiar;
- Compreender o indivíduo dentro da dinâmica familiar;
- Refletir sobre o trabalho da ESF no contexto da família e na construção da resiliência.

Para refletir sobre nossa prática:



PARA
REFLETIR

[...] Sempre se pensou que a orientação para a família contribuísse para bons serviços de saúde. O conhecimento da família oferece não apenas o contexto dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejear estratégias. (Starfield, 2007).

O que significa família?

Diz-se um sistema aberto, dinâmico, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social e dele compartilham. É o lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao unir-se e separar-se; é a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade.

O que é ciclo de vida familiar?

Trata-se de processo evolutivo que cumpre a família no curso dos anos através da passagem de uma fase a outra da vida.

A cada etapa, marcada por evento significativo, chamada crise evolutiva, a família deve enfrentar uma nova situação, uma nova ordem familiar (MALA- GOLI e TELFENER, 1992).

As crises evolutivas podem ser previsíveis ou imprevisíveis e podem desencadear em cada componente da família transtorno físico e/ou psíquico ou mesmo crescimento individual/familiar, a depender da capacidade de resiliência.

E o que é resiliência?

Resiliência é um termo emprestado da Física, que significa a capacidade de um objeto, submetido a uma força exterior, retornar à forma inicial.



FIQUE DE OLHO

Resiliência para Barreto (2005) “é a capacidade de vencer apesar das dificuldades e circunstâncias difíceis”. Este autor ressalta que a família, a comunidade e o indivíduo, como sistema, têm a capacidade de proteger-se, de reequilibrar-se e de crescer em uma ação interna de autoproteção, de auto-equilíbrio e de desenvolvimento próprio. Acrescenta ainda, a importância no trabalho comunitário para a escuta qualificada e o devido acolhimento de maneira a valorizar e resignificar as competências das famílias para superar as crises e gerar recursos para fazer frente aos desafios do cotidiano, mantendo assim, a sua integridade.

Conhecendo a família da sua comunidade



PARA REFLETIR

Por que é importante para a equipe de saúde da família conhecer a família da sua comunidade? Qual o papel da ESF nas crises evolutivas familiares?

Desde que se constitui como tal, o grupo familiar passa por diferentes etapas em sua vida, de complexidades diferentes, que podem variar na dependência de suas características biológicas, sociais, culturais e econômicas. Nessas etapas mudanças são esperadas, quer na composição da família que pode aumentar ou diminuir, quer na sua forma de funcionamento, ou nos comportamentos de seus membros e nos sentimentos que essas mudanças – boas ou ruins – podem implicar.

Para os profissionais ou mesmo para os futuros profissionais da área da saúde, poder identificar os principais momentos do ciclo familiar pode ser um fator que ajude a proteger a integridade daquele grupo social: pode ajudá-la a se entender naquele momento de transição, de dor, de crise, de sentimentos de perda ou de um ganho que requer preparo para se assumir. Enfim pode apoiá-la nos momentos em que se encontra mais sensível no seu processo de desenvolvimento como grupo social, unido por laços de afeto ou de consanguinidade.

A equipe de saúde pode assim identificar oportunidades importantes de prevenir agravos, físicos e emocionais na saúde daquele grupo, pode eleger estratégias, mobilizar recursos, orientar ou apenas se solidarizar com as famílias, estando presente nos seus momentos de maior vulnerabilidade.

Classificação dos tipos de família

Tipo	Conceito Resumido
Nuclear	Formada pelos familiares consanguíneos da pessoa-referência, possuindo núcleo de um casal e seus filhos.
Extensiva	Constituída por mais de uma geração, podendo também ter vínculos colaterais como tios, primos, padinhos, etc.
Unitária	Composta por uma só pessoa como, por exemplo, uma viúva sem filhos.
Monoparental	Constituída por um dos pais biológicos e o(s) filho(s), independente de vínculos externos ao núcleo.
Reconstituída	Composta por membros de uma família que, em algum momento teve outra configuração, sofreu uma ruptura e passou a ter novo formato.
Instituição	Instituto que possui a função de criar e desenvolver afetivamente a criança/adolescente.
Homossexual	União de pessoas do mesmo sexo, que constituem um casal
Constituição Funcional	Pessoas que moram juntas e desempenham papéis parentais em relação a uma criança/adolescente.

Estágios do Ciclo de Vida Familiar

Para a Classe Média são propostos 6 estágios do ciclo de vida familiar que são resumidos na tabela abaixo:

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

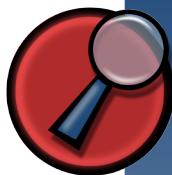
Estágio do Ciclo	Processo Emocional de Transição	Mudanças de segunda ordem no status familiar
1 - Saindo de Casa - Jovens solteiros	Aceitar responsabilidade emocional e financeira	Diferenciação do eu em relação à família e ao trabalho; desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais
2 - Casamento: o novo casal	Comprometimento com o novo sistema	Formação do sistema marital; realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e os amigos, a fim de incluir o cônjuge
3 - Família com filhos pequenos	Aceitar novos membros no subsistema	Ajustar o sistema conjugal; unir-se nas tarefas de educação dos filhos, domésticas e financeiras; incluir papéis de pais e avós
4 - Família com adolescentes	Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir independência dos filhos e fragilidade dos avós	Modificar relacionamento com filhos para permitir mobilidade; novo foco nas questões conjugais e profissionais; começar a cuidade da geração mais velha
5- Ninho Vazio	Aceitar saídas e entradas no sistema familiar	Renegociar o sistema conjugal como diáde; desenvolver os relacionamentos de adultos; realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos; lidar com incapacidades e mortes dos pais
6 - Famílias em estágio tardio da vida	Aceitar mudança dos papéis em cada geração	Manter funcionamento e interesses próprios e/ou do casal em face do declínio fisiológico; apoiar papel mais central da geração do meio; abrir espaço no sistema para sabedoria e experiência dos idosos; lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros e preparar-se para a própria morte.

Nessas diferentes etapas do Ciclo Familiar há algumas tarefas, mudanças importantes e problemas de saúde que podem se apresentar, de acordo com Rampa, 2006.

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

Etapa	Tarefa e mudanças familiares necessárias Desafios do desenvolvimento da etapa	Problemas que podem se apresentar
Formar o casal	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisso com um sistema familiar novo • Pactuação de papéis e metas • Negociação da intimidade • Reordenação das relações (família ampliada e amigos) • Estabelecimento de relações mutuamente satisfatórias 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunções sexuais • Infertilidade • Sintomas inespecíficos (cefaleia, lombalgia, cansaço).
Tornar-se pai e mãe	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar um novo membro • Ajustar o par ao trio • Negociar papéis parentais • Restringir a vida social • Reordenar as relações com a geração dos avós 	<ul style="list-style-type: none"> • Choro dos filhos • Problemas de alimentação • Tensão infidelidade • Sintomas variados, sobretudo nas mães.
Crescimento dos filhos	<ul style="list-style-type: none"> • Obter um equilíbrio entre o lar e o mundo exterior (escola, amigos) • Ensaiar a separação - promover a diferença do subsistema familiar • Lidar com os irmãos 	<ul style="list-style-type: none"> • Filhos fora de controle • Enureses e encopreses • Sintomas vários (cefaleia, dores)
Filhos adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Alterar a flexibilidade dos limites • Obter um equilíbrio entre o controle e a independência • Permitir ao adolescente entrar e sair da família 	<ul style="list-style-type: none"> • Saídas noturnas • Recusa à escola e faltas não autorizadas • Violência familiar, transtornos alimentares, problemas性uais. • Sintomas dos pais
Filhos que se emancipam	<ul style="list-style-type: none"> • Ir e deixar ir • Reestruturar a relação entre os pais e os filhos • Pais: começar a construir uma nova relação com o "ninho vazio" • Filhos: irem-se do lar e tornarem-se independentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Desavenças matrimoniais • Crise da meia idade • Divórcio
Família na vida tardia	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar a mudança geracional dos papéis • Enfrentar a enfermidade e a morte dos pais e avós • Aprender a serem avós • Adaptar-se com o papel de aposentado ou pensionista • Restabelecer-se da morte do cônjuge 	<ul style="list-style-type: none"> • Dores patológicas • Depressão • Demência • Falta de adesão às orientações médicas



FIQUE DE OLHO

Ainda de acordo com estes autores, quando a família apresenta dificuldades para atravessar essas etapas e assumir os novos papéis que elas requerem, podem ocorrer inadaptações que conduzam a crises familiares. Conhecer as etapas do ciclo familiar pode ser uma ferramenta para as equipes de saúde agirem preventivamente ou mesmo gerar hipóteses que possam explicar possíveis problemas e dificuldades presentes em um dado grupo familiar, qualificando a assistência a ser prestada a essas famílias.

Já Ciclo de vida da família da **Classe Popular** é, pelas características sociais e culturais, diminuto e tem três fases:

- **Família composta por adulto jovem**, em que os jovens/adolescentes são “empurrados” para fora de casa ou utilizados como fonte de ajuda concreta;
- **Família com filhos pequenos**. Essa fase constitui grande parte da vida familiar e pode incluir 3 a 4 gerações;
- **Família no estágio tardio**, em que os idosos têm papel ativo nas famílias, às vezes com papel central, principalmente após a universalização da aposentadoria por idade. (Vide artigo Política Social no Brasil - referências).



FIQUE DE OLHO

Mesmo sabendo que as fases do ciclo de vida familiar são para todos os componentes da família, a mulher possui um papel essencial na dinâmica da vida familiar mesmo sem muita consciência disso.

Para levá-las a uma maior reflexão, leia o artigo produzido por Martin e Angelo (1999), intitulado - A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda.

Ao fazer a abordagem junto às famílias, faz-se necessário estar atento e verificar o que está acontecendo. Use perguntas para explorar o funcionamento e o seu momento: sentimentos e pessoas significativas quanto aos afetos e desafetos; forma de comunicação; presença de respeito, colaboração, conflitos; distribuição e controle de poder, expressão de sentimentos entre os membros, forma de participação nas despesas da casa (BARRETO, 2005).



Para a promoção e prevenção de situações de sofrimento mental de pessoas e vítimas de violências nas famílias, surgiu a terapia comunitária na década de 90 no Brasil, uma tecnologia de cuidado criada pelo psiquiatra Dr. Adalberto de Paula Barreto, na comunidade do Pirambú, em Fortaleza/Ceará, e vem sido desenvolvida em diferentes espaços e na ESF, promovendo a capacidade de resiliência das pessoas, famílias e comunidade no enfrentamento dos seus problemas. A terapia comunitária integra a política de saúde nacional, onde pretende reforçar o papel da família e da comunidade – da rede de relações que envolve os sujeitos; reafirmar as práticas culturais como fomentadoras do exercício da união na família e comunidade e favorecer a identificação dos sujeitos envolvidos com os valores culturais compartilhados na comunidade, proporcionando melhor comunicação entre as formas de saber popular e científico (BRASIL, 2013).

Referências

BARRETO, Adalberto. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR. 2005.

Camargo, J. M. Política Social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. São Paulo em Perspectiva, 2004, 18(2): 68-77.

Falceto, O. G; Fernandes, CL; Wartchow, W. S. O médico, o paciente e sua família. In: Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. Porto Alegre, Artmed, 2004.

Martin, V. B; Angelo, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. Revista Latino- Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, 7(4): 1999, 89-95.

Rampa, S. M. Introducción al estudio de la dinâmica familiar. 2006. 1(1): 38-47.

Taylor, R. Family Medicine. Principles and Practice, 2003.

Lição 9 – Violência Contra a Mulher

“Uma em cada cinco brasileiras declara, espontaneamente, já ter sofrido algum tipo de violência por parte de um homem. A cada 15 segundos uma mulher é espancada por um.”

A violência contra a mulher é referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 80, é denominada como violência doméstica e, na década de 90, os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero.

A violência contra a mulher vem sendo remetida à área da Saúde Pública tanto pelo movimento feminista como por associações profissionais, serviços de saúde e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Segundo d’Oliveira e Schraiber (1999), essa tendência está embasada na constatação crescente de que a violência de gênero está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental, além de trauma físico direto, e também a um uso mais frequente dos serviços de saúde.

Estudos recentes comprovam haver grandes implicações do fenômeno da violência de gênero para o sistema de saúde, dadas as sequelas físicas e emocionais decorrentes da violência à saúde da mulher (Flitcraft et al, 1996). Segundo dados da Associação Médica Americana (1992), as mulheres em situação de violência doméstica representam: 19% a 30% das mulheres atendidas em emergências gerais; 25% das mulheres atendidas em serviços de emergências psiquiátricas; e 25% das mulheres que buscam acompanhamento pré-natal.

Entre as consequências físicas da violência doméstica, podem ser citados abortos, cefaleias crônicas, dores abdominais, dores musculares, lesões permanentes, problemas ginecológicos e morte (Flitcraft et al, 1996). Koss (1990) define como agravos à saúde mental decorrentes da situação de violência vivenciada: ansiedade generalizada, abuso de álcool e drogas, depressão, tentativas de suicídio e transtorno de estresse pós-traumático.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2003), “a violência é um problema social e de saúde que ameaça o desenvolvimento dos povos, afeta a qualidade de vida e desgasta o tecido social. Embora seja um fenômeno mundial, não há dúvida de que a Região das Américas é uma das mais afetadas pela violência, e sofre por isso, especialmente em alguns países, um impacto negativo de grande magnitude”.

Serão abordados nessa lição o conceito, tipos e fases da violência, especificamente, contra as mulheres; o atendimento à mulher vítima de violência, as delegacias da Mulher e os serviços especializados para o atendimento na área da saúde; o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e a Lei Maria da Penha. Por fim será abordado o papel da equipe multiprofissional no enfrentamento desse problema.

O objetivo da lição é promover a qualificação profissional no trato com pessoas em situação vulnerável, possibilitando a prevenção das situações de violência, o acolhimento em casos de suspeita ou confirmação, o diagnóstico, o tratamento, a notificação dos casos e os encaminhamentos mais adequados.

Entendendo a Violência contra a Mulher

As situações de violência contra a mulher resultam, principalmente, da relação hierárquica estabelecida entre os sexos, sacramentada ao longo da história pela diferença de papéis instituídos socialmente a homens e mulheres, fruto da educação diferenciada. Assim, o processo de “fabricação de machos e fêmeas”, desenvolve-se por meio da escola, família, igreja, amigos, vizinhança e veículos de comunicação em massa. Aos homens, de maneira geral, são atribuídas qualidades referentes ao espaço público, domínio e agressividade. Já às mulheres foi dada a insignia de “sexo frágil”, pelo fato de serem mais expressivas (afetivas, sensíveis), traços que se contrapõem aos masculinos e, por isso mesmo, não são tão valorizados na sociedade (Azevedo, 1985).

Segundo Silva (1992), as relações estabelecidas entre homens e mulheres são, quase sempre, de poder deles sobre elas, pois a ideologia dominante tem papel de difundir e reafirmar a supremacia masculina, em detrimento à correlata inferioridade feminina. Desta forma, quando a mulher, em geral, é o pólo dominado desta relação, não aceita como natural o lugar e o papel a ela impostos pela sociedade, os homens recorrem a artifícios mais ou menos sutis como a violência simbólica (moral e ou psicológica) para fazer valer suas vontades, e a violência física se manifesta nos espaços lacunares, em que a ideologização da violência simbólica não se faz garantir.



FIQUE DE OLHO

Cabe, neste momento, salientar a importância da compreensão do processo de “coisificação” da mulher como resultante, inclusive, do modelo tradicional de família patriarcal, formado a partir de uma hierarquização de relações intersexuais e intergeracionais, que exige a submissão e obediência da mulher à figura masculina, de quem é propriedade com direito de exclusividade. O sistema familiar patriarcal é, portanto, uma versão institucionalizada da ideologia machista enquanto ideologia de sexo (Azevedo, 1985).

A identidade de uma mulher vítima de violência doméstica é, comumente, fruto deste padrão familiar de subordinação e não questionamento das imposições masculinas. Apesar de constatarmos, atualmente, profundas transformações na estrutura e dinâmica da família, prevalece ainda um modelo familiar caracterizado pela autoridade paterna e, portanto, pela submissão dos filhos e da mulher a essa autoridade (Azevedo, 1999).

Objetivos pedagógicos

- Entender o conceito e reconhecer os tipos e as fases de violência contra a mulher;
- Fazer um diagnóstico situacional sobre a violência que acomete as mulheres na comunidade assistida por sua equipe;
- Identificar os serviços de atendimento a mulheres em situação de violência no seu território de abrangência;
- Conhecer a legislação e as políticas existentes para o atendimento a mulher vítima da violência;
- Desenvolver habilidades para reconhecer, atender e encaminhar às mulheres vítimas de violência em sua unidade.

Entendendo o Ciclo da Violência

A violência contra as mulheres, apresentada de forma multifacetada, é sofrida em todas as fases da vida; muitas vezes, iniciando-se ainda na infância. O processo não se restringe a classes sociais específicas.

A violência cometida contra mulheres no âmbito doméstico e a violência sexual são fenômenos ainda cercados pelo silêncio e pela dor.

Políticas públicas específicas que incluem a prevenção e a atenção integral são fatores que podem proporcionar o empoderamento, ou seja, o fortalecimento das práticas autopercebidas e do protagonismo feminino no enfrentamento da violência no Brasil.

A violência interpessoal geralmente segue um padrão de agressão. As mulheres atacadas nem sempre são vítimas de agressão constante, nem a violência acontece fortuitamente. A agressão é infligida em um ciclo repetitivo, composto de três fases: a criação da tensão, o ato de violência e uma fase amorosa, tranquila.

Walker (1979 apud AGUIAR, 2002) aponta três fases distintas, constituintes do ciclo da violência, as quais variam tanto em intensidade como no tempo, para o mesmo casal e entre diferentes casais, não aparecendo, necessariamente, em todos os relacionamentos. A primeira fase é de construção, em que ocorrem incidentes verbais e espancamentos em menor escala, como chutes e empurrões. Nesse momento, as vítimas, usualmente, tentam acalmar o agressor, aceitando a responsabilidade pelos problemas dele, esperando, com isso, ganhar algum controle sobre a situação e mudar seu comportamento.

A segunda fase é caracterizada por uma incontrolável descarga de tensão, sendo a mulher espancada, independente de seu comportamento diante do homem, que utiliza armas e objetos para agredi-la.

Já a terceira fase corresponde a uma temporária reconciliação, que é marcada por um extremo amor e comportamento gentil do agressor, que tem consciência de ter exagerado em suas ações e, subsumindo-se no arrependimento, pede perdão, prometendo controlar sua raiva e não feri-la novamente.



FIQUE DE OLHO

Estas constantes promessas de mudança dão à violência um caráter cíclico, traduzido por momentos intercalados de agressões e amor, fato que contribui para que a mulher permaneça durante anos vivenciando uma relação violenta. Por esta razão, é importante que a mulher conheça as especificidades do ciclo em que está envolvida, a fim de encontrar meios de sair da situação (Miller, 1999).

Porque a mulher permanece em uma relação violenta?

É comum o questionamento acerca das razões que levam uma mulher a permanecer em uma relação violenta. Estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), demonstram não haver uma causa única, mas sim múltiplos fatores que corroboram esta situação. É imprescindível, entretanto, a tentativa de identificação dos principais aspectos envolvidos neste processo, no intuito de compreender a dinâmica de uma relação marcada pela violência.

Uma mulher pode permanecer durante anos vivenciando uma relação que lhe traz dor e sofrimento, sem nunca prestar queixa das agressões sofridas, ou mesmo, quando decide fazê-la, em alguns casos, é convencida ou até mesmo coagida a desistir de levar seu intento adiante. Observa-se que a violência acaba sendo protegida como um segredo, em que agressor e agredida fazem um pacto de silêncio que o livra da punição. A mulher, então, passa a ser cúmplice das agressões praticadas contra si mesma (Dias, 2006).

Em face de tal realidade, desenvolvem-se concepções populares de que as mulheres “gostam de apanhar”, ou ainda de que “algo fizeram para merecerem isto”. Esta ideia nega a complexidade do problema e atribui à violência um caráter individual, oriundo de aspectos específicos da personalidade feminina (GROSSI, 1996).



FIQUE DE OLHO

Segundo Dias (2006) vários são os motivos pelos quais a primeira agressão sofrida, geralmente, não é denunciada: a mulher pode vivenciar um conflito, por não desejar separar-se do companheiro ou, mesmo que ele seja preso, apenas pretende que cessem as agressões, procurando socorro, somente quando já está cansada de apanhar e se sente impotente.

Frequentemente, as mulheres procuram justificar as atitudes do vitimizador, através de argumentos como o ciúme e a proteção, que acreditam ser demonstrações de amor. Fatores externos como o estresse, decorrente principalmente do trabalho, das dificuldades financeiras e do cansaço também são relatados como motivos da violência. Também o álcool é um motivo alegado pela grande maioria das vítimas, para explicar o comportamento agressivo de seus parceiros.

Gregori (1993) argumenta que o álcool estimula este tipo de comportamento dos homens, mas age apenas como um catalisador de uma vontade pré-existente, havendo, portanto, uma intenção em ferir a integridade física da mulher.

Quando há o desejo de se separar do marido, esta ideia vem sempre acompanhada por sentimentos de culpa e vergonha pela situação em que vive, por medo, impotência, debilidade. Nessas situações a mulheres, após tomada esta decisão, ainda enfrentam situações de instabilidade ocasionada por ameaças de

perder a casa, a guarda dos filhos e a realidade de sobreviver sozinha. Desta maneira, elas só tomam a decisão quando não têm mais alternativas e não suportam a dor.

Cabe por último destacar que as mulheres que decidem romper um relacionamento violento também estão rompendo com uma série de sonhos e expectativas em relação ao casamento e à família. Há perdas e ganhos frente a esta decisão, que não devem ser ignorados pelos profissionais de saúde. Reconhecê-los, implica trabalhar no sentido de fortalecer a mulher no redirecionamento e estabelecimento de novos projetos de vida.

Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher



Segundo o **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal** (2008):

No Brasil, quase 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, quatro por minuto e uma a cada 15 segundos. Em 70% dos casos, o agressor é uma pessoa com quem ela mantém ou manteve algum vínculo afetivo. As agressões são similares e recorrentes, acontece nas famílias, independente de raça, classe social, idade ou de orientação sexual de seus componentes. A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, com causas culturais, econômicas e sociais, aliado a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade. A violência doméstica e familiar contra mulheres é a tradução real do poder e da força física masculina e da história de desigualdades culturais entre homens e mulheres que, por meio dos papéis estereotipados, legitimam ou exacerbam a violência.

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher foi lançado em agosto de 2007 pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, como parte da Agenda Social do Governo Federal e consiste num acordo federativo entre o governo federal,

os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que visem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional. (Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, 2010)

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Portanto, a rede de enfrentamento tem por objetivos efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos - e dar conta da complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres.

Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento. Assim, é possível afirmar que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência é parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Na figura abaixo destacamos as características da rede de enfrentamento e da rede de atendimento à mulher vítima de violência

Quadro 1: Principais Características da Rede de Enfrentamento e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

Rede de Enfrentamento	Rede de Atendimento
Contempla todos os eixos da Política Nacional (combate, prevenção, assistência e garantia de direitos).)	refere-se somente ao eixo da Assistência/ Atendimento.
Inclui órgãos responsáveis pela gestão e controle social das políticas de gênero, além dos serviços de atendimento.	Restringe-se a serviços de atendimento (especializados e não-especializados)
É mais ampla que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.	Faz parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.



Para saber mais, consulte o documento sobre as Redes de Enfrentamento e de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência disponível na sua biblioteca.

SAIBA MAIS

Serviços Especializados de Atendimento à Mulher

Serviços que atendem exclusivamente a mulheres e que possuem expertise no tema da violência contra as mulheres. Inclui os seguintes serviços:

- **Centros de Referência de Atendimento à Mulher:** Os Centros de Referência são espaços de acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência, que devem proporcionar o atendimento e o acolhimento necessários à superação de situação de violência, contribuindo para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania.
- **Casas-Abrigo:** são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral a mulheres em risco de vida iminente em razão da violência doméstica. É um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias permanecem por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.
- **Casas de Acolhimento Provisório:** constituem serviços de abrigamento temporário de curta duração (até 15 dias), não-sigilosos, para mulheres em situação de violência, acompanhadas ou não de seus filhos, que não correm risco iminente de morte. Vale destacar que as Casas de Acolhimento Provisório não se restringem ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar, devendo acolher também mulheres que sofrem outros tipos de violência, em especial vítimas do tráfico de mulheres. O abrigamento provisório deve garantir a integridade física e emocional das mulheres, bem como realizar diagnóstico da situação da Atualização, Categorização e Monitoramento da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
- **Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs):** São unidades especializadas da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. As atividades das DEAMs têm caráter preventivo e repressivo, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, as quais dever ser pautadas no respeito pelos direitos

humanos e pelos princípios do Estado Democrático de Direito. Com a promulgação da Lei Maria da Penha, as DEAMs passam a desempenhar novas funções que incluem, por exemplo, a expedição de medidas protetivas de urgência ao juiz no prazo máximo de 48 horas.

- **Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns:** Constituem espaços de atendimento à mulher em situação de violência (que em geral, contam com equipe própria) nas delegacias comuns.
- **Defensorias da Mulher:** As Defensorias da Mulher têm a finalidade de dar assistência jurídica, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência. É órgão do Estado, responsável pela defesa das cidadãs que não possuem condições econômicas de ter advogado contratado por seus próprios meios. Possibilitam a ampliação do acesso à Justiça, bem como, a garantia às mulheres de orientação jurídica adequada e de acompanhamento de seus processos.
- **Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher:** Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher são órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal que poderão ser criados pela União (no Distrito Federal e nos Territórios) e pelos Estados para o processo, julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), que prevê a criação dos Juizados, esses poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde.

Situação Problema

Hoje é dia de visitas domiciliares nas famílias que são atendidas por você e sua equipe de saúde. Ao chegar a casa, você identifica que o casal estava discutindo. O marido (Paulo, 40 anos) sai sem conversar com a equipe, muito alterado e possivelmente alcoolizado. Dona Sílvia (35 anos, diarista) não esconde o constrangimento em atendê-los. Você percebe que ela apresenta várias equimoses nos braços e na face. Ela conversa sobre a saúde de seus três filhos e aos poucos vai se acalmando. Somente o filho mais novo (menino de 04 anos) estava em casa, os outros dois estão na escola. Nesse momento, você aproveita para perguntar como está o relacionamento entre ela e o marido. Ela relata que sofre de ansiedade e depressão e prefere ficar calada. Você insiste mais um pouco, mas ela permanece em silêncio. Ao sair você propõe para que ela vá até a unidade básica realizar alguns exames de rotina e para conversar um pouco mais sobre sua família, ela aceita.



**PARA
REFLETIR**

- Após ouvir a história da Dona Silvia, qual a sua percepção sobre os fatos presenciados e de que forma você pode ajudá-la, sabendo que ela sofre agressões constantes de seu parceiro?
- Quais as informações que você poderá fornecer para que ela se estruture?
- Quais os procedimentos que se deve adotar em caso de violência contra a mulher?
- Existe algum formulário para preenchimento e procedimentos ao se constatar que a mulher sofre violência? Considerando o trabalho em equipe, trace um projeto terapêutico para assistência a essa mulher, priorizando as informações sobre violência e normas de segurança para ela.
- Trabalhe com a sua realidade local e mapeie a rede social de apoio existente na sua comunidade.

O papel da equipe multiprofissional no enfrentamento da violência contra a mulher



Apesar de sua alta prevalência, a violência contra a mulher é pouco identificada nos serviços de saúde, sendo caracterizada como um problema extremamente difícil de ser abordado. A literatura tem apontado como principais obstáculos para o reconhecimento da VCM pelos profissionais de saúde: (Sugg & Inui, 1992; Monteiro et al, 2006)

- ausência de treinamento;
- falta de conhecimento sobre o manejo dos casos;
- falta de segurança; e
- pouco apoio para as vítimas.

Destaca-se, ainda, como ingrediente que favorece essa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência, entre parceiros íntimos, é um problema privado que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Além disso, muitos profissionais tendem a compreender a violência contra a mulher como problemática que diz respeito apenas à esfera da segurança pública e da justiça.

As lacunas na formação acadêmica dos profissionais de saúde também contribuem para a não detecção do problema da violência doméstica, e o profissional não é preparado para manejar esse tipo de situação (Marinheiro *et al*, 2006).

Por serem um dos primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde, os enfermeiros ocupam um papel de destaque no atendimento da mulher vítima de violência. Além disso, geralmente mantêm um vínculo de longa duração com as usuárias, de maneira que a sua capacitação para manejar casos parece ser crucial no atendimento da violência. Estudos recentes (Bryant & Spencer, 2002) mostram que o conhecimento do fenômeno da violência por parte do profissional de saúde melhora todas as instâncias do atendimento à vítima, desde o reconhecimento da ocorrência de violência até o diagnóstico, manejo e encaminhamento dos casos.

Nesse sentido, sendo os enfermeiros um dos primeiros profissionais que entram em contato com as mulheres em situação de violência, cabe a eles como parte da equipe de saúde partilhar a responsabilidade de identificar os casos, e orientar na busca de soluções na rede de assistência à violência que envolve vários outros setores, como segurança pública, assistência social, educação, assistência jurídica, entre outros.



FIQUE DE OLHO

É necessário que todos os envolvidos no atendimento de casos de VCM aprendam a trabalhar baseados nos pressupostos da **interdisciplinaridade**, a qual implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção à construção de um fazer coletivo (d'Oliveira & Schraiber, 1999).



SAIBA MAIS

- Para saber mais, leia o artigo sobre **Violência da Mulher na Rede de Atenção Básica** disponível na sua biblioteca.
- Para saber sobre o Atendimento a mulheres vítimas de violência, consulte o **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal** disponível em sua biblioteca. Lá serão abordados todos os aspectos ao atendimento e procedimentos relacionados à ocorrência de violência contra a mulher.

Cabe ressaltar a importância de cada município elaborar seu próprio manual, como também, e de cada unidade ter descrito o fluxo de atenção a mulher em situação de violência, referência e contra-referência, considerando os recursos existentes e os necessários para a maior proteção da mulher.

De forma bem resumida, segundo o manual o profissional de saúde atua no sentido de:

- Evitar julgar a mulher;
- Escutar calmamente a história da mulher e suas expectativas em relação à assistência;
- Buscar entender seu problema, a origem de seu sofrimento e as dificuldades que ela tem para sair da dinâmica abusiva;
- Mapear conjuntamente a rede de suporte social que ela já tem ou pode acionar, como seu trabalho, amigos, família, recursos materiais.
- Apontar as possibilidades e reforçar pontos positivos;
- Mapear potenciais riscos que a mulher pode correr (presença de armas e ameaças) e avaliar junto com a mulher sobre tais riscos, tentativas anteriores e formas de prevenção;
- Partindo das questões trazidas pelas mulheres em atendimento, informar que a violência é uma situação de alta ocorrência, tem caráter social e está associada às desigualdades de direitos entre o homem e a mulher;
- Discutir os planos da mulher para a vida dela, buscando encontrar alternativas à situação atual.



Cabe também ao profissional também informar sobre um **plano de segurança** para a vítima

- Identifique um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) você pode contar sobre a violência, e peça para eles ajudarem se ouvirem brigas em sua casa.
- Se a briga for inevitável, certifique-se de estar em um lugar do qual possa fugir e no qual não haja armas.
- Planeje como fugir de casa em segurança, e o lugar para onde você poderá ir, caso necessário.
- Deixe em um lugar seguro um pacote com cópias de seus documentos e dos documentos de seus filhos, dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente.
- Faça um acordo com alguma vizinha(o) em quem possa confiar, e combine um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda” ou “Quando ouvir briga, chame os vizinhos para bater em panelas na frente da casa”.
- Nunca brigue na cozinha ou em local em que haja armas ou facas.

Em caso de violência sexual

- Realizar a anamnese (tipo de violência, hora da violência, qual a relação do agressor com a vítima, se o agressor fez uso de preservativo, número de agressores, última menstruação, uso de contraceptivo etc.).
- Fazer exame clínico e ginecológico (só realizar toque vaginal ou anal se houver necessidade emergencial). Nesse caso, há

que se coletar provas para o IML, por meio de dois SWABs ou similar, acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado em ambiente climatizado.

- Até 72 horas após a ocorrência da violência sexual, iniciar profilaxia das DST/AIDS, Hepatite B e de gravidez (quando necessário).
- Orientar a paciente no sentido de comparecer à Delegacia de Polícia para registrar ocorrência e, a partir daí, encaminhá-la para o exame pericial do IML, pois a comprovação do espermatozóide é feita até 12 horas após o coito anal e até 48 horas após o coito vaginal.
- Se a agressão ocorreu quando a vítima estava indo (ou vindo) para (do) o trabalho, orientar para fazer ocorrência de acidente de trabalho.
- Fazer orientações necessárias.
- Encaminhar para o Centro de Saúde referência em DST/AIDS mais próximo da residência ou trabalho, a fim de adquirir o restante das medicações anti-retrovirais, preservativos e fazer acompanhamento com médico (ginecologista, clínico ou infectologista).
- Encaminhar, para acompanhamento social e psicológico.

Notificação

- Preencher e dar andamento às 2 (duas) vias da Ficha Única de Notificação.
- Anexar uma via ao prontuário.
- Encaminhar a paciente e uma via da Ficha ao Serviço Social para intervenção e posterior encaminhamento da Ficha ao Sistema de Informação da Secretaria de Saúde do seu Estado.

Em caso de violência física

- Fazer exame clínico
- Orientar a paciente no sentido de comparecer à Delegacia de Polícia para registrar ocorrência e, a partir daí, ser encaminhada ao exame pericial do IML.

- Solicitar retorno e encaminhá-la para os Programas de Prevenção e Atendimento aos Acidentes e Violências – PAVs – das Regionais, objetivando fortalecer a paciente para que ela saia da dinâmica abusiva.
- Encaminhar a paciente para acompanhamento social e psicológico.
- Encaminhar para a Rede Intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, CREAS, CRAS e serviço de apoio jurídico. Após a denúncia, a mulher terá direito a Casa-Abrigo e ao Núcleo de Atendimento às Famílias e Autores de Violência Doméstica.
- Notificação
- Preencher e dar andamento às 2 (duas) vias da Ficha Única de Notificação.
- Anexar uma via da Ficha ao prontuário e a outra encaminhar ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência – PAV para sua intervenção e posterior encaminhamento ao Sistema de Informação da Secretaria de Saúde do seu Estado.

Em caso de violência psicológica

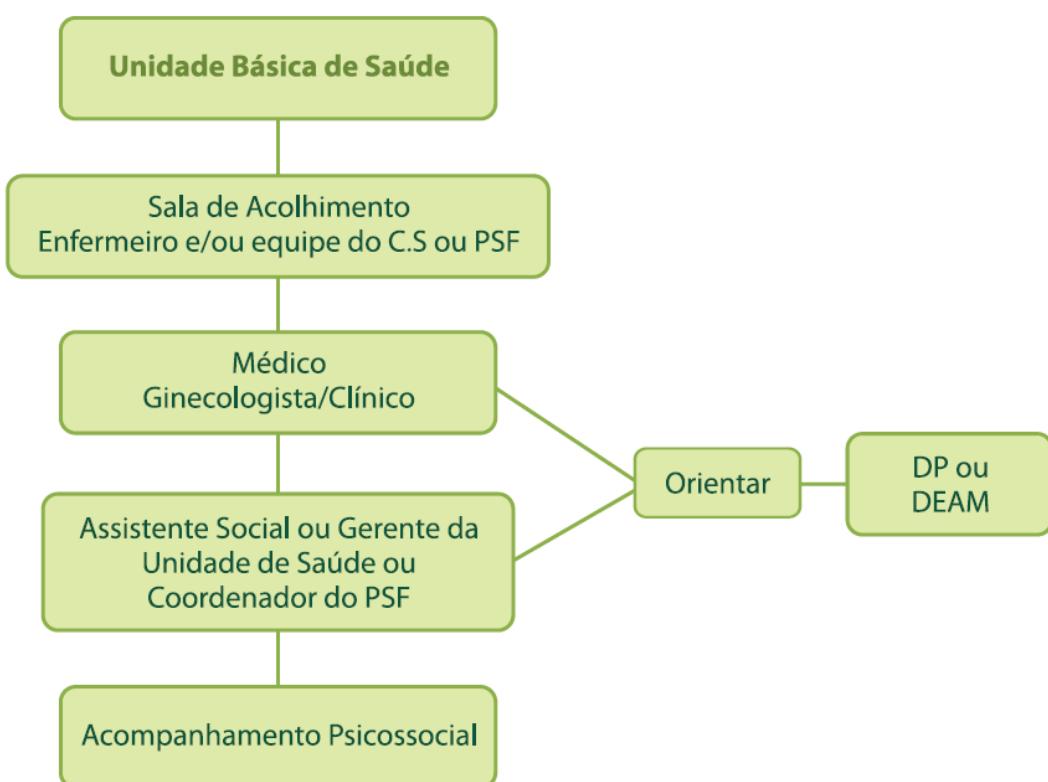
- Orientar a paciente e familiares.
- Encaminhar para a Rede Intersetorial – Conselho dos Direitos da Mulher, CREAS, CRAS e serviço de apoio jurídico etc.
- Encaminhar a mulher para acompanhamento psicossocial.

Notificação

- Preencher e dar andamento às 2 (duas) vias da Ficha Única de Notificação.
- Anexar uma via da Ficha ao prontuário.
- Orientar a mulher a fazer a denúncia na DEAM ou outra Delegacia de Polícia.
- Encaminhar uma via da Ficha de Notificação ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência – PAV para sua intervenção e posterior encaminhamento ao Sistema de Informação da Secretaria de Saúde do seu Estado.

Abaixo o fluxograma apresentado no Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal:

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO, EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA



Referências

AGUIAR, Cristina et al. Guia de serviços de atenção a pessoas em situação de violência. Salvador: Fórum Comunitário de Combate a Violência/Grupo de Trabalho Rede de Atenção, 2002.

Azevedo, Maria Amélia. Violência física contra a mulher: dimensão possível da condição feminina, braço forte do machismo, face oculta da família patriarcal ou efeito perverso da educação diferenciada? In: _____. Mulheres espancadas: a violência denunciada. São Paulo: Cortez, 1985. p. 45-75.

Bryant SA, Spencer GA. Domestic Violence: what do nurse practitioner think? J Am Nurs Pract. 2002; 14: 421-7.

d'Oliveira, A. F. L. P & Schraiber, L. B. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. Interface_ Comunicação, Saúde, Educação, v.3 , n.5, 1999.

d'Oliveira A. F. P. L, Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação dos profissionais. J Rede Saúde. 1999; 19: 3-4.

Koss, M. P. The women's mental health research agenda: violence against women. American Psychologist, [S.I.], v. 45, n. 3, p. 374-380, 1990

Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência de violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Ver Saúde Pública. 2006; 40: 604-10.

Miller, Mary Susan. Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres. Tradução Denise Maria Bolanho. São Paulo: Summus, 1999.

Monteiro CFSM, Araújo TME, Nunes BMVT, Lustosa AR, Bezerra CMJ. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. Esc Anna Nery. 2006; 10: 273-80.

Silva, Marlise Vinagre. Violência contra a mulher: quem mete a colher? São Paulo: Cortez, 1992. p. 52-104.

Soares, Lucila. O fim do silêncio. Veja, São Paulo, ed.1947, ano 39, n. 10, p. 76-82, mar. 2006.

Stark, Evan and Anne Flitcraft (1996). Women at Risk, Domestic Violence and Women's Health. Thousand Oaks, CA, London, New Delhi: Sage Publications, 264 pp.

Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. JAMA. 1992; 267: 3157-60.

Walker, Leonore E.A. The battered woman. New York: Harper and How, 1979. Apud AGUIAR, Cristina et al. Guia de serviços de atenção a pessoas em situação de violência. Salvador: Fórum Comunitário de Combate a Violência/ Grupo de Trabalho Rede de Atenção, 2002.

Lição 10 - Rastreamento de câncer de colo uterino e de mama.

Gilvânia Feijó



A importância epidemiológica do câncer no Brasil, sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à saúde da mulher, com vistas à promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado desses agravos.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer. Com relação à detecção precoce, a maior parte dessas ações também ocorre na atenção básica. Tanto as ações de rastreamento, quanto as ações de diagnóstico precoce, devem ser realizadas no cotidiano das equipes. Por fim cabe destacar o papel da Atenção Básica na condução de casos positivos para o serviço de referência.

Objetivos Pedagógicos

- Compreender a importância do rastreamento de câncer de colo uterino e de mama;
- Identificar os critérios para o rastreamento;

- Saber identificar fatores de risco para o câncer de colo de útero e de mama.
- Interpretar resultados do rastreamento de câncer de colo uterino e de mama;
- Saber conduzir os casos positivos identificados pelo rastreamento;

A história natural do câncer de mama é bem conhecida? E a fase assintomática?

A história natural do câncer de mama demonstra uma fase clínica mais longa que a da maioria dos outros tumores, com padrão de crescimento e disseminação mais heterogêneo. Da mesma forma, parece que sua fase pré-clínica também é longa, na maioria dos casos.

Fase pré-clínica é período compreendido entre o aparecimento da primeira célula maligna, a transformação de um câncer *in situ* em invasivo, a formação de metástases e o aparecimento de um tumor com tamanho ou características adequadas ao diagnóstico clínico.



SAIBA MAIS

Depois do surgimento da primeira célula maligna, a velocidade de crescimento do tumor fica na dependência do tempo de duplicação de suas células. A maioria das pacientes com diagnóstico de câncer de mama possivelmente já tinham o câncer cinco ou dez anos antes da sua detecção.

Cabe salientar que o câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100%. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando tendência de redução. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008).

Epidemiologia do Câncer de Mama

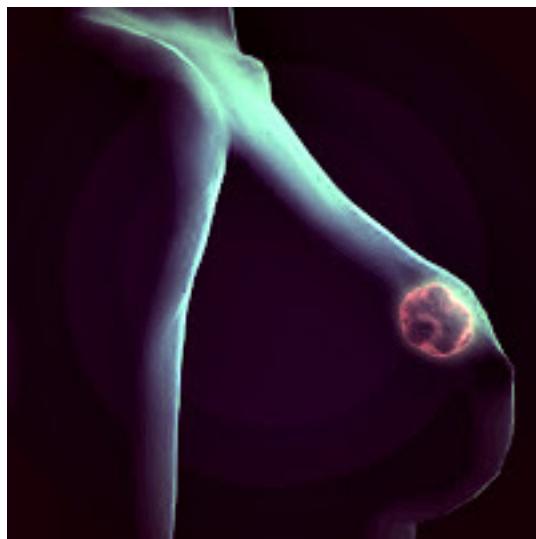
O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição.

A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,28 óbitos por 100 mil mulheres em 2009. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas (INCA, 2012).

Cabe destacar que, proporcionalmente, as diferenças entre as taxas de incidência e mortalidade nos países desenvolvidos são maiores, sugerindo maior alcance das ações de diagnóstico precoce e de rastreamento e maior acesso a diagnóstico e tratamento oportunos.

Quais são os sintomas do Câncer de Mama?



O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de um nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Alguns estudos apontam que os nódulos representam 90% da apresentação inicial dos casos sintomáticos confirmados de câncer (KÖSTERS; GÖTZSCHE, 2008; LOSTUMBO et al., 1995) e que cerca de 10% dos nódulos suspeitos tem diagnóstico de câncer confirmado posteriormente.

Outros sinais de câncer de mama incluem: saída de secreção pelo mamilo – especialmente quando é unilateral e espontânea –, coloração avermelhada da pele da mama, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor ou inversão no mamilo, descamação ou ulceração do mamilo. A secreção papilar associada ao câncer geralmente é transparente, podendo também ser rosada ou avermelhada devido à presença de hemácias. Não deve ser confundido com as descargas fisiológicas ou associado a processos benignos, que costumam ser bilaterais, turvas, algumas vezes amareladas ou esverdeadas, e se exteriorizam na maioria das vezes mediante manobras de compressão do mamilo. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila. No quadro 1 estão resumidas as principais manifestações clínicas do câncer de mama:

O diagnóstico precoce e o rastreamento são componentes da detecção precoce. No diagnóstico precoce são identificadas pessoas com sinais e sintomas da doença, enquanto no rastreamento busca-se identificar lesões sugestivas da doença em uma população sem sinais e sintomas (WHO, 2007).

Manifestações Clínicas:

- Nódulo palpável.
 - Endurecimento da mama.
 - Secreção mamilar.
 - Eritema mamário.
 - Edema mamário em “casca de laranja”.
 - Retração ou abaulamento.
 - Inversão, descamação ou ulceração do mamilo.
 - Linfonodos axilares palpáveis.
-

Fatores de Risco para o Câncer de Mama

Os principais fatores de risco conhecidos para o câncer de mama estão ligados à idade, aos fatores genéticos e aos endócrinos. A idade constitui o mais importante fator de risco para câncer de mama. O risco de câncer de mama aumenta com a idade, com cerca de 70–80% dos tumores diagnosticados a partir dos 50 anos de idade. A mortalidade também aumenta com a idade.

Fatores de Risco

- Idade
- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Primeira gravidez após os 30 anos
- Nuliparidade
- Exposição à radiação
- Terapia de reposição hormonal
- Obesidade
- Ingestão regular de álcool
- Sedentarismo
- História familiar

Cabe também destacar alguns grupos com risco muito elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade.
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Esses grupos devem ser acompanhados com um olhar diferenciado, com indicação para rastreamento anual.

Diagnóstico Precoce

O câncer de mama quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico favorável. Para isso é necessário implantar estratégias para a detecção precoce da doença.

Para o diagnóstico precoce é fundamental a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.



Quais são os exames recomendados para rastreamento diagnóstico do câncer de mama e qual a periodicidade de realização desses exames?

**PARA
REFLETIR**

Rastreamento do Câncer de mama

Entende-se por rastreamento ou *Screening* o meio de diagnosticar doenças em estágios iniciais, com objetivo de tratamento precoce e oportuno (ROSE, 1992)

O rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada no Brasil como exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama. Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é oferecida às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (USPSTF, 2009b).

Não há evidências suficientes sobre possíveis benefícios da substituição da mamografia convencional pela mamografia digital ou pela Ressonância Nuclear Magnética no rastreamento do câncer de mama. Apesar disso, a ressonância magnética tem sido utilizada em conjunto com a mamografia como modalidade de rastreamento em pacientes de alto risco.

De um modo geral, as integrantes do grupo de risco, notadamente as com história familiar ou com mutação dos genes BRCA, são jovens, com mamas densas e parênquima mamário muito sensível à radiação ionizante, situação em que a capacidade de detecção da mamografia é reduzida.

A ultrassonografia pode também detectar lesões não palpáveis, porém, até o presente momento, não existem ensaios clínicos comprovando a eficácia da ultrassonografia como modalidade de rastreamento populacional do câncer de mama.

Quando a mulher deve fazer mamografia?

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual.

Essa recomendação foi expandida para a faixa etária de 70 a 74 anos, mas há menos evidências sobre os benefícios nessa faixa etária. Além disso, em função da reduzida expectativa de vida, a probabilidade de sobrediagnóstico aumenta muito em mulheres com mais de 70 anos.

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação brasileira é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Há moderada evidência de que a relação risco-benefício do rastreamento desse grupo etário é pouco favorável, e recomenda contra o rastreamento populacional nessa faixa etária. As causas da pior relação risco-benefício do rastreamento em mulheres na faixa-etária de 40 a 49 incluem a maior densidade mamária que resulta em menor sensibilidade da mamografia, menor prevalência e menor incidência do câncer de mama.



Cabe ressaltar que para os grupos de mulheres com risco elevado de câncer de mama, a rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais.

FIQUE DE OLHO



E agora, o que fazer com os resultados do rastreamento?

**PARA
REFLETIR**

O que é BIRADS?

Os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta.



SAIBA MAIS

CLASSIFICAÇÃO BIRADS		
Categoria	Avaliação	Recomendações
0	Incompleta.	Necessita complemento localizada, ultrassonografia ou Ressonância Magnética.
1	Negativo.	Acompanhamento de Rotina
2	Achados benignos.	Acompanhamento anual
3	Achados provavelmente benignos.	Seguimento em menor espaço de tempo ou em casos específicos investigação citológica ou histológica.
4A	Achados de baixa suspeição.	Biópsia.
4B	Achados de intermédia suspeição.	Biópsia.
4C	Achados de moderada suspeição.	Biópsia.
5	Achados de moderada suspeição.	Biópsia e conduta adequada.
6	Achados confirmados de malignidade.	Conduta adequada.

Classificação BIRADS e Recomendações



**PARA
REFLETIR**

E o Exame Clínico das Mamas? Como e quando deve ser feito?

Exame Clínico das Mamas

O ECM na investigação diagnóstica é o procedimento realizado para avaliar sinais e sintomas referidos por pacientes a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas.

ECM é importante da investigação de lesões suspeitas de câncer de mama e complementa a política de alerta à saúde das mamas como método de diagnóstico precoce.

O ECM deve incluir a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares.

A partir inspeção estática é possível identificar visualmente sinais sugestivos de câncer, tais como alterações no contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar, assimetrias, cor da pele, textura e padrão de circulação venosa. Essa inspeção deve ser realizada com a mulher sentada com os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça (CHAGAS et al., 2011).

Já na inspeção dinâmica, a mulher deverá elevar e abaixar os braços lentamente, e realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.

A palpação consiste em examinar todas as áreas do tecido mamário e das cadeias ganglionares axilares. Durante a palpação, se deve observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos.

Os resultados alterados do ECM devem ser avaliados e, em caso de suspeição, encaminhados para investigação em um serviço de referência.



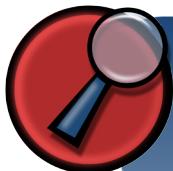
Veja o Caderno de Atenção Básica disponível na sua biblioteca

SAIBA MAIS

Os principais achados no ECM que necessitam de referência urgente para investigação diagnóstica são os seguintes (NICE, 2005):

1. Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independente da idade.
2. Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos ou presente depois da menopausa.
3. Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama.
4. Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama.
5. Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo.

6. Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas também devem ser investigadas).
7. Homens com 50 anos ou mais com massa subareolar unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças na pele.



Destaca-se que o autoexame de mama (AEM) não reduz mortalidade por câncer de mama. No entanto, orientar e informar quanto à saúde ajuda no diagnóstico precoce.

FIQUE DE OLHO



Thuler (2003) conclui então que, embora as mulheres, individualmente, possam ver a realização do AEM como parte de seu autocuidado, as recomendações para profissionais de saúde devem enfatizar que não há evidências científicas de que o AEM reduza a mortalidade por câncer de mama e que do ponto de vista ético deve-se otimizar a utilização dos recursos públicos em ações coletivas de eficácia comprovada.



Para saber mais, leia THULER, L.C. Considerações sobre a prevenção de câncer de mama feminino. Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49(4): 227-238.

SAIBA MAIS

Promoção da Saúde e Prevenção Primária

Para o controle do câncer de mama, destaca-se em particular a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física.

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis, especialmente na Atenção Básica.

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. Embora os fatores hereditários e muitos daqueles relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher não sejam passíveis de mudança, evidências demonstram uma diminuição do risco relativo para câncer de mama de cerca de 4,3% a cada 12 meses de aleitamento materno, adicionais à redução de risco relacionada à maior paridade (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002).

Fatores relacionados ao estilo de vida como obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal, podem ser controlados e contribuir para diminuir a incidência do câncer de mama, o que historicamente tem sido pouco valorizado. Com base em amplo resumo sobre evidências científicas da relação entre alimentação, atividade física e prevenção de câncer, estima-se que é possível prevenir 28% dos casos de câncer de mama por meio da alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequada (INCA, 2011b).



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre os fatores de risco e de proteção relacionados ao Câncer de Mama, leia o artigo. “*Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease*. Lancet, [S.I.], v. 360, p.187-95, 2002”.

Com relação à quimioprofilaxia para o câncer de mama, duas drogas têm sido mais estudadas: o tamoxifeno e o raloxifeno. As evidências existentes permitem recomendar contra o uso da quimioprofilaxia do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco baixo ou intermediário (NELSON et al., 2009), mesmo em grupos com risco elevado (INCA, 2004).

A mastectomia profilática também tem sido pesquisada como forma de prevenção primária do câncer de mama em mulheres com risco muito elevado de câncer de mama. Todavia as evidências sobre diminuição de incidência e mortalidade

por câncer de mama por meio de mastectomia bilateral profilática são bastante limitadas. As evidências existentes são insuficientes para determinar se há aumento da sobrevida em mulheres com realização da mastectomia profilática em mulheres com história de câncer de mama (LOSTUMBO, 2010).



SAIBA MAIS

Se você quiser saber mais, leia: Stein, AT; Zelmanowicz, A M; Zerwes, FP; Biazus, JVN; Lazaro, L; Franco, LR. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2009, 53 (4): 438-46.

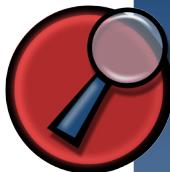
Rastreamento de câncer de colo uterino



**PARA
REFLETIR**

A história natural do câncer de colo de útero é bem conhecida? E a fase assintomática?

O câncer de colo uterino é um tipo relativamente raro de câncer. No entanto, é o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. No Reino Unido, aproximadamente 2.800 mulheres são diagnosticadas por ano. Nos EUA, estimam 12.710 casos novos para o ano de 2011 e 4.290 óbitos por câncer de colo uterino, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer norte-americano.



FIQUE DE OLHO

No Brasil, por ano, o câncer de colo uterino faz aproximadamente 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos. Os sintomas não são sempre objetivos ou pode ser assintomático até que se atinja um estágio avançado. Se o câncer de colo uterino causar sintomas, o mais comum é o sangramento vaginal anormal, tanto entre menstruações, quanto após o coito. Outros sintomas inespecíficos que podem ocorrer são leucorreia fétida e dispareunia.

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos.

Uma marcante característica do câncer do colo do útero é a sua consistente associação, em todas as regiões do mundo, com o baixo nível socioeconômico, ou seja, com os grupos que têm maior vulnerabilidade social. São nesses grupos que se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros.

Fatores de Risco para o Câncer de colo de útero

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.

Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do câncer do colo do útero repousa na transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) em altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Sabe-se também que a infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução do câncer. Além da tipagem e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros fatores de risco que atuam como co-fatores, tais como a paridade elevada, o início precoce da atividade sexual e o número de parceiros sexuais. Em relação ao herpesvírus, alguns estudos de caso controle com sorologia têm demonstrado a presença do DNA viral em lesões pré-cancerosas ou cancerosas, mas esta presença é considerada como um marcador de atividade sexual, e não agente ativo da carcinogênese (Ministério da Saúde, 2001).



Embora estudos epidemiológicos mostrem que a infecção pelo papilomavírus é muito comum, com prevalência em alguns grupos da população brasileira estimada de cerca de 25% das mulheres infectadas, somente uma pequena fração (entre 3% a 10%) das mulheres infectadas com um tipo de HPV com alto risco de câncer desenvolverá câncer do colo do útero.

Destaca-se que a infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) de alto risco (tipo 16, 18, 31 e outros) tem papel importante no desenvolvimento do câncer do colo do útero. Estudos demonstram que o vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer cervical. A prevenção pode ser feita usando-se preservativos (camisinha) durante a relação sexual, para evitar o contágio pelo HPV.

A análise da associação, se é que existe, entre o uso de contraceptivos orais e o risco de câncer invasivo do colo do útero é feita com dificuldades. Os contraceptivos orais são usados por mulheres sexualmente ativas e que, em menor probabilidade, usam métodos de barreira, sendo por isto mais expostas ao risco de contrair HPV. Em compensação, essas mulheres comparecem mais ao ginecologista, tendo maior possibilidade de serem rastreadas para o câncer do colo do útero.

Em situações de imunossupressão, tais como no tabagismo, corticoterapia, Diabetes, Lupus e AIDS, a incidência do câncer do colo do útero está aumentada. Isto também ocorre em situações onde há ingestão deficiente de vitamina A e C, beta-caroteno e ácido fólico, comumente associadas com baixas condições socioeconômicas.

O que é NIC?



ATENÇÃO!

NIC significa Neoplasia Intra-Epitelial Cervical.

Vamos entender o que é isso?

O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o câncer invasor estimada em cerca de 1%.

Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas.

Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não.

Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor.

Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas estas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero.

Terminologias utilizadas para lesões precursoras de Câncer

A evolução do conceito de Lesões Precursoras do Câncer Cervicouterino (LPCCU) estabeleceu-se desde o século XIX, quando ainda eram prevalentes os diagnósticos sombrios, seja pela precariedade de conhecimento anatômico-fisiológico, seja pela dificuldade sociocultural da mulher em se expôr (Carvalho & Queiroz, 2010).

Porém, o entendimento da história natural do câncer cervical foi relevante para contribuir para a qualidade do tratamento dessas lesões que sofreram diversas

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher

modificações em suas terminologias ao longo do tempo, até os dias atuais. É importante sublinhar que a evolução do câncer do colo do útero incluiu várias fases que foram descritas por diversos estudiosos, desde a clássica categorização das alterações cervicais definidas por George Papanicolaou até a atual Nomenclatura Brasileira. No quadro abaixo uma evolução histórica desses conceitos.

Quadro 1- Evolução histórica das lesões precursoras do câncer cervicouterino

Papanicola ou 1941	Reagan 1956	Richart 1968	Richart 1990	Bethesda 1988 - 1991	Bethesda 2001	Nomenclatura Brasileira 2006
Classe I	Normal	Normal	Normal	Alterações celulares benignas	Negativo para lesões intraepiteliais ou malignidade	Alterações celulares benignas
Classe II	Atipias	Atipias	Atipias	ASCUS	ASC-US: ASC-H:	ASC-US ASC-H
				AGUS		Atipias de significado indeterminado de origem indefinida: Possivelmente não neoplásica, não podendo afastar HSIL de alto grau
Classe III	Displasia Leve	NIC I	NIC I/HPV Baixo grau	LSIL	LSIL	LSIL
	Displasia Moderada	NIC II	NIC II	HSIL	HSIL	HSIL
	Displasia acentuada	NIC III	NIC III Alto grau Carcinoma <i>in situ</i>			
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	Carcinoma <i>in situ</i>				HSIL, não podendo excluir microinvasão
Classe V	Carcinoma escamoso invasor	Carcinoma escamoso invasor	Carcinoma escamoso invasor	Carcinoma invasor de células escamosas	Carcinoma de células escamosas	Carcinoma epidermoide invasor
	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma <i>in situ</i> Adenocarcinoma invasor	Adeno carcinoma <i>in situ</i> Adenocarcinoma invasor	Adeno carcinoma <i>in situ</i> Adenocarcinoma invasor

Legenda: NIC – Neoplasia intraepitelial cervical, ASCUS – Atipias de significado indeterminado em células escamosas, AGUS – Atipias de significado indeterminado em células glandulares, ASC-US – Atípicas de células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, ASC-H – Atípicas de células escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau, HSIL – Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, LSIL – lesão intraepitelial escamosa de baixo grau.

Para saber mais sobre as categorias diagnósticas atualmente utilizadas no Brasil, recomenda-se a consulta à Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (INCA, 2006) e as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (MS, 2011), disponível na sua biblioteca e resumidas abaixo.

Quadro 1 – Nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve Displasia moderada e acentuada	NIC I NIC II e NICIII	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor



SAIBA MAIS

Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

O rastreamento do câncer do colo de útero

O País avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce, pois na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva (o estágio mais agressivo da doença). Atualmente, 44% dos casos são precursoras do câncer, chamada *in situ*. Mulheres diagnosticadas precocemente, se tratadas adequadamente, têm praticamente 100% de chance de cura.

Dentre os métodos de rastreamento de câncer de colo uterino e de lesões precursoras, o método eleito de melhor custo-efetividade é o exame citopatológico ou Papanicolau. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual.

Esfregaços normais somente com células escamosas devem ser repetidos com intervalo de um ano, e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do

útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente, coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher-Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm-se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos. Parte da manutenção das taxas podem estar associadas ao aumento e a melhoria do diagnóstico que melhora a qualidade da informação e dos atestados de óbitos. Por sua vez, dentre as causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com:

1. A dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde;
2. A baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte;
3. A capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega as unidades de saúde;
4. A dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perasse todos os níveis de atenção - atenção básica, média complexidade e alta complexidade – e de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Qual a periodicidade com que o exame deve ser feito e a partir de que idade?

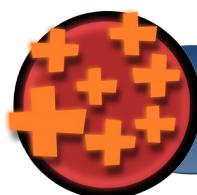


A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988, permanece atual e está em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais.

O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Essa recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave.

Os estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e, para NIC III, de 12 meses.



Para mais informações, veja: Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo do útero, disponíveis na sua biblioteca.

SAIBA MAIS



Fonte: Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.



SAIBA MAIS

Você sabia? Com relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), um dos indicadores concernentes à Saúde da Mulher é a razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais (BRASIL, 2011).

Exercitando



**PARA
REFLETIR**

1. Calcule este indicador para a população do seu território:
2. Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres dessa faixa etária em determinado lugar e período (PMA2) / mulheres cadastradas > 15 anos em determinado lugar e período (FICHA A).
3. Para o planejamento da sua unidade, considere que iniciamos os trabalhos na ESF hoje, em um local com população “virgem de assistência”. Como devemos organizar o rastreamento de câncer de colo uterino para a população feminina acima de 25 anos, segundo as Diretrizes de rastreamento de câncer de colo de útero (INCA, 2011)? Considere periodicidade e faixa etária.
4. Segundo as diretrizes, o que é considerado um resultado normal?
5. Como o profissional odontólogo e a equipe de saúde bucal podem contribuir na promoção da saúde da mulher, no trabalho integrado das equipes de SF?

Abaixo estão destacadas as atribuições dos profissionais da Atenção Básica no controle dos cânceres do colo de útero e da mama.

Atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica no controle dos cânceres do colo do útero e da mama

1. Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama.
2. Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade.
3. Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.
4. Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal.
5. Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes.
6. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade.
7. Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
8. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.
9. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe.
10. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação.
11. Identificar mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar, realizando a atenção em AD1 e encaminhando à Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) nos



SAIBA MAIS

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher



SAIBA MAIS

12. casos de AD2 e AD3.
13. Realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.
14. Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher.
15. Desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade.
16. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
17. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais da equipe.

Para saber sobre as Atribuições dos profissionais da Atenção Básica no controle dos cânceres do colo do útero e da mama:

Consulte na sua biblioteca o Caderno de Atenção Básica de CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA do Ministério da Saúde.

Você também pode acessar o endereço:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colon_uterino_2013.pdf
[saibamais]

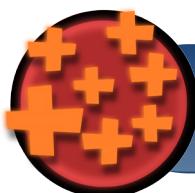
Condutas preconizadas de acordo com o laudo citopatológico

Os diversos procedimentos para o acompanhamento, tratamento e seguimento das mulheres deverão ser realizados de acordo com o grau de complexidade de cada Unidade Básica de Saúde.

As mulheres cujos resultados alterados devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e/ou terapêutica, o mais breve possível, e de acordo com as recomendações das condutas preconizadas de acordo com o resultado citopatológico:

Atribuições dos Diferentes Níveis de Atenção

UNIDADE BÁSICA	UNIDADE SECUNDÁRIA	UNIDADE TERCIÁRIA
Citologia de rastreamento Controle Citológico	Controle Citológico Colposcopia Biópsia Método Excisional	Cirurgia (Conização, Histerectomia, Ooforectomia etc) Radioterapia Quimioterapia



Para saber mais, consulte o Caderno de Atenção Básica – Controle do Câncer de Mama e de Colo de Útero, disponível em sua biblioteca

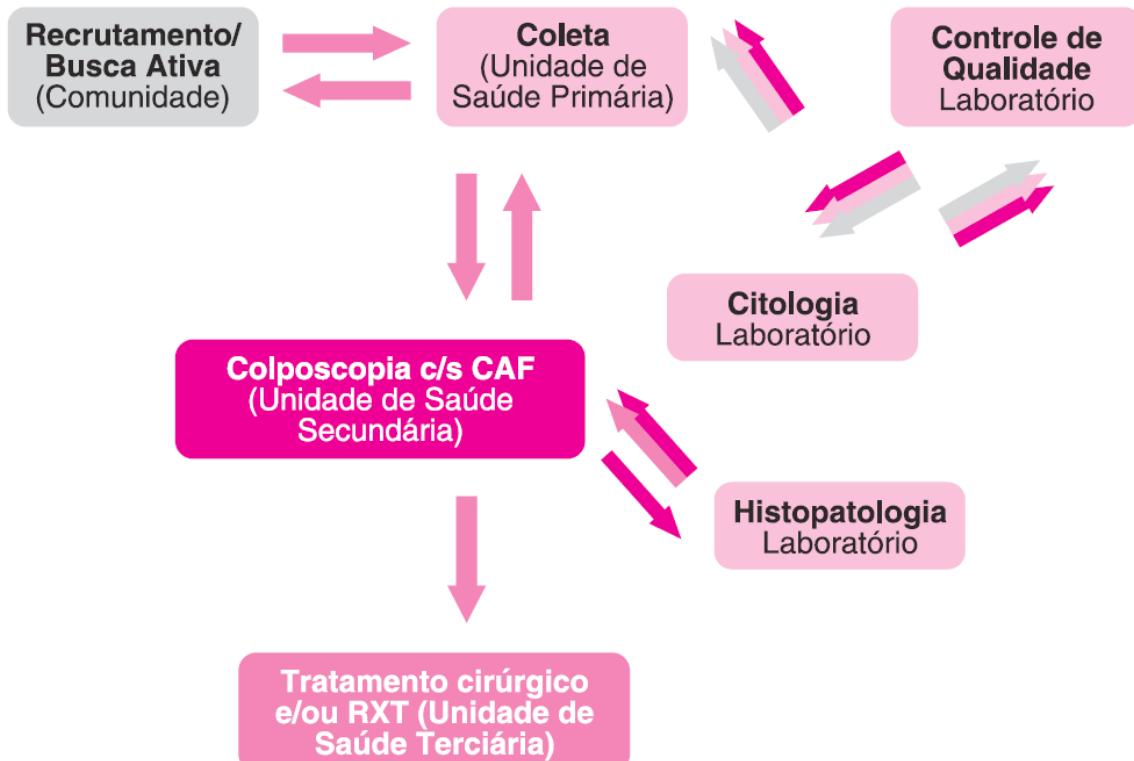
SAIBA MAIS

Fases da Abordagem do Câncer de Colo de Útero

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, 2002, são descritas abaixo as fases da abordagem do câncer de colo de útero

Curso de Especialização - Saúde da Família

Módulo 5 - Cuidado Integral à Saúde da Mulher



- Sem alterações
- Alterações a serem acompanhadas na unidade primária
- Precisa complementar o exame citopatológico e acompanhamento
- Confirmado diagnóstico de câncer invasivo

Os programas de rastreamento (*screening*) do câncer do colo do útero são considerados medidas de saúde pública para prevenção secundária e baseiam-se na teoria de que os casos de carcinoma invasivo são precedidos por uma série de lesões, as neoplasias intra-epiteliais cervicais, que podem ser detectadas e tratadas. Esses programas devem ser introduzidos para reduzir a ameaça de câncer na comunidade, pela detecção de indivíduos que têm a doença assintomática.

Para o sucesso deste programa, que é a detecção precoce e a cura da mulher com o diagnóstico de câncer ou de alguma lesão precursora, algumas etapas são fundamentais.

Inicialmente, é preciso fazer com que as mulheres, especialmente as com situação de maior risco, realizem periodicamente o seu **exame citopatológico** (Papanicolaou) – mobilização das mulheres. Essa fase, fora da unidade de saúde, inclui a garantia de um tratamento, caso seja necessário.



Cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado, e aquelas que possuem o resultado alterado precisam ser alvo de busca ativa se não vierem pegar o seu resultado ou se faltarem a alguma consulta agendada.

FIQUE DE OLHO

A próxima etapa desse processo é o acolhimento adequado na unidade de saúde e a garantia de um exame ginecológico completo, com a coleta de um exame citopatológico (Papanicolaou) e o exame clínico das mamas.

O passo seguinte para a prevenção do câncer do colo do útero é o processamento do exame no laboratório, seguido pela etapa do tratamento. Para que um programa de detecção precoce do câncer do colo do útero dê certo, é fundamental que seja garantido o tratamento de 100% das mulheres que tiveram o resultado alterado no exame citopatológico.

A última etapa a ser cumprida é a avaliação do programa, onde poderá se definir os acertos e os erros das estratégias, para estabelecimento de novos rumos. Como exemplo de indicadores importantes, temos o percentual de mulheres submetidas ao rastreamento citopatológico, ou seja, a taxa de cobertura. A maior eficiência dos programas de detecção precoce do câncer do colo do útero está associada a taxas de cobertura maiores que 80%. Estima-se que esta cobertura esteja associada a uma diminuição da mortalidade por esta doença em torno de 50% (INCA, 2002).

Considerações Finais

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos.

Referências

- Bergmann, A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgicopara câncer de mama no Rio de Janeiro. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. xiv, 142.
- Brasil, INCA, Ministério da Saúde. SISMAMA: Informações para o avanço das ações de controle de câncer de mama no Brasil.
- Brasil, INCA, MS. Diretrizes Brasileiras para rastreamento de câncer de colo do útero. Rio de Janeiro, INCA: 2011.
- Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária número 29: Rastreamento.
- Brasil, MS, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ).
- Brasil, MS. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, 2006.
- Carvalho MCP, Queiroz ABA. Absenteísmo do resultado do preventivo do câncer cérvico-uterino alterado de um CMS do Rio de Janeiro: um estudo do perfil epidemiológico dessas mulheres. In: Anais do 5º COBEON; 2007 out 14-17; Bento Gonçalves (RS), Brasil. Bento Gonçalves (RS): ABENFO; 2007.
- Carvalho, Maria Cristina de Melo Pessanha and QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. Esc. Anna Nery [online]. 2010, vol.14, n.3 [cited 2015-02-26], pp. 617-624
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet, [S.I.], v. 360, p.187-95, 2002.
- Gérvás, J; Fernandez, MP. Uso y abuso Del poder médico para definir enfermedad y definir factor de riesgo, em relación com la prevención cuaternaria. 2007.
- Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002
- Kemp, C; Elias, S; Gebrim, LH e cols. Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em melhores no climatério. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 2005, vol 27, 7:415-20.
- Ministério da Saúde, 2001, Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer.

Rose, Geoffrey. Estratégias da Medicina Preventiva. Artmed, Porto Alegre, 2010: 87.

Stein, AT; Zelmanowicz, A M; Zerwes, FP; Biazus, JVN; Lazaro, L; Franco, LR. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2009, 53 (4): 438-46.

Thuler, L.C. Considerações sobre a prevenção de câncer de mama feminino. Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49(4): 227-238.

