



Saúde da mulher

Suelene Coelho
Yula Franco Porto



**Universidade
Federal de
Minas Gerais**

NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Saúde da mulher

Suelene Coelho
Yula Franco Porto

Belo Horizonte
Nescon UFMG
Editora Coopmed
2009

© 2009, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)

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

Universidade Federal de Minas Gerais
Reitor: Ronaldo Tadêu Pena
Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão
Pró-Reitora: Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben
Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)
Coordenadora: Maria do Carmo Vila
Coordenadora da UAB na UFMG: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Cátedra da UNESCO de Educação a Distância
Coordenadora: Rosilene Horta Tavares

Escola de Enfermagem
Diretora: Marília Alves
Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação
Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha
Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina
Diretor: Francisco José Penna
Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia
Diretor: Evandro Neves Abdo
Vice-Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina / UFMG (Nescon)
Coordenador em exercício: Edison José Corrêa



Produção Editorial
Editora Coopmed
Diretor Editorial: Victor Hugo de Melo

Projeto Gráfico
Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Coelho, Suelene

M433s Saúde da mulher / Suelene Coelho e Yula Franco
Porto. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
115p. : il., 22x27cm.

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

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

NLM: WA 309
CDU: 614

A produção deste material didático recebeu apoio financeiro do BNDES

Sumário

Apresentação das autoras	5
Apresentação - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Programa Agora	6
Apresentação da Unidade Didática II	7
Introdução ao módulo.....	9
Seção 1 – Vida de mulher, que vida é esta?	13
Parte 1 – Análise da situação de vida das mulheres na perspectiva de gênero	15
Parte 2 – Como adoecem e morrem as mulheres brasileiras?	22
Seção 2 – A construção de um protocolo de cuidados que assegure os direitos sexuais e reprodutivos da mulher	29
Parte 1 – Um breve histórico dos direitos sexuais e reprodutivos.....	31
Parte 2 – Como garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos	35
Parte 3 – Bases para a elaboração de um protocolo que garanta os direitos sexuais e reprodutivos	37
Seção 3 – A construção de um protocolo de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério	41
Parte 1 – Bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à gestante	43
Parte 2 – Bases para a elaboração de um protocolo de atenção pré-natal com detecção de risco gestacional	48

Seção 4 – A construção de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama	59
Parte 1 – Bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer de mama.....	62
Parte 2 – Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino.....	71
Seção 5 – A construção de um protocolo de cuidados à mulher no climatério	75
Parte 1 – Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher no climatério	78
Seção 6 – A construção de um protocolo de cuidados à mulher vítima de violência ...	87
Parte 1 – Bases para a construção de um protocolo de cuidados à mulher vítima de violência	90
Conclusão do módulo	95
Referências	96
Apêndice A – Protocolo de consulta de pré-natal.....	103
Apêndice B – Exames complementares na assistência pré-natal	109

Apresentação das autoras

Suelene Coelho

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

Yula Franco Porto

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

Apresentação

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

Programa Ágora

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade a distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem e da Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância/Faculdade de Educação. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)/ Universidade Aberta do SUS (UNA–SUS) –, pelo Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED) e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

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

Direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família, o Curso tem seu sistema instrucional baseado na estratégia de Educação a Distância. Esse sistema é composto por um conjunto de Cadernos de Estudo e outras mídias disponibilizadas tanto em DVD –

módulos e outros textos, e vídeos –, como na Internet – por meio de ferramentas de consulta e de interatividade, como chats e fóruns. Todos são instrumentos facilitadores dos processos de aprendizagem e tutoria, nos momentos presenciais e a distância.

Esse Caderno de Estudo, como os demais que compõem o CEABSF, é o resultado do trabalho interdisciplinar de profissionais da UFMG e de outras universidades, e do Serviço. Os autores são especialistas em suas áreas e representam tanto a experiência acadêmica, acumulada no desenvolvimento de projetos de formação, capacitação e educação permanente em saúde, como a vivência profissional. Todo o material do sistema instrucional do CEABSF está disponível, para acesso público, na biblioteca Virtual do Curso.

A perspectiva é que esse Curso de Especialização cumpra seu importante papel na qualificação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade.

A Coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam, além dos módulos finalizados, optar por módulos não-cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Para informações detalhadas consulte:
www.nescon.medicina.ufmg/agora

Apresentação da Unidade Didática II

Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família

A Unidade Didática II do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) está formada por módulos optativos, entre os quais os profissionais em formação podem escolher um número suficiente para integralizar – completando as 150 horas cursadas na Unidade Didática I, o mínimo de 360 horas, ou 24 créditos –, necessário à integralização da carga horária total do CEABSF.

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

O leque de ofertas é amplo, envolvendo tópicos especiais como saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e do adolescente: aspectos básicos, saúde do adulto, saúde do trabalhador, saúde bucal: aspectos básicos e saúde mental.

Alguns módulos são ofertados complementando os aspectos básicos relacionados à criança e adolescente – os módulos de doenças respiratórias e agravos nutricionais; em saúde bucal, os módulos de saúde bucal: atenção ao idoso e saúde bucal: atenção à criança e ao adolescente.

Endemias e epidemias serão abordadas em módulos que deverão desenvolver aspectos da atenção básica para leishmaniose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, hepatites, tuberculose e hanseníase, entre outros.

Características atuais voltadas para grandes problemas sociais, saúde ambiental e acidentes e violência também estão abordadas em módulos específicos. Família como foco da atenção primária compõe um dos módulos da Unidade Didática II e traz uma base conceitual importante para as relações que se processam no espaço de atuação das equipes de Saúde da Família.

Por seu caráter de instrumentos para a prática, três módulos terão, além de oferta à opção de todos os alunos, o material impresso distribuído a todos os profissionais matriculados: Iniciação à metodologia científica; Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço; e Projeto social: educação e cidadania.

A experiência acumulada confirma a necessidade de novos temas, entre os quais se destacam urgências, problemas dermatológicos e atenção a pessoas com necessidades especiais, todos tratados no contexto do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Esperamos que esta Unidade Didática II seja trabalhada no sentido de ser compreendida como parte de um curso que representa apenas mais um momento de um processo de desenvolvimento e qualificação constantes.

A coordenação do CEABSF pretende criar oportunidades para que alunos que concluírem o curso possam optar por módulos não-cursados, contribuindo, assim, para o seu processo de educação permanente em saúde.

Introdução ao módulo

Saúde da mulher

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

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

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

Linha de cuidados à saúde da mulher

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

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

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

Assim, estabelecemos as seções da maneira como apresentamos a seguir.

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

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

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

Seção 4 – A construção de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.

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

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

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

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

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



Seção 1

Vida de mulher, que vida é esta?

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

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

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

Queremos que você reflita sobre a situação identificada, a partir do levantamento de alguns indicadores demográficos, socioeconômicos, de morbidade e de mortalidade, além da cobertura assistencial referente à atenção à saúde da mulher. A análise desses dados é fundamental para a elaboração de propostas de implantação/reorganização/revitalização da assistência à mulher em seu território e/ou município.

Ao final desta seção esperamos que você seja capaz de:

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

Parte 1

Análise da situação de vida das mulheres na perspectiva de gênero

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

Para entender o que significa ser mulher e as especificidades da sua vida, há que se compreender como mulheres e homens se constituem em sujeitos sociais na sociedade atual (FONSECA, 1999). Para facilitar esta análise, vamos apresentar uma ferramenta muito importante para a compreensão dos processos sociais e seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres. Ou seja, vamos discutir o conceito de gênero, que se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher (COELHO, 2003). A compreensão desses processos e dos seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres se dá com a incorporação de gênero para diferenciar mulheres e homens biológica e socialmente e, assim, romper com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais, abrindo possibilidades de superar a subalternidade feminina. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais e se refletem nas leis, políticas, práticas sociais e pessoas (FONSECA, 2005).

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

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas

em seu papel na sociedade –, tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar.

As mulheres são maioria na sociedade brasileira

Em 2007, as mulheres representavam 51,2% da população – havia 97,195 milhões de mulheres para 92,625 milhões de homens, numa população total de 189,820 milhões de brasileiros. As projeções estatísticas apontam para a manutenção dessa diferenças, pelo menos para os próximos 30 anos (BRASIL, 2008a).

As mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde. Esse é um fato de fácil observação: a mulheres são as maiores usuárias do sistema de saúde, tanto para resolver as próprias demandas como parte do cuidado que dispensam aos seus familiares, parentes, amigos e vizinhos (BRASIL, 2004a).

O perfil demográfico está em transição

Ao comparar as pirâmides etárias do Brasil de 1997 e 2007, apresentadas na Figura 1, observa-se diminuição da população nos grupos etários de zero a 19 anos e aumento significativo das faixas acima de 39 anos. Essas mudanças estão estritamente relacionadas com a queda da taxa de fecundidade/natalidade e o aumento da longevidade, na última década (BRASIL, 2008a).

A desaceleração no crescimento da população observada nas últimas décadas tem como principal fator as significativas quedas nas taxas de **fecundidade total e taxa bruta de natalidade e o coeficiente de mortalidade infantil**. Entre 1991 e 2007, a taxa bruta de natalidade passou de 23,4 para 16,7% e as de fecundidade total declinou de 2,7 para 1,95 (BRASIL, 2008a).

A esperança de vida (ou vida média) das mulheres ao nascer aumentou de 1997 a 2007 de 73,2 para 76,5 anos. Para o sexo masculino, de 65,5 para 69,0 (BRASIL, 2008a). Essa realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilita a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio, com um fato de alta relevância econômica e social, em que idosos, entre eles as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda familiar, principalmente no Nordeste (BRASIL, 2008a).

O envelhecimento populacional afeta de maneira especial as mulheres

A maior longevidade das mulheres como fenômeno quase mundial é expressa na razão dos sexos dos idosos, que mostra que, no Brasil, em 2.000, para 100 mulheres existiam 81 homens de 65 a 69 anos, 72 de 75 a 79 anos e 60 de 85 ou mais anos. Para 2020 essas razões seriam, respectivamente, de 78 de 65 a 69 anos, 66 de 75 a 79 anos e 51 de 85 ou mais anos (NESCON, 2009).

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

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

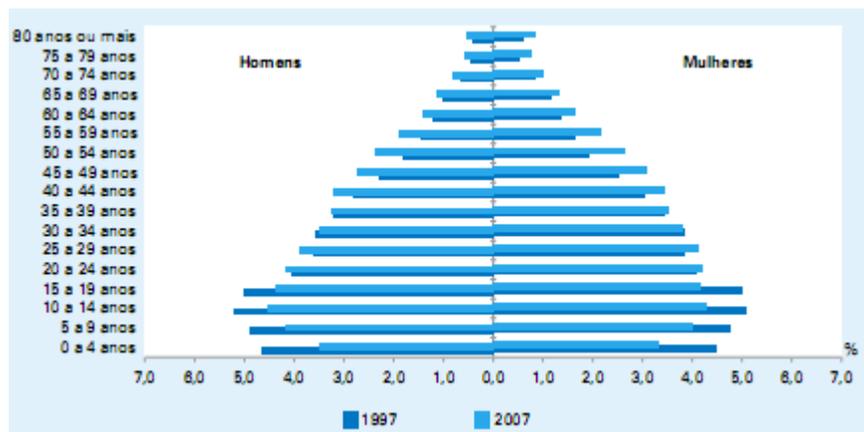


Figura 1 - Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade, Brasil 1997/2007.

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007 (BRASIL, 2008a)

Há uma iniquidade na participação feminina no mercado de trabalho

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

Glossário

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

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

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

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

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

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

Referência (<http://abnet.datasus.gov.br/cyfrida2007/matriz.htm>)

Para refletir...

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

De acordo com o IBGE (BRASIL, 2006a), a distribuição da População Economicamente Ativa (PEA) era de 56,9% para os homens e 43,1% para as mulheres, em 2004. Embora tenha havido aumento da absorção de mão-de-obra em serviços cuja ocupação exigia menos qualificação e que são, majoritariamente, ocupados pelas mulheres, eles são mais de caráter temporário e menor remuneração – aumento do trabalho informal e sem proteção social. O trabalho parcial já é ocupado pelas mulheres há mais tempo (LARANJEIRA, 1999 apud NUNES, 2002). No entanto, são mulheres do setor informal que têm assumido financeiramente a casa, devido ao desemprego dos companheiros, mesmo quando oficialmente elas não são computadas como chefes de família.

Assim, observa-se que a distribuição da população ocupada, segundo o sexo, é bem diferenciada. Entre as mulheres, o trabalho doméstico e não-remunerado corresponde a 26,2% e supera o emprego formal, com carteira, que corresponde a 25,7%. É no emprego público realizado na maioria das vezes por meio de concursos que as mulheres têm tido acesso mais igualitário. Verifica-se, por exemplo, maior proporção de mulheres na categoria de estatutários e militares, de 8,8% contra 5,0% dos homens (BRASIL, 2006a).

Por realizar, na maioria das vezes, trabalhos menos valorizados socialmente, a proporção de mulheres que recebem até meio salário mínimo, em todos os tipos de trabalho, é de 29,3%, enquanto a de homens é de apenas 16%. Na faixa salarial de cinco salários mínimos a proporção de mulheres é de 7,3%, contra 12,4% dos homens (BRASIL, 2006a).

Verifica-se que são para os empregados sem carteira assinada e os trabalhadores domésticos que a desigualdade apresenta sua face mais perversa. Estes representam, respectivamente, 28,9 e 31,8% dos trabalhadores cujo rendimento familiar tem sido de até meio salário mínimo *per capita* (BRASIL, 2006a).

Esta iniquidade aumenta quando se trata de mulheres que são chefes de família. Dos 56,1 milhões de famílias brasileiras, 29,4% são chefiadas por mulheres (BRASIL, 2006a). Geralmente vivem com os seus filhos e não possuem um companheiro com quem dividir os encargos familiares, ao contrário dos homens chefes de família. No entanto, esse aumento da “chefia” feminina não decorre, necessariamente, do processo de mudanças de valores e papéis na sociedade. O que se pode inferir é que a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho e sua contribuição no rendimento familiar podem estar produzindo mudanças nas relações familiares (BRASIL, 2006a).

Outra face do trabalho invisível exercido pelas mulheres revela aquelas que desenvolvem atividades em casa, lavando, passando, cozinhando, cuidando dos filhos, dos parentes e familiares, com algum grau de dependência ou não, cujo esforço não é computado em termos econômicos. Isso significa que a energia gasta no espaço doméstico não é contabilizada para fins da definição do que é força de trabalho e muito menos para o conceito de população economicamente ativa.

Trata-se, portanto, de um trabalho que se tem mantido invisível devido à desigualdade de gênero ainda muito presente em nossa sociedade. As mulheres ocupadas dedicam, em média, 22,1 horas semanais aos afazeres domésticos, o que significa que para uma jornada diária de oito horas no período de cinco dias, essas mulheres trabalham, em média, mais 4,4 horas diárias além da jornada habitual, contra 2,0 horas adicionais gastas pelos homens nessas atividades (BRASIL, 2006a). Sabemos que elas podem se encontrar em condições de vida ainda mais precárias do que aquelas captadas pelos indicadores sociais brasileiros.

Você consegue identificar mulheres da comunidade em que atua que vivem essa situação?

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

O aumento da escolaridade entre as mulheres, por outro lado, é um fenômeno mundial e as tem estimulado para novos valores e níveis de aspiração. Isso tem refletido no comportamento reprodutivo e, em consequência, na diminuição das taxas de fecundidade e, comprovadamente, na taxa de mortalidade infantil. Vários estudos demonstram que a taxa de mortalidade infantil é inversamente proporcional aos anos maternos de estudo.

Outro fato importante em relação às mulheres brasileiras é que elas possuem, em média, um ano a mais de escolaridade na comparação com os homens, tanto na população total quanto na ocupada, o que reflete uma diferença de gênero favorável às mulheres (BRASIL, 2006a, 2008a). O analfabetismo funcional é mais baixo também entre as mulheres, que apresentam taxa de 21,1% enquanto a dos homens é de 22,3% (BRASIL, 2008a).

Cerca de 50% das mulheres ocupadas possuem o ensino fundamental, mas são em percentual mais baixo que o dos homens, quando se analisam os grupos com escolaridade entre três e 10 anos de estudo. No grupo com escolaridade de 10 anos ou mais, a população feminina supera a masculina em mais de 10%; contudo, isso não tem se refletido em melhores salários.

Em 2007, entre os estudantes de nível superior, 57,1% eram mulheres, um aumento significativo em relação a 1997 (53,6%). No mesmo período, o percentual relativo aos homens caiu de 46,4 para 42,9% (BRASIL, 2008a). Entretanto, observa-se que a desigualdade salarial se amplia à medida que o grau de escolaridade aumenta (BRASIL, 2006a).

Vamos recordar...

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

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



Mapa contextual

Atividade 1

- a) Faça um levantamento de dados sobre as condições de vida das mulheres de seu território com idade acima de 10 anos. As questões a seguir têm por objetivo orientar o processo de coleta de dados:
- Qual o número de mulheres acima de 10 anos e sua distribuição por faixa etária?
 - De onde elas vieram e para onde vão quando se mudam de seu território?
 - Quais as principais estratégias de sobrevivência dessas mulheres?
 - Quantas são chefes de família?
 - Quais suas principais ocupações e o que fazem para se sustentar?
 - Quanto ganham pelo trabalho realizado?
 - Qual sua escolaridade?
- b) Com base nesses dados e na observação do seu dia-a-dia, elabore uma análise reflexiva sobre as condições de vida das mulheres que residem em seu território e suas principais estratégias de sobrevivência.

Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para essa atividade.

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

É importante destacar, ainda, que as discussões sobre a questão das mulheres ganharam destaque nos cenários nacional e internacional. Desde a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, 1995, organizada pelas Nações Unidas, o Brasil e diversos outros países assumiram acordos e compromissos internacionais para o combate à discriminação e desigualdades de gênero. Decorrente disso, os governos têm buscado introduzir a abordagem de gênero no processo de formulação de políticas públicas, como um mecanismo para promover ações mais eficazes para o desenvolvimento humano e social das mulheres (BRASIL, 2006a).

No Brasil, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que representou um avanço e um reconhecimento da necessidade de se terem políticas específicas que tratem a questão de gênero como uma das áreas prioritárias da ação governamental e não somente como um tema transversal nas políticas públicas (BRASIL, 2006a). Com isso, o Brasil tem assumido os acordos e compromissos internacionais para o combate da discriminação e das desigualdades de gênero, o que resultou na criação da Plataforma Brasileira de Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DESCA), em 2000. Esse projeto atua monitorando os compromissos do Brasil no campo dos direitos humanos com o apoio de diversas organizações brasileiras e internacionais. O trabalho dessas instituições tem sido fazer cumprir a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), as deliberações do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD).

Parte 2

Como adoecem e morrem as mulheres brasileiras?

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

Ao se comparar a mortalidade entre os sexos, verifica-se que entre os homens ela é proporcionalmente maior em faixas etárias mais jovens. Para estas, 52% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 70 anos ou mais; para os homens, esse percentual foi de 35,8%. Após os 50 anos, o percentual de morte para as mulheres foi de 78,1% e para os homens foi de 65,4% (BRASIL, 2004a). Para a faixa etária entre 15 e 39 anos, essas proporções foram de 7,4 e de 17,3% para mulheres e homens, respectivamente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), as doenças do aparelho circulatório corresponderam a 36,7% das mortes femininas, seguidas pelas neoplasias (17,6 %) e doenças do aparelho respiratório (12,6%). Detalhando mais a análise, observa-se que 28,2% dos óbitos masculinos por doenças do aparelho circulatório ocorreram em homens com idade inferior a 60 anos, enquanto que a proporção de óbitos femininos nessa mesma faixa etária e pelas mesmas causas foi de 20,4% (BRASIL, 2004a).

Salienta-se, ainda, que aproximadamente 35,0% dos óbitos femininos por doenças do aparelho circulatório ocorreram após os 80 anos. É importante ressaltar que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovascu-

lares. A primeira atinge 20,0% da população adulta e tem forte relação com os acidentes vasculares; e a segunda atinge 7,6% da população de 30 a 69 anos (BRASIL, 2004a).

Verifica-se, ainda, que nos últimos 20 anos houve significativo aumento dos casos de câncer no país. Em relação às mulheres, o número de casos novos de câncer de mama esperado para o Brasil em 2008 era de 49.400, ou seja, um risco estimado de 51 casos em cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2007a). Já o número estimado de casos novos de câncer do colo do útero previstos para o mesmo ano foi de 18.680, ou seja, estimativa de 19 casos a cada 100 mil mulheres.

De acordo com pesquisa realizada por Laurenti et al., (2004), em que foram analisados os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, as 10 primeiras causas de morte encontradas foram: acidente vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer do colo do útero.

Os autores realçam que, apesar das mortes referentes ao ciclo gravídico-puerperal e aborto não aparecerem entre as 10 primeiras causas, isto não diminui sua gravidade, uma vez que 92,0% delas poderiam ser evitadas (LAURENTI. et al., 2004).

As principais causas diretas de RMM em nosso país têm sido a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e/ou aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2004a). Como um dos determinantes, verifica-se que a baixa cobertura das consultas de pré-natal tem favorecido os altos índices de mortalidade materna.

Um estudo realizado por Serruya et al., (2004) sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) revelou que em torno de 22% das mulheres tiveram seis consultas, 6% a consulta puerperal e os exames obrigatórios, apenas 4% também foram submetidas ao teste para HIV e receberam vacina antitetânica e 12% fizeram dois exames para sífilis.

No Quadro 1 verifica-se a RMM nos principais estados brasileiros, no período de 1997 a 2004.

Glossário

Razão de mortalidade materna:

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

Quadro 1 - Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil) em unidades da Federação selecionadas. Brasil, 1997, 2000 e 2004

Região	1997	2000	2004
Brasil	61,2	52,4	76,1
Espírito Santo	29,9	44,5	65,7
Rio de Janeiro	66,6	76,0	69,6
São Paulo	55,4	40,1	34,8
Paraná	79,4	68,5	69,5
Santa Catarina	48,1	36,9	43,3
Rio Grande do Sul	75,8	47,0	56,8
Mato Grosso do Sul	55,3	37,1	84,2
Distrito Federal	44,8	35,4	43,9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Embora alguns países da África Central apresentem taxas superiores a 500, as taxas brasileiras são altas, comparadas a países desenvolvidos, em que são inferiores a 10, ou a alguns países europeus, com taxa igual a 1. Observe-se que uma taxa de 76 equivale ao risco de uma morte a cada 1.315 partos.

Embora os dados publicados mostrem oscilações, analisando-os, bem como os de anos anteriores, constata-se, de maneira geral, queda da mortalidade materna, provavelmente devido a vários fatores, como a introdução de várias medidas governamentais, entre as quais se destacam a inclusão, na declaração de óbito (DO), de uma variante que permite identificar as grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto (BRASIL, 2004a), a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, a expansão da rede pública de saúde e das ações de pré-natal, parto e puerpério e de planejamento familiar (BRASIL, 2004a) e a melhora de registro. Essa oscilação pode estar relacionada também com os pequenos números envolvidos.

Existe, ainda, intensa medicalização no momento do parto, seja por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas ou pela prática abusiva de cesarianas. Geralmente, a parturiente é isolada de seus familiares e verifica-se a falta de privacidade e desrespeito à sua autonomia. A atenção ao puerpério também não está sendo realizada plenamente pelos serviços de saúde, cuja preocupação maior tem sido o atendimento ao recém-nascido.

Procure saber

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

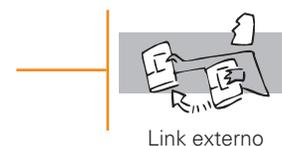
Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), além de provocar danos graves à saúde das mulheres, são consideradas o principal facilitador da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* – HIV). As complicações mais ameadadas das DSTs nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica – responsável por infertilidade, dor crônica, gravidez ectópica, mortalidade materna e a predisposição ao câncer de colo de útero. Neste último caso, existe estreita relação com alguns subtipos de vírus do papiloma humano (*human papiloma virus* – HPV) e a imunodeficiência promovida pelo HIV (BRASIL, 2004a).

Embora o Brasil tenha desenvolvido um programa de controle de DST/AIDS, que é exemplo para vários países, ainda apresenta dados preocupantes, principalmente em relação às mulheres, cujas taxas de infecção vêm aumentando assustadoramente, segundo o dossiê da Rede Feminista de Saúde sobre “Mulher e aids” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002). O número de casos de aids entre mulheres cresceu 413% nos últimos 10 anos. Sabe-se que entre as mulheres afetadas a relação heterossexual, consensual, sem proteção e principalmente envolvendo afeto tem sido a maneira mais frequente de transmissão (VILLELA; DINIZ, 1998).

Para compreender como isso ocorre, é necessário recorrer ao conceito de vulnerabilidade, que utiliza fatores de diferentes naturezas – individual, social e político – para explicar o que tem facilitado a exposição de mulheres ao HIV. A dependência financeira e emocional em relação ao parceiro, por exemplo, pode representar constrangimento concreto para que as mulheres passem a negociar o uso de camisinha nas relações sexuais com os parceiros, principalmente aqueles que são os provedores. Ressalta-se, ainda, que a prevenção e o controle das DSTs são fundamentais para a promoção da saúde reprodutiva, principalmente entre as mulheres (BRASIL, 2004a).

Para mais informações

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



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

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



Rotinas

Atividade 2

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

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

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

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

- Quais as principais causas de morbidade das mulheres de seu território e/ou município?
- Quais as principais causas de óbito das mulheres do seu território e/ou município?
- Identifique as ações de saúde que são realizadas pela equipe de Saúde da Família no sentido de minimizar os problemas relacionados ao processo de adoecer e de morrer das mulheres do seu território e/ou município.

A partir dos dados e informações levantados, proceda à tabulação e à apresentação dos mesmos por meio de tabelas e gráficos. Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre como adoecem e morrem as mulheres que residem em seu território e/ou município. Utilize, também, a análise que você elaborou na Atividade 1 sobre as condições de vida e as principais estratégias de sobrevivência das mulheres.

Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Seção 2

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

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

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

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos constituem uma extensão dos direitos humanos e já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais (BRASIL, 2008b):

- O direito das pessoas decidirem, de maneira livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;
- o direito à informação, aos meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos;
- o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência;
- a garantia dos direitos sexuais significa, também, o direito de escolher o parceiro ou parceira sexual e de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, bem como escolher se quer ou não ter relação sexual. Indica o direito ao sexo seguro com prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS, aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação e à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008b).

Ao final desta seção esperamos que você seja capaz de:

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

Parte 1

Um breve histórico dos direitos sexuais e reprodutivos

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

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

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

Em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, os acordos estabelecidos no Cairo foram reafirmados e avançou-se na definição dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, tornando o primeiro mais autônomo em relação aos direitos reprodutivos. Nessa Conferência, o governo do Brasil assumiu o compromisso de fundamentar todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população

e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar, nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos. É importante salientar que os princípios de Pequim e do Cairo se opõem radicalmente à imposição de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas, ou seja, ao controle da natalidade (BRASIL, 2005a).

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

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

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

Em outubro de 2001, o Ministério da Saúde passou a ser responsável pela aquisição de métodos anticoncepcionais reversíveis, com distribuição descentralizada e trimestral para os municípios que atendessem a um dos seguintes critérios: ter pelo menos uma equipe do Programa de Saúde da Família habilitada, estar com o termo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento aprovado ou contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Os anticon-

cepcionais foram enviados em duas formas de *kits*: o *kit* básico, composto de pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona, minipílula e o preservativo masculino e o *kit* complementar composto de dispositivo intrauterino (DIU) e anticoncepcional injetável trimestral. Ressalta-se que o *kit* complementar só era enviado para os municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes ou que informavam possuir médicos capacitados para inserção do DIU (BRASIL, 2005a).

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

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

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

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

Pense nisso!

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

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

Parte 2

Como garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos

Um serviço de planejamento familiar deve estar fundamentado em:

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

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

Atividade 3

Leia o texto a seguir e registre qual seria a sua conduta, com argumentos que a justifiquem, caso você vivenciasse uma experiência semelhante. Tenha como referência a sua experiência como profissional da Saúde da Família e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar em nosso país (BRASIL, 1996).



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

Parte 3

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

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

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

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

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

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

No caso da organização de grupos, é importante contar com a participação de pessoas da comunidade que possam contribuir com a desmistificação de tabus e crenças criados em torno dos métodos contraceptivos e daqueles relativos à fertilidade. O profissional de saúde poderá atuar

como um facilitador, possibilitando escolhas conscientes sobre o método contraceptivo. A utilização de dinâmicas de grupo em oficinas de trabalho proporciona o clima propício para que as pessoas possam refletir sobre suas vidas de maneira lúdica. O uso de cartazes, álbuns seriados e *kits* com exemplares dos métodos reversíveis são complementos fundamentais para o desenvolvimento desses grupos educativos.

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

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

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

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



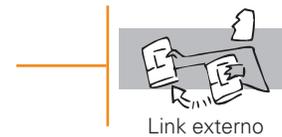
Leitura complementar

Recomendamos a leitura sobre os métodos contraceptivos preconizados pelo Ministério da Saúde, com suas indicações, contraindicações e características no Manual Técnico: Assistência em Planejamento Familiar (BRASIL, 2002).

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

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

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



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

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

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

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

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

É fundamental que o planejamento e/ou implantação da atividade de planejamento familiar seja feito sob a forma de um projeto, no sentido de influenciar e impactar os órgãos competentes.



Rotinas

Atividade 4

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

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

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

Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 3

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

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

Em torno de 75% das gestantes não desenvolvem complicações. Entretanto, 25% delas apresentam alto risco envolvendo duas vidas: a da gestante e de seu futuro recém-nascido. Você deve estar atento para a detecção desses riscos, sendo este um dos objetivos principais da assistência pré-natal. O cuidado básico no período pré-natal pode contar com ações que variam do simples ao complexo. A qualidade da assistência não é, necessariamente, proporcional à sofisticação da tecnologia utilizada, uma vez que a maioria dos agravos pode ser prevenida por tecnologias de pouca complexidade e custo.

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

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

Esperamos que ao final desta seção você consiga:

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

Parte 1

Bases para a elaboração de um protocolo de cuidados à gestante

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

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

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

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

O cartão da gestante permite que as informações sobre a saúde da gestante e o acompanhamento de pré-natal sejam de conhecimento de todos os profissionais que vierem atendê-la no ambulatório ou na mater-

nidade. O Ministério da Saúde distribui esse cartão para todos os municípios. Caso a sua unidade não o possua, solicite da Secretaria Municipal de Saúde para que você possa implantá-lo no seu serviço.

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

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

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

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

É no cotidiano dos serviços de saúde que as atitudes e ações entre os profissionais da equipe de saúde e as usuárias dão visibilidade ao que denominamos de humanização. Como exemplo de acolhimento, pode ser citada a maneira cordial de atender as usuárias, chamando-as pelo nome e também se apresentando, escutando com atenção e valorizando o que é dito, fornecendo as informações sobre os procedimentos e condutas, incentivando a presença de um acompanhante, quando necessário (BRASIL, 2005b). No entanto, acolher é mais do que um tratamento cordial. Significa o provimento de recursos necessários para a assistência, a organização de protocolos com procedimentos que comprovadamente tragam benefícios à mulher e ao conceito.

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

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

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

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

1.5 | Quantas consultas estão sendo disponibilizadas para cada gestante?

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), o calendário das consultas de pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam mais risco materno e perinatal. É fundamental que ele seja iniciado precocemente, ou seja, primeiro trimestre. Assim, o **número mínimo** de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. O espaçamento menor das consultas

no último trimestre visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2005b).

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

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

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



Web

Atividade 5

Leia a situação a seguir:

“MSPN, 32 anos, residente na periferia de uma cidade de médio porte. Tem escolaridade primária, é casada há sete anos, profissão do lar, está na quinta gestação; teve dois partos e dois abortos (G5P2A2). Os partos foram por cesariana, o último há dois anos, época de sua última consulta nas ações programáticas de saúde da mulher. Tem dois meninos, com seis e dois anos, respectivamente, e o segundo filho nasceu prematuro, com 34 semanas, pois MSPN teve aumento de pressão arterial. Responsável por todas as tarefas domésticas e pelos cuidados aos filhos, só comparecia à unidade básica de saúde para controle periódico de hipertensão arterial, estando bem controlada com o uso de hidroclorotiazida e propranolol. Em um desses atendimentos referiu atraso menstrual de três meses; fez teste de gravidez e foi encaminhada para o pré-natal. Fez duas consultas de pré-natal, sendo a primeira com 24 semanas, quando apresentava pressão arterial de 130/80 mmHg. O médico suspendeu os anti-hipertensivos e solicitou os exames da rotina pré-natal. Retornou com 29 semanas com ganho de seis quilos, edema de +++/++++ e níveis pressóricos de 150/100 mmHg.

O médico prescreveu metildopa, 250 mg duas vezes ao dia e agendou retorno após sete dias. Foi orientada a procurar um serviço com pré-natal de alto risco, sendo indicado o hospital que oferecia esse tipo de assistência. Dez dias após esse atendimento, a gestante deu entrada na Maternidade, apresentando bradicardia, hemorragia genital e transtorno de consciência, evoluindo para parada cardiorrespiratória e óbito. Foi realizada cesariana de emergência, sendo encontrado hemoperitônio. O recém-nascido viveu por mais seis horas. Foi constatado óbito e solicitado necropsia. O laudo do Instituto Medico Legal atestou que a usuária completara 36 semanas de gravidez e atestou as hipóteses diagnósticas de eclâmpsia, com descolamento prematuro de placenta”

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

Vamos discutir no fórum.

Parte 2

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

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

Iniciamos com a anamnese e o exame físico, para o que disponibilizamos informações detalhadas no Apêndice A - “Protocolo de consulta de pré-natal”.

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

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

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

Alguns exames são obrigatórios e devem ser solicitados na primeira consulta. São eles: grupo sanguíneo e fator Rh, com realização periódica do teste de Coombs indireto para aquelas com fator Rh negativo; hemograma; exame para toxoplasmose; glicemia de jejum; VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory test*); anti-HIV deverá ser oferecido a todas as gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste; exame de urina de rotina (EUR).

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

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

Caso o serviço de saúde onde sua equipe esteja inserida possibilite, o pré-natal poderá ganhar muito em qualidade se também fizerem parte da rotina os seguintes exames: pesquisa de HbsAg, ultrassonografia fetal e exame imunológico para rubéola. Considerando-se que não existe nenhuma ação ou tratamento que possa interferir na transmissão vertical da rubéola, esse exame serve para diagnóstico sorológico materno, predição de risco para rubéola congênita e indicação de futura vacinação. Contudo, deve-se avaliar a relação custo/benefício antes de inseri-lo na rotina de pré-natal.

Para fazer uma revisão em relação aos exames complementares solicitados no pré-natal, proceda à leitura do texto “Exames complementares na assistência pré-natal”, que se encontra no Apêndice B.

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

O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do recém-nascido (BRASIL, 2006d). Assim, a equipe de Saúde da Família deve trabalhar integrada no acompanhamento da saúde bucal da gestante. A avaliação clínica realizada nas consultas pré-natais deve incluir a avaliação bucal por parte dos profissionais de saúde. Deve ser garantido, também, a avaliação e tratamento individual odontológico no sentido do controle de placa bacteriana, além de medidas odontológicas preventivas que garantam conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2006d).

Embora as exodontias ou cirurgias não sejam contraindicadas, a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez deve ser avaliada. A doença periodontal, por outro lado, também é resultante da gravidez. A resposta do periodonto é influenciada pelas alterações na composição da placa subgingival, resposta imune da gestante e a concentração

de hormônios sexuais. É importante ressaltar que a gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2006d).

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

- 1º trimestre: é o período menos adequado para tratamento odontológico devido às principais transformações embriológicas. Nesse período, deve-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.
- 2º trimestre: é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, de acordo com as indicações.
- 3º trimestre: é prudente evitar tratamento odontológico nesse período devido ao risco de hipotensão postural. O desconforto na cadeira odontológica é muito frequente. Assim, somente as urgências devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação (BRASIL, 2006d).

Quando houver necessidade do emprego de medicamentos ou uso de anestésico local, o médico deve ser consultado. A tetraciclina deve ser evitada, pois pode causar pigmentação nos dentes do recém-nascido como efeito colateral. Se for necessária a realização de radiografias, a gestante deve ser protegida com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, deverão ser utilizados filmes ultrarrápidos (BRASIL, 2006d).

Os dentes decíduos dos recém-nascidos começam sua formação a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. Dessa maneira, o uso de medicamentos, a ocorrência de infecções e as deficiências nutricionais devem ser evitados porque podem acarretar problemas nos dentes dos recém-nascidos (BRASIL, 2006d).

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

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

Vamos recordar!

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

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

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

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

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

Emese e hiperemese

São mais comuns no primeiro trimestre, mas podem estender-se ao longo da gestação. Orientações dietéticas com recomendação de refeições leves e frequentes, incluindo alimentos sólidos, gelados e secos, podem minimizar o incômodo e a perda de peso. Alimentos gordurosos devem ser evitados, assim como líquidos durante as refeições. Se necessário, o médico poderá prescrever medicamentos tais como metoclopramida, bromoprida ou dimenidrato.

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

Varizes

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

Hemorroida

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

Câimbras

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

Dor abdominal e lombar

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

com correção da postura, técnicas de relaxamento e uso de sapatos adequados, baixos e confortáveis.

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

Flatulência e constipação intestinal

Na gestação, o tempo de esvaziamento gástrico aumentado e o trânsito intestinal mais lento favorecem ainda mais a constipação intestinal, já tão frequente entre as mulheres. Suas orientações dietéticas devem ser no sentido de estimular a ingestão de fibras (frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais) e restringir alimentos que fermentam muito (repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar). Alguns medicamentos podem ser úteis: dimeticona (flatulência), fibras e supositório de glicerina (constipação intestinal).

Corrimento vaginal

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

Sangramento gengival

Problemas gengivais já existentes tendem a exacerbar-se durante a gestação, com edema, hiperemia e sangramento com mais facilidade. Portanto, é necessário que você oriente sobre uma boa higiene bucal, escovação e cuidados adequados com os dentes, que podem (e devem) ser avaliados e tratados. A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com mais frequência, o que pode aumentar o risco de cárie dentária.

É importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os seus problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o autocuidado e hábitos de vida saudável (BRASIL, 2006d).

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

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

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

Estratégia “5º dia - 5 ações” ou Primeira Semana de Saúde Integral: cinco ações básicas são indicadas na consulta – da mãe e do recém-nascido – do quinto dia pós-parto:

- Verificação de icterícia neonatal e estado geral do recém-nascido;
- colheita de material para teste do pezinho;
- vacinação do recém-nascido contra hepatite B e com o BCG;
- avaliação puerperal;
- vacinação materna contra rubéola.

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

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

Vamos recordar!

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

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

Como você sabe, a involução uterina ocorre imediatamente após o parto e o útero logo atinge a cicatriz umbilical. Regride então 1 cm/dia, até tornar-se pélvico em mais ou menos 10 dias, quando o colo já não se apresenta mais pérvio ao toque. Após quatro semanas o útero alcança o tamanho não-gravídico. Você deve orientar a puérpera a estar atenta aos sinais de alerta nesse delicado período. Neste sentido, a avaliação dos lóquios tem importância, sabendo-se que são sanguíneos até o quinto dia, serossanguíneos do quinto ao 10º dia e serosos a partir do 10º dia. O mau odor e aspecto purulento dos lóquios estão relacionados à endometrite que, quanto mais precocemente diagnosticada e tratada, menos grave será. Os lóquios sanguíneos excessivos podem ser devidos à retenção intrauterina de restos placentários; a curetagem oportuna poderá evitar a anemia e a infecção. A vigilância da temperatura corporal também é um cuidado importante. Fisiologicamente, ela pode alcançar até 37,9°C nas primeiras 24 horas e elevar-se novamente por volta do quarto dia, coincidindo com ingurgitamento mamário.

Atenção!

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

Ainda em relação a ocorrências no período puerperal, no hemograma podem estar normalmente presentes leucocitose sem desvio para esquerda, trombocitose, linfopenia relativa, eosinopenia absoluta. Hemoglobina e hematócrito flutuam, retornando à normalidade após duas semanas.

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

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

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

Vamos abordar, agora, alguns aspectos específicos:

Aleitamento materno

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

Inibição da lactação

Caso haja contraindicação para a amamentação, como no caso do uso de medicamentos incompatíveis com aleitamento, infecção pelo HIV, morte perinatal ou mastite complicada, a primeira conduta deverá ser o enfaixamento das mamas. Compressas frias e analgésicos ajudam a aliviar o desconforto. Se forem necessários medicamentos, o médico da equipe poderá prescrever a carbegolina (Dostinex® - 1 mg, VO) ou o hexaidrobenzoato de estradiol (Benzo-ginóestril AP® - 10 mg, IM).

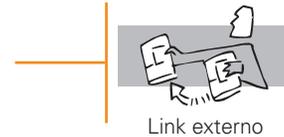
Depressão pós-parto

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

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

Atenção!

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

**Infecções puerperais mais frequentes**

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

I - Infecção uterina (endometrite)

- a) Quadro clínico: febre, calafrios, dor abdominal, lóquios fétidos, leucocitose com desvio para a esquerda, dor à palpação de paramétrios.
- b) Fatores predisponentes:
 - Cesariana;
 - rotura prematura das membranas;
 - trabalho de parto prolongado;
 - múltiplos exames cervicais;
 - monitorização fetal interna;
 - parto múltiplo;
 - baixa condição socioeconômica;
 - colonização vaginal por estreptococo beta-hemolítico, clamídia, micoplasma, gardnerella.
- c) Bacteriologia
 - Aeróbios: estreptococo A, B e D; enterococos; *E. coli*; *klebsiella*; *proteus*; estafilococos;
 - anaeróbios: peptococos, peptoestreptococo, bacteroides, clostrídio, fusobacteria;
 - outros: micoplasma, clamídia.
- d) Patogenia: envolve basicamente decídua e miométrio adjacente.
- e) Tratamento:
 - Pós-parto normal, com estado geral bom: antibiótico;
 - pós-parto normal, com comprometimento do estado geral: internação + antibiótico;
 - pós-cesariana: internação + antibiótico.

II - Infecção de ferida cirúrgica

- a) Quadro clínico: bordas vermelhas, edemaciadas, deiscência de sutura, exsudação de material seroso, serossanguinolento ou purulento, dor local;

- b) Fatores predisponentes: obesidade, diabetes, imunossupressão, anemia, hemostasia deficiente, parto múltiplo;
- c) Tratamento médico:
- sem comprometimento do estado geral: antibiótico;
 - com comprometimento do estado geral: internação e uso de antibiótico;
 - abscesso: drenagem cirúrgica e uso de antibiótico.

III - Mastite

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

Atenção!

Leia as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral no “Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis” (BRASIL, 2006e) e “Gestação de Alto Risco” (BRASIL, 2000).



Mapa contextual

Atividade 6

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

- Número de gestantes de seu território / por trimestre de gravidez;
- número de consultas pré-natais disponíveis na UBS;
- taxa de mortalidade materna;
- principais intercorrências e riscos que acometem as gestantes do seu território e/ou município;
- número de exames básicos pactuados pelo seu município;
- referência para intercorrências, parto normal/cesáreo e de alto risco;
- atividades educativas em grupo para as gestantes e puérperas.
- como são acompanhadas as puérperas e recém-nascidos na **Primeira Semana de Saúde Integral** - cinco ações básicas.
- Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma análise reflexiva sobre a assistência ao pré-natal e ao puerpério em seu município.

Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Seção 4

A construção de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama

A estimativa do número de casos novos de câncer de mama esperado para o Brasil, em 2008, foi de 49.400, com risco estimado de 51 episódios a cada 100 mil mulheres. Em relação ao câncer do colo do útero, o número de casos novos esperados para o mesmo ano foi de 18.680, com risco estimado de 19 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2007a).

A incidência desses dois tipos de câncer varia de acordo com a região do país. O câncer do colo do útero é a neoplasia mais incidente na região Norte (22/100.000). Nas regiões Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000), ele ocupa a segunda posição e no Sudeste (18/100.000) o quarto lugar (BRASIL, 2007a). Por outro lado, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres na região Sudeste, com risco estimado de 68 casos novos por 100 mil. O mesmo ocorre com as mulheres das regiões Sul (67/100.000), Centro-Oeste (38/100.000), Nordeste (28/100.000) e Norte (16/100.000) onde ele ocupa o segundo lugar (BRASIL, 2007a).

Conforme o Ministério da Saúde, para o ano de 2009, no Brasil, foram estimados mais de 466 mil casos novos de câncer na população brasileira, sendo que 235 mil ocorrerão entre as mulheres (BRASIL, 2007a). Destes, os tipos mais incidentes no sexo feminino são:

- Câncer de pele não-melanoma - 59 mil casos novos
- câncer de mama - 49 mil casos novos;
- câncer do colo do útero - 19 mil casos novos.

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

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

A prevenção do câncer cérvico-uterino está baseada no rastreamento da população feminina que apresenta probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelos exames de detecção precoce, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento (PELLOSO. et al., 2004). Desse modo, a cobertura da população feminina em relação à prevenção é um elemento primordial no controle dos cânceres de mama e cérvico-uterino.

Esperamos que ao final desta seção você seja capaz de:

1. Caracterizar a situação do controle do câncer cérvico-uterino e de mama no seu território e/ou município.
2. Elaborar um protocolo que contribua para a diminuição dos índices de morbimortalidade das mulheres pelos cânceres cérvico-uterino e de mama.

Parte 1

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

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

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2006f), as recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas para a detecção precoce do câncer de mama são as seguintes:

- Exame clínico das mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento também é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária;
- mamografia: para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames.
- exame clínico das mamas e mamografia anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer da mama (BRASIL, 2006f).

Os grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006f), são as mulheres com:

- História familiar de câncer de mama em, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha);
- diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;

- história familiar de câncer de mama masculino;
- diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2006f).

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

1.1 | Orientação para o autoexame de mamas

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

Lembrete importante!

O autoexame deve ser realizado pelas mulheres que:

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

Um estudo no Japão, em que foram realizados exames clínicos em 686.509 mulheres e no qual o autoexame era estimulado, verificou-se que a taxa de diagnóstico precoce passou de 40 para 68%, em tumores iguais ou menores que dois centímetros. Constatou-se, ainda, que 69,2% dos tumores foram diagnosticados por meio do autoexame (NESCON, 2000). Conclui-se, portanto, que, apesar de existirem estudos controversos, o exame clínico das mamas realizado pelo profissional de saúde, acompanhado do estímulo ao autoexame, contribui para aumentar a taxa de diagnósticos em estádios precoce do câncer de mama e diminuir a taxa de mortalidade (NESCON, 2000).

É importante ressaltar que o autoexame detecta tumores iguais ou maiores que 1 cm e a custo zero, principalmente considerando que, no Brasil, em torno de 70% dos diagnósticos de câncer de mama são feitos nos estádios III e IV, com queda importante na sobrevida (NESCON, 2000). Outro fator importante é que essas medidas podem ser estimuladas por

qualquer profissional da equipe de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros e dentistas.

Veja a sequência do autoexame da mama no documento “Módulo Saúde da Mulher” (NESCON, 2000).

1.2 | Oportunidades para o exame clínico das mamas

É impressionante o número de oportunidades que os profissionais de saúde perdem de realizar o exame clínico das mamas nas usuárias dos serviços básicos de saúde. No cotidiano, verifica-se total fragmentação do corpo da mulher, embora a maioria dos livros didáticos de semiologia recomende o exame clínico das mamas como parte integrante da avaliação em uma mulher. Provavelmente, a origem dessa prática se deva à subdivisão do conhecimento em especialidades (embora não justifique), aliada à racionalização da assistência promovida por alguns modelos assistenciais.

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

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

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

Observar e registrar:

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



Figura 1 – inspeção estática das mamas

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



Figura 2 - inspeção dinâmica das mamas

Outra maneira de realizar a inspeção dinâmica das mamas consiste em solicitar que a mulher coloque suas mãos na cintura e faça força no sentido de evidenciar o movimento do músculo peitoral e, conseqüentemente, do tecido mamário.



Figura 3 - inspeção dinâmica das mamas

Para completar a inspeção dinâmica das mamas, solicite à mulher que flexione o tórax para frente no sentido de você poder observar nas mamas pendentes a presença de retrações ou abaulamentos.

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



Figura 4 - palpação das regiões supra e infraclaviculares



Figura 5 - palpação da região axilar

A palpação das mamas pode ser iniciada com a paciente ainda sentada, no entanto, este exame não substitui o exame realizado em decúbito dorsal. Os braços podem estar estendidos acima do pescoço (mãos na nuca), para facilitar a percepção dos achados.



Figura 6 - palpção das mamas com a mão espalmada

Deve ser realizada palpção superficial, com a mão espalmada e a palpção profunda com os dedos realizando o movimento de “tocar piano!”. Nesta é possível perceber melhor as alteraçes, bem como delimitá-las.



Figura 7 - palpção das mamas com movimento de “tocar piano”

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



Figura 8 - expresssão mamilar

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



Figura 9 - expressão mamilar com derrame papilar

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

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

1.3 | Fluxo para a realização da mamografia

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

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

Leia mais sobre o assunto em “Mamografia: da prática ao controle” (BRASIL, 2007b) e “Citologia do derrame papilar” (ANDREA. et al., 2006).



1.4 | Critérios para encaminhamento das usuárias para o serviço mastologista

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

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

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

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

Em junho de 2009, entrou em vigor a Portaria 779 de 31 de dezembro de 2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008d) que implanta o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Esse sistema de informação será utilizado para dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do câncer de mama.

O SISMAMA se propõe a:

- Realizar o gerenciamento das ações de rastreamento de câncer; padronizar e aprimorar a qualidade dos laudos mamográficos;
- favorecer o seguimento das mulheres com exames alterados – gestão de casos positivos;
- realizar a análise da distribuição na população das lesões encontradas nas mamografias, podendo indicar necessidades de auditorias e capacitações locais;
- contribuir para o planejamento da oferta de serviços, otimizando recursos;
- favorecer a avaliação e indicação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento;
- gerar o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I);
- criar uma estrutura semelhante ao SISCOLO, hoje implantado em todos os laboratórios de citopatologia do SUS (BRASIL, 2008d).

Lembre-se

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

Veja mais informações nos seguintes documentos:

- “Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais” (BRASIL, 2006f).
- “Biopsias da mama” e “Estadiamento” (NESCON, 2000).

Parte 2

Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se ao exame preventivo até os 69 anos de idade. Inicialmente, a coleta deve ser feita anualmente e após dois exames negativos para displasia ou neoplasia, pode ser repetida a intervalos de três anos. Mas, lembre-se: mulheres portadoras do vírus HIV, mesmo após dois exames negativos, deverão realizar o exame anualmente.

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

2.1 | Coleta de citologia oncótica

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

Como pode haver extravio do material coletado, é importante manter o registro dos dados referentes à coleta em um livro – data da coleta, nome da usuária, número de prontuário, observações clínicas relativas ao exame da mama e inspeção do colo, inclusive resultado do teste de Schiller e da citologia. Para o controle das datas de retorno das usuárias, é importante organizar um arquivo rotativo, com uma ficha espelho que contenha dados básicos em relação à anamnese e ao exame clínico das mamas e da genitália. Esse arquivo permite o agendamento nos prazos recomendados e a busca ativa das usuárias pelos agentes comunitários de saúde, em caso de esquecimento do dia aprazado, por parte delas.

Glossário

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

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

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

Atenção!

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

2.2 | Condutas baseadas no resultado da citologia oncótica

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

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

- Amostra insatisfatória: repetir a coleta;
- amostra satisfatória, mas limitada por ausência de células endocervicais: orientar para repetição do exame em um ano;
- processo infeccioso: o médico deve avaliar se se trata de DST, para indicação de tratamento. No caso de *Cândida* ou *Gardnerella*, os dados clínicos indicarão a necessidade, ou não, de tratamento;
- citologia positiva (NIC) e/ou constatação de HPV, Ascus e Asgus: encaminhar para serviço de patologia do colo ou ginecologia especializada;
- para as mulheres menopausadas com resultado mostrando Ascus ou Asgus, recomenda-se o uso de estrogenerioterapia vaginal (prescrita pelo médico da equipe) por três semanas e repetição da citologia oncótica com espátula e escova;
- considerando a associação do HIV com as doenças de colo, a usuária com diagnóstico de lesão de alto grau (NIC II e III) deverá ser encaminhada à testagem em serviço de referência do seu município.

Atenção!

Veja mais detalhes sobre o assunto nos documentos:

- “Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde” (BRASIL, 2006g).
- “Câncer do colo uterino”, “Carcinoma do endométrio” e “Corrimento Vaginal” (NESCON, 2000).

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

Atualize-se!

O Ministério de Saúde estabeleceu vários níveis de responsabilidade para o atendimento às mulheres, desde o rastreamento na unidade básica de saúde até os níveis de mais complexidade. Você encontrará essas informações nas páginas 100 a 101 do “Caderno de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama” (BRASIL, 2006h) e no “Sistema de informação do câncer do colo do útero – SISCOLO” (BRASIL, 2005f).

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

Atividade 7

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

1. Que ações relacionadas com a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama sua equipe desenvolve?
2. Qual é a cobertura (mulheres atingidas) feita pelas atividades de rastreamento de câncer de mama e cérvico-uterino promovidas pela sua equipe?
3. Qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas?
4. Qual a qualidade da coleta dos exames realizados pela sua equipe de Saúde da Família (SF) – adequabilidade e monitoramento externo?
5. Qual o número de exames disponíveis e/ou pactuados pelo seu município (citologia oncótica, mamografia, ultrassonografia, etc.)?



Leitura complementar



Mapa contextual

6. Como é o fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, PAF, biópsias do colo uterino e de nódulos mamários?
7. Qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas?
8. Quais estratégias são utilizadas para a busca ativa de mulheres que estão sem cobertura da atividade?
9. Como é feito o sistema de monitoramento para que todas as mulheres sejam avaliadas com a periodicidade necessária?
10. Como são avaliadas as atividades de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama desenvolvidas pela sua equipe de SF no município?

Sistematize e analise os dados levantados de forma a caracterizar a real situação do controle do câncer cérvico-uterino e de mama em sua UBS. Apresente-os à sua equipe de SF e reflita com ela as estratégias de superação das dificuldades encontradas.

Guarde seu trabalho em seu portfólio. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Fique por dentro!

Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005 - institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005c).

Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais (BRASIL, 2006i).

Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 - regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007c).

Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008 - estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008 (BRASIL, 2008e).

Portaria nº 779 de 31 de dezembro de 2008 - define o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) - altera a tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais - OPM do SUS (BRASIL, 2008f).

Seção 5

A construção de um protocolo de cuidados à mulher no climatério

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

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

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

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

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

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

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

Outro aspecto a ser considerado é a discriminação geracional que ocorre na nossa sociedade, como se fosse algo natural. Seus efeitos na mídia promovem discriminação mais intensa e evidente para as mulheres.

Resultam do mito da eterna juventude, da supervalorização da beleza física padronizada e da relação entre sucesso e juventude. Esses fatores aumentam a tensão vivenciada pelas mulheres, interferindo na sua autoestima, com repercussões na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais (BRASIL, 2008g).

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

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

Parte 1

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

Glossário

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

LH: *luteinizing hormone* (hormônio luteinizante).

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

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

LH: *luteinizing hormone* (hormônio luteinizante).

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

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

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

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

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

A pós-menopausa começa 12 meses após a última menstruação e termina aos 65 anos, quando tem início a senectude. Nessa fase os sintomas neurovegetativos e a atrofia urogenital podem exarcebar-se devido à baixa de estrogênio. Além disso, as alterações no metabolismo

ósseo por longo período podem desencadear a osteoporose. Ocorrem também alterações no metabolismo lipoproteico, que aumentam o risco das doenças cardiovasculares (ALMEIDA, 2003).

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

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

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

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

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



Leitura complementar

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

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

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

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

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

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

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

garantia da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2005e). Esta é uma prática presente na rede pública de muitos estados e municípios do país com a incorporação de práticas como: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, o *Lian Gong* (ginástica terapêutica chinesa) e o termalismo social – crenoterapia.

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

Leia mais sobre a sobre as opções terapêuticas para as mulheres no climatério e menopausa nas páginas 135 a 149 do “Manual de atenção à mulher no climatério e menopausa” (BRASIL, 2008g) e sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2005e).



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

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

- O autocuidado em geral pode influenciar na melhora da autoestima e da insegurança frente às mudanças que acompanham essa fase. Implica a motivação para a aquisição de hábitos saudáveis como a exposição ao sol, a ingestão de água, o sono adequado, sem interrupções, diariamente (entre seis e oito horas de sono profundo);
- cuidados com a limpeza e a hidratação da pele e cabelos, automassagem, técnicas de meditação e relaxamento e outras tantas formas que proporcionam o bem-estar físico e psicoemocional;
- atenção em relação ao uso excessivo de medicamentos como: diuréticos que podem provocar espoliação de minerais – magnésio, sódio e potássio; antiácidos, que diminuem a acidez gástrica, alterando a digestão e absorção de nutrientes; antibióticos, que alteram a fora

bacteriana normal, propiciando má-absorção; laxantes, que aumentam a perda de nutrientes e podem levar à dependência; e sedativos e neurolépticos, que diminuem a atividade cerebral;

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

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

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

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

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

A citologia oncótica do colo uterino deverá ser realizada e acompanhada de acordo com o protocolo da propeidêutica do colo. Nas pacientes menopausadas, com resultado de Ascus e Apgus, o médico da equipe deverá prescrever estrogênio terapia vaginal por três semanas e repetir a citologia oncótica para comprovação diagnóstica, uma vez que a atrofia tecidual pode levar a esses diagnósticos.

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

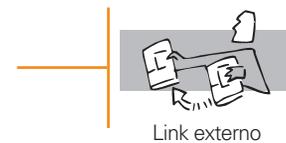
- Mamografia de rastreamento, para pacientes assintomáticas entre 50 e 69 anos. Deve ser solicitada anualmente (no máximo até dois anos) ou em qualquer caso de anormalidade no exame das mamas e para as candidatas à terapia de reposição hormonal;
- dosagem de colesterol total e fracionado;
- dosagem de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

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

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

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

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



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

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

Assim, a inspeção da cavidade bucal deve fazer parte da avaliação do estado de saúde pelos profissionais da equipe de Saúde da Família, o que

implica ser capaz de identificar as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento para que as usuárias possam ser orientadas quanto à importância da prevenção e de ter hábitos de higiene bucal (BRASIL, 2008g).

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

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

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

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

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

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

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

Dificuldade relacionada à alimentação, fala e queixas de dor podem ser sinais e sintomas importantes de que alguma alteração bucal está ocorrendo (BRASIL, 2008 g). Por isso, as mulheres nessa faixa etária devem

ter acesso à reabilitação bucal por meio de restaurações diretas e a todos os tipos de próteses que são importantes no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar e a autoestima (BRASIL, 2008g).

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

Atenção!

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



Seção 6

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

As desigualdades sociais, econômicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, comuns a essas sociedades e culturas, são fatores da violência de gênero (BRASIL, 2005d).

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

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

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

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

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

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

O serviço público de saúde, ainda que timidamente, vem acumulando alguma experiência para tratar desse problema. A saúde precisa agregar-se aos vários segmentos da sociedade civil no sentido de que sejam construídas políticas públicas destinadas a prevenir e erradicar a violência e a promover a igualdade quanto ao gênero.

Esperamos que ao final desta seção você seja capaz de identificar as ferramentas necessárias para a organização de um serviço acolhedor à mulher vítima de violência que, além de oferecer esclarecimentos e apoio emocional, garanta encaminhamentos adequados para a prevenção de doenças e de gravidez indesejada, de forma ética e respeitosa.

Parte 1

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

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

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

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

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

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

Como você já deve ter observado, a violência contra a mulher é um problema bastante complexo e difícil de ser abordado. Seu enfrentamento requer a implementação de políticas públicas intersetoriais que tenham a perspectiva de gênero em seus fundamentos. Em 1998, a área técnica de saúde da mulher e a coordenação nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde estabeleceram um protocolo para abordagem e conduta frente aos agravos resultantes da violência sexual contra a mulher. Esse protocolo foi publicado nas normas técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos

Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2005d). De acordo com ele, no desenvolvimento dessa ação é importante que a equipe de Saúde da Família esteja preparada para:

- Identificar as situações de violência e acolher as vítimas;
- garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento;
- prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima;
- incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritário na unidade básica de saúde;
- incluir o tema violência nas ações educativas da unidade;
- registrar informações colhidas sobre o fato: quando, onde, como e, se informado, quem foi o agressor;
- identificar rede de apoio (social e familiar) à mulher;
- informar e encaminhar a vítima e o agressor para aos programas de atendimento de saúde mental;
- informar e encaminhar a vítima para os serviços de apoio social e jurídico, se necessário;
- informar e orientar a vítima para que registre a ocorrência na Delegacia de Mulheres;
- agendar retorno e/ou visita domiciliar para continuidade do atendimento (BRASIL, 2005d).

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

- a) Abuso sexual;
- b) lesões graves e/ou extensas;
- c) queimaduras de mais gravidade;
- d) traumatismos cranianos e fraturas;
- e) suspeita de lesão de órgãos internos;
- f) estado de choque emocional (BRASIL, 2005d).

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

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

Para refletir...

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

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

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

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

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

- Para sífilis: penicilina benzatina 2.400.000 U IM;
- outras doenças sexualmente transmissíveis: azitromicina 1 g VO dose única associada à cefixima 400 mg VO, dose única;
- vacinação anti-hepatite B também é preconizada;
- quimioprofilaxia para o HIV.

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

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

- Autorização da grávida ou de seu representante legal, com documento de próprio punho, com duas testemunhas que não sejam funcionários do hospital;
- cópia do boletim de ocorrência policial;
- registro em prontuário;
- informação à grávida de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente se as informações no boletim forem falsas;
- se houver, são recomendados: cópia do registro de atendimento médico à época da violência e cópia do laudo do Instituto de Medicina Legal (BRASIL, 2005d).

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

Leia mais sobre o atendimento à mulher vítima de violência sexual:

- “Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas” (NARVAZ; KOLLER, 2006).
- “Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas” (BEDONE; FAÚNDES, 2007).



Leitura complementar

- “Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica” (BRASIL, 2005d).
- “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde (BRASIL, 2005f).

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

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



Web

Atividade 8

Leia a **Lei 11.340/2006 de 07/08/2006 (BRASIL, 2006h)** – Lei “Maria da Penha”, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e a **Lei 10.778, de 24 de 23/11/2003 (BRASIL, 2003)**, que estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Reflita sobre a possibilidade de implantar atividades de saúde juntamente com outras instituições sociais de seu município, no sentido de promover e proteger a saúde das mulheres que se encontram em situação de violência.

Vamos discutir no fórum.

Conclusão do módulo

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

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

Discutimos no módulo os principais aspectos necessários para garantir o acesso das mulheres aos direitos sexuais e reprodutivos. Foram abordadas, também, as bases para a construção de protocolos de cuidados às mulheres durante a gestação e puerpério, na prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino e no climatério. Para finalizar, foram apontadas as condições mínimas para o atendimento, pela equipe de Saúde da Família, à mulher vítima de violência.

Esperamos que as reflexões individuais e coletivas e conhecimentos adquiridos neste percurso tenham contribuído para a sua prática profissional e a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população, em especial às mulheres. E que a questão da saúde da mulher seja compreendida como parte da construção de um mundo fraterno e solidário.

Referências

Leitura obrigatória

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: 2003.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: 2006.

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

Leitura recomendada

ANDREA, C. E. et al. Citologia do derrame papilar. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 42, n. 5, p. 333-7, 2006.

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 465-9, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em planejamento familiar*: manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*: norma técnica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. d

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)*. Brasília: Ministérios da Saúde, 2005. e

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Sistema de informação do câncer do colo do útero - SISCOLO*. Rio de Janeiro: Inca, 2005. f

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do hiv e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. e

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Inca, 2006.g

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. h

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais. Brasília: Ministério da Saúde 2006. i

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Mamografia: da prática ao controle*. Rio de Janeiro: Inca, 2007. b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regula o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. c

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. e

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 779 de 31 de dezembro de 2008. Define o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), altera a tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais - OPM do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. f

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. g

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

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

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

NESCON. Módulo saúde da mulher. Belo Horizonte: Nescon, 2000. Curso de Especialização BH Vida. (mimeografado).

Outras referências

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

ANDRADE, C. J. M. *As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero* (Tese) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

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

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: 1986. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=107318>>. Acesso em: 26 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. a

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. *Perfil das mulheres responsáveis pelo domicílio no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministérios da Saúde, 2005. b

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação

de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. *Síntese de indicadores sociais 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. d

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais*. Rio de Janeiro: Inca, 2006. f

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2007. a

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira - 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. c

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 779 de 31 de dezembro de 2008. Implanta o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Brasília: Ministério da Saúde, 2008. d

CHAIMOWICZ, F. et al . *Saúde do idoso*. Belo Horizonte: Nescon/ Coopmed, 2009.

COELHO, S. *As práticas de enfermagem em saúde da mulher, em Minas Gerais: um olhar de gênero* (Tese) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

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

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

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

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.7, n. 4, p. 449-60, 2004.

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

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

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

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

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

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, v. 26, n.7, p. 517-25, 2004.

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

YANNOULAS, S. C. *Políticas públicas e relações de gênero no mercado de trabalho*. Brasília: CFEMEA, 2002.

Apêndice A - Protocolo de consulta de pré-natal

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

1. Anamnese

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

- **Identificação:** nome, idade, naturalidade, endereço, tipo de união conjugal, profissão, religião.
- **Dados socioeconômicos:** escolaridade, ocupação, condições de moradia, migração recente, ocupação do cônjuge.
- **Antecedentes pessoais:** diabetes, hipertensão, tuberculose, outras doenças, transfusões sanguíneas, cirurgias, alergias a medicamentos, vacinação (rubéola, hepatite e antitetânica), peso anterior à gestação, internações.
- **Condições e hábitos de vida:** uso de medicamentos/drogas ilícitos, hábitos alimentares, consumo de álcool, tabagismo.
- **Antecedentes ginecológicos:** idade da menarca, ciclos menstruais, uso de métodos contraceptivos, infertilidade, DST, número de parceiros sexuais, doenças da mama, cirurgias ginecológicas.
- **Antecedentes obstétricos:** número de gestações, partos, cesarianas, abortos, nascidos vivos e mortos, filhos vivos, falecidos, idade dos filhos no momento do óbito, intervalo interpartal, peso

dos filhos, prematuros, aleitamento, complicações puerperais, data da última menstruação.

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

2. Exame físico

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

e planejamento do tratamento a ser realizado. Nessa consulta serão instituídas também as ações para a higiene bucal, como esclarecimento sobre a placa bacteriana, doença cárie dental devido ao consumo de açúcar e sangramentos devido à gengivite, bem como os sinais e sintomas da doença periodontal. Nesse momento deverá ser reforçada a importância da escovação dentária eficiente e o uso de dentífrico e do fio dental na prevenção e tratamento da cárie e da doença periodontal.

- **Exame do tórax:** realizar as ausculta cardíaca e respiratória. Na avaliação das mamas, é importante fazer a inspeção dos mamilos (protuso, invertido, ou semiplano). Esta é uma oportunidade para identificar o conhecimento que a usuária já possui em relação à amamentação, suas facilidades e dificuldades quanto ao manejo do aleitamento materno. As reuniões de grupo podem propiciar trocas de experiências, conhecimento de crenças e atitudes que contribuem ou dificultam para a promoção do aleitamento.
- **Palpação obstétrica e a medida da altura uterina:** ambas são fundamentais para identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional e para verificar a situação e a apresentação fetal. A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina e inicia-se com a delimitação do fundo uterino e de todo o contorno da superfície uterina (primeira manobra de Leopold). A realização dessa manobra (Figura 1) diminui o risco de erros na hora da medida da altura uterina.

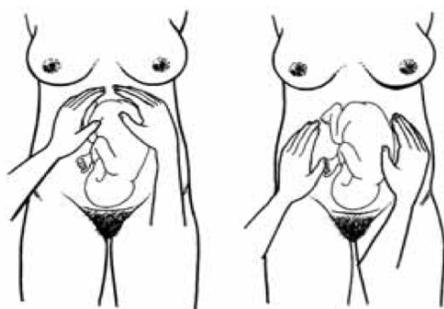


Figura 1 – primeira manobra de Leopold

Fonte: Brasil (2005b).

A palpação obstétrica facilita a identificação da situação e da apresentação fetal, por meio da identificação dos polos cefálico, pélvico e o dorsal, que podem ser facilmente identificados a partir do terceiro trimestre de gravidez. O feto pode estar em situação longitudinal ou transversa, como pode ser observado na Figura 2.

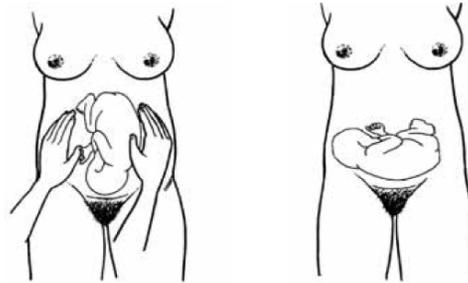


Figura 2 – segunda manobra de Leopold: posições fetais longitudinal e transversa

Fonte: Brasil (2005b).

A apresentação fetal pode ser céfálica ou pélvica, como pode ser observado na Figura 3, a seguir.



Figura 3 - apresentações fetais céfálica e pélvica

Fonte: Brasil (2005b).

No cartão de pré-natal existe um gráfico para se avaliar o crescimento uterino, que é obtido a partir da medida da altura uterina (em centímetros) em relação à idade gestacional (em semanas). Medidas entre os percentis 10 e 90 estão dentro da normalidade. A causa mais frequente de diferença entre a medida aferida e a esperada é o erro no cálculo da idade gestacional estimada. Outras causas de peso acima do esperado são mola hidatiforme, polidrâmnio, macrossomia fetal e gestação múltipla. Causas de peso abaixo do esperado são: aborto retido, feto morto, oligidrâmnio e restrição do crescimento intra-uterino. É frequente, também, ocorrer erros de medida da altura uterina devido à falta de padronização entre os profissionais que avaliam a gestante, sobre como realizá-la. Para que não se verifiquem valores muito discrepantes, é importante que a medida

seja feita a partir da porção superior da sínfise púbica até o fundo uterino, como pode ser observado na Figura 4, a seguir.

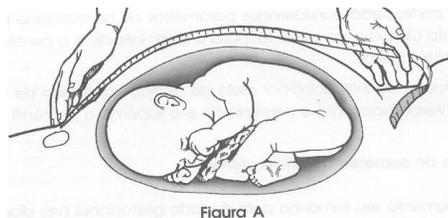


Figura 4 – demonstração da forma de aferir a altura uterina

Fonte: Brasil (2005b).

- **Ausulta dos batimentos cardíofetais (BCF):** o BCF é audível a partir de 12 semanas, se for utilizado o detector de batimentos cardíofetais, ou 14 semanas, se for utilizado o estetoscópio de Pinard. A frequência normal é entre 120 e 160 batimentos/minuto. Pode haver taquicardia ou bradicardia fetal em caso de febre, uso de medicamentos ou sofrimento fetal (reavaliar com decúbito lateral). As acelerações transitórias demonstram boa vitalidade e as desacelerações são sempre sinal de alerta.
- **Dinâmica uterina:** é a detecção de contrações uterinas com base na sensação tátil de endurecimento da musculatura uterina e seu posterior relaxamento, estabelecidas de acordo com a duração (em segundos) em determinado intervalo de tempo (em minutos).
- **Exame da genitália externa:** inspeção da vulva com observação da pele, pelos e vasculatura.
- **Exame especular:** avaliação das paredes vaginais e colo uterino, resíduo vaginal, coleta de material para exame colpocitológico, teste de Schiller. Embora não seja causa de abortamento, evita-se a utilização da coleta com escovinha durante este período. É importante que a gestante esteja ciente de que nenhum desses procedimentos pode ser causa de abortamento ou outros resultados negativos na gestação.
- **Toque vaginal:** deverá ser realizado na primeira consulta de pré-natal e sempre que necessário. O toque é importante na palpação bimanual de útero e anexos, para diagnosticar o apagamento e dilatação cervical no diagnóstico de trabalho de parto. Ela contribui, ainda, na avaliação sobre a apresentação fetal. Não deve ser realizado em casos de amniorrexe em gravidez pré-termo para não

aumentar o risco de infecção (nestes casos pode-se fazer o exame especular antes do encaminhamento para a Maternidade). Avaliar características do colo uterino (posição, apagamento, dilatação), avaliação do tamanho uterino e dos anexos (primeiro trimestre).

- **Exame dos membros inferiores:** pesquisa de edema e varizes.

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

Apêndice B - Exames complementares na assistência pré-natal

1. Tipagem sanguínea

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

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

Sempre que você se deparar com uma gestante com fator Rh negativo, solicite o Coombs indireto. Se este for negativo, repita-o mensalmente, principalmente após 24 semanas de gestação. Se o Coombs indireto for positivo, referencie a gestante para o pré-natal de alto risco.

Se possível, determinar o Rh do pai.

A prevenção de isoimunização deve ser feita a partir da administração de imunoglobulina anti-Rh até 72 horas pós-parto, nos casos de recém-nascido Rh positivo e Coombs direto negativo (300 mg IM). Ganha-se em efetividade com a administração rotineira também na 28ª semana de gestação e em casos de sangramentos ou procedimentos invasivos durante a gravidez.

2. Hemograma

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

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

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

Tratamento da anemia

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

- **HB entre 8 e 11 g/dL**

Volume corpuscular médio (VCM) > 80): avaliar parasitoses e prescrever Ferro (120 a 240 mg por dia). Repetir eritrograma entre 30 e 60 dias e, se ainda persistir a anemia, pesquisar causas ou referenciar para PNAR. Caso a hemoglobina tenha se corrigido (>11 g/dL), mantenha 40 mg de ferro/dia até o puerpério.

- **VCM entre 80 e 95**

Se houver história prévia de anemia ou pesquisa de drepanócitos positiva, você deve solicitar eletroforese de hemoglobina ou referir para pré-natal de alto risco. Nos demais casos, tratar como ferropriva.

- **VCM < 95**

Você deve prescrever ácido fólico 1 a 5 mg por dia e repetir eritrograma entre 30 e 60 dias; se ainda persistir a anemia macrocítica, pesquisar causas ou referenciar para pré-natal de alto risco (PNAR). Caso a hemoglobina tenha se corrigido (>11 g/dL), mantenha o ácido fólico até o puerpério.

3. VDRL

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

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

4. Pesquisa de HbsAg

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

5. Rastreamento de diabetes gestacional

O diabetes *mellitus*, caracterizado por defeitos na secreção e/ou na ação da insulina, com conseqüentes alterações metabólicas, pode trazer repercussões desfavoráveis tanto maternas quanto fetais. O diabetes *mellitus* é classificado de acordo com a Associação Americana de Diabetes (ADA, 2002) da seguinte maneira:

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

O Quadro 1, a seguir, pretende auxiliá-lo na conduta laboratorial para rastreamento do diabetes *mellitus*. Existem diversos protocolos e o apresentado no Quadro 1 é o proposto pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Rastreamento de diabetes gestacional

Rastreamento de Diabetes Gestacional	
Glicemia de jejum > 110 mg/dL	Repetir imediatamente em jejum
Glicemia de jejum < 90 mg/dL	Glicemia de jejum entre 24-28 semanas
Glicemia de jejum entre 90 e 110 mg/dL	Glicemia 2 horas após 75 g de dextrosol entre 24 e 28 semanas

No Quadro 2 constam os valores de referência para diagnóstico de diabetes *mellitus* gestacional. A intolerância à glicose (glicemia de jejum entre 110 e 140 mg/dL e duas horas após 75g de dextrosol entre 140 e 200 mg/dL) também está incluída como critério para referenciamento para o pré-natal de alto risco

Quadro 2 – diagnóstico de diabetes gestacional

Diagnóstico de diabetes gestacional

Glicemia de jejum superior a 110 mg/dL em 2 dosagens

Glicemia após 75 g de dextrosol > 140 mg/DL

Referenciar para o pré-natal de alto risco

6. Pesquisa de toxoplasmose

A toxoplasmose aguda na gestação apresenta risco de infecção fetal crescente em relação à idade gestacional, podendo chegar a 90% no terceiro trimestre. A gravidade de acometimento fetal, ao contrário, é inversamente proporcional à idade gestacional. Sendo geralmente assintomática e passível de tratamento, recomenda-se o rastreamento durante todo o pré-natal. O Quadro 3 apresenta os possíveis resultados de sorologia para toxoplasmose.

Quadro 3 – interpretação dos exames complementares para detecção de toxoplasmose.

Interpretação dos exames complementares para detecção de toxoplasmose



No Quadro 4, foi feita uma síntese para orientá-lo na conduta, de acordo com a sorologia para toxoplasmose. As gestantes susceptíveis (em torno de 54%) devem ser bem orientadas quanto a profilaxia (evitar contato com gatos, evitar comer carnes mal cozidas, lavar vegetais com água e sabão). Apesar da existência de falsos positivos, caso não seja possível o esclarecimento diagnóstico (IgA positiva), considere infecção aguda todos os casos de IgG negativa e IgM positiva, referenciando-os para o pré-natal de alto risco.

Quadro 4 – sorologia para toxoplasmose

SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

Imunidade: acompanhamento habitual

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

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

Infecção aguda: iniciar espiramicina 3 g/ dia e **REFERIR PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

Se você se deparar com resultado de sorologia para toxoplasmose mostrando IgG e IgM positivas, poderá estar diante de uma gestante com infecção recente ou que já tenha imunidade, mas manteve IgM residual. Para gestantes no primeiro trimestre, a melhor opção é o teste de avidéz da IgG, que vai revelar se a infecção aguda ocorreu na gravidez (baixa avidéz) ou se antes da gestação (alta avidéz), não havendo, neste último caso, risco de infecção fetal. Veja o esquema no Quadro 5.

Quadro 5 – teste de avidez para toxoplasmose**TESTE DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE**

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

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

Valores de referência

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

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

ISBN 978-85-7825-023-2



9 788578 250232

Apoio



Ministério da Educação



Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde



Realização



CENTRO DE APOIO À EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA UFMG

