

SÉRIE DE ESTUDO DIRIGIDO

caderno temático

Saúde da Mulher



Ciclo Saúde

Contribuindo para Fortalecimento
da Atenção Básica.

Tema: Saúde da Mulher

O tema “saúde da mulher” faz parte da Série de Estudos Dirigidos do Ciclo Saúde, que tem como propósito destacar conteúdos estratégicos para a Atenção Básica, favorecendo o conhecimento e a reflexão sobre os principais conceitos e diretrizes presentes na literatura especializada, em sua maioria publicada pelo Ministério da Saúde, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde e demais interessados em suas práticas e processos de trabalho.

Este Guia de Estudo Dirigido contém um resumo de cada tema, a fim de orientar a leitura especializada de interesse dos integrantes do Projeto Ciclo Saúde, de modo particular e/ou selecionado pelos profissionais da sua categoria e/ou da sua equipe.

Cada tema estará acompanhado de uma Folha de Atividades em que, a partir de questões discursivas, reflexivas e/ou informativas, será estudado. Durante o preenchimento da Folha de Atividades, haverá a leitura coletiva por meio da consulta ao material de referência. Esta atividade será moderada por consultores do Ciclo Saúde e/ou você poderá ter acesso via Biblioteca Virtual do Ciclo Saúde.

Esperamos que este Guia de Estudo Dirigido favoreça a incorporação dos conteúdos e, ao mesmo tempo, motive e promova em você e na sua equipe o desejo de se aprimorar mais e mais!

Conte com o Ciclo Saúde!

Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade”. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.

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

Na área da saúde da mulher, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, organização dos territórios estaduais.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações: atenção às mulheres rurais; com deficiência; negras; indígenas; presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Mortalidade

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas.

Humanização e Qualidade

Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

- Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- Captação precoce e busca ativa das usuárias;
- Disponibilidade de recursos tecnológicos;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde;
- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Acolhimento amigável em todos os níveis da assistência;
- Disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

Principais Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executados nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de

relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, entre outros fatores. O atendimento deverá ser norteado pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;
- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao aborto em condições inseguras para mulheres e adolescentes;
- Promover a atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;
- Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
- Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
- Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;

- Promover a atenção à saúde da mulher negra;
- Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade,;
- Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação prisional, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população;
- Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

Precariedade da Atenção Obstétrica

Desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial (AIH), registra-se uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal, especialmente a partir de 1997. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, essa razão era de 4,4 consultas de pré-natal para cada parto.

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos, no SUS (PN-DST/AIDS, 2002), pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2ª dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do Programa.

Os indicadores do SISPRENATAL (2002) demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa e que apenas 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

Dez passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação.

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”.

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal.

6º PASSO: É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado antes (realização de consultas, exames e ter acesso a informações), durante e depois da gestação: “pré-natal do (a) parceiro(a)”.

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.

9º PASSO: Toda gestante tem direito a conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal;

Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco.

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves, incluindo asma brônquica;
- Nefropatias graves como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados;
- Endocrinopatias, especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo;
- Doenças hematológicas, inclusive doença falciforme e talassemia;
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas como epilepsia;
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico e outras colagenoses;
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;

- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Promover a atenção à saúde da mulher negra;
- Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.;
- Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação prisional, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população;
- Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino.;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;

- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória). Observação: é necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica;
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30- 60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal.

A assistência ao parto no Brasil não é homogênea. A maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas, em muitas regiões do País, especialmente nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares mais distantes, a única opção que existe para a mulher é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais. Deve-se ressaltar que o parto domiciliar, em alguns casos, é uma opção da mulher.

As parteiras tradicionais enfrentam inúmeras dificuldades na realização do seu trabalho. Em geral, atuam de forma isolada, sem contar com o apoio dos serviços de saúde. A maioria não recebeu nenhuma capacitação, tendo aprendido a fazer partos com outras parteiras ou sozinhas, levadas pela necessidade de ajudar as mulheres de sua comunidade. Elas não dispõem de materiais básicos para assistência ao parto

e ganham pouco ou quase nada pelo seu trabalho.

Como consequência desse isolamento, a maioria dos partos domiciliares ocorre em condições precárias e não são notificados aos sistemas de informação em saúde. Tampouco se tem um registro preciso do número de parteiras atuantes no Brasil.

Deve-se destacar que na zona rural as mulheres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Segundo a PNDS de 1996, no meio rural:

- 32% das gestantes não tiveram nenhum atendimento pré-natal;
- O acesso ao parto hospitalar foi menor, sobretudo entre as mulheres com nenhum ou poucos anos de estudo e entre aquelas que não tiveram assistência pré-natal;
- A taxa de mortalidade infantil entre os filhos das mulheres que não tiveram nenhuma assistência ao pré-natal e ao parto nas áreas urbanas foi de 42 por mil nascidos vivos e na rural chegou a 65 por mil nascidos vivos.

Abortamento em condições de risco

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente.

O aborto realizado em condições de risco frequentemente é acompanhado de complicações severas, agravadas pelo desconhecimento desses sinais pela maioria das mulheres e da demora em procurar os serviços de saúde, que na sua maioria não está capacitado para esse tipo de atendimento.

As complicações imediatas mais frequentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade.

O aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é motivo de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Violência que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Pela representação simbólica da maternidade, como essência da condição idealizada do ser mulher e da realização feminina, o aborto pode sugerir uma recusa da maternidade e por isso pode ser recebido com muitas restrições por parte dos profissionais de saúde.

O atendimento às mulheres em processo de abortamento no SUS apresenta uma tendência de estabilização na última década, possível consequência do aumento de mulheres usando métodos anticoncepcionais e da elevada prevalência de laqueadura tubária, especialmente nos estados do Nordeste e Centro-Oeste.

Precariedade da assistência em anticoncepção

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, observa-se a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%, respectivamente). A prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias.

A pouca expressividade de outros métodos anticoncepcionais, apontada nessa pesquisa (métodos hormonais injetáveis 1,2%, camisinha 4,4%, esterilização masculina 2,6%, DIU 1,1%, métodos naturais e outros 6,6%), e a ausência de citação do diafragma indicam o limitado acesso das mulheres às informações sobre o leque de opções para regular a fecundidade e aos métodos anticoncepcionais.

Ainda segundo a referida pesquisa, 43% de usuárias de método anticoncepcionais interrompem o uso durante os 12 meses após a sua adoção, e nos cinco anos que antecederam o estudo, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados. Essa situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e conseqüentemente para o aumento do risco de morte por essa causa.

Além disso, problemas culturais e informações distorcidas sobre contracepção de emergência constituem barreiras para sua aceitação e uso adequado. Apesar de estar definido na NOAS-SUS 2001 que as ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher, muitos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias adequadas de fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias.

Identificam-se ainda problemas na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição dos insumos, manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais e capacitação de gestores, de gerentes e de profissionais de saúde. Isso tem resultado numa atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais.

Poucos serviços oferecem atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. A gravidez na adolescência vem sendo motivo de discussões controversas. Enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. Esse aumento se verifica mais nas regiões mais pobres, áreas rurais e na população com menor escolaridade.

A análise mais aprofundada da questão da gravidez na adolescência é uma tarefa urgente a ser realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher e pela Área Técnica de Saúde do Adolescente e outras áreas afins, para que se possa dispor de políticas mais adequadas para essa faixa etária.

Acrescente-se a todas essas questões o fato de que ainda existe uma desarticulação entre ações de anticoncepção e de prevenção de DST/HIV/AIDS, agravos que vêm apresentando uma tendência de crescimento entre as mulheres e jovens.

As principais Doenças Femininas

O câncer de útero

No Brasil, o câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

Estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras.

O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade.

O câncer do colo do útero é fácil prevenir

Nenhuma mulher deveria morrer de câncer do colo do útero porque esse é um câncer fácil de prevenir e de curar. Se o câncer for percebido bem no começo, a mulher tem 100% de chance de cura.

Muito antes do câncer aparecer, o exame citopatológico (ou 'preventivo') revela se o colo da mulher tem certas condições que podem levar ao câncer. Se essas condições pré cancerígenas forem tratadas, a doença pode ser evitada.

O câncer do colo do útero é um tumor que cresce devagar e pode ser percebido bem no começo, muito antes de aparecerem sinais ou sintomas. Da ferida ou inflamação inicial até o câncer localizado, podem decorrer de dois a dez anos. Enquanto está somente no colo o câncer é curável em 85% dos casos.

Esse é o tipo de câncer que mais aparece no aparelho genital das mulheres. Os cânceres de ovário, trompas, endométrio (parede interna do útero) e vagina são mais raros.

Como prevenir o câncer do colo do útero?

Fazer todo ano uma consulta ginecológica e o exame citopatológico;

Tratar feridas e infecções do colo produzidas por situações de aborto, parto e doenças sexualmente transmissíveis;

Fazer consulta se perceber qualquer problema ginecológico;

Usar camisinha para se proteger de doenças sexualmente transmissíveis.

Como prevenir o câncer do colo do útero?

Fazer todo ano uma consulta ginecológica e o exame citopatológico;

Tratar feridas e infecções do colo produzidas por situações de aborto, parto e doenças sexualmente transmissíveis;

Fazer consulta se perceber qualquer problema ginecológico;

Usar camisinha para se proteger de doenças sexualmente transmissíveis.

Sinais do câncer de colo do útero:

- Corrimento parecido com água de lavagem de carne;
- Sangramento fora do normal, principalmente depois da menopausa;
- Dor e sangramento nas relações sexuais;
- Dor na parte mais baixa da barriga;
- Mau cheiro.

A equipe que conhece sua população consegue identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária e identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Uma estratégia fundamental nesse sentido é a prevenção, pois ajudam não só a aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como reforçam o reconhecimento dos sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias.

É nesse sentido que a realização do exame citopatológico deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos, e a solicitação da mamografia deve ser realizada pelo profissional da unidade, durante a consulta ou em estratégias de busca ativa de mulheres, através da visita domiciliar.

Com o resultado em mão cabe ao profissional tomar as medidas necessárias para o benefício da paciente, o que envolve desde o encaminhamento qualificado a outro serviço, passando pelo acompanhamento da mulher até verificação da adesão ao tratamento. Como a Atenção Básica é a coordenadora do cuidado, ela deve acompanhar as usuárias durante todo o tratamento, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo, mesmo em cuidados paliativos.

São recomendações do Ministério da Saúde:

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico;
- O intervalo entre os exames deve ser de três anos, com intervalo anual após dois exames negativos;

- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual;
- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos;
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos;
- Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Situações que merecem atenção especial:

Gestantes têm o mesmo risco que não-gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. O achado destas lesões durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreamento durante o pré-natal.

Embora mulheres no climatério devam ser rastreadas como as demais mulheres, as que já se encontram no período da menopausa pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo, que podem gerar ansiedade e procedimentos diagnósticos desnecessários.

No caso de mulheres sem colo do útero submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, mas nos casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

Considerando os conhecimentos atuais em relação ao papel do HPV na carcinogênese do câncer do colo uterino e que a infecção viral ocorre por transmissão sexual, o risco de mulheres sem história de atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível.

Dentre as orientações para realização do citopatológico podemos citar:

A utilização de lubrificantes, espermicidas, medicamentos vaginais ou a realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, que deve ser evitada por 48 horas antes da coleta por ser e conter substâncias que recobrem elementos celulares e dificultam a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico.

Quanto a nomenclatura dos exames citopatológicos utilizada no Brasil, esta é baseada no Sistema Bethesda, que as denomina como: lesões cervicais escamosas e suas equivalências.

O modelo assistencial deve estar organizado de modo a permitir articulação dos recursos nos diferentes níveis de atenção, e assim garantir o acesso aos serviços e ao cuidado integral. As mulheres devem ser olhadas como um sujeito singular, com sua história de vida, sua condição sociocultural, seus anseios e suas expectativas. A abordagem para essas pessoas com o diagnóstico da doença deve ser acolhedor nas diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial), objetivando o controle do câncer com preservação da qualidade de vida.

Quando pensado em linhas de cuidado, com intuito de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, devem estar envolvidas intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, envolvendo diferentes níveis de atenção à saúde.

Câncer de Mama

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo mais incidente na população feminina e o país ainda apresenta falhas na abordagem dessa importante morbidade. Muitas vezes, seu diagnóstico e tratamento não são realizados em tempo oportuno, gerando menor sobrevivência (em cinco anos) das pessoas diagnosticadas, em comparação com países desenvolvidos (50%-60% contra 85%).

No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos.

São considerados fatores de risco para câncer de mama: envelhecimento (idade > 50 anos), fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos), história pregressa ou familiar de câncer de mama, uso de álcool, tabaco (o tabaco é um fator com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos, mas merece atenção), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).

Diagnóstico precoce

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. Destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

Na década de 1950, nos Estados Unidos, o autoexame das mamas surgiu como estratégia para diminuir o diagnóstico de tumores de mama em fase avançada. Ao final da década de 1990, ensaios clínicos mostraram que o autoexame das mamas não reduzia a mortalidade pelo câncer de mama. A partir de então, diversos países passaram a adotar a estratégia de breast awareness, que significa estar alerta para a saúde das mamas.

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e busca orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama.

A orientação é que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados da autopalpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a essa demanda estimulada. Prioridade na marcação de exames deve ser dada às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração

suspeita na mama.

Essa estratégia mostrou ser mais efetiva do que o autoexame das mamas, isto é, a maior parte das mulheres com câncer de mama identificou o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame (aproximadamente 65% das mulheres identificam o câncer de mama casualmente e 35% por meio do autoexame mensal).

A estratégia do diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos de apresentação avançada do câncer de mama.

Rastreamento

O rastreamento do câncer de mama é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; os resultados falso-negativos, que resultam em falsa tranquilidade para a mulher; o sobrediagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente (diagnosticados e tratados sem que representem uma ameaça à vida); e, em menor grau, o risco da exposição à radiação ionizante, se frequente ou sem controle de qualidade.

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres na faixa etária alvo que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e menores custos.

No Brasil, a mamografia é o método preconizado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama.

A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. A mamografia nessa faixa etária e a periodicidade bienal são rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseiam-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo e no balanço favorável entre riscos e benefícios. Em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento com mamografia é desfavorável.

Aproximadamente 5% dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com alto risco para desenvolvimento dessa neoplasia. Ainda não existem ensaios clínicos que tenham identificado estratégias de rastreamento diferenciadas e eficazes para redução de mortalidade neste subgrupo. Portanto, recomenda-se acompanhamento clínico individualizado para essas mulheres.

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para realizar o diagnóstico diferencial e definitivo do câncer e determinar sua extensão (estadiamento), tratar (cirurgia, radioterapia, oncologia clínica e cuidados paliativos), acompanhar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.

Na Atenção Básica, as ações para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama são diversas e vão desde cadastro e identificação da população prioritária até o acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos.

Climatério e Menopausa

O climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida.

A menopausa, marco do período climatérico, é a interrupção permanente da menstruação e o diagnóstico é feito de forma retroativa, após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. A menopausa pode ocorrer de forma precoce, antes dos 40 anos, a chamada falência ovariana precoce. Nestes casos, precisam ser descartadas algumas condições clínicas de manejo na Atenção Básica (como a gravidez) e as mulheres devem ser encaminhadas para investigação no serviço de referência. A confirmação do climatério e da menopausa é eminentemente clínica, sendo desnecessárias dosagens hormonais.

Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes. As principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde são:

Manifestações transitórias

Menstruais: o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração.

Neurogênicas: ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga.

Psicogênicas: diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.

Atenção: *tais queixas, assim como a diminuição do desejo sexual, rejeição do parceiro e outras relacionadas à sexualidade são comuns nesse período, não devendo ser entendidas e abordadas apenas como decorrentes das mudanças biológicas (hormonais) no período do climatério; deve-se realizar abordagem ampliada da mulher, sua família e rede social, abordando aspectos biopsicossociais.*

Alterações não transitórias

Urogenitais: mucosa mais delgada, propiciando prolapso genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.

Metabolismo lipídico: a mudança dos níveis de estrogênio na pós-menopausa é considerada como fator relevante na etiopatogenia da doença cardiovascular e das doenças cerebrovasculares isquêmicas; é comum

haver aumento das frações LDL e TG e redução da HDL.

Metabolismo ósseo: há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades. As mudanças na massa e arquitetura ósseas costumam ser mais evidentes nas regiões da coluna e do colo do fêmur.

Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal: tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide).

Atenção: *com a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, essa manifestação é reduzida.*

Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual e/ou Doméstica/Intrafamiliar

A violência contra a mulher pode ser definida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. Considera-se como violência sexual qualquer forma de atividade sexual não consentida.

A violência doméstica/intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não o único espaço social em que acontece. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e/ou psicológica, assim como a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental – ainda que sem laços de consanguinidade – e em relação de poder à outra. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados, pessoas que convivem esporadicamente e agregados.

No contexto nacional, desde 2011, vigoram o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.

Do pacto, destacam-se duas leis:

- i) A Lei nº 10.778/2003 que estabelece a notificação compulsória em território nacional dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados; e
- ii) A Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que define a violência “doméstica e familiar contra a mulher” como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. A Lei Maria da Penha prevê medidas penais para a contenção da violência e dimensionamento do fenômeno.

A notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada pela Portaria nº 104/2011. Em 2014, essa portaria foi substituída pela Portaria nº 1.271, que estabeleceu também a notificação imediata dos casos de violência sexual em âmbito municipal. Uma das maneiras de se coibir a violência é tirá-la do silêncio.

Entre as mais importantes políticas públicas destacadas pelo movimento feminista brasileiro está a criação das Delegacias Especiais das Mulheres.

Referência Bibliográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Saúde da Mulher. Paula Trindade Garcia (Org.). São Luís, 2013.

Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/>. Acesso em 04/07/2016.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Parceria técnica



Estácio

Iniciativa

FUNDAÇÃO VALE

