

03

PROMOÇÃO EM SAÚDE DA  
MULHER: AÇÕES ESPECÍFICAS  
PARA RASTREAMENTO E  
IDENTIFICAÇÃO DE DOENÇAS  
E AGRAVOS

# curso de especialização em Atenção Básica em Saúde

## MÓDULO 11

### Saúde da Mulher

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes  
Regimarina Soares Reis



03

PROMOÇÃO EM SAÚDE DA  
MULHER: AÇÕES ESPECÍFICAS  
PARA RASTREAMENTO E  
IDENTIFICAÇÃO DE DOENÇAS  
E AGRAVOS

curso de especialização em

# Atenção Básica em Saúde

## MÓDULO 11

Saúde da Mulher

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes

Regimarina Soares Reis



## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

***Reitora*** – Nair Portela Silva Coutinho

***Vice-Reitor*** – Fernando Carvalho Silva

***Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*** – Fernando de Carvalho Silva

### **COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA**

#### **COORDENAÇÃO GERAL**

***Ana Emilia Figueiredo de Oliveira***

#### **COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA**

***Regimarina Soares Reis***

#### **COORDENAÇÃO ADJUNTA**

***Rômulo Martins França***

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde

**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**

**Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS**

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

**NORMALIZAÇÃO**

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

**REVISÃO DE TEXTO**

Fábio Allex

**REVISÃO TÉCNICA**

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

**DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL**

José Henrique Coutinho Pinheiro

**ILUSTRAÇÕES**

Camila Santos de Castro e Lima

**Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA**

**Promoção em saúde da mulher: ações específicas para rastreamento  
e identificação de doenças e agravos/Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes;  
Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2017.**

**25 p.: il.**

**1. Saúde pública. 2. Saúde da mulher. 3. Atenção primária à saúde.  
4. UNA-SUS/UFMA. I. Fernandes, Ana Carolina Uruçu Rego. II. Reis,  
Regimarina Soares. III. Costa, Jéssica Mendes da. V. Título.**

**CDU 613.9-055.2**

# APRESENTAÇÃO

De acordo com a visão ampliada de saúde, na qual temos a participação de fatores diversos como alimentação, relações sociais e familiares, autoestima, meio ambiente e outros, é imprescindível considerarmos as diversas e específicas ações para o rastreamento e a identificação de doenças e agravos inerentes à saúde da mulher.

Deste modo, os nossos estudos na presente unidade serão voltados ao planejamento familiar, climatério e menopausa, ao rastreamento do câncer do colo do útero e mama, doenças sexualmente transmissíveis e violência contra a mulher. Conheceremos os métodos anticoncepcionais, as principais medidas de prevenção contra o câncer de mama, as fases do climatério, as medidas a serem tomadas em situações de suspeita ou confirmação de violência contra mulher e as medidas de prevenção de DSTs e HIV/AIDS.

Bons estudos!

# SUMÁRIO

		p.
1	PROMOÇÃO EM SAÚDE DA MULHER: AÇÕES ESPECÍFICAS PARA RASTREAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS.....	7
1.1	Planejamento familiar .....	7
2	CLIMATÉRIO E MENOPAUSA .....	12
3	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA .....	15
4	DSTs e HIV/AIDS .....	16
5	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER .....	18
	REFERÊNCIAS .....	22

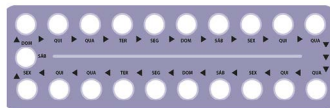
# UNIDADE 3

## 1 PROMOÇÃO EM SAÚDE DA MULHER: AÇÕES ESPECÍFICAS PARA RASTREAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS

O objetivo desta unidade é compreender ações específicas para rastreamento e identificação de doenças e agravos. Será discutido planejamento familiar, climatério e menopausa, o rastreamento do câncer do colo do útero e mama, DSTs, HIV/Aids e violência contra a mulher.

### 1.1 Planejamento familiar

O planejamento reprodutivo, ou familiar, designa um conjunto de ações de regulação de fecundidade que podem ajudar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos. As ações do planejamento são definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/1996 (BRASIL, 2011).



As ações de planejamento reprodutivo são voltadas prioritariamente para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos, baseando-se em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. E deve-se incluir e valorizar a participação masculina, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações considerando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

No Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar foi criada em 2007 e envolve oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos e também a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede "Farmácia Popular". Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), feita em 2013, 61,1% das mulheres brasileiras entre 18 e 49 anos usam métodos para evitar a gravidez (BRASIL, 2013b).

No que diz respeito à assistência à anticoncepção, as ações dos profissionais devem ser integradas e abranger aspectos integrais da assistência à mulher, desenvolvendo, fundamentalmente:

Figura 1 - Aspectos a serem considerados na anticoncepção.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>.

A OMS define os critérios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais que permitem escolher com segurança aqueles mais adequados para cada pessoa, conforme podemos observar nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Categorias da OMS para os critérios de elegibilidade de métodos contraceptivos.

CATEGORIA	AValiação Clínica	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável).	

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>.



Quadro 2 - Critérios de elegibilidade da OMS de contraceptivos por condição clínica.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade ≥ 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se ≤ 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; ≤ 15 cigarros/dia	3	3	1	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; > 15 cigarros/dia	4	4	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1
HAS com PAS>160 e PAD≥100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	3/4	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (≥ 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Legenda:

A – O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados acidentalmente durante a gravidez, MAS ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – O DIU de cobre é categoria 1 se: a) For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); b) For introduzido após quatro semanas do parto.

E – O DIU de cobre é categoria 3 se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

F – Categoria 4 para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é categoria 2, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras IST que não as listadas na letra.

Notas:

\* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

\*\* Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

\*\*\* Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácido valproico.

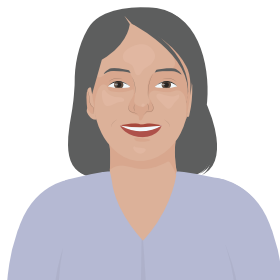
Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>.

É importante atentar para as ações de planejamento reprodutivo das mulheres lésbicas e bissexuais, pois o desejo ou o direito à maternidade precisa ser garantido, considerando que técnicas de reprodução assistida como a inseminação artificial e a fertilização in vitro estão disponíveis pelo SUS, independentemente do diagnóstico de infertilidade (BRASIL, 2016a).

Em relação à *assistência à 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. Todavia, o médico da equipe poderá proceder à propedêutica inicial e tratamento de casos menos complexos e orientar sobre os centros especializados.

## 2 CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

O climatério é definido pela OMS como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. É uma fase biológica e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar



a forma como ela vive o climatério. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência, e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2016a).

Pela história, múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa. A crença de que distúrbios do comportamento estavam relacionados com as manifestações do trato reprodutivo, embora muito antiga, persistiu em nossos tempos. Dados atuais têm mostrado que o aumento dos sintomas e problemas da mulher nesse período reflete circunstâncias sociais e pessoais e não somente eventos endócrinos do climatério e menopausa (SILVA; PAZ; SOUSA, 2013).

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 e assistência nos casos de infertilidade conjugal.

Os profissionais de saúde devem cuidar para que haja a maior efetividade possível. Os serviços de saúde precisam adotar estratégias que evitem a ocorrência de oportunidades perdidas de atenção às mulheres no climatério. Isto é, evitar 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.

De acordo com Brasil (2008), a Atenção Integral à Saúde da Mulher no climatério ofertada pela equipe deve atender e promover:

Quadro 3 - Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Atenção Humanizada e Ética
Respeitar aspectos psicossociais.
Considerar aspectos sobre a sexualidade (alterações orgânicas e resposta sexual).
Compreensão da fisiologia e manifestações clínicas a curto, médio e longo prazo.
Abordagem clínica apropriada (anamnese, exame físico, terapia hormonal e exames laboratoriais e complementares).
Práticas de promoção da saúde e medidas preventivas (alimentação e nutrição, prevenção do câncer, estímulo à atividade física, combate ao tabagismo e álcool, violência doméstica e sexual, saúde bucal, autocuidado, entre outras).

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

**Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno, n. 9). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)>.

Recomenda-se a abordagem humanizada dessas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras, uma vez que o diagnóstico do climatério é essencialmente clínico e a maior parte das manifestações pode e deve ser intervinda com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado (BRASIL, 2016a).

Veja no quadro 4 as principais queixas associadas ao climatério.

Quadro 4 - Queixas mais frequentes no climatério.

<p><b>Manifestações transitórias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Menstruais:</b> o intervalo entre as menstruações pode diminuir ou pode estar aumentado; as menstruações podem ser abundantes e com maior duração.</li> <li>• <b>Neurogênicas:</b> ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga.</li> <li>• <b>Psicogênicas:</b> diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.</li> </ul> <p><b>Atenção:</b> 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.</p>
<p><b>Alterações não transitórias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Urogenitais:</b> mucosa mais delgada, propiciando prolapso genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional.</li> <li>• <b>Metabolismo lipídico:</b> 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.</li> <li>• <b>Metabolismo ósseo:</b> 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.</li> <li>• <b>Ganho de peso e modificação no padrão de distribuição de gordura corporal:</b> tendência a acúmulo de gordura na região abdominal (padrão androide).</li> </ul> <p><b>Atenção:</b> a adoção de estilo de vida saudável, com prática regular de atividade física e alimentação adequada para as necessidades da pessoa, reduz essa manifestação.</p>

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>.

## PARA SABER MAIS!

Leia mais sobre as opções terapêuticas para as mulheres no climatério e menopausa no “Manual de atenção à mulher no climatério e menopausa” e na “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS” nos materiais abaixo:

- Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. 2008.
- Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2015.

## 3 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA

A estimativa do número de casos novos de câncer de colo do útero e mama esperado para o Brasil, em 2016, é apresentada abaixo (INCA, 2016).

**Câncer do colo do útero – 16.340 casos**

**Câncer de mama – 57.960 casos novos**

As ações da Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Perpassam desde o cadastro e identificação da população prioritária, até o acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos. As ações de prevenção são fundamentais para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames e para reforçar sinais e sintomas de alerta (BRASIL, 2013c).

A prevenção do câncer cervicouterino 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. Para isso, é fundamental: a coleta de *citologia oncológica*, atividade fundamental da ESF. As equipes devem cumprir as metas propostas pelo município e metas próprias de cobertura de realização do exame Papanicolau (BRASIL, 2013c).

Em relação ao combate ao câncer de mama, são essenciais para a ESF:

- Orientação para o autoexame das mamas.
- Oportunizar o exame clínico das mamas.
- Estabelecer a definição de critérios e fluxos para encaminhar a mamografia.
- Consulta com mastologista, quando conveniente.

### PARA SABER MAIS!

Leia o “Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, para conhecer detalhadamente a conduta da equipe multiprofissional na prevenção dos Cânceres do Colo do Útero e Mama na Atenção Básica.

## 4 DSTs e HIV/AIDS

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) estão entre os problemas de saúde pública mais frequentes, sendo atualmente consideradas como principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV.



**DST•AIDS**  
**HEPATITES VIRAIS**

A ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV acarreta em grandes consequências para o exercício da sexualidade e da reprodução e produz muitos desafios e desdobramentos para a área da saúde reprodutiva e sexual (BRASIL, 2013a).

Algumas DSTs, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves



e até mesmo para a morte. Embora não haja ainda a cura para a infecção pelo HIV, é possível controlar essa infecção por meio de ações que promovem a prevenção primária e pelo diagnóstico precoce e terapia adequada da pessoa portadora. A Aids hoje atinge a todos os grupos sociais, independentemente de classe, sexo, raça ou etnia, orientação sexual e faixa etária. Isso significa que estamos todos e todas vulneráveis ao HIV/Aids (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, é fundamental estimular a prática da dupla proteção, com a prevenção simultânea das DSTs/HIV/Aids e da gravidez indesejada (BRASIL, 2013a). Atualmente o Ministério da Saúde tem trabalhado constantemente no combate à sífilis adquirida, sífilis na gestação e congênita. A Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016, aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências (BRASIL, 2016b).

Essa iniciativa tem o objetivo de ampliar o diagnóstico e introduzir novas metodologias e fluxos que permitam o diagnóstico precoce da sífilis, possibilitando o tratamento oportuno da doença, o qual é eficaz e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016c).

### **REFLETINDO!**

Quais as barreiras para a prevenção das DSTs existentes na sua comunidade? Você deve pensar em questões sociais, perfil da população, acesso a serviços de saúde, atuação das equipes de Saúde da Família etc.

### **PARA SABER MAIS!**

O Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis foi elaborado com o intuito de ampliar as possibilidades de diagnóstico, além de orientar e subsidiar, especialmente, os profissionais de saúde na realização da testagem da sífilis (BRASIL, 2016c).

## 5 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996, define a violência contra a mulher 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 privada” (BRASIL, 1994). É um fenômeno mundial relacionado às concepções de gênero e à distribuição do poder dentro de cada grupo social (ANDRADE, 2009).

Constitui-se em uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as mulheres em seus direitos à vida, à saúde e à integridade. Representa uma importante causa de morbi-mortalidade, em que cerca de 70% a 80% dos casos têm como agressor o parceiro com quem a mulher mantém relação afetiva. Cerca de 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica. Destas, 40% apresentam lesões corporais graves (OLIVEIRA; FONSECA, 2007; BRASIL, 2011).

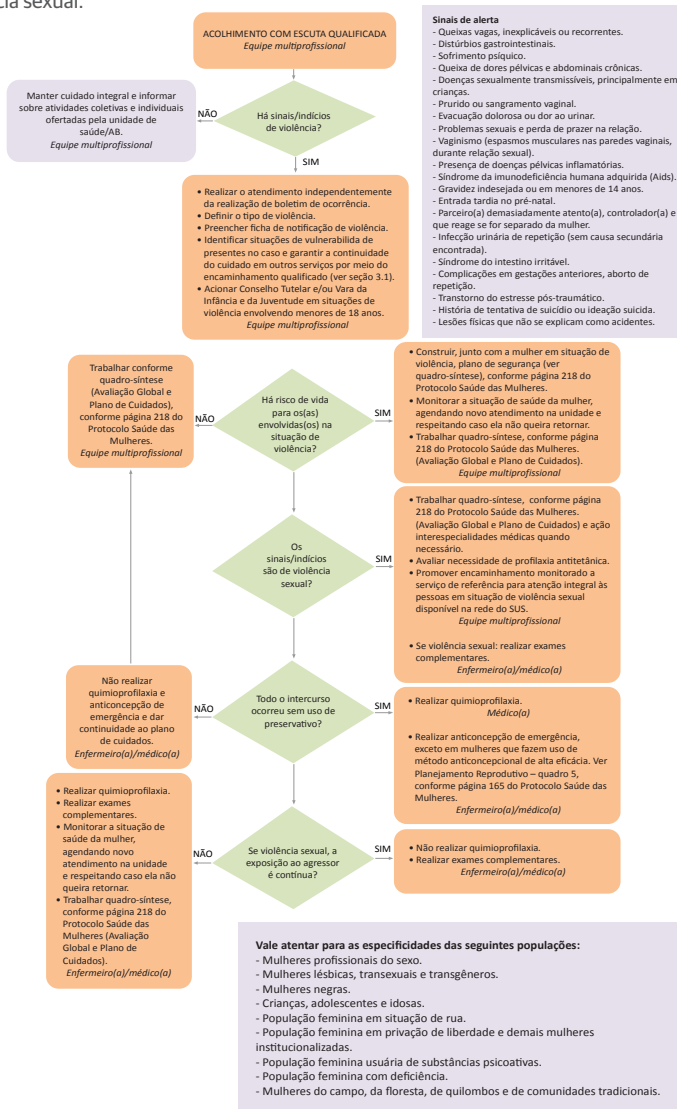
No ano de 2006, entrou em vigor a Lei nº 11.340 - “Lei Maria da Penha”, - que representou um avanço no sistema jurídico do país ao incorporar a perspectiva de gênero e dos direitos humanos. A aprovação dessa lei significou a superação de paradigmas tradicionais do Direito ao dar mais ênfase à prevenção, assistência e proteção às mulheres e seus dependentes em situação de violência (BRASIL, 2006b).



Na Atenção Básica, as ações desenvolvidas para o cuidado em saúde deverão garantir os direitos sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo. No primeiro contato da usuária, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento, mostrando-se sensível à dificuldade da mulher. Também deve atentar-se ao tempo particular que a mulher pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo (BRASIL, 2016a).

Vejamos na figura 2 o fluxo de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou violência sexual.

Figura 2 - Fluxo de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou violência sexual.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>.

### REFLETINDO!

Você e sua equipe se encontram preparados para o atendimento às mulheres vítimas de violência? Como a violência contra a mulher tem sido tratada pela sua equipe? Relembre casos com os quais você e sua equipe já precisaram lidar. Caso ainda não tenha vivenciado uma situação de violência contra a mulher, tente pensar em como você poderia agir, caso alguma usuária de sua área de atuação passasse por isso.

### IMPORTANTE!

A 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 (BRASIL, 2003).

### PARA SABER MAIS!

Leia: BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde dos indivíduos envolve questões complexas, quando se aborda um grupo específico. Com a saúde da mulher, por exemplo, a complexidade das ações parece ser ainda maior.

As mulheres continuam sujeitas a doenças específicas como o câncer de colo de útero e a doenças altamente prevalentes nesse grupo como o câncer de mama. E podem estar sujeitas a outras doenças resultantes de ações de violência física ou moral.

# REFERÊNCIAS

ANDRADE, C.D.J.M. **As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher**: um olhar de gênero. 2009. 139 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2009. 139p.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 ago. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/D1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm). Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd18.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd18.pdf). Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. Presidência da República. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 ago. 2006b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno, n.9). Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 300p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: módulo de saúde da mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pns/pnsr.def>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_canceres\\_colo\\_uter\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uter_2013.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.012, de 19 de outubro de 2016. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 out. 2016b. Seção 1, p. 25. Disponível em: < [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2016/59217/portaria\\_manual\\_de\\_sifilis\\_pdf\\_26218.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2016/59217/portaria_manual_de_sifilis_pdf_26218.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2016.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual\\_sifilis\\_10\\_2016\\_pdf\\_19611.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

INCA. Ministério da Saúde. **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

OLIVEIRA, C.C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400010)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SILVA, J. F.; PAZ, L.F.A.; SOUSA, R.D.V. **Percepções sobre climatério e menopausa**: uma revisão da literatura. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 3., 2013. Campina Grande, PB. Disponível em: <[http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Poster\\_idinscrito\\_500\\_c1bbb835d0c3f522d657d982c0cec3d0.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Poster_idinscrito_500_c1bbb835d0c3f522d657d982c0cec3d0.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.