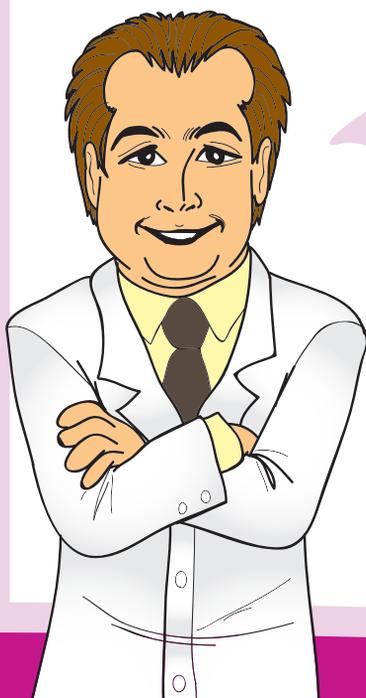


# UNIDADE 1

# UNIDADE 1

## SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Com base no artigo 226 da Constituição Federal, a Lei 9.263, de janeiro de 1996, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República, regulamenta o planejamento familiar como direito de todo cidadão, estabelecendo instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, a garantir assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. É importante enfatizar que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984, quando ainda era PAISM (Política Integral de assistência a Saúde da mulher). Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços 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 (BRASIL, 2002).



Assim sendo, o Planejamento Familiar está dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as.

### **Saiba mais:**

*Leia a Lei 9.263 de Janeiro de 1996.*

Acesse:

< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)

>

## Atuação do profissional médico no planejamento familiar

A atuação do profissional médico tem grande importância na atenção básica, pois suas ações influenciam direta e indiretamente nos fatores que afetam a ocorrência da gravidez. A atuação destes profissionais envolve atividades educativas, atividades clínicas, atividades de acompanhamento e aconselhamento. Estas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada com a equipe da Estratégia Saúde da Família, de forma a oportunizar práticas de ações educativas e outras práticas que abranjam todos os aspectos da saúde integral da mulher.

### **IMPORTANTE:**

O planejamento familiar como ação programática na atenção básica deve considerar a unidade familiar e não apenas a mulher. A fase do ciclo de vida da família deve ser avaliada, bem como suas crenças, valores e tradições.



### **REFLITA COMIGO:**

As ações educativas em sua unidade de saúde são planejadas de forma integrada? Toda equipe participa? Existe planejamento prévio?

Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes." Acesse: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit\\_Nac\\_At\\_In\\_Saude\\_Mulher\\_Princ\\_Diretr.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf)

## Métodos contraceptivos

O Sistema Único de Saúde (SUS) reforçou a assistência ao planejamento familiar em 2007, com a Política de Planejamento Familiar, aumentando o acesso a vasectomias e laqueaduras, ampliando a distribuição de preservativos e facilitando a venda de anticoncepcionais orais e injetáveis através da Farmácia Popular. Atualmente, as mulheres em idade fértil podem contar como oito métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS.



### **REFLITA COMIGO:**

Em sua unidade básica existe teste rápido de gravidez? Se existir, o que é feito no momento do resultado para que a mulher tenha acesso aos devidos cuidados?

**Para saber mais, leia:** “Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha”. Acesso: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)

Para decisão do método anticoncepcional a ser utilizado, deve-se levar em consideração a eficácia do método, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e infecção pelo HIV, condições econômicas, características da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, medo, dúvidas e vergonha, estado de saúde e critérios clínicos.

**Para saber mais, leia:** “Critérios de elegibilidade para uso dos métodos anticoncepcionais”. Acesso: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/073.pdf>

Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são (BRASIL, 2002):

Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg)

Minipílula (noretisterona 0,35 mg)

Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg)

Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg)

Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg)

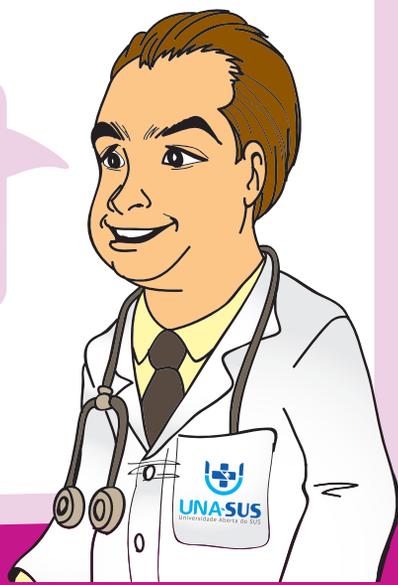
Preservativo masculino

Diafragma

DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)

**REFLITA COMIGO:**

Se a mulher apresentar atraso menstrual, mas não tem diagnóstico laboratorial de certeza de gravidez, e mesmo assim necessitar usar a anticoncepção de emergência, qual a conduta ideal de ser adotada?



**Para saber mais, leia:** “Relação Nacional de medicamentos essenciais – RENAME” e “Contraceção de emergência”. Acesse:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome2008final.pdf>

<http://www.apf.pt/?area=001&mid=002&sid=004>

**LEIA TAMBÉM:**

“Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde” e “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2012.

**VAMOS PRATICAR?**

Partindo de uma visão geral dos métodos contraceptivos, preencha as lacunas abaixo.



Método	Vantagens	Desvantagens	Riscos	Benefícios não-contraceptivos
Contraceção de emergência (Levonogestrel)		Uso frequente perturba a menstruação		
Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonogestrel 0,15 mg).				
Minipílula (noretisterona 0,35 mg)				
Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg)				
Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg)				
Preservativo masculino ou feminino				
Diafragma				
DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)				
Laquedura				
Vasectomia				

A assistência médica no planejamento familiar na atenção básica pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de prescrição e uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte.

## PARA LEMBRAR!

O Ministério da Saúde esclarece que a atuação do profissional de saúde durante a primeira consulta e consultas subsequentes deve ser pautada nos seguintes itens (BRASIL, 2002):



Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso da pílula e ou outros métodos;

Fazer exame físico geral, exame de mamas e exame ginecológico, com especial atenção às condições que contraindiquem o uso de algum dos métodos;

Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método; pílula combinada ou minipílula, camisinha masculina ou feminina, injetáveis e outros, de acordo com os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher ou do casal;

Esclarecer à mulher as intercorrências em caso de uso de pílula ou de outros métodos;

Encaminhar a mulher ou casal para procurar o serviço de saúde em caso de surgimento de alguma intercorrência durante o uso dos métodos;

Recomendar à mulher que informe o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado;

Orientar que é absolutamente necessária a procura de assistência médica imediata no serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos: Aparecimento ou agravamento de cefaléia com sinais neurológicos, hemorragias, dor abdominal de causa indeterminada, alteração visual de aparecimento súbito, dor torácica ou de membros inferiores de aparecimento súbito;

Agendar retorno dentro de 30 dias

Reforçar o aconselhamento. A usuária do método deve ser orientada para uso de preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção);

As consultas de retorno devem ser feitas sempre pelo médico, desde que necessite de prescrição e de investigação de intercorrências clínicas e/ou do desenvolvimento de condições que possam constituir contraindicações à continuidade de uso do método.

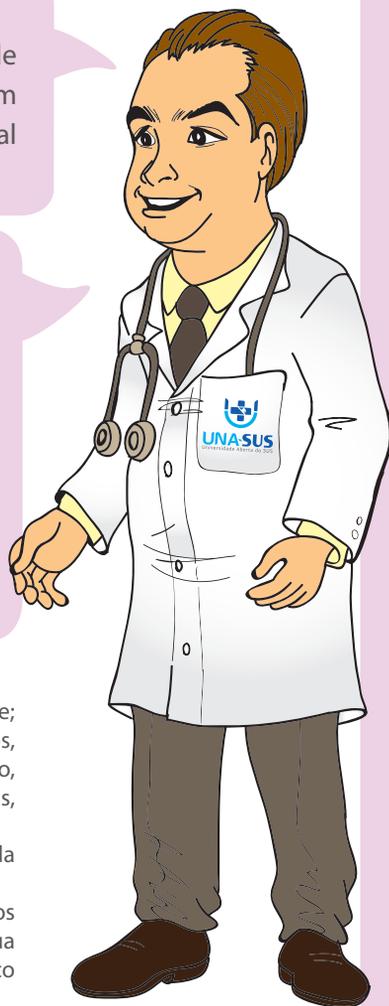
### **REFLITA COMIGO!**

É possível avaliar a efetividade de um método contraceptivo sem levar em consideração o perfil sócio econômico, cultural e estado de saúde do cliente?

### **FIQUE SABENDO:**

Segundo Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em seu anexo I, dispõe sobre os princípios e diretrizes gerais para atenção básica, além das atribuições do profissional médico neste programa:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB (BRASIL, 2012).



**Para saber mais, leia:** Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Acesse: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

## **Sexualidade**

A resposta sexual é mediada pela complexa interação de fatores psicológicos, interpessoais, ambientais e biológicos. Outros fatores que podem afetar a resposta sexual incluem; idade, duração e qualidade do relacionamento, fatores psicológicos pessoais decorrentes dos relacionamentos com os pais na infância, perdas anteriores, traumas e forma de lidar com emoções em geral, doenças, uso de medicamentos, álcool e drogas ilícitas (BEREK, 2012).

A sexualidade envolve não somente a prática sexual vai além do físico, perpassando os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura, é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, abarcando aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.

De acordo com as definições da OMS, a sexualidade é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006). Desta forma, é fundamental que o profissional de saúde valorize o diálogo com o cliente, promovendo e incentivando o autoconhecimento, que implicará na busca do conhecimento de seu próprio corpo, o entendimento de seus valores, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros.

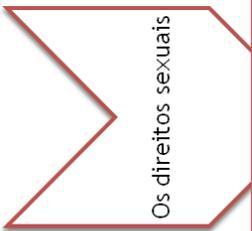


### **REFLITA COMIGO!**

Apesar da importância das questões relativas à sexualidade, muitos homens e mulheres têm dificuldade em conversar com o médico sobre assuntos sexuais. Você, como profissional médico, tem dificuldade em discutir questões sexuais com os usuários dos serviços de saúde? Durante os questionamentos, você aproveita a oportunidade para informar os pacientes sobre o risco de DSTs, estimular as práticas sexuais seguras, avaliar necessidade de contracepção, desfazer ideias erradas e identificar disfunções sexuais?

### **Direito reprodutivo**

Em 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirma uma série de convenções internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados Direitos Humanos. O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitar esses direitos é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual (BRASIL, 2006):



### Os direitos sexuais

- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.



### Os direitos reprodutivos

- Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência

Segundo publicação do Ministério da Saúde apud CORRÊA; ALVES; JANNUZI (2006), estudos sobre demografia, direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise de problemas populacionais e muito menos nas questões sexuais e reprodutivas que estavam confinadas ao mundo doméstico e privado, não sendo objeto de políticas públicas. Somente nas décadas 50 e 60, quando houve uma atenção voltada para o aumento da população e os problemas que isso traria, os formuladores de políticas passaram a defender a disseminação de métodos anticoncepcionais, mesmo que contrariando os interesses individuais. Nesse contexto, os movimentos feministas sempre colocaram como pontos fundamentais o direito de escolha e a liberdade de decisão das mulheres nos assuntos sexuais e reprodutivos.

### **IMPORTANTE:**

Marcos internacionais que definiram os direitos sexuais e os direitos e reprodutivos: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994; IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995.

### **PARA SABER MAIS, Leia:**

“Saúde sexual e saúde reprodutiva”. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), publicada pelo Ministério da Saúde em 2009. Acesse: [http://www.pim.saude.rs.gov.br/a\\_PIM/noticias/542/CAB\\_Saude\\_Sexual\\_e\\_Reprodutiva.pdf](http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/542/CAB_Saude_Sexual_e_Reprodutiva.pdf)

## **Saúde sexual na Atenção Básica**

É de extrema importância que a abordagem do profissional de saúde, durante os atendimentos na unidade, seja centrada na pessoa, contrapondo a abordagem centrada na doença, característica do modelo biomédico de atenção à saúde. A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na unidade, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas.

As equipes da Estratégia Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

A resposta sexual saudável definida pela Associação Psiquiátrica Americana (2002) possui 4 etapas, conforme mostra o diagrama abaixo:

### Fase de desejo sexual



- Múltiplos neurotransmissores, peptídeos e hormônios modulam o desejo e a excitação subjetiva. As substâncias que promovem a resposta sexual incluem noradrenalina, dopamina, ocitocina e serotonina (BEREK & NOVAK, 2012). As fontes que estimulam o desejo sexual variam, porém muito fatores podem influenciar negativamente no desejo sexual, como estar doente, deprimido (a), ansioso(a), achar que sexo é errado, estar com raiva do(a) parceiro(a), sentir-se explorado(a) de alguma forma pelo(a) outro(a), ter medo do envolvimento afetivo, entre outros.

### Fase de excitação



- Fase de preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo. Estímulos psicológicos e físicos que podem levar à excitação.

### Fase de orgasmo



- No homem, junto com o prazer, ocorre a sensação de não conseguir mais segurar a ejaculação e, então, ela ocorre. Na mulher, ocorrem contrações musculares rítmicas em volta da entrada da vagina.

### Fase de resolução

- Período em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais normais.



### **REFLITA COMIGO!**

Múltiplos aspectos e circunstâncias femininas podem influenciar sua disfunção sexual e um dos mais importantes é a disfunção sexual do parceiro masculino. Você, como profissional da ESF, de que forma trabalharia com esta questão?

## **Disfunções sexuais**

As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual como, por exemplo, homens que não tenham ereção ou tenham ejaculação precoce, mulheres que nunca tiveram ou frequentemente não tenham orgasmo. Diante desses problemas, o profissional da atenção básica deve estar preparado para avaliar, diagnosticar e orientar o cliente ao tratamento adequado de acordo com seu problema.

O diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas.

### **IMPORTANTE:**

Alguns medicamentos que interferem na resposta sexual: anti-hipertensivos (B-bloqueadores, tiazídicos); antidepressivos serotoninérgicos; lítio, antipsicóticos, anti-histamínicos, narcóticos, benzoazepínicos, cocaína, álcool, anticonvulsivantes (BEREK, 2012).

**IMPORTANTE:**

**Durante a consulta, devem ser investigados aspectos como:** os dados da anamnese, condições do(a) parceiro(a) e o contexto da relação, distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada, presente com qualquer parceria, e situacional, presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias, uso de álcool e drogas, aspectos psicológicos - tabus sobre a própria sexualidade, associações de sexo com pecado, com desobediência ou com punições, baixa autoestima, fobias relacionadas ao ato sexual, a não aceitação da própria orientação sexual, entre outros, dificuldades no relacionamento com o parceiro, questões decorrentes de trauma, condições gerais de saúde (BEREK, 2012).

DIAGNÓSTICO	DEFINIÇÃO
<b>Distúrbio do desejo/interesse sexual</b>	Ausência ou diminuição dos sentimentos de interesse ou desejo sexual, ausência de pensamentos ou fantasias sexuais e ausência de desejo receptivo.
<b>Transtorno da excitação sexual combinada</b>	Ausência ou grande redução dos sentimentos de entusiasmo sexual (excitação ou prazer sexual) por qualquer tipo de estimulação e ausência ou redução da excitação sexual genital.
<b>Transtorno da excitação sexual subjetiva</b>	Ausência ou grande redução dos sentimentos de entusiasmo sexual (excitação ou prazer sexual) por qualquer tipo de estimulação. Ainda há excitação sexual subjetiva por estímulos sexuais não-genitais.
<b>Transtorno de excitação genital</b>	Ausência ou redução de excitação sexual genital – turgescência vulvar ou lubrificação vaginal mínima por qualquer tipo de estimulação sexual e redução das sensações sexuais provocadas por carícias nos órgãos sexuais.

<b>Transtorno orgásmico</b>	Falta de orgasmo, redução acentuada da intensidade das sensações orgásmicas ou retardo acentuado do orgasmo por qualquer tipo de estimulação.
<b>Vaginismo</b>	Dificuldade persistente ou recorrente das mulheres para permitir penetração de um pênis, dedo ou qualquer objeto, apesar do desejo expresso de fazê-lo. Anormalidades estruturais e ou outras anormalidades físicas devem ser identificadas e tratadas.
<b>Dispaurenia</b>	Dor persistente ou recorrente com tentativa de penetração.

Há duas advertências importantes a respeito de prevalência de disfunções sexuais: primeira, a comorbidade é típica, e a segunda, nem todas as mulheres que relatam falta de interesse/desejo/entusiasmo/orgasmo veem isso como problema ou sofrem com isso (BEREK, 2012).

## **DST/AIDS**

A natureza dinâmica dos comportamentos individuais e a interação com dimensões socioeconômicas e culturais, incorporou-se o conceito de vulnerabilidade, favorecendo estratégias mais efetivas de prevenção de DSTs e Aids. A atenção básica é o ponto de partida para as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, devendo assistir a população de forma contínua e resolutiva, e referenciando os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. As ações da Atenção Básica devem incluir: atividades educativas para promoção à saúde e prevenção,

aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência, diagnóstico precoce das DSTs, infecção pelo HIV, hepatites e tratamento adequado da grande maioria das DSTs, encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto, prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas.



### **REFLITA COMIGO!**

A organização dos serviços de seu município promove bom acesso àqueles que buscam o serviço de saúde, procurando identificar os clientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo atendimento humanizado e resolutivo? Como funciona esse fluxo em relação às DSTs e HIV/aids?

### **A Atenção Básica no manejo do HIV e outras DSTs**

A equipe de Estratégia Saúde da Família deve realizar uma abordagem multidisciplinar integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico e assistência, para os pacientes, seus familiares e a comunidade. As ações devem incluir promoção à saúde, prevenção e assistência, garantindo o acesso a aconselhamento, abordagem clínico-diagnóstica, cuidados de Enfermagem, apoio e suporte social. Para isso a, Atenção Básica deve:

- Organizar papéis e funções para cada nível de atendimento;
- Estabelecer os fluxos de referência e contra referência;
- Disponibilizar os insumos necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento;
- Garantir a qualificação dos profissionais para identificar e atender às necessidades da população (BRASIL, 2006).



### **REFLITA COMIGO!**

Quais as atribuições da ESF no atendimento aos portadores de HIV/aids e outras DSTs. Qual a relação que sua equipe estabelece com a vigilância epidemiológica do município?

## **A Equipe de Saúde da Família no manejo de DSTs e HIV**

As atribuições da equipe de ESF no atendimento aos portadores de HIV/aids e outras DSTs se apoiam nas seguintes diretrizes:

Contribuir para a superação do preconceito e discriminação que envolvem as questões relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas etc.;

Promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV/aids;

Aumentar a conscientização da população em relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos;

Garantir acesso e atendimento às populações mais vulneráveis para essas infecções;

Atuar de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados no tratamento de pessoas com esses agravos;

Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade (casas de apoio, casas de passagem) (BRASIL, 2006).

## **Abordagem sindrômica das DSTs**

As infecções de transmissão sexual podem permanecer assintomáticas ou evoluir para doenças sintomáticas como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, isso, associado a um alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos

casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-se subclínicos e permanecendo transmissores (BRASIL, 2006).

O atendimento de pacientes com DSTs tem como objetivos: interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível, evitar as complicações advindas das DSTs, assim como a transmissão do HIV, a regressão imediata dos sintomas, tentando prover na primeira consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequados. Segundo o Ministério da Saúde, os fluxogramas, instrumentos específicos já desenvolvidos e testados, auxiliarão o profissional da atenção básica, que realiza o atendimento, na tomada de decisões para o diagnóstico de DSTs (BRASIL, 2006). Dentre os fluxogramas, citam-se:

<b>FLUXOGRAMAS</b>	ÚLCERA GENITAL - vide fluxograma (ANEXO A)
	CORRIMENTO URETRAL E CORRIMENTO CERVICAL - vide fluxograma (ANEXO B)
	CORRIMENTO VAGINAL - vide fluxograma (ANEXO C)
	DOR PÉLVICA - vide fluxograma (ANEXO D)

**IMPORTANTE:**

Lembrar que no atendimento de pessoa com DST, o profissional de saúde deverá incluir: exame clínico-genital minucioso, visando à busca de outras DSTs coexistentes, aconselhamento que permita a percepção e a adoção de práticas para a redução de risco como, por exemplo, o uso de preservativos, oferecimento do teste anti-HIV e de sífilis, orientações para adesão ao tratamento instituído e às outras recomendações, diagnóstico e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is), Notificação do caso.

O Ministério da Saúde orienta a conduta terapêutica para esses agravos através de fluxogramas contidos nos manuais, que auxiliam a equipe a realizar o atendimento na tomada de decisões para o diagnóstico das DSTs. Seguindo os passos dos fluxogramas, a equipe estará habilitada a fazer o diagnóstico sindrômico, iniciar o tratamento imediatamente, realizar aconselhamento para a testagem para o HIV (anti-HIV) e sífilis (VDRL), estimular a adesão ao tratamento, orientar uso de preservativos (masculino ou feminino)

com vistas à redução de riscos de reinfecção e transmissão para o (s) parceiros (s) sexual (is), convocar o (os) parceiro (s) para o diagnóstico e o tratamento de DST e infecção pelo HIV (BRASIL, 2006).

<http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-controle-das-doencas-sexualmente-transmissiveis> e leia o “Manual de controle das DSTs”

**leia:** “HIV/Aids, hepatites e outras DST” publicada pelo Ministério da Saúde em 2006. Acesse:  
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>

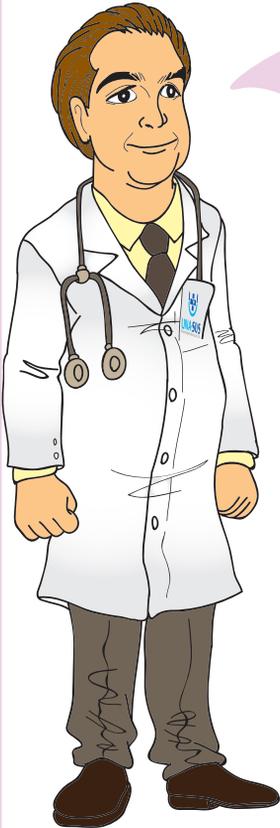
### **REFLITA COMIGO!**

1. Como a ESF pode organizar adequadamente a prevenção e a assistência às DSTs/HIV/aids?
2. Como são feitas as notificações dos casos?
3. Existe um sistema de referência/contrarreferência? Em caso de resposta negativa, como estabelecer esse sistema para garantir a integralidade da atenção as DSTs, HIV/AIDS, hepatites?
4. Qual a contribuição da equipe para melhorar a vigilância epidemiológica na sua área de abrangência?
5. Como a equipe pode usar a vigilância epidemiológica para melhorar a sua atuação?



Durante o atendimento dos pacientes com DSTs, deve ser oferecido: aconselhamento e solicitação de sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C, se disponíveis, vacinar contra hepatite B, enfatizar a adesão ao tratamento, orientar para conclusão do tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecido, informar quanto à necessidade de interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas,

oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso, encorajar a mulher a comunicar a(os) seus/suas últimos/as parceiro/as sexuais para que possam ser atendidos e tratados, notificar o caso no formulário apropriado, recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais (BRASIL, 2006).



### **REFLITA COMIGO!**

1. Como as atividades educativas e de aconselhamento para casos de DSTs poderão ser incluídas na rotina de sua UBS?
2. Que recursos de laboratório poderão estar disponíveis, no momento da consulta de um (a) portador(a) de DSTs, em sua UBS?
3. Que estratégias serão utilizadas para garantir o acesso ao tratamento dos casos de DSTs?
4. Qual a contribuição da equipe de ESF para melhorar a notificação dos casos de DSTs na sua área de atuação?
5. Com base no perfil epidemiológico da área de atuação de sua equipe de saúde, quais os principais características desses agravos no nível local?
6. Como a equipe da ESF usa as informações da Vigilância Epidemiológica para melhorar a sua atuação na prevenção de DSTs e HIV?
7. Quais as dificuldades locais para o desenvolvimento do fluxo de informação?

A incidência e a mortalidade por câncer nas mulheres é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico deste agravo, desde os aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna.

**Para saber mais, acesse:** Instituto Nacional de Câncer (INCA) [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

## **A Atenção Básica no controle e acompanhamento do câncer de útero e mama**

A equipe multiprofissional é de extrema importância no planejamento e execução de ações que impactem sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama. A integração da equipe multiprofissional possibilita a construção de práticas e novos saberes a partir da prática do outro.

### **Câncer de mama**

O câncer de mama, segundo o INCA (2012), é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

O risco de câncer de mama aumenta com a história familiar positiva e o uso de hormonioterapia. O câncer de mama pode ser *in situ* (*carcinoma ductal in situ* ou *carcinoma lobular in situ*) ou *invasivo* (*carcinoma ductal infiltrativo*, *carcinoma lobular infiltrativo*). Menos de 1% de todos os cânceres de mama ocorrem em mulheres com menos de 25 anos de idade. Após os 30 anos, há um nítido aumento da incidência da doença (BEREK, 2012).

#### **Para saber mais, acesse:**

<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>.

“Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres de Colo Uterino e da Mama” <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf)>.

## Fatores de risco para o câncer de mama

De acordo com Barros; Barbosa; Gebrin (2001), os fatores de risco para câncer de mama são:



### Risco muito elevado

- Mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa
- Antecedente de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular in situ
- Suscetibilidade genética comprovada (mutação de BRCA1-2)

### Risco medianamente elevado

- Mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa
- Nuliparidade
- Antecedente de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos

### Risco pouco elevado

- Menarca precoce ( $\leq 12$  anos)
- Menopausa tardia ( $\geq 55$  anos)
- Primeira gestação de termo depois de 34 anos
- Obesidade
- Dieta gordurosa
- Sedentarismo
- Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos
- Ingestão alcoólica excessiva

## Prevenção

▪ Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres, a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual - Exame Clínico das Mamas (ECM) é um procedimento realizado por um médico ou enfermeiro treinado para esta ação. No exame, podem ser identificadas alterações na mama e, se for indicado, serão realizados exames complementares.

▪ Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos

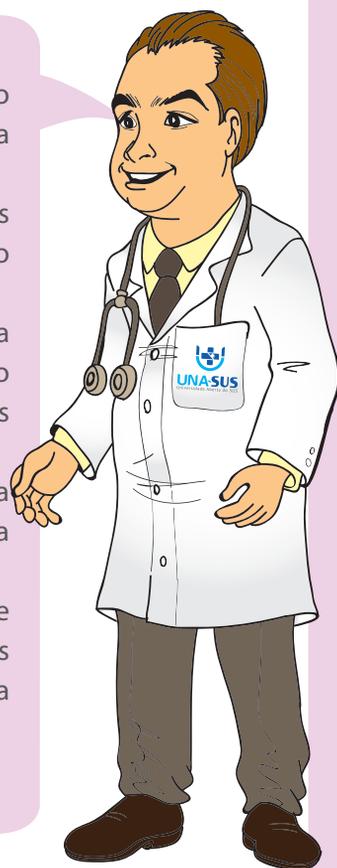
populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama, e para mulheres entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 02 anos entre os exames.

- Auto-exame das mamas.

A Unidade Básica de Saúde deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos para as mulheres em situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação.

### **REFLITA COMIGO!:**

1. Na unidade de saúde onde você atua são realizadas ações educativas sobre câncer de mama e colo de útero? Toda a equipe participa?
2. É realizada busca ativa, na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o Exame Clínico das Mamas e o exame Papanicolaou?
3. Os casos suspeitos são encaminhados para unidade de referência? Após encaminhamento dessas pacientes, existe um acompanhamento dos casos que foram encaminhados para a referência?
4. Qual a contribuição da equipe de ESF para melhorar a notificação dos casos de HPV na sua área de atuação?
5. Com base no perfil epidemiológico da área de atuação de sua equipe de saúde, quais os principais características dos casos de câncer de colo e mama no nível local?



## ***Câncer de colo uterino***

O câncer invasivo do colo é considerado uma doença evitável, por que seu estado pré-invasivo é longo, diante disso em março de 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde um plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, cujos eixos são: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica. Para o controle do câncer de colo do útero, os objetivos do plano são: garantir o acesso ao exame preventivo às mulheres de 25 a 64 anos e qualificar o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras (BEREK, 2012).

Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais que as mulheres que não apresentam DST. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer do colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV (papilomavírus humano). Os autores Berek (2012) cita alguns fatores de risco para câncer cervical:

- Primeira relação sexual em idade jovem ( menor de 16 anos)
- Tabagismo
- Raça
- Paridade elevada
- Baixa condição socioeconômica
- Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV -, sendo esse o principal fator de risco
- Multiplicidade de parceiros sexuais
- Imunossupressão
- Uso prolongado de contraceptivos orais

Para saber mais, leia: “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama”, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006. Acesse: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf).

De acordo com o INCA, os subtipos oncogênicos do vírus HPV relacionados com o câncer de colo uterino são os HPV-16 e o HPV-18,

responsáveis por 70% dos cânceres cervicais. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos (INCA, 2013 apud DE SANJOSÉ, 2007).

A efetividade da detecção precoce através do exame citopatológico cervico-vaginal ou “Papanicolaou” associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (INCA, 2013 apud DE SANJOSÉ, 2007).

### **História natural do câncer de colo de útero**

Os estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e para NIC III, de 12 meses. Em geral, estima-se que a maior parte das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (BRASIL, 2006a).

#### **Papanicolaou**

- Classe I Ausência de células atípicas ou anormais
- Classe II Citologia atípica sem evidência de malignidade
- Classe III Citologia sugestiva de malignidade
- Classe IV Citologia muito suspeita de malignidade
- Classe V Citologia conclusiva de malignidade (BRASIL, 2006b).

#### **Richart e Barron: Neoplasia Intraepitelial Cervical**

- ✓ Grau I Displasia leve
- ✓ Grau II Displasia moderada

- ✓ Grau III Displasia Acentuada
- ✓ Grau IV Carcinoma “in situ”

**Richart: Neoplasia Intraepitelial Cervical**

- ✓ Grau I Displasia leve
- ✓ Grau II Displasia moderada
- ✓ (BRASIL, 2006b)

***Para saber mais, acesse:***

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/nomenclatura\\_brasileira.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/nomenclatura_brasileira.pdf)

>. <[http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura\\_colo\\_do\\_uterio.pdf](http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf)