

UNIDADE 1

UNIDADE 1

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A história da anticoncepção data da antiguidade, entretanto o controle da fertilidade é uma necessidade da sociedade moderna, tendo em vista o acelerado crescimento populacional neste século, que coloca em risco a qualidade de vida e a saúde de todos. Em países pobres e subdesenvolvidos, o crescimento populacional desordenado torna-se ainda mais grave devido às condições socioeconômicas precárias em que a maioria da população vive.

Nesta Unidade, vamos estudar questões que influenciam na saúde sexual e reprodutiva da mulher e discutir as ações dos profissionais da Enfermagem acerca dos principais agravos relacionados ao assunto.

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, e abarca 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 (BRASIL, 2010).

Desta forma, é fundamental que 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.

Saúde sexual na Atenção Básica

A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na Atenção Básica, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas. Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas.

REFLITA COMIGO!

Você, como profissional de saúde, sente dificuldade de abordar aspectos relacionados à sexualidade?

As equipes de Atenção Básica/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:



Fase de desejo sexual

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!

Todas essas fases também podem ser vivenciadas na masturbação, que é um componente da sexualidade. Como você trabalha o assunto “sexualidade e saúde sexual” na unidade de saúde atua?

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.

IMPORTANTE:

Muitas vezes disfunções sexuais deixam de ser diagnosticadas porque a pessoa não apresenta a queixa ou porque o profissional de saúde não aborda a questão, seja por sentir dificuldade em realizar essa abordagem, seja por não se sentir suficientemente preparado.

O diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto à identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas. De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2002) 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.

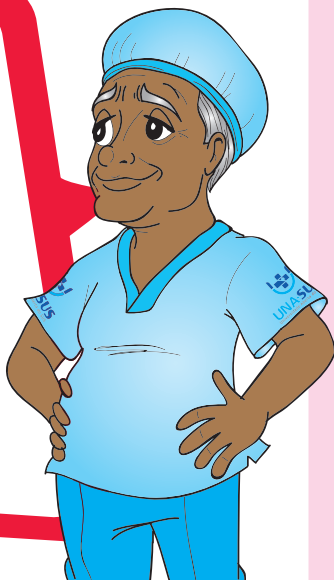
A Associação Psiquiátrica Americana (2002) classifica as disfunções sexuais em:

- Desejo sexual hipoativo - diminuição, ausência ou perda do desejo de ter atividade sexual;
- Aversão sexual;
- Falha na fase de excitação sexual - incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual;
- Ejaculação precoce;
- Anorgasmia ou disfunção orgásmica - grande retardo ou ausência do orgasmo;
- Dispaurenia.

REFLITA COMIGO!

Como o profissional da Atenção Básica pode contribuir para oferecer uma assistência de qualidade no campo da saúde sexual?

A Estratégia Saúde da Família em seu município trabalha as ações do programa Saúde na Escola? De que forma sua unidade de saúde se envolve neste programa? Como é planejada a abordagem das temáticas de saúde sexual e reprodutiva com o público escolar?



Para saber mais, leia: “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009.

Planejamento familiar

O artigo 226 da Constituição Federal cita a família como base da sociedade, que deve ter especial proteção do Estado; no parágrafo 7º deste mesmo artigo, cita: “a paternidade responsável e o planejamento familiar são de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito” (BRASIL, 1988).

Com base neste artigo, 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 (BRASIL, 1996).

FIQUE SABENDO:

A Lei 9.263, de janeiro de 1996 define as práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

Portanto, 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 de ter ou não filhos/as.

Saiba mais: Veja a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Acesse:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm

Atuação do profissional enfermeiro no planejamento familiar

Os fatores que afetam a ocorrência de gravidez incluem a fecundidade dos parceiros, o momento do coito em relação à ovulação, o método usado, sua efetividade e seu uso correto. A atuação do profissional da Enfermagem tem grande importância nos fatores que afetam a ocorrência da gravidez.

A atuação destes profissionais na Atenção Básica 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 abrangem todos os aspectos da saúde integral da mulher.

REFLITA COMIGO!

Como são planejadas as atividades educativas em sua unidade de saúde? Existe um planejamento prévio? Toda equipe participa?

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.



PARA REFLETIR:

Em sua unidade básica existe teste rápido de gravidez? Se existir, no momento do resultado são feitas as devidas orientações para que a mulher tenha acesso a cuidados?

Para saber mais, leia: “Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha”. Acesso: <<http://portal.saude.gov.br>>

A assistência de enfermagem no planejamento familiar na Atenção Básica pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde,

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 saber mais sobre a atuação do enfermeiro na Atenção Básica, leia: Informe da Atenção Básica nº16 publicado pelo Ministério da Saúde em 2002. Acesse: http://dab.saude.gov.br/informe_ab.php.

Para decisão do método anticoncepcional a ser utilizado, deve-se levar em consideração: eficácia do método, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção a 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 (BRASIL, 2002).



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



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)



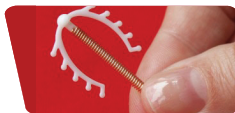
Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg)



Preservativo masculino



Diafragma



DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)

Fonte: BRASIL, 2011.

Saiba mais! Leia:

“Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011.

“Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011.

IMPORTANTE:

Interação medicamentosa - Certas drogas são capazes de reduzir a eficácia anticonceptiva da pílula, principalmente os tratamentos prolongados. Exemplo: Antirretrovirais, fungicidas (griseofuvina), antibióticos (rifampicina), anticonvulsivantes (carbamazepina).

VAMOS PRATICAR?

Que tal testar seus conhecimentos? Visualize o quadro abaixo com os métodos contraceptivos mais usados e preencha as colunas em branco; lembre-se de usar os conhecimentos que você já adquiriu no módulo de saúde do adolescente, vai lhe ajudar bastante!



Quadro 1 – Métodos contraceptivos.

MÉTODO	VANTAGEM	DESvantAGEM	RISCOS	BENEFÍCIOS
Tabelinha (Ogino-Knaus)	Ausência de efeitos sistêmicos			
Hormonal-injetável				
Minipílula				
Pílula combinada	Redução da incidência de câncer de ovário			
Diafragma				

Pílula de emergência				
Dispositivo Intrauterino (DIU)				
Preservativo feminino	Redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis (DST)			Possivelmente auxiliar na prevenção do câncer de colo uterino
Preservativo masculino	Redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis (DST)			Redução da incidência das complicações causadas pelas DSTs
Laqueadura				
Vasectomia				

REFLITA COMIGO!

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



Direito sexual e reprodutivo

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. A Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948, vem firmando 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 (BRASIL, 2010).

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. Alguns marcos internacionais definem 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” publicada pelo Ministério da Saúde em 2010.

DST/AIDS

A Atenção Básica à Saúde é o ponto de partida para as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, devendo assistir à 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. Algumas DSTs, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito (BRASIL, 2006).

REFLITA COMIGO!

Em um contexto socioeconômico de extraordinário acúmulo e concentração de bens e oportunidades, como promover os serviços de Saúde Pública com vistas à redução das desigualdades, especialmente quanto à qualidade da saúde da população? 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?



Os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/AIDS e hepatites às unidades de referência.



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 e hepatites, 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 (BRASIL, 2006).

IMPORTANTE:

As atividades informativo-educativas, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nas comunidades e pelos profissionais das UBS, deverão despertar os indivíduos para a realização do teste anti-HIV e suspeita de outras DST's.

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 emocional e suporte social. Para isso, a Atenção Básica deve (BRASIL, 2006):

Papéis e funções para cada nível de atendimento

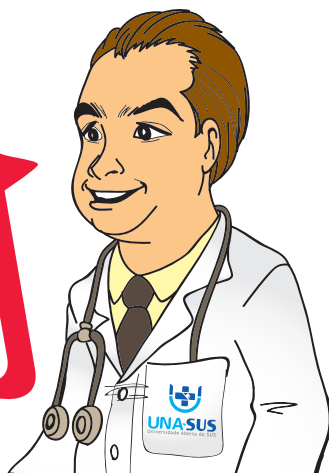
Estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência

Disponibilizar os insumos necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento

Garantir a qualificação dos profissionais para identificar e atender às necessidades da população

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?



Equipe de Saúde da Família no manejo de DSTs e HIV.

De acordo com o Ministério da Saúde, 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 envolve 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 com 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, etc.) (BRASIL, 2006).

VAMOS PRATICAR?

Com base nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e nos dados da vigilância epidemiológica de seu município, trace o perfil epidemiológico da população da área de abrangência de sua equipe de ESF.



VAMOS PRATICAR?

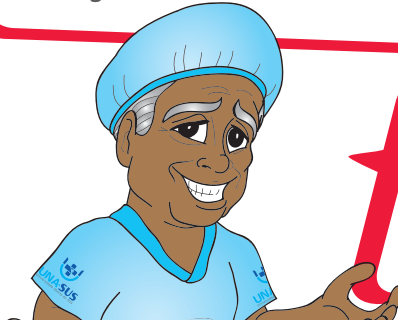
Como a ESF pode organizar adequadamente a prevenção e a assistência às DSTs/HIV/AIDS?

Como a equipe construirá um elo de confiança com a população para desenvolver as ações relativas às DSTs, HIV/AIDS, hepatites e HTLV?

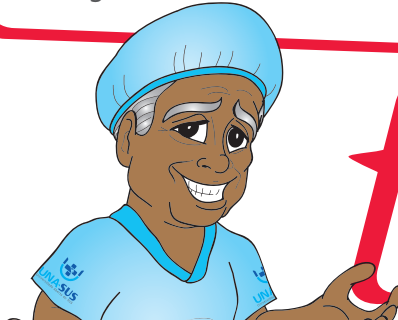


Existe um sistema de referência/contrarreferência? Em caso de resposta negativa, como estabelecer esse sistema para garantir a integralidade da atenção as DSTs, HIV/AIDS, hepatites e HTLV?





Qual a contribuição da equipe para melhorar a vigilância epidemiológica na sua área de abrangência?



Como a equipe pode usar a vigilância epidemiológica para melhorar a sua atuação?

O atendimento do paciente portador de DSTs e/ou HIV na Atenção Básica tem por objetivo tentar prover na primeira consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequados. O Ministério da Saúde orienta a conduta terapêutica para esses agravos através de instrumentos específicos já desenvolvidos e testados, como os 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 reinfeção e transmissão para o(s) parceiro(s) sexual(is), convocar o(os) parceiro(s) para o diagnóstico e o tratamento de DST e infecção pelo HIV (BRASIL, 2005).

Para maiores informações, leia:

“Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis”.
Acesse: <http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-controle-das-doencas-sexualmente-transmissiveis>.

Para saber mais, leia: “HIV/Aids, hepatites e outras DST” publicada pelo Ministério da Saúde em 2006.

Câncer de mama e colo de útero

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.

informações - acesse o site do Instituto Nacional de Câncer (INCA) www.inca.gov.br

Atenção Básica no controle e acompanhamento do câncer de colo 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. São atribuições do enfermeiro na Atenção Básica:

Realizar atenção integral às mulheres;

Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;

Realizar atenção domiciliar, quando necessário;

Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de Enfermagem;

Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações de promoção, prevenção, rastreamento/deteccção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;

Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe;

Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Siscolo e outros) para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama.

Câncer de colo uterino

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) (BRASIL, 2006).

IMPORTANTE:

Apresença de colpites, corrimentos ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da citopatologia. Nesses casos, a mulher deve ser tratada e retornar para coleta.

Para saber mais, leia:

“Controle dos cânceres do colo do útero e da mama” publicado pelo Ministério da Saúde em 2006.

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos.

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, 2006).



REFLITA COMIGO!

Você, como enfermeiro (a), recebe resultado de um citopatológico com lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III). Qual a sua conduta?

Dentre os fatores de risco associados ao câncer de colo de útero, citam-se: Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV, sendo esse o principal fator de risco; Início precoce da atividade sexual; Multiplicidade de parceiros sexuais; Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados; Baixa condição socioeconômica; Imunossupressão; Uso prolongado de contraceptivos orais; Higiene íntima inadequada (BRASIL, 2002).

A efetividade da detecção precoce através

do exame citopatológico cérvico-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 OMS, 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 (BRASIL, 2002).

REFLITA COMIGO!

Em seu município, a oferta de exame Papanicolaou é satisfatória? Como é feita a organização da demanda de mulheres para o exame em sua unidade?

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. A estimativa de novos casos no Brasil para o ano de 2012 era de 52.680 novos casos. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%.

Para saber mais, acesse: www.inca.gov.br



Desde o início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (tumor subclínico), isto é, a partir de 01 cm de diâmetro, passam-se, em média, 10 anos. Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início, quando o nódulo é impalpável, tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. São tidos como fatores de risco para o surgimento do câncer de mama: histórico familiar, idade, menarca precoce, menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade (BRASIL, 2006).

Prevenção

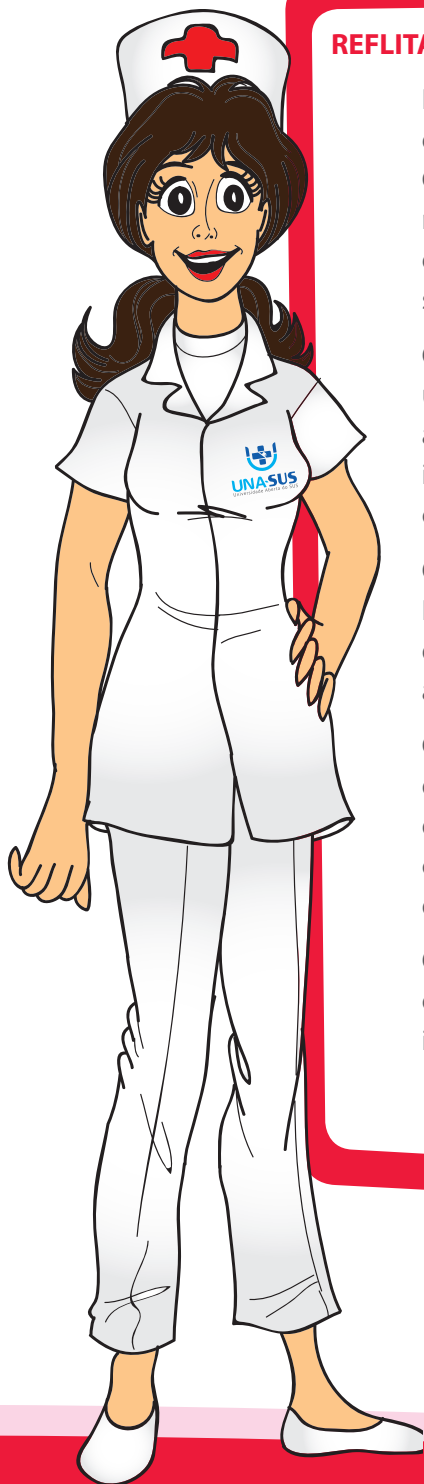
- Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual - Exame Clínico das Mamas (ECM) é um procedimento realizado por um médico ou enfermeiro treinado para esta ação. No exame, podem ser identificadas alterações na mama e, se for indicado, serão realizados 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.
- Autoexame das mamas (BRASIL, 2006).

IMPORTANTE:

O exame clínico das mamas é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

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

- De acordo com o Ministério da Saúde as atribuições da equipe nas ações de prevenção do câncer de mama são (BRASIL, 2006):
- Realizar reuniões educativas sobre câncer, visando à mobilização e conscientização para o cuidado com a própria saúde; à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama; à quebra dos preconceitos; à diminuição do medo da doença e à importância de todas as etapas do processo de detecção precoce, enfatizando o retorno para busca do resultado e tratamentos necessários;
- Realizar busca ativa na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o Exame Clínico das Mamas;
- Realizar busca ativa na população alvo, de mulheres para a realização de mamografia;
- Encaminhar para a unidade de referência os casos suspeitos de câncer de mama;
- Encaminhar as mulheres com exame clínico das mamas alterado, para unidade de referência;
- Realizar busca ativa das mulheres que foram encaminhadas à unidade de referência e não compareceram para o tratamento;
- Realizar busca ativa das mulheres que apresentaram laudo mamográfico suspeito para malignidade e não retornaram para buscar o resultado;
- Orientar as mulheres durante o exame clínico das mamas normal e de baixo risco para o acompanhamento de rotina.



REFLITA COMIGO!

Existe uma rotina de atividades educativas em sua unidade? Como as atividades educativas em relação ao câncer de colo de útero e mama são incluídas na rotina de sua UBS?

Que estratégias poderão ser utilizadas para garantir o acesso ao tratamento dos casos de lesão intraepitelial, câncer invasivo de colo uterino e câncer de mama?

Qual a contribuição da equipe de ESF para melhorar a notificação dos casos de HPV na sua área de atuação?

Com base no perfil epidemiológico da área de atuação de sua equipe de saúde, quais as principais características dos casos de câncer de colo e mama no nível local?

Quais as dificuldades locais para o desenvolvimento do fluxo de informação?