CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

UFMA
A VIDA É COMBATE
Universidade Federal do Maranhão

Saúde da Mulher
GERAL

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

www.unasus.ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

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

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - UFMA

Diretor – ***Othon de Carvalho Bastos Filho***

Coordenador Pedagógico – ***Reinaldo Portal Domingo***

Saúde da Mulher
GERAL

São Luís - MA / 2013

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2011

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

CRÉDITOS:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização:
Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13a Região N0 Registro – 453.

Revisão técnica:
João Carlos Raposo Moreira, Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Saúde da mulher/Paula Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2013.

33f. : il.

1. Saúde da mulher. 2. Políticas públicas. 3. Promoção à saúde. 4. UNASUS/UFMA. I. Moreira, João Carlos Raposo. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. IV. Título.

613.9-055.2

SUMÁRIO

UNIDADE 1

A MULHER NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO.....07
EvoluMulher.....07
Situação sociodemográfica das mulheres brasileiras.....11
Pacto pela Saúde.....13

UNIDADE 2

EPIDEMIOLOGIA DOS AGRAVOS À SAÚDE DA MULHER.....17
Ciclo gravídico-puerperal.....17
Planejamento familiar.....23
Climatério e Menopausa.....26
Câncer do colo do útero e mama.....27
DSTs e HIV/Aids.....28
Violência contra mulher.....30

UNIDADE 3

ATUAÇÃO DA ESF PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER.....33
Planejamento em saúde da mulher.....33
REFERÊNCIAS.....39

UNIDADE 1

UNIDADE 1

A MULHER NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO

Existem vários conceitos sobre saúde da mulher, perpassando de concepções mais restritas, que abordam apenas aspectos da anatomia e biologia do corpo feminino, até concepções mais ampliadas, que interatuam com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nesta unidade, abordaremos a evolução histórica das políticas, bem como o arcabouço político, jurídico e instrucional que trazem a temática saúde da mulher em seu escopo.

Evolução histórica das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Na década de 50, as ações de saúde sofriam forte influência dos chamados 'Estados de Bem Estar' (Welfare States), oriundos da Europa, que se direcionavam a grupos vulneráveis. No Brasil, especialmente em relação à saúde da mulher, o objetivo seria fazer das mulheres "melhores mães", assim, a maternidade era o papel mais importante da mulher na sociedade; a criação dos filhos era para a mulher o papel mais relevante em relação ao desenvolvimento econômico. Dessa forma, nesse período foram iniciadas medidas de combate à desnutrição e de planejamento familiar.

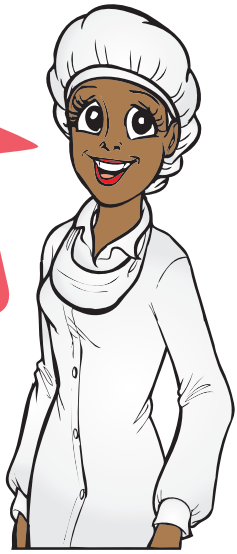
Na década de 70 há um enfoque maior às questões relacionadas à equidade, que foi tema na Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985).

Os objetivos eram integrar as mulheres no processo de desenvolvimento, preocupando-se com sua autonomia política e econômica e com a redução da desigualdade com os homens. Na década de 70 há um enfoque maior nas questões relacionadas à equidade, que foi tema na Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985).

Pensando nessas e em outras questões, é criado em 1975 o programa materno-infantil, que continha delineamentos gerais sobre proteção e assistência materno-infantil e buscava englobar cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa tinha forte ação de organismos internacionais controlistas, como a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e, assim como todo programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

Na década de 80, por sua vez, no auge do movimento feminista brasileiro, os programas iniciais destinados à saúde mulher são fortemente criticados, uma vez que a mulher tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida.

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas.



Nesse sentido, o Ministério da Saúde cria, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, especialmente, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para escolha de prioridades neste campo. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

A partir de 1984, inicia-se a distribuição, junto às Secretarias Estaduais de Saúde, de documentos técnicos que iriam nortear as "Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher". Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de articular com outras áreas técnicas e de propor novas ações para a atenção das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2011).

No ano de 2004, mais precisamente em 28 de maio de 2004, o Ministério da Saúde propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elabora o documento com a 2ª reimpressão desta política que traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos, tais como:

01

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;

02

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;

03

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2011.

REFLITA COMIGO!

Quais são as ações de sua unidade que estão contribuindo para o fortalecimento da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher?

Quais ações você considera como prioritárias para a integralidade das ações direcionadas à saúde da mulher?

SAIBA MAIS!

Leia "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes", publicada pelo Ministério da Saúde em 2011. Disponível em: www.saude.gov.br/políticadesaudedamulher.

Situação sociodemográfica das mulheres brasileiras

Considerando a diversidade que caracteriza o País, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, entende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresente diferenças importantes de uma região a outra do país.

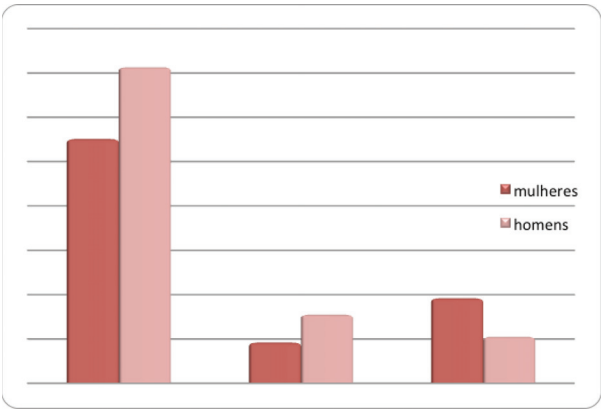
A população feminina brasileira foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,77% da população total, incluindo as crianças;

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

A Síntese de Indicadores Sociais 2002, do IBGE, apresenta os seguintes dados: a população feminina ocupada concentra-se nas classes de rendimento mais baixas – 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens, e a desigualdade salarial aumenta conforme a remuneração. A proporção de homens que ganham mais de cinco salários mínimos é de 15,5% e das mulheres é de 9,2%. No que se refere ao trabalho doméstico, as mulheres dedicadas a essa atividade (19,2%) e que não

recebem remuneração (10,5%) é bem maior do que a dos homens (0,8% e 5,9% respectivamente) para o ano de 2003 (IBGE, 2003). Veja a distribuição das proporções no gráfico abaixo:

GRÁFICO 1 –SALÁRIO MÉDIO ENTRE HOMENS E MULHERES.



No Brasil, a dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas, dada a distância existente entre os níveis de bem-estar da população branca e os da afro-descendente em todas as regiões do país. A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afrodescendentes. A realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas.

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

VAMOS PRATICAR?

Realize um trabalho de mapeamento em sua área, identificando a situação social e as condições de saúde das mulheres cadastradas em sua unidade. O ideal é que essa construção seja coletiva, isto é, em conjunto com toda a equipe de saúde da família. Ao final, elabore um mural e exponha essas informações em local visível a todos, na própria unidade. Esse material subsidiará a construção de atividades norteadoras para a saúde da mulher de sua unidade.

Pacto pela Saúde

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Neste tópico, nos deteremos ao Pacto pela Vida, especialmente às prioridades relacionadas intimamente à saúde da mulher. O Pacto pela Vida consiste no compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

A temática saúde da mulher se faz presente no Pacto pela Vida, encontrando-se, segundo Brasil (2006), claramente listada no campo das seis prioridades pactuadas pelo referido Pacto, dentre as quais, destacam-se:

Saúde do Idoso;

Controle do câncer do colo do útero e da mama;

Redução da mortalidade infantil e materna;

Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

Promoção da Saúde;

Fortalecimento da Atenção Básica.

Consistem em objetivos e metas para o Controle do Câncer do Colo do Útero definidas no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006):

OBJETIVOS E METAS
• Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo, em 2006; • Incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (com lesões intraepiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

Consistem em objetivos e metas para o Controle do Câncer de Mama definidas no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006):

OBJETIVOS E METAS
• Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo; • Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

Consistem em objetivos e metas para redução da mortalidade infantil definidas no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006):

OBJETIVOS E METAS
• Reduzir a mortalidade neonatal em 5%;
• Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia;
• Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes;
• Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes.

Consistem em objetivos e metas para redução da mortalidade materna definidas no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006):

OBJETIVOS E METAS
• Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna, em 2006;
• Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
• Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

SAIBA MAIS!

Leia o manual "Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão", publicado pelo Ministério da Saúde em 2006. Disponível em: www.gov.br/pactopelasaude2006.pdf

FIQUE LIGADO!

No link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html você pode observar as metas e objetivos pactuados para o biênio 2010/2011 na área de controle de câncer de colo do útero e de mama e também de redução da mortalidade infantil e materna.

Estas são construídas com base no Pacto pela Vida e a cada biênio são definidas novas metas e objetivos a serem alcançados.

REFLITA COMIGO!

Quais dos objetivos e metas definidos pelo Pacto pela Vida, relacionados diretamente a saúde da mulher, podem ser facilmente executáveis na atenção básica pela equipe de saúde da família?. Justifique.

Quais ações de sua unidade estão atendendo à humanização e à qualidade da atenção em saúde para as mulheres?

UNIDADE 2

UNIDADE - 2

EPIDEMIOLOGIA DOS AGRAVOS À SAÚDE DA MULHER

As mulheres representam 50,77% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Os motivos para utilizarem esses serviços de saúde são vários, tanto para o seu próprio atendimento, quanto para acompanharem crianças, familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. Outra característica marcante nas mulheres é que elas são também cuidadoras, e isso se estende não só às crianças ou familiares, mas, também, às pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, é pertinente para todos os membros da equipe de Saúde da Família discutirem e trabalharem eixos e áreas temáticas estratégicas da temática Saúde da Mulher. Nesta unidade, destacaremos: o ciclo gravídico puerperal, planejamento familiar, climatério e menopausa, além de contextualizar aspectos epidemiológicos e clínicos de doenças e agravos mais frequentes no cuidado à saúde da mulher, tais como: câncer do colo do útero e mama, DSTs e HIV/Aids e violência contra mulher.

Ciclo gravídico-puerperal

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha crescido, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria da qualidade refere-se especialmente, a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher.

REFLITA COMIGO!

Quais ações eu/minha equipe fazemos na direção de uma assistência adequada à mulher a qualquer uma das fases do ciclo gravídico puerperal? Essas ações são apenas pontuais ou se consegue dar uma continuidade?No que tange à Estratégia de Saúde da Família (ESF), cabe à equipe, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, procurar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher. A conversa franca, a sensibilidade e a "astúcia" de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para o acompanhamento dessa mulher, assim como de sua família.

O acompanhamento de gestantes e puérperas de baixo risco é imprescindível para melhor atuação da Estratégia de Saúde da Família e está presente em seu escopo de ação. As rotinas estabelecidas nas unidades de saúde devem respeitar as peculiares locorregionais. É primordial buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas e favorecer uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde.

O atendimento ou acompanhamento do ciclo gravídico puerperal realizado nas unidades de saúde da família implica em infinitas possibilidades de ações que fomentem pré-natal de qualidade e atenção humanizada a mulher e familiares. Para Brasil (2005), algumas ações são primordiais:

- Acolhimento
- Identificação, monitoramento e acompanhamento de fatores de risco
- Imunização
- Atividades de educação em saúde
- Criar calendário de consultas
- Visita Domiciliar
- Preparo para parto e nascimento humanizado.

VAMOS PRATICAR?

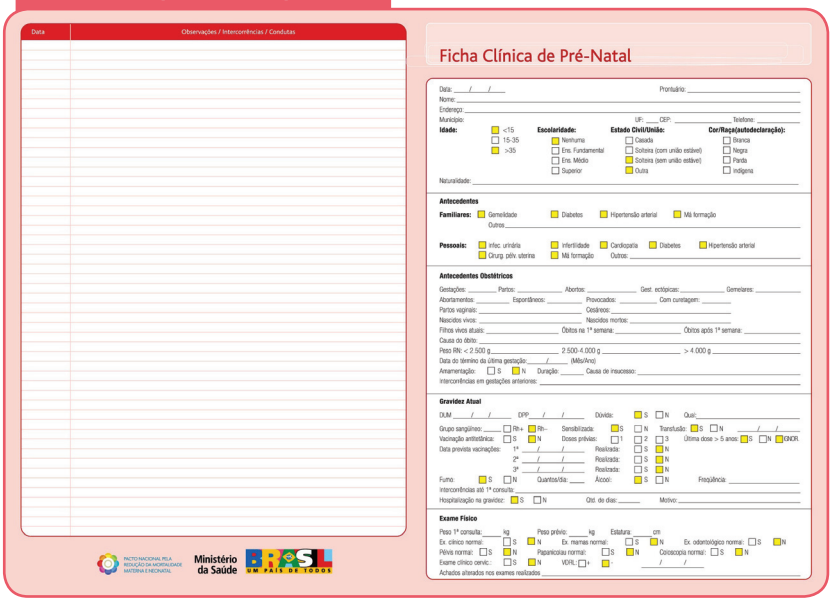
Que tal você se reunir com sua equipe de saúde da família e elencar atribuições de cada membro da equipe para cada um dos tópicos listados acima. Apresente as propostas da equipe no fórum virtual de discussão.

IMPORTANTE!

Também estão incluídas como ações fundamentais ao ciclo gravídico puerperal, aspectos sobre a atuação em casos de urgência, considerando uma assistência preliminar e como deverá ser feito o acionamento do serviço de remoção. O encaminhamento deve ser realizado quando há vantagens claras da transferência de unidade para a mulher.

Para realizar esse acompanhamento adequado à gestante, se faz necessário lançar mão de ferramentas e instrumentos para melhor operacionalização dessa assistência. Vejamos o que o Ministério da Saúde recomenda (BRASIL, 2005):

Ficha de acompanhamento pré-natal



Data	Observações / Intercorrências / Condutas

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL
Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Ficha Clínica de Pré-Natal

Data: ___/___/___ Prontuário: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: ___ CEP: _____ Telefone: _____

Idade: ☐ <15 ☐ 15-35 ☐ >35

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ Ens. Fundamental ☐ Ens. Médio ☐ Superior

Estado Civil/União: ☐ Casada ☐ Solteira (com união estável) ☐ Solteira (sem união estável) ☐ Outra

Cor/Raça(autodeclaração): ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena

Naturalidade: _____

Antecedentes

Familiares: ☐ Gemelidade ☐ Diabetes ☐ Hipertensão arterial ☐ Má formação
Outros: _____

Pessoais: ☐ Infec. urinária ☐ Infertilidade ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Hipertensão arterial ☐ Cirurg. pélv. uterina ☐ Má formação Outros: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Gest. ectópicas: _____ Gemelares: _____
Abortamentos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____ Com curetagem: _____
Partos vaginais: _____ Cesáreos: _____
Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____
Filhos vivos atuais: _____ Óbitos na 1ª semana: _____ Óbitos após 1ª semana: _____
Causa do óbito: _____
Peso RN: < 2.500 g _____ 2.500-4.000 g _____ > 4.000 g _____
Data do término da última gestação: ___/___ (Mês/Ano)
Amamentação: ☐ S ☐ N Duração: _____ Causa de insucesso: _____
Intercorrências em gestações anteriores: _____

Gravidez Atual

DUM ___/___/___ DPP: ___/___/___ Dúvida: ☐ S ☐ N Qual: _____
Grupo sanguíneo: _____ ☐ Rh+ ☐ Rh– Sensibilizada: ☐ S ☐ N Transfusão: ☐ S ☐ N ___/___/___
Vacinação antitetânica: ☐ S ☐ N Doses prévias: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Última dose > 5 anos: ☐ S ☐ N ☐ IGNOR.
Data prevista vacinações: 1ª ___/___/___ Realizada: ☐ S ☐ N
2ª ___/___/___ Realizada: ☐ S ☐ N
3ª ___/___/___ Realizada: ☐ S ☐ N
Fumo: ☐ S ☐ N Quantos/dia: ___ Álcool: ☐ S ☐ N Frequência: _____
Intercorrências até 1ª consulta: _____
Hospitalização na gravidez: ☐ S ☐ N Obt. de dias: _____ Motivo: _____

Exame Físico

Peso 1ª consulta: ____ kg Peso prévio: ____ kg Estatura: ____ cm
Ex. clínico normal: ☐ S ☐ N Ex. mamas normal: ☐ S ☐ N Ex. odontológico normal: ☐ S ☐ N
Pélvis normal: ☐ S ☐ N Papanicolau normal: ☐ S ☐ N Colposcopia normal: ☐ S ☐ N
Exame clínico cervic.: ☐ S ☐ N VDRL: ☐ + ☐ - ___/___/___
Achados alterados nos exames realizados _____

Mapa de atendimento diário

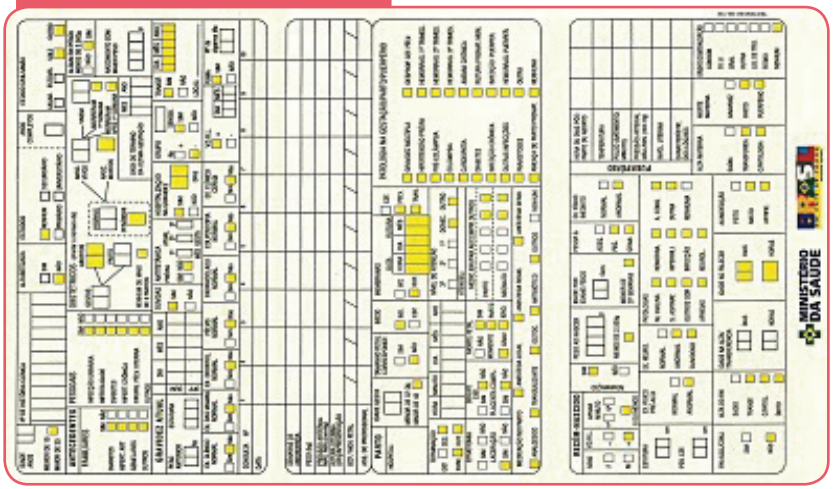
FICHA B - GES	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES

Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina					Estado Nutricional : D - Desnutrida N -Nutrida Mês de gestação									Data da consulta de pré-natal Mês de gestação									Fatores de risco		Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério	
			1	2	3	R		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
Nome:																										6 ou mais gestações						
																										Natimorto/Aborto						
																										36 anos e mais						
Endereço:																										Menos de 20 anos						
	OBS:																Data da visita do ACS									Sangramento						
																										Edema						
																										Diabetes						
																										Pressão Alta						

Cartão da gestante



Relatório de encaminhamento

REFLITA COMIGO!

Quais dos instrumentos supracitados estão implantados em sua unidade?

VAMOS PRATICAR?

Identifique os 10 princípios da OMS para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal adequada e verifique se sua unidade de saúde atende a essas recomendações.

No que diz respeito à atenção a puérpera, especificamente, é recomendado que, após a alta hospitalar, essa mulher seja acompanhada juntamente com seu recém-nascido pela equipe da ESF. É preconizado pelo Ministério da Saúde que mãe e bebê recebam uma visita domiciliar ainda na primeira semana de puerpério. O retorno da mulher e do recém nascido no puerpério deve ser incentivado pela equipe desde o pré-natal, durante as consultas ou atividades de educação em saúde, e também pelos ACS durante a visita.

Consistem em objetivos fundamentais da equipe no acompanhamento da puérpera (BRASIL, 2007):					
Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido	Orientar e apoiar a família para a amamentação	Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido	Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido	Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzí-las	Orientar o planejamento familiar

SAIBA MAIS!

Leia o manual "Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério". São Paulo: SES/SP, 2010.

Planejamento familiar

Garantido pela Constituição Federal e também pela Lei n° 9.263, de 1996, o planejamento familiar consiste em um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também aquelas que preferem adiar o aumento da família. O número de filhos, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher, homem e/ou casal devem ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 1988; BRASIL, 2003).

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 Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), feita em 2006, financiada pelo Ministério da Saúde, a política de distribuição de meios anticonceptivos, gerou importante redução no número de gravidezes indesejadas. Esse fator pode ter contribuído com a queda nos índices de abortos inseguros e, por conseguinte, na mortalidade

materna (BRASIL, 2006).

A partir dessas premissas básicas, fica explícita a importância do trabalho da equipe da ESF junto às ações de Planejamento Familiar. As ações da equipe devem seguir na direção de dois blocos fundamentais apontados pela Política Nacional de Planejamento Familiar e pelas recomendações técnicas do Ministério da Saúde: ações dirigidas para assistência à anticoncepção e ações dirigidas para assistência à infertilidade conjugal (BRASIL, 2002).

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 (BRASIL, 2002):

Ações Educativas

Devem objetivar oferecer conhecimentos indispensáveis para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais apropriado, assim como fomentar questionamentos e reflexões sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção.

Ações de Aconselhamento

Identificação e acolhimento da demanda do sujeito ou casal em relação a imprecisões, ansiedades, receios e aflições relacionadas às questões de planejamento familiar, além de avaliação de risco individual ou do casal para a infecção pelo HIV e outras DSTs.

Ações Clínicas

Anamnese; exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do autoexame de mamas e levantamento de data da última colpocitologia oncótica para analisar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal, além de análise da opção e prescrição do método anticoncepcional.

VAMOS PRATICAR?

Que tal construir um quadro contendo as atividades realizadas pela equipe da ESF? Para cada um dos blocos de atividades direcionadas às ações de planejamento familiar, você pode especificar a atribuição de cada membro da equipe dentro de suas possibilidades de atuação profissional.

SAIBA MAIS!

Leia o texto completo da Lei do Planejamento Familiar - Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

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

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. Na rede pública, ainda são poucos os serviços especializados para tratamentos de casais inférteis e os custos são altos. Mesmo quando o SUS disponibiliza o tratamento, são poucas as opções de medicações, não atendendo todas as indicações. Todavia, o médico da equipe poderá proceder à propedêutica inicial e tratamento de casos menos complexos e orientar sobre os centros especializados.

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. 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, 2008).

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 neste período reflete circunstâncias sociais e pessoais e não somente eventos endócrinos do climatério e menopausa.

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 deste grupo populacional.

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

- 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, auto-cuidado, dentre outras).

SAIBA 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 sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Câncer do colo do útero e mama

A estimativa do número de casos novos de câncer de mama esperado para o Brasil, em 2008, foi de 49.400, com risco estimado de 51 episódios a cada 100 mil mulheres. Em relação ao câncer do

colo do útero, o número de casos novos esperados para o mesmo ano foi de 18.680, com risco estimado de 19 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011).

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

A prevenção do câncer cérvico-uterino está baseada no rastreamento da população feminina que apresenta probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelos exames de detecção precoce, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento. Para isso, é fundamental: a coleta de citologia oncótica, atividade fundamental da ESF. As equipes devem cumprir as metas propostas pelo município e metas próprias de cobertura de realização do exame Papanicolau (BRASIL, 2006).

Em relação ao combate ao câncer de mama, são essenciais para a ESF: orientação para o autoexame de mamas, oportunizar o exame clínico das mamas e estabelecer a definição de critérios e fluxos para encaminhar a mamografia e a consulta com mastologista, quando convenientes.

Vale lembrar!

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

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. 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, independente de classe, sexo, raça ou etnia, orientação sexual e faixa etária. Isso significa que estamos todos e todas vulneráveis ao HIV/ Aids (BRASIL, 2006 a).

As tendências recentemente apresentadas pela epidemia do HIV no Brasil: heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização.

O Ministério da Saúde torna claro que o trabalho da Atenção Básica, especialmente da equipe das ESF deve incluir prioritariamente em seu processo de trabalho (BRASIL, 2006a):

- 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 HTLV;
- 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.

**Alguns temas devem ser tratados de modo especial no trabalho de prevenção:
raça e etnia, gênero, homossexualidade, religiosidade e violência.**

REFLITA COMIGO!

Quais as barreiras para a prevenção das DSTs existentes na sua comunidade?

Violência contra mulher

A violência contra a mulher é um fenômeno mundial relacionado às concepções de gênero e à distribuição do poder dentro de cada grupo social (ANDRADE, 2009). Representa uma importante causa de morbimortalidade, 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).

A violência é considerada um fenômeno multicausal, que vem atingindo todos os grupos sociais, as instituições e as faixas etárias. É um fato histórico que acontece também em outras sociedades. No Brasil, tem alcançado índices significativos de óbito, constituindo, junto às razões externas, a segunda maior causa de mortalidade.

No ano de 2006, entrou em vigor a Lei 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.

Segundo Brasil (2005) nas normas técnicas de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes, a Equipe de Saúde da Família deve estar preparada para:

- Identificar as situações de violência e acolher as vítimas;
- Garantir privacidade, confiança e respeito no atendimento;
- Prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima;
- Incluir o tema violência nas ações educativas da unidade;
- Incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritá-rio na unidade;
- Registrar informações de quando, onde, como e quem foi o agressor;
- Identificar rede de apoio (social e familiar) à mulher;
- Informar e encaminhar a vítima e o agressor para aos programas de saúde mental;
- Informar e encaminhar a vítima para os serviços de apoio social e jurídico;
- Orientar a vítima para que registre a ocorrência na Delegacia de Mulheres;
- Agendar retorno e/ou visita domiciliar para continuidade do atendi-mento.

REFLITA COMIGO!

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?

IMPORTANTE!

Fique atento às situações que deverão ser encaminhadas para os serviços de urgência ou pronto-atendimento hospitalar: abuso sexual, lesões graves e/ou extensas, queimaduras de mais gravidade, traumatismos cranianos e fraturas, suspeita de lesão de órgãos internos e estado de choque emocional (BRASIL, 2005).

SAIBA MAIS!

A Lei n° 10.778, 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.

Acesse: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm

UNIDADE 3

UNIDADE 3

ATUAÇÃO DA ESF PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

Nas unidades I e II você recebeu embasamento teórico e a possibilidade de construção crítica e reflexiva, individual e/ou coletiva, sobre temas considerados relevantes à saúde da mulher. Nesta unidade, faremos o exercício da construção do papel da equipe da ESF junto à saúde da mulher, através do planejamento de ações na direção da construção de protocolos de cuidados.

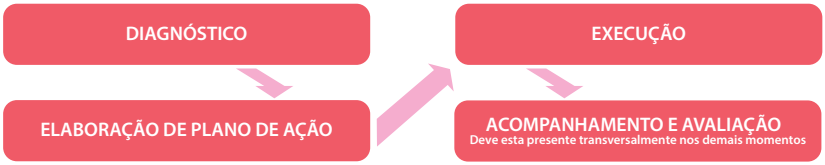
Para toda e qualquer atividade de linha de cuidado na atenção básica se faz necessário o planejamento de atividades. Na equipe de saúde da família, isso não é diferente. Planejar não significa improvisar. O planejamento refere-se a uma preparação e organização sistemática do que se irá fazer, onde se deve acompanhar sua execução, reformular decisões já adotadas, redirecionar sua execução, se necessário, e avaliar o resultado durante todo o processo e ao final. Na equipe da ESF, o planejamento deve ser uma atitude permanente e não apenas pontual.

Planejamento em saúde da mulher

Em relação às ações de saúde, o planejamento participativo mostra-se mais adequado, uma vez que envolve diversos atores. Dessa forma, planejar é condição necessária para que as ações possam ser desenvolvidas de forma mais qualificada, gerando benefícios efetivos à população. Vale ressaltar que um dos princípios do planejamento participativo refere-se à flexibilidade que permite a reformulação das ações planejadas durante sua execução.

Entendendo que esta unidade fomentará ações de planejamento, sejam elas individuais e/ou coletivas, provocará a construção de protocolos, diretrizes e linhas de cuidados para sua

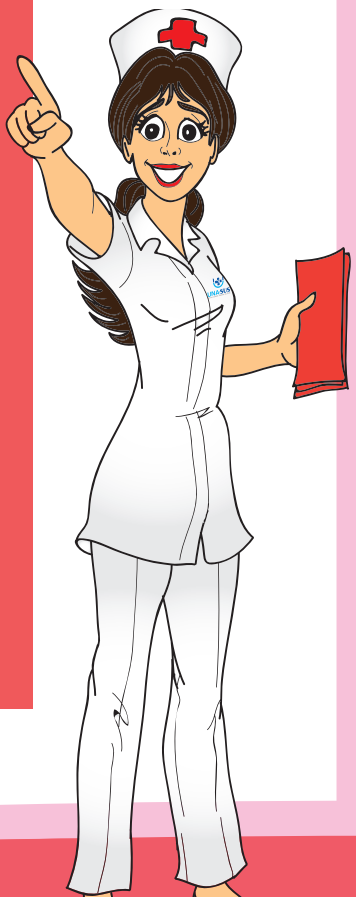
atuação na unidade, Oliveira; Fonseca (2007) admitem ser importante recordar as etapas de um planejamento efetivo:



Pensando nesses aspectos, neste primeiro momento você deve realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e saúde das mulheres de território.

Questões norteadoras do diagnóstico situacional para saúde da mulher:

- **Qual o número de mulheres maiores de 10 anos e sua distribuição por faixa etária?**
- **Qual sua origem e para onde vão quando se mudam de seu território?**
- **Quais as principais estratégias de sobrevivência dessas mulheres?**
- **Quantas são chefes de família?**
- **Quais suas principais ocupações e o que fazem para se sustentar?**
- **Quanto recebem pelo trabalho realizado?**
- **Qual sua escolaridade?**
- **Quais as principais causas de morbidade das mulheres de seu território e/ou município?**
- **Quais as principais causas de óbito das mulheres do seu território e/ou município?**



VAMOS PRATICAR?

Que tal, a partir dos dados e informações levantadas, fazer a tabulação e a apresentação dos mesmos por meio de tabelas e gráficos? Com base nesses dados e na observação do seu cotidiano, elabore uma estratégia de atuação adequada para o diagnóstico realizado, respeitando o fluxograma do planejamento aqui apresentado. Cada profissional da equipe deve contribuir com atividades coletivas e/ou individuais que respeitam seu campo e núcleo de atuação. Assim, deverá ser preenchida uma planilha contendo as ações de cada profissional. Discuta essa planilha com seus colegas de trabalho e veja divergências e convergências de cada proposta.

O processo de trabalho das ESF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho, independente da área estratégica de atuação em questão (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

Sabe-se que esta apostila não esgota todos os temas relacionais à saúde da mulher e não era essa nossa intenção. Assim, trouxemos aqueles temas que seriam mais relevantes. Seguindo os temas escolhidos, propomos neste momento oferecer subsídios/bases através da problematização para construção de protocolos de cuidados que possam garantir: atenção ao planejamento familiar, ao ciclo gravídico puerperal e ao climatério. Nesse sentido, ofertaremos direcionamentos para essa construção, entendendo que essa ela

é coletiva e singular a cada Região, Estado ou Município em que for estabelecida. Para melhor compreensão, apresentamos questões norteadoras, respeitando os seguintes blocos:

Planejamento Familiar:

- A comunidade conhece as atividades de planejamento familiar desenvolvidas pela equipe da ESF?
- Como têm sido desenvolvidas as atividades educativas relativas ao planejamento familiar?
- Como se dá a participação da equipe multiprofissional nas atividades relativas ao planejamento familiar?
- Como os usuários (as) participam da escolha dos métodos contraceptivos?
- Como é realizada assistência nos casos de infertilidade conjugal?
- Como é tratada a contracepção de emergência em sua unidade?
- Existe disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos para os usuários de seu território e /ou município?

Ciclo Gravídico-Puerperal:

- O cartão da gestante está sendo preenchido a cada atendimento em sua unidade?
- Como é realizado o acolhimento das gestantes que estão sob a responsabilidade de sua equipe?
- Como você e sua equipe têm prestado assistência à gestante e à puérpera?
- Quantas consultas estão sendo disponibilizadas para cada gestante?
- Como tem sido o acompanhamento da saúde bucal das gestantes pela sua equipe?
- Como sua equipe tem desenvolvido as atividades educativas com as gestantes e puérperas do seu território e/ou município?

Climatério:

- Como tem sido a atenção de sua equipe às mulheres com distúrbios relacionados ao climatério em seu território?
- Como os sintomas do climatério têm sido tratados pela equipe?
- Como a sua equipe tem trabalhado na promoção da saúde das mulheres no climatério?
- Como tem sido o acompanhamento da saúde bucal das mulheres no climatério pela sua equipe?

Sugestões de atividades que devem ser realizadas pela equipe da ESF:

- Grupo de casais grávidos;
- Grupos para melhor idade;
- Reuniões com a comunidade sobre Planejamento Familiar;
- Sistematização da oferta de métodos contraceptivos juntos aos usuários;
- Atividades permanentes de agendamento e realização da coleta do Papanicolau e exame físico das mamas.

IMPORTANTE!

Todos os profissionais devem saber que a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem. De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 –, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo (a) enfermeiro (a).

Atenção para o calendário de datas importantes relacionadas à saúde da mulher:

Mês	Dia	Evento
Março	08	Dia Internacional da Mulher
Abril	30	Dia Nacional da Mulher
Maio	28	Dia de Enfrentamento à Mortalidade Materna
Setembro	06 23 26	Dia Internacional de Ação pela Igualdade da Mulher Dia Internacional contra a Exploração Sexual e o Tráfico de Mulheres e Meninas Dia Mundial de Prevenção à Gravidez na Adolescência
Novembro	25	Dia Internacional da Não-Violência contra a Mulher

Desejamos que estas bases, seguidas da construção do seu estudo e planejamento, possam trazer subsídios importantes para sua prática, de modo que você e toda a equipe multiprofissional continuem atuando como ativadores do processo de organização da assistência integral à saúde da mulher, instrumentalizados por linhas de cuidados e protocolos aqui discutidos e fomentados.

SAIBA MAIS!

Leia: COELHO, Suelene; FRANCO, Yula Porto. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

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

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. _____.**Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. _____. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. _____. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COELHO, Suelene; FRANCO, Yula Porto. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2009.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais confirma as desigualdades da sociedade brasileira**. 2003. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm Acesso em: 8 mar. 2013.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. 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, dec. 2007.

RECIFE. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal**: pauta de obstetrícia. Recife: Secretaria de Saúde. Recife, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES, 2010. tTAQUETTE, Stella R. (Org.). **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

UFMA
A VIDA É COMBATE
Universidade Federal do Maranhão

www.unasus.ufma.br