



Pós-Graduação em

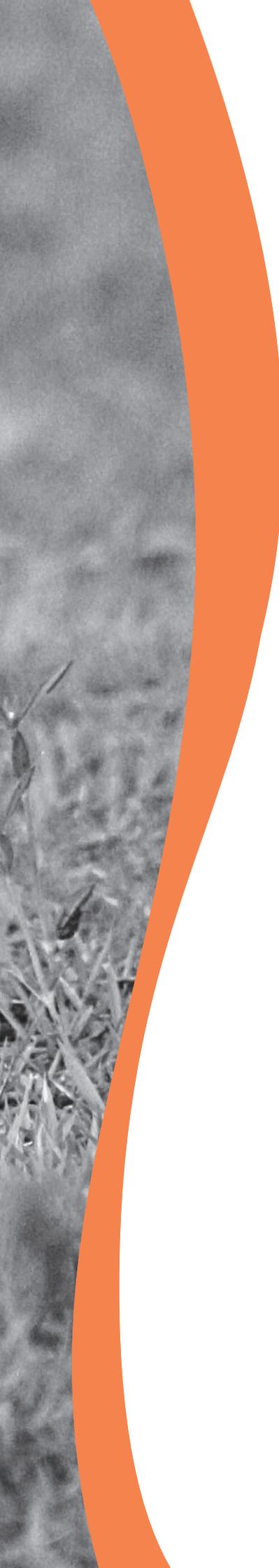
Atenção Básica em Saúde da Família

Assistência Multidisciplinar à Saúde

Vol. 2

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Karine Cavalcante da Costa



*Assistência Multidisciplinar
à Saúde*

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 13/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar César Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Sílvia Helena Mendonça de Soares
Vera Lucia Kodjaoglanian

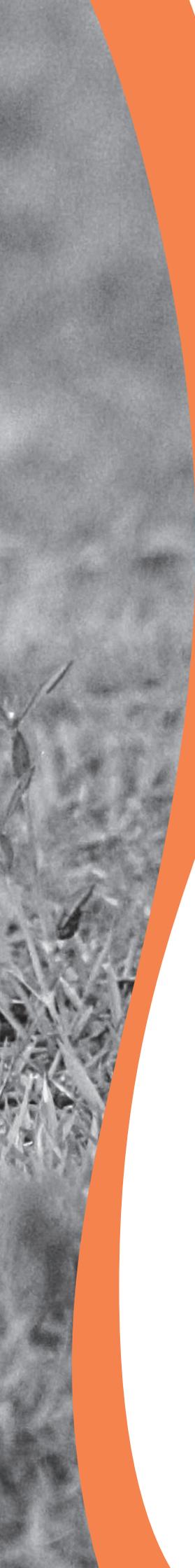
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

A848 Assistência multidisciplinar à saúde, volume 2 / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole... [et al.]. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
156 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-329-2
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Política de Saúde. 2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Adultos – Cuidado e tratamento. 4. Família – Saúde e higiene. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama.

CDD (22) 613.043



Assistência Multidisciplinar à Saúde

Volume 2

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Karine Cavalcante da Costa



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

Escrever sobre a saúde do adulto, na estratégia de saúde da família, remete-nos à 8ª conferência nacional de saúde, da qual tive a honra de participar. Pela primeira vez, a sociedade organizada participava de uma conferência, com direito a voz e, principalmente, a voto, conquistando resultados benéficos para si - como o de promover e proteger a saúde -, pois muitas dessas propostas serviram de subsídio para a constituição de 1988.

A saúde é direito de todos e dever do estado. Assim, o programa de saúde da família é uma estratégia que procura reformular o modelo de atenção à saúde, com a implantação de equipes multidisciplinares que atuam na promoção, prevenção, recuperação e, principalmente, na manutenção da saúde da comunidade onde estão estabelecidas.

A reformulação da saúde começou a dar atenção ao adulto para que este pudesse envelhecer saudável. Decorrente desse fato, a expectativa de vida do brasileiro aumentou consideravelmente nas últimas décadas, o que desencadeou maior atenção à saúde dos idosos, que antes chegavam, em sua maioria, debilitados e até incapacitados à terceira idade.

Ao procurar com maior frequência os programas das unidades de saúde, seja para um preventivo ou pré-natal, tratamento de DST, hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose, a mulher revela ser mais participativa que o homem, demonstrando consciência da importância do cuidar da saúde.

Mais recentemente, o homem passou a dar importância ao cuidar, o que tem melhorado suas condições de saúde, uma vez que hoje o controle da hipertensão e diabetes é mais aceito e já se solicitam com maior frequência exames de PSA, mesmo diante de sua pouca divulgação em programas de prevenção para o homem e da existência de preconceito contra os exames de próstata.

Na odontologia, existem trabalhos científicos que demonstram que partos prematuros estão relacionados com o aumento da taxa de diabetes, endocardites bacterianas e outras ocorrências, estas relacionadas às infecções bucais, principalmente as doenças periodontais.

Nos últimos anos, a dengue é a doença que vem acometendo, os adultos em sua maioria, sendo a grande preocupação das autoridades sanitárias em nosso país.

A estratégia de saúde da família, como atividade multidisciplinar, visa à melhoria da saúde da comunidade onde está instalada, desde o recém-nascido até o idoso, passando pelo adulto, a grande força de trabalho e desenvolvimento do nosso país.

À FIOCRUZ CERRADO PANTANAL, à UFMS e à Secretaria de Estado de Saúde devo agradecer a oportunidade deste prefácio e parabenizá-los pela grandeza deste curso voltado à estratégia de saúde da família.

E a vocês, alunos, cabe aplicar o conhecimento adquirido, para que a sociedade e, principalmente, aqueles mais necessitados possam ter qualidade de vida.

Silvano da Silva Silvestre
Cirurgião Dentista
Conselho Regional de Odontologia - MS

APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

O módulo 3, denominado Atenção Integral à Saúde do Adulto, é parte integrante da Unidade IV, aborda a saúde do adulto sob a perspectiva geral e específica. Quanto ao conteúdo geral, traz os programas dirigidos à atenção da saúde do adulto, independente do sexo. Na parte específica, traz um programa apresenta os programas voltados à atenção à saúde, voltados ao sexo feminino e outro, ao masculino.

Na parte geral, discutem-se os programas de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, atenção à pessoa portadora de deficiências físicas, tabagismo, prevenção de DST/AIDS e atenção à saúde bucal. Como no módulo anterior, apresenta as ações que todos os membros da equipe devem desenvolver, independente do fato de ser cirurgião dentista, enfermeiro ou médico. Essa parte traz também as ações que devem ser desenvolvidas para qualificar a atenção prestada à comunidade.

Na parte específica, apresenta os programas voltados à atenção à saúde da mulher, como o preventivo de câncer de colo uterino e mama, bem como a importância da realização do pré-natal, do planejamento familiar e, sobretudo, da abordagem do tema “violência contra as mulheres”, tão importante para a manutenção da saúde da mulher, entre outros enfoques. Quanto à saúde do homem, apresenta-se a recente Política de Atenção à Saúde do Homem, que foi implantada há pouco mais de três anos e cujo objetivo maior é trazer o homem à unidade de saúde para começar a cuidar-se. Em ambas as partes, mostram-se os dados de morbimortalidade no país e no estado.

Atender as necessidades dos pacientes com patologias é nossa função, mas a estratégia de saúde da família tem abrangência muito mais ampla, já que sua meta é garantir a atenção à saúde do indivíduo e construir com sua população uma vida mais saudável, em que todos tenham a possibilidade de alcançar a plenitude de seus sonhos. Para tanto, assume o encargo de investir na mudança de hábitos e de procurar medidas para melhorar as condições de vida de sua clientela, tecendo ações intersetoriais com outras secretarias, melhorando renda, habitação, escolaridade e assim por diante. Desse modo, investe no planejamento e avaliação das ações voltadas ao perfil epidemiológico de sua clientela.



Unidade 4 Assistência Multidisciplinar à Saúde

Prefácio	15
Apresentação da Unidade	17

Módulo 3 Atenção Integral à Saúde do Adulto

Introdução	23
Seção 1 - Os Programas de Atenção à Saúde do Adulto.	24
Seção 2 - Saúde Bucal	54
Seção 3 - As Ações da Equipe de Saúde da Família	72
Seção 4 - Atenção Integral à Saúde do Homem.	74
Seção 5 - Assistência à Saúde dos Homens: Um Desafio para os Serviços de Saúde	89
Seção 6 - Atenção à Saúde da Mulher	92
Seção 7 - Assistência Integral à Saúde da Mulher	110
Considerações Finais.	143
Referências	145

UNIDADE 4

ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR À SAÚDE

MÓDULO 3

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO

AUTORES

Maria Aparecida da Silva
Hilda Guimarães de Freitas
Karine Cavalcante da Costa
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Geani Almeida
Susane Lima Vargas
Ivone Alves Rios
Albertina Martins de Carvalho



Sobre os Autores:

Maria Aparecida da Silva

Graduação em Serviço Social - FUCMT, 1984; Especialização em Educação na Área de Saúde - UFRJ, 1985; Mestrado em Saúde Coletiva - UFMS, 1998. Consultora da Organização Mundial da Saúde/OMS, de 2001 a 2008; Sanitarista da Secretaria de Saúde/MS, 1979 a 2011; Professora da UNIDERP/ ANHANGUERA, 2009 a 2010.

Hilda Guimarães de Freitas

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia - UFMT, 1981; Especialização em Epidemiologia - ENSP/FIOCRUZ, 1989; Especialização em Saúde Pública - UNAFRP, 1984. Consultora do Ministério da Saúde, 1991 a 1995.

Karine Cavalcante da Costa

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, especialista em Equipes Gestoras de Serviços e Sistemas de Saúde pela Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” e em Liderança de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Faculdade Bloomberg - Universidade de Toronto - Canadá. Atualmente é Gerente Estadual de Saúde da Família.

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Médica pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); Especialização em Medicina de Família pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/UFMS/Fiocruz.

Geani Almeida

Graduação de professores pela UCDB, especialista em Equipes Gestoras de Serviços e Sistemas de Saúde pela Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser”. Atualmente é Gerente Estadual de Atenção à Saúde do Homem.

Susane Lima Vargas

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Fiocruz. Gerente do Hiperdia/CAB/SES/MS.

Ivone Alves Rios

Assistente Social, Especialista em Gestão de Programas de Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Gerente da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência/CAB/SES/MS.

Albertina Martins de Carvalho

Sanitarista; Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública. Gerente do Programa de Prevenção Primária do Câncer/Tabagismo/CAB/SES/MS.

Neste módulo abordaremos as particularidades da atenção à saúde da população adulta, os programas dirigidos a esta faixa etária, a situação de morbimortalidade no estado de Mato Grosso do Sul, as metas da Política da Atenção Básica e os indicadores da atenção primária do estado. Para fins didáticos, este módulo será dividido em geral, com enfoque nos programas existentes dirigidos à atenção da saúde do adulto, independente do sexo, e específico, com os programas voltados à atenção à saúde da mulher e outro, à atenção à saúde do homem.

Objetivos Gerais:

Ao final do módulo, o especializando terá adquirido competência e atitudes para:

- Conhecer os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Orientar sua população adscrita;
- Organizar sua capacidade de trabalho para atender sua população;
- Prestar atenção integral ao indivíduo adulto;
- Conhecer a epidemiologia da saúde bucal do adulto.

Seção 1 - OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO

Nesta seção serão apresentados os programas sugeridos pelo Ministério da Saúde para assistir integralmente a população adulta de sua área. Ao final desta seção espera-se que você tenha desenvolvido competências para:

- Aplicar os princípios da Política Nacional de Humanização;
- Conhecer os programas de atenção ao paciente com hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, deficiências, tabagistas;
- Desenvolver seu trabalho voltado aos dados de morbimortalidade de sua área;
- Promover a saúde dos indivíduos adultos e suas famílias.

1.1 Política Nacional de Humanização e Acolhimento

Trabalhar em defesa da saúde é um grande desafio, tantas são as dimensões do cuidar. Muitos desafios, mas muitas conquistas permeiam esse cenário. Desde a concepção do SUS, em seus princípios e diretrizes temos como norte um sistema acolhedor, sem barreiras de acesso ou qualquer tipo de discriminação. Ao lembrarmos como era a porta de entrada aos serviços de saúde antes do SUS, temos noção do avanço das políticas públicas de saúde. Todavia, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública.

Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas.



VAMOS REFLETIR!

A essa altura do curso vamos propor uma importante reflexão: o que significa acolhimento? Como você concebe a Política Nacional de Humanização (PNH)? Sua postura como profissional de saúde contempla todas as dimensões abordadas pela PNH?

Qual a importância do acolhimento?

O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

A cartilha da PNH - acolhimento nas práticas de produção de saúde - convida-nos a refletir sobre esses conceitos e sua aplicabilidade em nossa prática. Vamos abordar resumidamente alguns pontos. (Leia a cartilha que se encontra na biblioteca do módulo).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” a outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizadas pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma

nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- valorização e abertura no encontro entre o profissional de saúde, usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção primária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento a seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;
- construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Em síntese...

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos

e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestação de atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.



VAMOS REFLETIR!

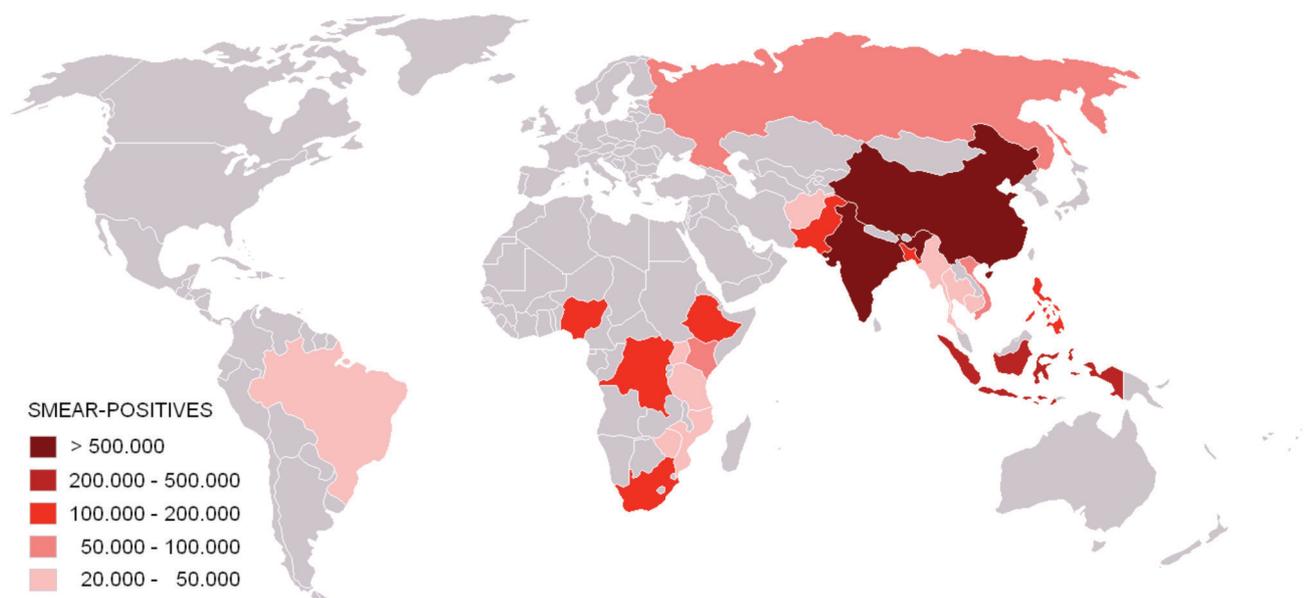
Você leu sobre acolhimento em vários cadernos. O que mudou em sua rotina de trabalho? O que é necessário para colocar em ação o acolhimento na sua prática? Que desafios você e sua equipe já superaram para essa mudança de atitude?

1.2 Programa de Tuberculose - Situação no mundo, Brasil e Mato Grosso do Sul

No mundo, mais pessoas morrem de tuberculose do que de qualquer outra infecção curável. A cada dia mais de 20 mil pessoas adoecem e 5 mil morrem com esse agravo. Vinte e dois países respondem por 80% dos casos. Como complicadores, existem a coinfeção com o vírus do HIV, que aumenta o risco de adoecer e morrer, e o problema da resistência medicamentosa (TB-MDR). Em pacientes com tuberculose que apresentam resistência à medicação, o tratamento é muito mais caro e o paciente tem maior dificuldade de completar o tratamento. Casos semelhantes de resistência ao tratamento habitual vem se espalhando em mais de 20 países.

Concentram-se, nos países assinalados em vermelho, 80% dos casos de tuberculose.

Figura 01 - Casos de Tuberculose no mundo, 2007



Fonte: OMS

No Brasil, a situação persiste também grave, com 50 milhões de infectados e uma média anual de aproximadamente 100 mil casos novos e 6 mil óbitos pela enfermidade. Cada paciente pulmonar bacilífero (BK+), se não tratado, pode infectar em média 10 a 15 pessoas por ano.

A tuberculose infecta pessoas em todos os países do mundo, tanto ricos como pobres. A pobreza, desnutrição, más condições sanitárias e alta densidade populacional são fatores que contribuem para que o agravo se dissemine e se transforme em doença.

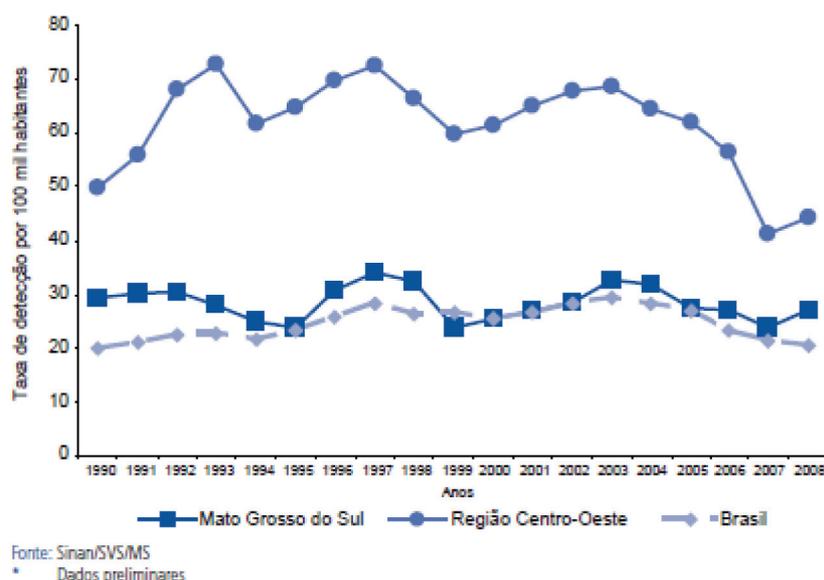
Apenas alcançando as metas de detecção de no mínimo 70% dos casos de tuberculose e cura de 85% destes casos é que o controle da doença realmente se dará e suas taxas começarão a diminuir gradativamente em 5% ao ano.

A tuberculose - também chamada em português de tísica pulmonar ou “doença do peito” - é uma das doenças infecciosas documentadas desde mais longa data e que continua a afligir a

humanidade nos dias atuais. Estima-se que a bactéria causadora tenha evoluído há 15.000 ou 20.000 anos, a partir de outras bactérias do gênero *Mycobacterium*.

O Mato Grosso do Sul possui 6 municípios prioritários, com uma cobertura de 59% das Unidades de Saúde com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado. Dessas, 75% vêm utilizando a estratégia de Tratamento Supervisionado (TS/ DOTs). A descentralização do tratamento na atenção primária é uma das metas para o controle da tuberculose, tendo em vista a proximidade maior do paciente com o serviço de saúde.

Gráfico 01 - Taxa de incidência (por 100 mil habitantes) de tuberculose em todas as formas, Mato Grosso do Sul, Região Centro-Oeste e Brasil, 1993-2007



Fonte: Sinan/SVS/MS - Dados Preliminares

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, em 2007, 844 casos novos de tuberculose foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As incidências foram de 36 casos, por 100 mil habitantes, para tuberculose em todas as formas, e de 19, por 100 mil, para casos bacilíferos.

Tabela 01 - Casos de Tuberculose confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN- Net, em Mato Grosso do Sul, 2010.

Ano Diagnóstico	Casos Confirmados
Total	882
2010	882

Fonte: DATASUS.

Como se previne?

Para uma boa prevenção, o mais importante é detectar e tratar todos os pacientes bacilíferos, ou seja, todos aqueles com o bacilo de Koch nos pulmões (doentes).

A vacina BCG, aplicada ao nascer, é o melhor método para evitar as formas graves da tuberculose em crianças, principalmente a meningite tuberculosa e a tuberculose miliar.

Outra conduta importante é o controle dos comunicantes. Comunicantes são aquelas pessoas que têm contato íntimo com o doente (vivem na mesma casa, por exemplo). Estes devem ser investigados pelo médico assistente através de exames solicitados na consulta médica.

1.3 Programa de Hanseníase- Situação Brasil e Mato Grosso do Sul

O Brasil, segundo estudo de tendência realizado por Penna, 2008 (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/postertrend.pdf>), apresenta tendência decrescente, estatisticamente significativa no tempo para as séries temporais de coeficientes de detecção. Entretanto, no período de 1990 a 2008, esse coeficiente oscilou entre 20,0/100.000 habitantes em 1990, e 29,4/100.000 habitantes em 2003, apresentando

classificação “muito alta”, segundo parâmetros oficiais. Porém, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda mantêm taxas em patamares muito elevados.

Tabela 02 - Coeficiente de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes nos estados e regiões do Brasil, 1990 a 2009.

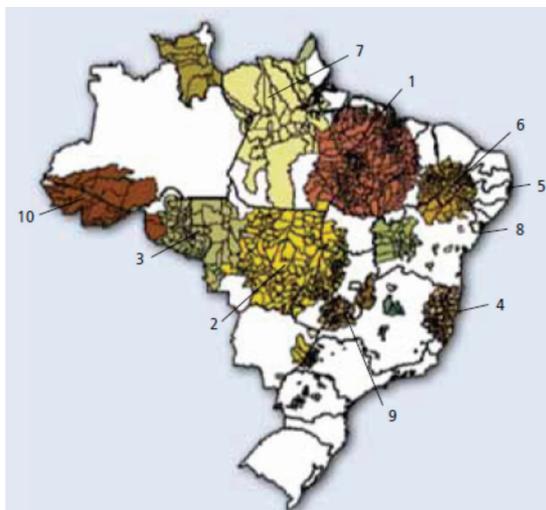
Estados / Regiões	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Região Norte	48,34	39,30	33,55	26,96	24,12	22,35	19,27	15,59	13,98	12,45	8,73
Rondônia	32,34	34,78	38,37	36,36	47,17	20,97	19,17	14,03	12,07	12,25	10,84
Acre	103,18	38,45	31,81	27,77	23,49	16,58	14,58	14,05	10,68	10,38	5,18
Amazonas	91,99	78,55	51,58	39,80	44,15	32,60	31,16	17,39	12,77	11,21	9,74
Roraima	28,83	29,37	23,82	0,00	0,00	16,32	12,54	16,42	15,34	15,40	11,99
Pará	32,76	28,80	26,63	21,42	25,27	18,51	15,90	15,51	15,35	13,13	7,83
Amapá	44,29	24,95	23,58	18,17	23,82	15,79	13,33	12,54	9,36	6,18	5,68
Tocantins	32,55	18,87	29,85	24,48	38,78	27,62	15,83	15,35	14,72	14,64	10,57
Região Nordeste	12,81	12,33	11,29	9,56	10,59	8,45	6,82	5,88	5,62	6,55	6,92
Maranhão	38,78	40,17	42,48	30,70	36,94	26,81	18,22	14,63	16,13	17,00	15,32
Piauí	24,40	25,68	18,59	18,78	13,52	9,31	7,60	6,64	7,54	11,31	7,83
Ceará	15,16	11,59	9,38	8,49	8,58	6,31	6,04	5,40	4,81	5,00	5,20
Rio Grande do Norte	3,13	3,22	2,84	2,32	3,00	2,33	1,49	1,69	1,65	1,31	1,34
Paraíba	4,05	4,07	3,10	2,26	2,39	2,64	2,79	2,76	2,81	3,16	3,11
Pernambuco	13,02	9,85	10,91	10,15	14,87	12,89	12,47	10,58	9,44	11,61	15,20
Alagoas	3,68	3,71	3,43	1,75	2,76	1,49	1,69	1,67	1,15	1,43	1,46
Sergipe	9,28	6,87	5,44	5,04	4,76	4,87	4,37	4,42	3,74	3,99	4,37
Bahia	4,80	6,32	4,33	4,69	3,54	3,91	2,55	2,33	1,77	2,46	2,75
Região Sudeste	18,75	15,55	13,86	11,79	10,10	7,26	4,76	3,56	2,98	2,90	2,87
Minas Gerais	22,76	22,20	18,27	17,26	14,91	11,12	6,87	4,52	3,79	3,36	3,17
Espírito Santo	32,64	32,57	27,04	24,23	24,45	15,84	9,87	8,07	6,44	6,14	5,84
Rio de Janeiro	24,97	16,17	16,83	13,21	10,52	8,09	5,70	4,77	4,40	4,63	5,19
São Paulo	13,06	10,59	9,40	7,49	6,26	4,32	2,93	2,24	1,76	1,74	1,58
Região Sul	12,84	13,25	12,58	11,00	7,79	3,75	3,03	2,70	2,24	1,61	1,35
Paraná	25,59	26,66	26,82	23,60	16,20	7,90	6,48	6,03	4,84	3,34	2,73
Santa Catarina	6,64	6,98	5,76	5,14	4,11	1,90	1,31	0,86	0,90	0,78	0,70
Rio Grande do Sul	4,06	3,97	2,80	2,40	1,55	0,90	0,67	0,53	0,47	0,41	0,41
Região Centro-Oeste	41,02	35,65	31,43	28,26	20,96	17,65	13,55	12,26	10,43	10,13	9,83
Mato Grosso do Sul	67,44	53,60	52,58	45,32	49,06	29,32	23,69	19,41	16,37	19,57	22,44
Mato Grosso	32,91	31,24	20,82	21,76	14,67	8,53	7,14	6,88	6,40	6,09	4,94
Goiás	40,31	36,63	31,78	29,50	28,87	20,71	15,26	14,82	12,68	10,69	10,44
Distrito Federal	18,99	15,37	15,62	10,34	7,91	4,56	3,65	2,87	1,86	1,52	1,56
Brasil	19,54	17,18	15,42	13,16	10,48	8,85	6,72	5,55	4,93	4,94	4,71

Estados / Regiões	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	7,87	8,73	11,44	9,03	8,12	5,88	5,43	5,42	5,02
Rondônia	10,50	9,41	8,81	10,27	9,65	7,58	7,40	5,83	5,22
Acre	5,57	5,71	4,61	5,91	5,99	3,77	3,95	2,07	2,16
Amazonas	7,46	6,51	6,83	4,40	3,89	3,48	2,19	2,59	2,76
Roraima	9,84	14,53	11,53	16,48	15,79	12,20	5,54	6,71	4,29
Pará	7,65	9,91	14,10	10,49	9,23	6,50	6,22	6,60	5,97
Amapá	4,59	4,45	4,58	4,43	3,40	3,62	1,99	3,88	5,60
Tocantins	8,84	8,67	17,92	12,65	11,83	6,81	9,30	7,66	6,75
Região Nordeste	5,04	6,55	6,73	4,43	4,57	3,09	3,15	3,08	2,98
Maranhão	7,46	7,36	16,93	10,33	10,85	6,98	6,85	6,26	6,29
Piauí	8,28	16,63	7,77	6,86	7,21	4,54	4,70	6,82	5,56
Ceará	5,37	4,82	5,64	4,10	4,25	3,18	3,02	2,99	2,59
Rio Grande do Norte	1,31	1,13	1,49	1,25	1,82	1,10	1,21	1,26	1,06
Paraíba	2,80	3,51	4,37	2,85	3,19	2,11	2,39	2,22	2,16
Pernambuco	9,47	13,15	10,12	4,81	4,71	3,19	3,58	3,06	3,23
Alagoas	1,26	2,00	1,82	1,06	1,77	1,26	1,37	1,07	1,39
Sergipe	4,22	3,42	2,94	3,53	4,00	2,45	2,63	1,71	1,67
Bahia	2,72	4,36	3,96	3,21	2,98	2,13	2,09	2,20	2,22
Região Sudeste	2,60	2,47	2,40	1,60	1,52	1,13	0,97	0,86	0,75
Minas Gerais	2,49	2,98	2,78	2,05	2,03	1,65	1,13	0,83	0,88
Espírito Santo	5,65	5,84	6,02	5,21	4,92	2,36	3,51	2,87	2,00
Rio de Janeiro	4,85	3,86	3,98	2,27	2,05	1,59	1,41	1,42	1,14
São Paulo	1,52	1,41	1,30	0,83	0,79	0,60	0,52	0,49	0,44
Região Sul	1,01	1,00	0,79	1,02	0,92	0,56	0,65	0,51	0,50
Paraná	2,08	2,03	1,45	2,13	1,89	1,11	1,31	0,97	0,98
Santa Catarina	0,68	0,63	0,64	0,50	0,46	0,31	0,37	0,29	0,26
Rio Grande do Sul	0,17	0,22	0,24	0,25	0,26	0,17	0,17	0,18	0,16
Região Centro-Oeste	10,44	8,99	8,75	7,61	7,57	6,69	4,06	4,55	5,04
Mato Grosso do Sul	22,27	18,19	18,10	3,70	3,26	1,69	2,38	2,19	2,60
Mato Grosso	5,86	4,05	4,27	15,37	16,25	15,79	10,03	8,76	8,75
Goiás	10,00	9,52	8,91	7,64	7,30	6,50	3,02	4,92	5,95
Distrito Federal	1,68	1,49	1,51	2,02	1,98	1,07	1,06	0,99	0,91
Brasil	3,99	4,33	4,52	3,16	3,10	2,37	2,11	2,06	1,99

Fonte: SinanSVS-MS a partir de 1999 / Dados disponíveis em 31/07/2010
Até 1998: Instrumentos de avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde

Vale salientar que 1173 municípios estão inseridos nas dez áreas de maior risco de detecção de casos de hanseníase, definidas pelo estudo de *clusters*.

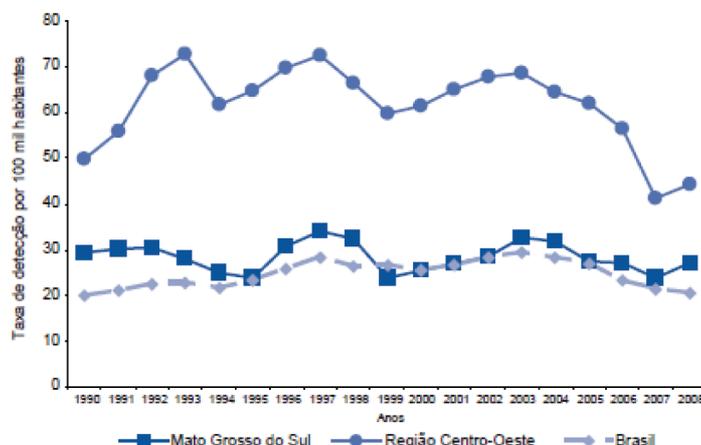
Figura 02 - Clusters de casos novos de hanseníase, ordenados segundo o coeficiente de detecção no período de 2005 a 2007, Brasil



Fonte: Penna, MLF - MS, 2008.

No período de 1990 a 2008, as taxas de detecção de hanseníase no Mato Grosso do Sul apresentaram estabilidade, mantendo-se inferiores às da Região Centro-Oeste, semelhantes às registradas no Brasil, superando essas últimas a partir de 2000.

Gráfico 02 - Taxa de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes). Mato Grosso do Sul, Região Centro-Oeste e Brasil, 1990 a 2008*



Fonte: Sinan/SVS/MS - Dados Preliminares

Tabela 03 - Casos de Hanseníase confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN- Net, Mato Grosso do Sul, 2010.

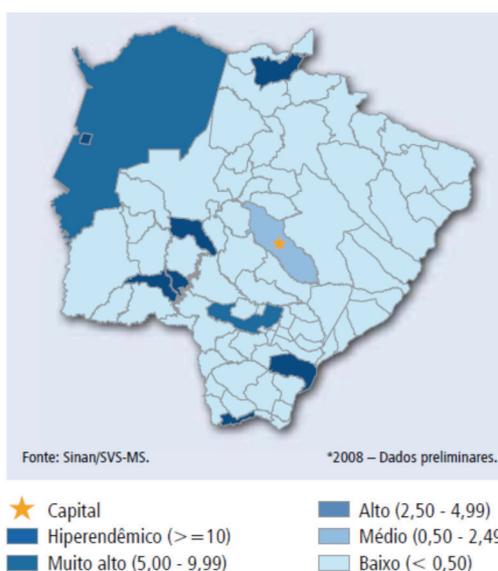
Ano Diagnóstico	Casos Confirmados
Total	672
2010	672

Fonte: Datasus

A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), tendo em vista que a detecção de casos em crianças tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Em 2008, houve notificação de casos de hanseníase, nessa faixa etária, em 10 (12,8%) municípios do Estado.

Na figura a seguir, apresentam-se as regiões do Estado do Mato Grosso do Sul que concentram o maior número de casos:

Figura 3 - Distribuição dos coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por município de residência, Mato Grosso do Sul, 2008



Medidas de prevenção:

- Busca ativa para detecção precoce da doença;
- Exame dos comunicantes;
- Vacinação BCG para os contatos;
- Educação dirigida à população, comunidade e profissionais de saúde.

1.4 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) - Conceituação, epidemiologia e prevenção primária

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.

Em Mato Grosso do Sul, analisando a mortalidade geral proporcional do Estado no período de 1984, 1994 e 2004 por capítulos, pudemos observar que as doenças do aparelho circulatório se destacam das demais, mantendo 27,72% no ano de 1984, 27,70% em 1994 e, em 2004, sofrendo um incremento de 5,11%, passando para 32,81%. Em comparação com o Brasil, a mortalidade geral proporcional mantém a mesma tendência, mas com elevação na ocorrência, apresentando no ano de 1984 (25,84%), em 1994 (27,60%) e em 2004 (27,88%) dos óbitos.

Comparando a tendência das causas de morte, por capítulos, no período estudado, observamos que, em Mato Grosso do Sul, ocupam o segundo destaque as causas externas,

seguidas das neoplasias. Observando as informações do Brasil, vimos que ocupam o segundo destaque as causas mal definidas, seguidas das causas externas. Quando analisamos a mortalidade proporcional no mesmo período, na faixa etária de 30 anos e mais, concluímos que, em Mato Grosso do Sul, o sexo masculino mantém uma média de 62,03% dos óbitos para 37,71% do feminino. Em comparação com o Brasil, a média é de 57,10% para o sexo masculino contra 42,82% do feminino.

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem elevada prevalência, de 9 a 34% em homens e 12 a 34% em mulheres, e alto impacto na morbimortalidade, segundo a Organização Mundial de Saúde.

1.4.1 Diagnóstico e classificação

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmhg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevados em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais.

A aferição repetida da pressão arterial em consultório e em dias diversos é requerida para se chegar à pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que

consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

Quadro 1- Estratificação dos níveis pressóricos

Classificação de PA	P. sistólica mmHg	P. diastólica mmHg
Normal	< 120	e < 80
Pré-hipertensão	120-139	ou 80-89
HAS Estágio 1	140-159	ou 90-99
HAS Estágio 2	> 160	ou > 100

Fonte: (Adaptado: NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2004)

Quadro 2 - Recomendação de acompanhamento com base na aferição da PA inicial

Normal	Reavaliar em dois anos
Pré-hipertensão	Reavaliar em um ano
HAS Estágio 1	Confirmar em dois meses
HAS Estágio 2	Avalie e/ou refira para um serviço de cuidados dentro de um mês. Para aqueles com pressão muito alta (i.e., > 180/110 mmHg), avalie e trate imediatamente ou dentro de uma semana, dependendo da situação clínica e complicações.

Fonte: (Adaptado: NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2004)

1.5 Diabetes Mellitus (DM)- Conceituação, epidemiologia e prevenção primária

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo

processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

1.5.1 Epidemiologia do Diabetes Mellitus

O diabetes é comum e de incidência crescente. A doença é considerada hoje uma “epidemia”, devido ao aumento de sua prevalência. Estima-se que 90% dos portadores de diabetes tipo 2 são obesos, e a incidência é maior após os 40 anos. O diabetes tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1 e pode responder ao tratamento com dieta e exercício físico.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias.

Hoje, estimam-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005). O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao

diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. Além disso, representa carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

Segundo o Vigitel, 2009, 5,4% da população do estado têm o diagnóstico de diabetes, porém temos a população dos pré-diabéticos, que corresponde a 3%, dados estes de grande relevância epidemiológica, pois se trata de uma das afecções que demandam maiores custos devido às sequelas que a doença produz.

1.5.2 Prevenção

Indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída) podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2. Está bem demonstrado hoje, por exemplo, que mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam à discreta redução e manutenção de peso (5-10% do peso), aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas, isto é, alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, também foram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 anos. Esse efeito foi mais acentuado em pacientes com IMC > 35 kg/m².

Casos com alto risco de desenvolver diabetes, incluindo mulheres que tiveram diabetes gestacional, devem fazer investigação laboratorial periódica para avaliar sua regulação glicêmica. A caracterização do risco é feita de modo semelhante

àquela realizada em caso de suspeita de diabetes assintomático. É importante orientar a família do indivíduo com diabetes que seus filhos têm a tendência de também desenvolver a mesma doença na idade adulta; recomenda-se, pois, a prevenção através da educação alimentar, manutenção de peso adequado e prática de atividade esportiva.

1.6 Programa de Prevenção DST/AIDS

Segundo dados do Ministério da Saúde, até junho de 2010, contabilizam-se 592.914 casos registrados desde 1980. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de AIDS por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 casos da doença.

Observando-se a epidemia por região em um período de 10 anos - 1999 a 2009 - a taxa de incidência no Sudeste caiu (de 24,9 para 20,4 casos por 100 mil habitantes). Nas outras regiões, cresceu: 22,6 para 32,4 no Sul; 11,6 para 18,0 no Centro-Oeste; 6,4 para 13,9 no Nordeste e 6,7 para 20,1 no Norte, sendo que a região sudeste concentra 58 % dos casos acumulados.

A razão de sexos, em 2009, chegou a 1,6 caso em homem para cada 1 em mulheres. Essa razão, em 1989, era de 6 casos em homens para 1 caso nas mulheres. A incidência é maior na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. Atenção especial deve-se dar à faixa etária entre 13 a 19 anos, na qual há inversão da razão de sexos, com 8 casos em meninos e 10 em meninas.

O coeficiente de mortalidade vem-se mantendo estável no país a partir de 1998 (em torno de 6 óbitos por 100 mil habitantes). Observa-se queda no número de óbitos no Sudeste, Norte e Nordeste e estabilização no Centro-Oeste e Sul.



VAMOS SABER MAIS!

No boletim epidemiológico de DST/AIDS, você pode conhecer os dados nacionais e do estado. Visite nossa biblioteca.

1.7 Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência

Através da Lei número 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor: (1) a promoção de ações preventivas; (2) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; (3) a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; (4) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e (5) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiências e desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2, inciso II).

A Política Nacional voltada à pessoa portadora de deficiência foi instituída em 2002, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito de pessoa portadora de deficiência fixado pelo decreto número 3.398/99 que considera

[...] deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente como aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade como uma redução efetiva e acentuada da capacidade e integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

A OMS em 1997 reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora com a denominação de Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação - um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2); o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, em vez da valorização das capacidades e das limitações.

A CIDDM-2 concebe a deficiência como perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e as condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, a CIDDM-2 inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

A deficiência passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, 2003).

Além de representar um excepcional avanço na compreensão deste complexo universo, a nova metodologia fornece diretrizes mais precisas para as futuras políticas públicas dos países que a adotarem, permitindo, assim, ações mais específicas e detalhadas no atendimento das necessidades da população.

A CIF contribui com o aperfeiçoamento da avaliação de potenciais, inserindo dados no contexto da gestão da saúde pública e em associação com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID), que considera as condições de saúde relacionadas às doenças, aos transtornos ou às lesões, fornecendo um modelo baseado na etiologia, na anatomia e nas causas externas das lesões. Dessa forma, constitui-se em um instrumento útil para as estatísticas de saúde, pois possibilita monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em indivíduos e populações, tornando-se uma ferramenta dos gestores governamentais.

As principais causas das deficiências são: (1) os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; (2) as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; (3) as perturbações psiquiátricas; (4) o abuso de álcool e drogas; (5) a desnutrição; e (6) os traumas e as lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

As doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos portadores de hemiplegia e ou outras sequelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor de produção.

A população adulta mundial é também afetada pela cegueira, cujas principais causas são: a catarata, o glaucoma e a degeneração macular relacionada à idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; RESNIKOFF ET AL. 2004).

Em indivíduos acometidos por deficiência mental, observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem e de suas habilidades para a vida diária, de acordo com a

Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD). Assim, o portador dessa deficiência caracteriza-se por apresentar um *déficit* na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

A despeito de doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerar incapacidades, elas não configuram como objeto desta política na sua prevenção primária, considerando-se que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como o enfisema), as doenças metabólicas (como a diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção dessa política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas portadoras de ostomias representam um segmento que pode ser classificado como portador de deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência no sistema excretor que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social quanto pessoal. Esses portadores estão cadastrados pelo SUS e formam uma população de 50 mil pessoas. As deficiências sensoriais e múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade como consequência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no país.

O referido programa de atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela portaria nº 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no país e garantir a

atenção integral a esse programa; para tanto, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no SUS, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Cabe ainda citar a Portaria MS/GM nº 818/01, que cria mecanismos para a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física; a Portaria MS/SAS nº185/01, que altera a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes na Tabela de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), entre outras providências; a Portaria MS/GM nº 1.635/02, que inclui, no sistema de Informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, procedimentos para o atendimento de pacientes portadores de deficiência mental e autismo; a portaria MS/GM nº 1.531/01, que institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva; a Portaria MS/SAS nº 364/01, que inclui, na tabela do SIA/SUS, serviços e procedimentos de terapia em pneumologia e de assistência a pacientes com distrofia muscular progressiva; e a Portaria MS/GM nº 2.305/01, que aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da osteogenesis imperfecta com pamidronato dissódico no âmbito do SUS.

A portaria nº 1060 GM, de 05 de Junho de 2002, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e iniciou um processo de articulação junto aos Estados da Federação para implantação das Políticas Estaduais e a Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul - SES/MS, por meio da Resolução conjunta SES/SAD nº 4, de 29 de setembro de 2008, criou a Gerência de Saúde da Pessoa com Deficiência (Pessoa Portadora de Necessidades Especiais, termo não usado atualmente) ligada diretamente à Coordenadoria Estadual de Atenção Básica.

A Gerência possui como principal atribuição a implantação

dos planos de saúde auditiva, visual e física em parcerias estabelecidas com entidades históricas no atendimento a esta clientela no estado, prestando assistência nas áreas de Educação, Assistência Social e Saúde. No estado de Mato Grosso do Sul, as organizações não governamentais assumiram o papel do estado no atendimento especializado ao segmento de pessoas com deficiência. No entanto, por exigência e políticas nacionais, a Educação lança a educação inclusiva e benefício de prestação continuada - BPC - na escola para crianças e adolescentes com deficiência de acesso à escola regular.

A Assistência Social assume, no Sistema Único da Assistência Social (SUAS), a parte que cabe ao segmento, fazendo com que a Saúde, segundo também diretrizes nacionais e em consonância com os instrumentais por área técnica, inicie a implantação da Rede Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Deficiência, de acordo com o plano Diretor de Regionalização/PDR, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência à saúde, reabilitação às pessoas com deficiência permanente ou mobilidade reduzida temporariamente.

A implantação dessa rede se dará de forma regionalizada e hierarquizada, com fluxos definidos desde a entrada no SUS, através da rede de Atenção Primária, pois no Mato Grosso do Sul, o modelo de organização do Sistema de Saúde é a Estratégia de Saúde da Família/ESF, um importante aliado na identificação de pessoas com doenças incapacitantes ou mesmo com deficiência.

As ações de prevenções devem ser realizadas em todas as unidades de saúde, básicas e de saúde de família, visando orientar a comunidade sobre a importância de ações, que podem prevenir as deficiências, como: campanhas de vacinação contra a rubéola, sarampo, meningite, caxumba; acompanhamento à gestante no pré-natal; palestras e orientações às mães em relação à nutrição; normas e programas de segurança que evitem deficiências geradas através da crescente urbanização e industrialização que, sem os devidos cuidados com a prevenção

da vida e do meio ambiente, fazem aumentar o número de pessoas com incapacidades, possivelmente relacionadas à alta de incidência das neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana.

Também compete aos municípios, de acordo com sua realidade loco - regional garantir as ações de reabilitação básicas, como desenvolver as capacidades e habilidades pessoais e comunitárias, promover independência e participação do deficiente na comunidade ou realizar o encaminhamento para a sua referência estadual, de acordo com o PDR.

1.8 Programa de Prevenção Primária de Câncer/Tabagismo

A Área Técnica do Programa de Prevenção Primária de Câncer/Tabagismo tem como propósitos o desenvolvimento de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas.

No processo de implantação das ações de controle do tabagismo, o programa estadual capacita os recursos humanos das equipes coordenadoras dos municípios pelas secretarias municipais de saúde e de educação, estas últimas capacitam os profissionais em seus locais de trabalho, nas unidades de saúde e escolas, respectivamente.

Para obter informações sobre o processo de implementação e conhecer o real impacto dessas ações na redução dos fatores de risco, está em fase de implantação o Sistema de Vigilância e Avaliação, que prevê, entre outras medidas, o monitoramento de legislações, a avaliação dos programas educativos (processo e produtos), um inquérito nacional periódico sobre a prevalência de fumantes, a exposição aos fatores de risco de câncer, os exames preventivos de câncer e a informação sobre mortalidade

por câncer e por doenças relacionadas ao tabaco, com base no Sistema de Informação e Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

Sob a ótica da Promoção da Saúde, o Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer tem procurado atuar através do desenvolvimento e fortalecimento de ações educativas, legislativas e econômicas.



As **ações educativas** têm como propósito a disseminação do conhecimento científico sobre o câncer para a prevenção da doença. A informação não gera apenas mudança de comportamento, o programa envolve ações mediadoras sociais e ambientais que possam gerar mudanças positivas de comportamento, a partir da propagação desse conhecimento. Essas ações educativas podem ser *pontuais* como as campanhas de conscientização e a divulgação de informações através da mídia. Ações educativas contínuas têm como objetivo manter um fluxo contínuo de informações sobre prevenção do câncer, tanto em relação ao tabagismo como aos demais fatores de risco de câncer. Considera-se que culturas e hábitos são passíveis de mudança somente a longo prazo; portanto, essas ações utilizam canais para alcançar a comunidade de forma contínua e dentro da realidade de sua rotina.

As **ações legislativas e econômicas** representam as mediações sociais potencializadoras das ações educativas. Cabe à sociedade alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas

responsáveis pela legislação. O objetivo é o de criar leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas para reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução da incidência e mortalidade do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabagismo e outros fatores de risco.



1.8.1 Módulo Escolas “Saber Saúde”

O programa prevê a inserção no currículo escolar de estratégias para promoção de estilos de vida saudável, incluindo o combate ao tabagismo, visando reforçar, junto a professores, alunos e funcionários das escolas, que o hábito de fumar é um comportamento socialmente não aceito. Por intermédio destes, o tema tabagismo é inserido na rotina escolar, onde seus diferentes ângulos (saúde, ecologia, cidadania, histórico, econômico) são abordados em diferentes momentos e nas diversas matérias do currículo escolar. Nosso objetivo maior é formar nas crianças e adolescentes uma consciência crítica em relação às manipulações publicitárias que promovem estilos de vida nocivos, entre eles o tabagismo. O programa é desenvolvido junto com outros fatores de risco (álcool, alimentação, radiação

solar etc.) e de proteção (atividades físicas e alimentação saudável).

O planejamento conjunto entre as áreas da Saúde e Educação é requisito indispensável para a implementação do Módulo junto às escolas. Os professores, capacitados, introduzem as informações sobre tabaco no currículo formal, no cotidiano da escola, de acordo com os parâmetros curriculares nacionais do Ministério da Educação e considerando a realidade local.

1.8.2 Módulo Pesquisa VIGESCOLA: Vigilância de Tabagismo em Escolares

Foi desenvolvido inicialmente pelo centro de Controle e Doenças (CDC) do governo dos Estados Unidos, em 1999; hoje se tornou um sistema de vigilância mundial promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com o INCA (Instituto Nacional de Câncer), Secretarias Estaduais de Saúde e, na América Latina, pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS.

Essa pesquisa tem auxiliado gestores no planejamento de ações visando ao controle de tabagismo no país.

1.8.3 Módulo Ambiente Livre do Fumo

Com o fortalecimento da Lei 9.294/96, que dispõe sobre a necessidade de estimular estabelecimentos privados e públicos (estabelecimentos escolares, ambientes de trabalho, unidades de saúde, bares, restaurantes, lojas, shoppings, boates, entre outros) a observarem a questão da responsabilidade social e o que se refere à qualidade do ar nesses ambientes, vem a proposta de proteger tanto os fumantes e não fumantes, que são expostos à fumaça ambiental do tabaco, visando à não discriminação do fumante e contribuindo, assim, para a solução de um dos maiores problemas de saúde pública.

O objetivo é disseminar entre os trabalhadores informações sobre os malefícios do tabaco, tabagismo passivo, dependência de nicotina e benefícios da cessação de fumar. Não há o objetivo de perseguir ou marginalizar os fumantes das instituições e, sim, apoiá-los no processo de abandono do hábito de fumar e preservar sua saúde. Por isso, o módulo estimula que, durante o desenvolvimento e implementação das ações, sejam incluídos fumantes e não fumantes, para que juntos façam parte dos processos decisórios da política de restrição da instituição. Desta forma, a intervenção acontecerá em clima de cordialidade, em que a união e a harmonia serão a tônica.

1.8.4 Módulo Abordagem e Tratamento do Fumante

As campanhas estimulam a adoção de certos comportamentos, ao mesmo tempo em que informam sobre estratégias para esse intento. A progressiva implantação dos Programas Ambientes Livres de Tabaco em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, por sua vez, tem estimulado pessoas a deixarem de fumar. De forma geral, essas ações contribuíram para uma redução na aceitação desse hábito.

Para atender essa demanda incorporou-se aos programas referidos o Programa Cessação de Fumar, que envolve ações sistemáticas e específicas, visando aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Esse programa envolve diversas ações:

- Divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar (campanhas na mídia, serviço gratuito de telefonia, internet);
- Capacitação de profissionais de saúde para apoio à cessação de fumar: Módulo Ajudando seu Paciente a

Deixar de Fumar (Abordagem Mínima - carga horária de 04 horas; Abordagem Intensiva ou Formal - carga horária de 20 horas);

- Inserção do atendimento para cessação de fumar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) - Portaria 1575/2002 do Ministério da Saúde;
- Implantação de ambulatórios para tratamento do fumante na rede SUS;
- Mapeamento dos centros de referência para atendimento ao fumante no serviço de discagem gratuita do Ministério da Saúde - Disque Pare de Fumar;
- Articulação com outros Programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (EACs).

1.9 Imunização



VAMOS SABER MAIS!

Lembre-se! Oriente sua população adulta a manter-se imunizada. É necessário estar alerta à carteira vacinal do adulto. As vacinas são as orientadas pelo Ministério da Saúde. Veja o calendário vacinal:

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
20 a 59 anos	Hepatite B ⁽¹⁾ (Grupos vulneráveis) vacina Hepatite B (recombinante)	Três doses	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT) ⁽²⁾ vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano
	Febre Amarela ⁽³⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela
	Triplice viral (SCR) ⁽⁴⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	Dose única	Sarampo, caxumba e rubéola
60 anos e mais	Hepatite B ⁽¹⁾ (Grupos vulneráveis) vacina Hepatite B (recombinante)	Três doses	Hepatite B
	Febre Amarela ⁽³⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela
	Influenza sazonal ⁽⁵⁾ vacina influenza (fracionada, inativada)	Dose anual	Influenza sazonal ou gripe
	Pneumocócica 23-valente (Pn23) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)	Dose única	Infecções causadas pelo <i>Pneumococo</i>
	Dupla tipo adulto (dT) ⁽²⁾ vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano

Para saber mais, acesse o manual de imunização que pode ser encontrado na biblioteca deste módulo.

Atenção! Adultos também devem se manter imunizados. Rotineiramente, orientamos os pais a vacinarem seus filhos. No entanto, não falamos da importância da imunização na idade adulta. A cobertura vacinal nesta faixa etária não é boa. Procure conhecer a situação de imunização da população adulta de seu território.

Seção 2 - SAÚDE BUCAL

Esta seção apresenta as patologias mais frequentes que acometem os adultos e o papel da equipe na condução do indivíduo com lesões orais.

Ao final desta seção pretende-se que você esteja apto a:

- Conhecer os principais problemas de saúde bucal;
- Orientar sua população quanto à importância da manutenção, tratamento e recuperação da saúde bucal.

2 A Saúde Bucal

Nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente, com a faixa etária escolar (06 a 14 anos).

A criação do SUS, por meio dos princípios de universalização do acesso, integralidade e equidade, possibilitou o início de uma reorganização das ações de saúde bucal, favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias.

A Política Nacional de Saúde Bucal, que é a mesma dirigida a outras faixas etárias, apresenta a ressalva de adequar a agenda para assistência do trabalhador. Conheça na íntegra o material. Está em sua biblioteca.

Esse fato trouxe um enorme volume de necessidades de tratamento odontológico, muitas vezes associado às doenças crônicas e sistêmicas, como diabetes, tuberculose, AIDS e outras que podem apresentar manifestações bucais.

Os adultos constituem uma faixa etária bastante ampla (20 a 59 anos) que, por muitos anos, foi desassistida. Apresentam problemas que, apesar de ocorrerem nas demais faixas etárias, adquirem grande relevância nesta faixa etária. Desta forma, o trabalho multidisciplinar torna-se fundamental.

A equipe de saúde deve participar das atividades educativas voltadas para o conhecimento e a informação junto aos grupos operativos. A prevenção e a detecção de doenças e agravos são fundamentais, e estas podem acontecer no acolhimento, nos grupos operativos, nas visitas domiciliares e nas consultas.

Nos exames clínicos, convém verificar tecidos moles para que sejam observadas as lesões existentes, pois podem significar sinais primários de câncer, cujo tratamento bem sucedido depende da precocidade do seu diagnóstico.

A doença periodontal é um dos principais problemas que acometem o paciente adulto. As diferenças clínicas na severidade e prevalência da periodontite crônica podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tais como: o fumo, as condições sistêmicas e o componente genético da doença.

Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença periodontal e maior risco de perda dental. Deve-se, pois, enfatizar a importância da redução do fumo para manutenção da saúde geral e bucal.

Quando a periodontite for relacionada a fatores sistêmicos, é necessário avaliar a possibilidade de intervenção sobre esses fatores e encaminhar o usuário para outro profissional da equipe de saúde quando necessário.

2.1 Câncer Bucal

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral e assoalho da boca). O câncer de lábio é mais frequente em pessoas brancas e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. O câncer em outras regiões da boca acomete principalmente tabagistas e os riscos aumentam quando o tabagista é também alcoólatra.



VAMOS SABER MAIS!

Leia a Estimativa de Incidência de Cancer no Brasil. Visite a biblioteca virtual.

2.1.1 Fatores de Risco.

Os fatores que podem levar ao câncer de boca são idade superior a 40 anos, vício de fumar cachimbos e cigarros, consumo de álcool, má higiene bucal e uso de próteses dentárias mal-ajustadas.

2.1.2 Sintomas

O principal sintoma deste tipo de câncer é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas são ulcerações superficiais, com menos de 2 cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não) e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical (caroço no pescoço) são sinais de câncer de boca em estágio avançado.



2.1.3 Prevenção e Diagnóstico Precoce

Pessoas com mais de 40 anos de idade, dentes fraturados e portadores de próteses mal-ajustadas devem evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano. Outra recomendação é a manutenção de uma dieta saudável, rica em vegetais e frutas.



Para prevenir o câncer de lábio, deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção (filtro solar e chapéu de aba longa). O combate ao tabagismo é igualmente importante na prevenção deste tipo de câncer.



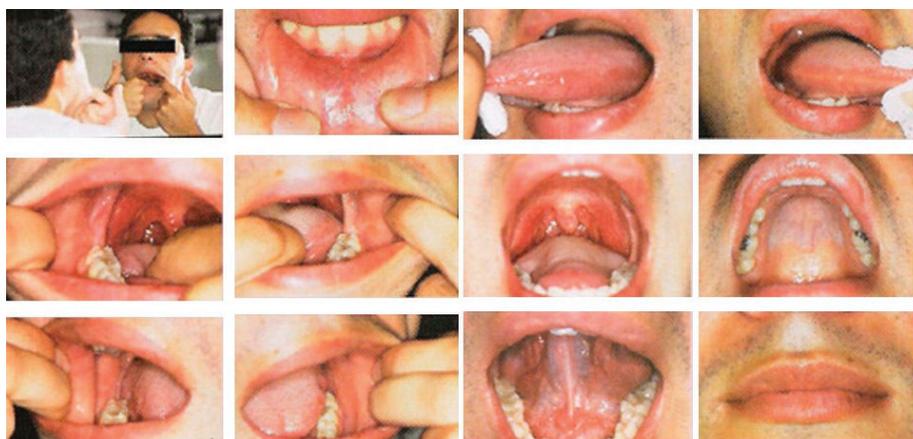
2.1.4 Exame Clínico da Boca

O exame rotineiro da boca, feito por um profissional de saúde, pode diagnosticar lesões no início, antes de se

transformarem em câncer. Pessoas com mais de 40 anos que fumam e bebem devem estar mais atentas e ter sua boca examinada por profissional de saúde (dentista ou médico) pelo menos uma vez ao ano.

Realizar exames periódicos em usuários pertencentes aos grupos de risco e incentivar ações educativas, orientando quanto à realização de autoexame da boca e estimulando a responsabilidade individual pela manutenção da saúde.

Como faço o autoexame da boca?



Todas as regiões da boca devem ser examinadas. Procure um local bem iluminado, diante de um espelho e, após retirar próteses ou outros aparelhos removíveis, observe:

- Rosto - se há algum sinal que você não notou antes.
- Lábios - se há manchas ou feridas: puxe o lábio inferior e examine-o por dentro. Faça o mesmo com o lábio superior.
- Língua e assoalho (região embaixo da língua): ponha a língua para fora e observe-a na parte de cima. Puxe a ponta da língua para o lado direito e depois para o lado esquerdo e observe as laterais (bordas) da língua. Coloque a ponta da língua no céu da boca e examine a parte de baixo da língua e o assoalho da boca.

- Bochecha (Mucosa): abra a boca e estique a bochecha. Faça isso nos dois lados.
- Gengivas: observe se há alguma alteração de cor ou volume.
- “Céu da boca” (palato): incline a cabeça para trás e examine o céu da boca.
- Tonsilas ou amígdalas: ponha a língua pra fora, diga “A, A, A,…” e observe a garganta.

2.2 Promoção da Alimentação Saudável

Lembrar que uma alimentação rica em sacarose é fator de risco para desenvolvimento de cárie e outras doenças. Buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para, dentro das possibilidades, construir proposta de alimentação saudável.

2.3 Higiene bucal

Estimular a escovação e o uso de fio dental, visando ao autocuidado. Orientar que a manutenção da saúde periodontal depende da capacidade do controle de placa bacteriana (uso de dentífrico e fio dental pelo usuário, podendo o profissional lançar mão de técnicas de escovação supervisionada e reveladoras de placa). O agendamento para consulta de manutenção preventiva dos usuários com periodontite deve ser de acordo com a motivação, grau de controle de placa e fatores de risco modificadores, entre outros.

Qual a maneira correta de usar o fio dental?

Quando usado corretamente, o fio dental remove a placa bacteriana e os resíduos de alimentos das áreas onde a escova dental não tem acesso fácil, como, por exemplo, a linha da gengiva e as áreas entre os dentes. O uso diário do fio dental é altamente recomendável, uma vez que a placa bacteriana pode

levar ao aparecimento de cáries e doenças gengivais.

Para usar o fio dental de maneira correta, faça o seguinte:

- Enrole aproximadamente 40 centímetros do fio ao redor de cada dedo médio, deixando uns dez centímetros entre os dedos.
- Segurando o fio dental entre o polegar e indicador das duas mãos, deslize-o levemente para cima e para baixo entre os dentes.
- Passe cuidadosamente o fio ao redor da base de cada dente, ultrapassando a linha de junção do dente com a gengiva. Nunca force o fio contra a gengiva, pois ele pode cortar ou machucar o frágil tecido gengival.
- Utilize uma parte nova do pedaço de fio dental para cada dente a ser limpo.
- Para remover o fio, use movimentos de trás para frente, retirando-o do meio dos dentes.

Que tipo de fio dental devo usar?

Há dois tipos de fio dental:

- Fio de nylon (ou multifilamento)
- Fio PTFE (monofilamento)

Existem no mercado fios dentais de *nylon*, encerados ou não, com uma grande variedade de sabores. Como esse tipo de fio é composto de muitas fibras de *nylon*, ele pode, às vezes, rasgar ou desfiar, especialmente se os dentes estiverem muito juntos. Embora mais caro, o fio de filamento único (PTFE) desliza facilmente entre os dentes, mesmo com pouco espaço, e não se rompe. Usados de maneira adequada, os dois tipos de fio removem a placa bacteriana e os resíduos de alimentos.



Nos adultos em geral, algumas doenças sistêmicas e/ou infecto-contagiosas são prioridades na organização da atenção: diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, e HIV-AIDS.

2.4 Atenção à Saúde Bucal do Paciente com Diabetes Mellitus

Deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose. Deve haver troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde a respeito da gravidade da doença, grau de controle, ajuste na dose de medicamentos, recomendações quanto à dieta e avaliação risco-benefício quanto ao uso de medicamentos e aos procedimentos invasivos.

Ao atender o paciente portador de diabetes é fundamental conhecer como está o controle glicêmico deste indivíduo, procedimentos invasivos devem ser discutidos com o médico assistente. Orientar os pacientes quanto a necessidade de controle glicêmico adequado para realização de procedimentos cirúrgicos.

Pacientes diabéticos não controlados frequentemente apresentam xerostomia (secura na boca), sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. É comum a modificação da flora bucal com tendência à candidíase oral e queilite angular.



VAMOS SABER MAIS!

O QUE É QUEILITE ANGULAR?

A Queilite Angular é uma dermatose caracterizada por processo inflamatório, localizada no ângulo da boca de um dos lados ou em ambos. Apresenta-se como uma área edemaciada levemente, com descamação, erosão e fissuras.

Os sintomas podem ser de secura ou ardência nos cantos da boca potencializados quando do contato dessas áreas com alimentos ácidos. Acomete principalmente os idosos, mas também é comum em crianças.



Queilite Angular: Idoso

COMO SURGE A BOQUEIRA OU QUEILITE ANGULAR?

Existem diversos fatores que causam essa patologia, entre eles o acúmulo de material salivar ou ação irritante de medicamentos e dentifrícios.

Normalmente, no exame clínico, o dentista observa algum tipo de alteração oclusal do paciente (perda de dimensão vertical) ou alterações nutricionais e imunológicas. Exames bacteriológicos e micológicos também são frequentemente solicitados.

TRATAMENTO:

Os fatores desencadeantes da patologia devem ser corrigidos, mantendo-se a higiene e desinfecção das próteses dentárias que são as fontes potenciais de contaminação.

A aplicação de antimicóticos e antibióticos também é utilizada. Em casos extremos, é feita cirurgia plástica para elevar os ângulos da boca, evitando o acúmulo de saliva.

A doença periodontal encontra-se presente em cerca de 75% dos casos de pacientes diabéticos. Neste sentido a higiene bucal deve ser criteriosa, e intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estejam sob monitorização e controle da glicemia.

2.5 Atenção à Saúde Bucal do paciente com Hipertensão Arterial

A pressão deve ser aferida a cada sessão clínica e, quando alterada, o médico deve ser acionado.

A não observação correta do usuário, quanto ao uso de medicamentos prescritos pelo médico, constitui impedimento para o atendimento clínico, notadamente quanto ao uso de anestésicos e intervenções cirúrgicas.

É importante estabelecer, junto com o médico, o risco para a condução do tratamento odontológico e a indicação de medicamentos.

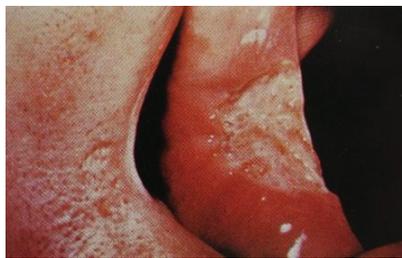
2.6 Atenção à Saúde Bucal do paciente com Tuberculose

As lesões tuberculosas na boca são raras, surgem em função de microorganismos presentes no escarro e, mais comumente, alojam-se na base da língua. São do tipo: verrucoso, ulcerativo ou nodular.

Lesões Verrucosas



Lesões Ulcerativas



Lesões Nodulares



Pode haver uma predisposição ao surgimento da doença periodontal, em função da diminuição da resistência a irritantes locais, criando uma tendência à reabsorção do osso alveolar.

Os perdigotos de tuberculose podem ser dispersos pelo aerossol do *spray* da turbina dos motores de mão odontológicos e do ultrassom.

Em caso de doença ativa, o usuário deve receber somente tratamento conservador (terapia medicamentosa) nas urgências odontológicas e devem ser respeitadas as normas de biossegurança e o uso de equipamento de proteção individual, inclusive máscara especial.



VAMOS SABER MAIS!

Leia o Manual de Biossegurança para Unidades de Saúde. O material está na biblioteca do ambiente virtual do seu curso.

Em caso de alta por cura, o médico deve ser consultado a respeito da infectividade, resultado de baciloscopia e exame radiológico, e o usuário deve ter seu tratamento odontológico normalmente executado, mantendo as condutas de rotina para biossegurança.

2.7 Atenção à Saúde Bucal do paciente com Hanseníase

Na cavidade oral, as lesões podem apresentar-se como úlceras, nódulos, manchas, placas, fibroses e alterações gengivais, afetando também lábios, úvula e palatos duro e mole. Pode ocorrer periodontite destrutiva crônica não específica. Muitas vezes, aparecem sob a forma de úlceras superficiais.



VAMOS SABER MAIS!

Verifique seu conhecimento da hanseníase como profissional de odontologia. Leia os artigos: O envolvimento da cavidade oral na hanseníase e Conhecimento e experiências do cirurgião dentista sobre hanseníase.

Acesse o material em sua biblioteca virtual.

2.8 Atenção à Saúde Bucal do paciente com HIV-AIDS

O tratamento da pessoa portadora do HIV ou com AIDS deve ser realizado sem preconceitos, seguindo procedimentos de rotina odontológica. O usuário deve se sentir acolhido, independente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. Em caso de suspeita diagnóstica de infecção pelo HIV/AIDS, encaminhar o usuário para avaliação médica e atuar de forma integrada, realizando acompanhamento conjunto com os outros profissionais de saúde da equipe.

O portador de HIV pode ser atendido na atenção primária. Apenas deve ser encaminhado para os centros especializados de referência quando apresentar complicações sistêmicas avançadas, necessidade de encaminhamento para exames de lesões de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades, tais como endodontia, prótese etc.

As manifestações bucais pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença. As lesões bucais, quando detectadas, podem ajudar tanto no diagnóstico precoce, quanto na instituição de medidas profiláticas e terapêuticas que podem aumentar a sobrevida dos usuários.

Devem-se observar, em especial:

- A candidíase, a leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi, que são alterações consideradas marcadores bucais de comprometimento imunológico do usuário.

Candidíase



Leucoplasia pilosa



Sarcoma de Kaposi



- O tratamento do usuário, baseado na situação clínica, e este deve receber informações sobre os problemas bucais e as indicações de tratamento. Estas indicações devem ser feitas por toda a equipe de saúde, em comum acordo com o usuário.
- O risco elevado para o aparecimento de doença periodontal de evolução rápida que os portadores do vírus HIV apresentam e nem sempre há uma boa resposta ao tratamento de rotina (raspagens e polimentos). Enxágue com solução antibacteriana (clorexidina) pode reduzir o risco de complicações sistêmicas se realizado antes e após esse procedimento.
- Antes dos procedimentos cirúrgicos odontológicos, a equipe responsável pelo tratamento do usuário deve discutir e deliberar para se informar quanto às condições de saúde deste e a necessidade de profilaxia antibiótica.



VAMOS SABER MAIS!

A Saúde Bucal do Adulto: Uma proposição de plano de ação na Atenção à Saúde Bucal do Adulto no município de Augusto Lima MG.

O material está na biblioteca do ambiente virtual do seu curso.

2.9 Atenção à Saúde Bucal das Gestantes

Toda gestante deve ser orientada sobre a necessidade de receber atenção em saúde bucal.

Para tanto, é fundamental a interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde,

principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade e agentes comunitários de saúde.

Os grupos educativos na comunidade também deverão ser fonte de captação das gestantes.

O tratamento odontológico pode e deve ser realizado durante a gestação. A avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação quanto ao risco às doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e lesões dos tecidos moles), à adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários e realização de tratamento restaurador atraumático - raspagem e alisamento corono-radicular deverão ser realizados imediatamente, podendo-se postergar as restaurações convencionais e procedimentos eletivos.

Na anamnese é indispensável obter um relato de sua história sistêmica e de seus antecedentes familiares, com informações sobre sua saúde geral. Contato com o obstetra pode ser eventualmente necessário.

O agendamento para as consultas odontológicas deverá ser realizado, preferencialmente, nos mesmos dias da consulta de pré-natal. Da mesma forma, a primeira consulta do bebê poderá ser agendada no mesmo dia da consulta de puerpério.



VAMOS REFLETIR!

No que diz respeito a tomadas radiográficas, estudos clínicos experimentais mostram que a dose de absorção de radiação necessária para indução de defeitos congênitos macroscópicos ou retardo do crescimento fetal é de 0,1gray. A dose de radiação absorvida numa tomada radiográfica é de 0,00077gray.

Portanto, tomadas radiográficas em gestantes são perfeitamente factíveis, não deixando de se observarem os princípios de proteção da pessoa contra radiação odontológica.

Vale lembrar que as tomadas radiográficas odontológicas são realizadas na região da face e não do abdômen, o que diminui ainda mais o risco de exposição do feto.

Nenhum medicamento é absolutamente sem risco durante a gravidez. Os medicamentos relacionados a seguir parecem ter um mínimo risco quando usados criteriosamente: Acetaminofeno, Analgésicos Narcóticos, Cefalosporinas, Corticosteróides, Eritromicina, Fenotiazina, Hormônios Tireoidianos, Penicilina, Polivitamínicos.

Não existe risco para o uso de anestésico local em gestantes; a prevalência de complicações é a mesma na população gestante e não gestante.

Desde que o cirurgião-dentista tenha um conhecimento mínimo da fisiologia materna (por exemplo: não colocar a paciente por muito tempo em decúbito dorsal, principalmente pacientes de gestação mais avançada, podendo provocar queda brusca de pressão por compressão da veia cava), o atendimento poderá ser realizado com segurança.

Os anestésicos locais devem proporcionar melhor anestesia à gestante, devendo-se observar a presença de vasoconstritor e a toxicidade do sal anestésico, sendo esta última inversamente proporcional à sua capacidade de ligação plasmática, isto é, quanto maior sua capacidade de ligação plasmática, menor sua capacidade de atravessar a placenta.

O anestésico indicado para este grupo é o Cloridrato de Lidocaína 2% com norepinefrina 1:50.000, respeitando-se o limite de 2 tubetes (3,6 ml) por consulta. A dose máxima do sal recomendada é de 4,4mg/kg de peso do sal Lidocaína. Um tubete de anestésico Lidocaína a 2% possui 36mg do sal em 1,8ml.

Cuidados com a Saúde Bucal de Gestantes Diabéticas

Estudos recentes sugerem uma ligação entre diabetes mellitus e gengivite persistente; o diabético tem maior probabilidade de desenvolver gengivite, portanto a gestante diabética ou a que desenvolve diabetes gestacional deve ser

priorizada para o tratamento odontológico, dado que o diabético *per se* está mais sujeito a problemas infecciosos.

É essencial que a glicemia dessas pacientes seja monitorada, para evitar o desenvolvimento de gengivites importantes.

Igualmente é de suma importância que a equipe médica e a equipe de saúde bucal estejam integradas para que o atendimento da gestante e da criança contemple todas as ações de promoção de saúde, prevenção e assistência de que ambos necessitem.



VAMOS SABER MAIS!

Leia os seguintes artigos:

Saúde Bucal de Gestantes: uma abordagem de gênero.

A Saúde Bucal da gestante e da criança.

Os dois materiais podem ser acessados na biblioteca virtual do ambiente.

Seção 3 - AS AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao longo deste módulo, apresentamos ações que devem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. A principal ação é conhecer a sua população, o perfil epidemiológico da área e os recursos disponíveis na comunidade. Temos apresentado os diversos programas existentes, porém deve-se lembrar sempre que a atenção deve ser dirigida ao cidadão integralmente, ele não pode ser reduzido a mais um portador de HAS, DM ou qualquer outra patologia. Ele é um indivíduo, que tem suas aspirações, sua família, seus sonhos e projetos de vida e que, por uma condição adversa, busca a unidade para resolver seu problema. Procure receber esse indivíduo de forma acolhedora, escute-o ao expor suas necessidades, oportunize estes instantes para promover a saúde de seu usuário.

Quais ações você precisa desenvolver?

- Conhecer o perfil epidemiológico de sua população;
- Verificar como está o acesso à unidade de saúde;
- Conhecer os indivíduos de maior vulnerabilidade;
- Organizar sua agenda;
- Conhecer a prevalência de HAS, DM, Tuberculose, Hanseníase, HIV/DST em sua área e comparar com os indicadores pactuados;
- Conhecer o número de indivíduos tabagistas;
- Conhecer o número de indivíduos com deficiências;
- Conhecer como está a saúde bucal dos indivíduos de sua comunidade;
- Conhecer os dados de internação hospitalar;
- Conhecer os dados de mortalidade;
- Planejar as ações segundo as necessidades locais, levando em conta o pacto de atenção à saúde e as necessidades de sua comunidade;
- Ter a atitude de acolher para promover saúde e

- autonomia dos indivíduos;
- Avaliar periodicamente as ações desenvolvidas pela equipe;
 - Reunir-se com a equipe e definir o trabalho a ser desenvolvido;

Seção 4 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Os agravos à saúde do homem constituem verdadeiros problemas de saúde pública, corroborados pelos recentes dados epidemiológicos de morbimortalidade, que trazem os homens como sendo os mais vulneráveis por padecer mais de condições severas e crônicas de saúde e também morrer mais cedo do que as mulheres (LAURENTI et al., 2005; COURTENAY, 2000).

O desenvolvimento de ações de pesquisa e extensão está fundamentado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual propõe a promoção de saúde pautada na realidade masculina, com a intenção de viabilizar possibilidades para aumentar a expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis e passíveis de prevenção (BRASIL, 2008).

Ao final desta parte, espera-se que o especializando tenha adquirido competências para:

- Estimular a população masculina a desenvolver o autocuidado;
- Conhecer a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem;
- Conhecer os programas voltados à atenção da saúde do homem;
- Entender a dificuldade do homem em cuidar-se;
- Conhecer as causas de morbimortalidade masculinas;
- Instrumentalizar as equipes de saúde da família para trabalhar com esta clientela.

4.1 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, porta

de entrada do Sistema Único de Saúde, e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados de saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

Ao contrário das políticas voltadas à atenção à saúde da mulher que foram implantadas há anos, a política de atenção à saúde do homem foi criada, somente, em 2009. Interessante apontar que, segundo o Ministério da Saúde, somente dois países nas Américas têm política específica voltada ao homem.

A proposição da Política Nacional da Atenção Integral à Saúde do Homem tem por objetivo aumentar a sua expectativa de vida e reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis, através de ações que resguardem a integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2008).

O fortalecimento e a qualificação da atenção primária garantem a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis, dado o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, agravando a morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS.

Esse procedimento evidencia os principais fatores de morbimortalidade e explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população exposta a situações de violência e de risco para a saúde.

A fundamentação dessa política se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população de homens, focando homens na faixa de 20 a 59 anos, levando em consideração que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde.

Este grupo etário representa 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Corresponde à parcela preponderante da força produtiva e, além do mais, exerce um significativo papel sociocultural e político.

Aproximadamente 75% das enfermidades e agravos da população adulta de homens está concentrada, sobretudo, em 5 (cinco) grandes especialidades: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem norteia as ações de integralidade da saúde desta população, procurando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os brasileiros, vendo o homem como um ser holístico.

Essa política deve ser implantada no estado a partir da sensibilização e capacitação de profissionais, a fim de organizar o acesso da população masculina às ações e serviços de saúde, por meio de redes de atenção à saúde, mobilização do sexo masculino para a prevenção, vigilância e enfrentamento de agravos, promovendo a melhoria das condições de saúde da população masculina de Mato Grosso do Sul. Estabelece metas gerais e específicas, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Com a implantação da política estadual, buscou-se conhecer o perfil epidemiológico específico da população masculina, com objetivo de estabelecer cuidados específicos para o enfrentamento dos problemas diagnosticados.

O incentivo para implantação da política nos municípios se deu através do apoio aos gestores e técnicos municipais, principalmente na educação permanente; em Campo Grande, MS, os médicos da rede de atenção primária tiveram capacitações voltadas à saúde do homem.

É de suma importância a ampliação do acesso da população masculina aos serviços de saúde.

4.2 Questões de gênero- Por que o homem não se cuida?

Culturalmente, o homem é educado para ser forte e proteger, condição segundo a qual demonstrar sentimentos é considerado uma fragilidade, não compatível com o estereótipo firmado para ser considerado “Homem”. Esta posição de invulnerabilidade psíquica e física faz com que os homens se exponham a maiores riscos e não exerçam as ações baseadas no cuidado com a própria saúde. A doença é considerada uma posição de fragilidade. Os homens, na sua maioria, quando procuram a atenção dos serviços de saúde, já têm uma patologia instalada, chegando aos serviços com morbidade mais severa e com mortalidade mais elevada precocemente que as mulheres (Silva & Alves, 2003).

Outro fator que leva o homem a não procurar o serviço de saúde são as barreiras de horário de funcionamento dos serviços, restando-lhe somente os serviços de pronto atendimento, com ações pontuais, voltadas às patologias. O homem tende a avaliar seu estado de saúde como bom, ignorando problemas como obesidade, hipertensão arterial e outros.

Segundo Figueiredo (2005) e Pinheiro et al. (2002), a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Isto tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. A baixa adesão é determinada por barreiras socioculturais e barreiras institucionais entre o homem e os serviços e ações de saúde (GOMES, 2003; KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al, 2000).

4.3 A Saúde do Homem no Brasil

Segundo dados do Ministério da Saúde, a principal causa de mortalidade masculina são as doenças isquêmicas cardíacas, seguidas pelas doenças cérebro-vasculares e homicídios. A expectativa de vida do homem é 7,6 anos menor do que a da mulher, mesmo tendo aumentado a expectativa de vida do homem entre os anos de 1991 a 2007, de 63,20 para 68,92 anos, segundo dados do IBGE.

A mortalidade por causas relacionadas ao uso de álcool (acidentes de trânsito, afogamento etc.) foi de 89,1% de homens para 10,9% de mulheres entre os anos de 2006 a 2009. A prevalência de dependência de álcool é maior em homens, 19,5% para 6,9% de mulheres dependentes (Brasil, 2007).

O levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas em 2005, em parceria com a Universidade de São Paulo (Brasil, 2007), aponta que

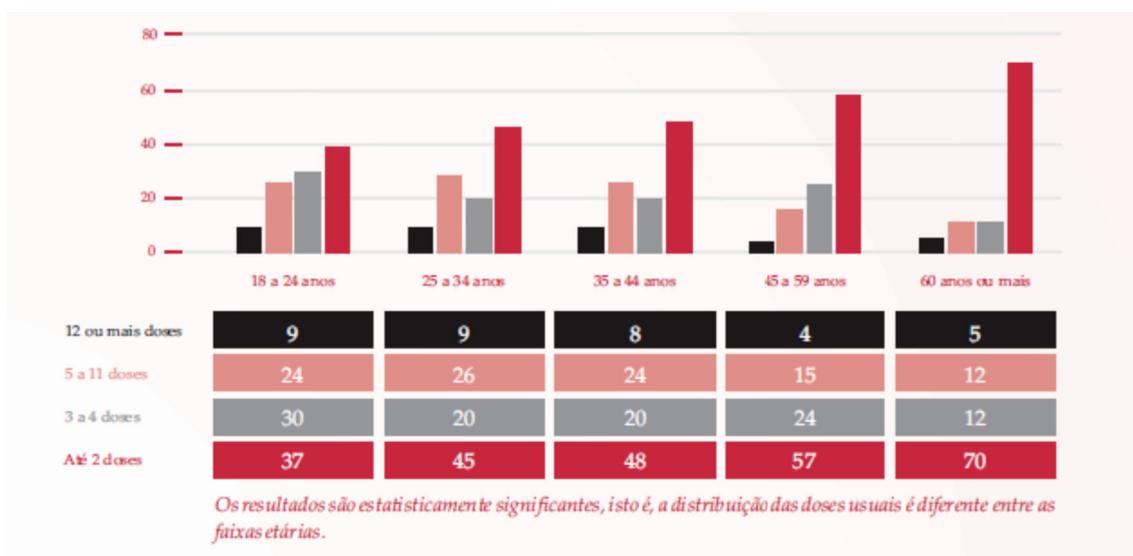
12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool, e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento.

Segundo este mesmo estudo, como o álcool é a substância mais utilizada no mundo, seu uso é responsável por 3,2% de todas as mortes e 4% de anos perdidos de vida útil, sendo que na América Latina este índice sobe para 16% de anos de vida útil perdidos. Ressalta-se que também é responsável por grande número de violências voltadas contra mulheres, crianças e idosos.

Este estudo aponta que a Região Sul apresenta índices maiores de consumo frequente, enquanto nas regiões Norte,

Centro-Oeste e Nordeste e na classe E, consome-se maior número de doses cada vez que se ingere álcool, cerca de 12 doses. Descreve também a incidência de utilização de álcool nas diferentes faixas etárias, sexo, classe econômica, e as consequências do ato de beber, principalmente nas situações relacionadas ao trânsito. É um estudo interessante, vá à biblioteca do módulo e leia o documento na íntegra.

Figura 4 - Quantidade usual de ingestão de álcool X faixa etária (%), na população brasileira.



Fonte: I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasil. 2007

As causas externas por homicídio são a terceira causa de mortalidade em homens (47,2/100mil hab. em 2005) e os acidentes terrestres (32,7/100mil hab. em 2005) ocupam o quarto lugar nas causas de mortalidade masculina. Outras violências ocupam o sexto lugar como causa de mortalidade na população masculina (22,8/100mil hab., em 2005). A violência é entendida como fator determinante nos indicadores de morbimortalidade por causas externas da população masculina (BRASIL, 2008).

Do total de óbitos do sexo masculino por causas externas, ocorridos em 2005, 40,3% foram por homicídios, 30,0 % por acidentes de transporte, 7,4% por suicídios, sendo 22,3% por outras causas (MS / SVS / DASIS-SIM, BRASIL 2008).

Tabela 04 - Principais causas externas de óbitos nas diferentes faixas etárias da população masculina, de 25 a 59 anos, em 2005, no Brasil.

Faixa etária	Agressões	%	AC.Transporte	%	Suicídios	%
25 - 29	7.765	32,4	3.779	21,2	772	17,7
30 - 34	5,229	21,8	3.178	17,8	692	15,9
35 - 39	3.879	16,3	2.834	15,9	709	16,2
40 - 44	2,822	11,8	2,600	14,7	709	16,2
45 - 49	1,987	8,3	2,300	12,9	601	13,8
50 - 54	1,364	5,7	1.812	10,2	471	10,8
55 - 59	894	3,7	1.304	7,3	498	9,4
TOTAL	23.940	100,0	17.807	100,0	4.362	100,00

Fonte: MS / SVS / DASIS-SIM,2005

Segundo o INCA, no portal do Ministério da Saúde, o câncer de próstata é o segundo em incidência em homens, sendo o primeiro o câncer de pele do tipo não melanoma, que representa 10% de todos os cânceres, predomina na terceira idade ($\frac{3}{4}$ da incidência), tem evolução lenta e é assintomático.

Com base em diversos estudos, recomenda-se que não se organizem ações de rastreamento em massa para o câncer da próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática (INCA, 2010).

4.4 Causas de internações

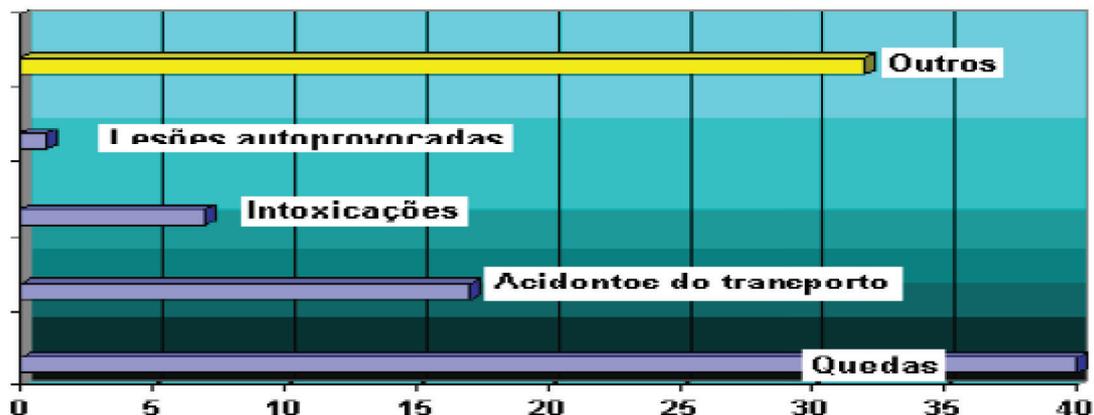
Tabela 05- *Ranking* das causas de internações no SUS, na faixa etária de 15 a 59 anos, segundo sexo, Brasil 2006

Internação de 15 a 59 anos	Masculino	Feminino	Total
Causas externas de morbidade e mortalidade	408.441	133.083	541.524
Lesões - causas externas	398.638	124.851	523.489
Transtornos mentais e comportamentais	369.901	190.273	560.174
Doenças do aparelho digestivo	301.663	292.665	594.328
Doenças do aparelho circulatório	246.157	257.342	503.499
Doenças do aparelho respiratório	199.924	202.334	402.258
Algumas doenças parasitárias e infecciosas	183.772	178.544	362.316
Neoplasias (tumores)	119.430	252.669	372.099
Doenças do aparelho geniturinário	114.142	415.553	529.695
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	103.244	71.598	174.842
Doenças do sistema nervoso	66.370	54.932	121.302
Contatos com serviços de saúde	54.109	72.506	126.615
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	49.874	33.799	83.673
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	49.421	62.099	111.520
Sint sinais e achada norm de exames clínicos e laboratoriais	34.472	50.086	84.558
Doenças do olho e anexos	15.837	14.685	30.522
Doenças do sangue	13.334	22.863	36.197
Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas	11.198	13.530	24.728
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3.272	4.042	7.314
Algumas afecções originárias no período perinatal	164	776	940
Gravidez, parto e puerpério	-	2.493.562	2.493.562
Total	2.743.363	4.941.792	7.685.155

Em 2006, na faixa de 15 a 59 anos, excluídas as internações por parto e puerpério, gravidez e causas ignoradas, 52,9% das

internações foram de homens, sendo estas causadas pelas diferentes formas de violência (homicídio, acidentes terrestres e outros), correspondendo a 16% das internações em 2007 (BRASIL, 2008).

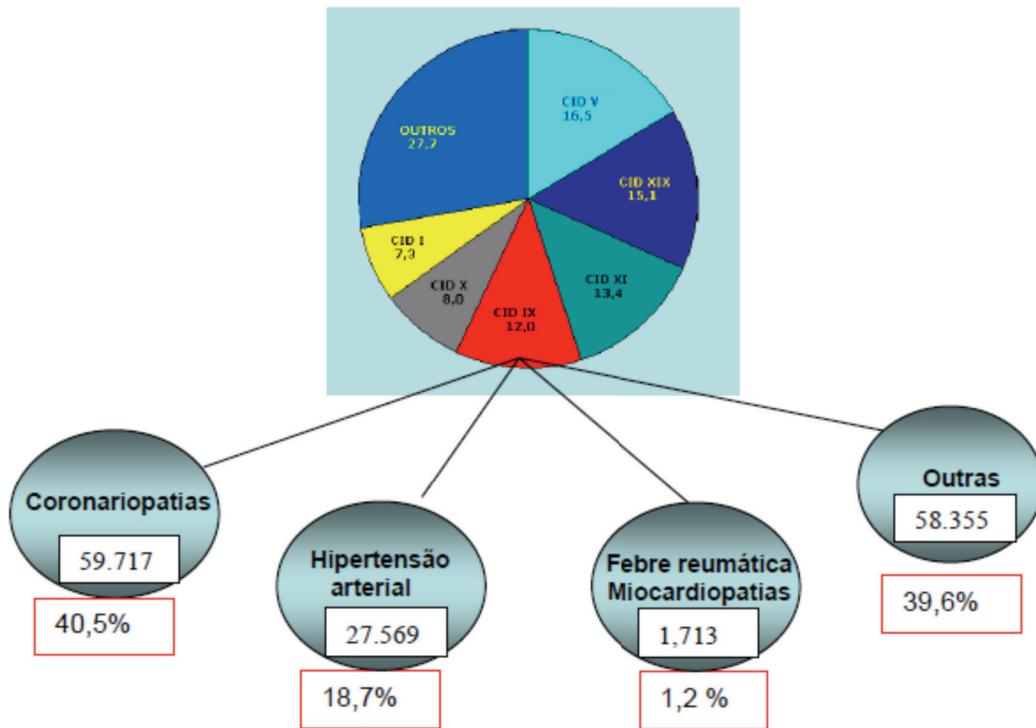
Gráfico 03- Principais causas externas de internação na população masculina de 25 a 59 anos, em 2007, no Brasil.



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

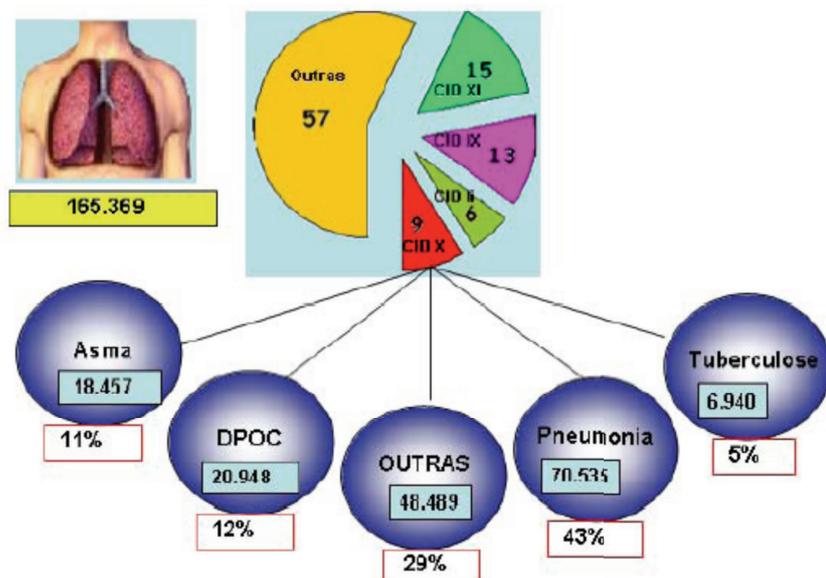
Outras causas de internações estão relacionadas ao aparelho circulatório (15%), ao aparelho digestivo (13%), ao aparelho respiratório (9%) - (BRASIL, 2008).

Gráfico 04 - Percentual de Internações hospitalares, no Brasil, por causas relacionadas ao aparelho circulatório, na população masculina de 25 a 59 anos, em 2007.



Fonte: MS / DATASUS / SIH

Gráfico 05 - Percentual de internações, no Brasil, por causas relacionadas ao aparelho respiratório na população masculina de 25 a 59 anos, em 2007.



Fonte: MS / DATASUS / SIH - TabNet)

4.5 Levantamento demográfico e de morbimortalidade da população masculina de Mato Grosso do Sul

A população masculina no Mato Grosso do Sul é de 1.176.376 indivíduos; destes, 54,67% são da faixa etária de 20 a 59 anos, perfazendo um total de 643.110 homens. Constata-se que as principais causas de morbimortalidade nessa população estão relacionadas às causas externas, doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e geniturinário, infecções parasitárias e transtornos mentais e comportamentais.

Tabela 06 - População masculina na faixa etária de 20 a 59. No estado de Mato Grosso do Sul.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	20.602	19.674	40.276
1 a 4 anos	83.950	80.168	164.118
5 a 9 anos	106.023	101.700	207.723
10 a 14 anos	105.029	101.997	207.026
15 a 19 anos	109.600	106.273	215.873
20 a 29 anos	217.328	213.281	430.609
30 a 39 anos	175.835	180.953	356.788
40 a 49 anos	146.925	157.078	304.003
50 a 59 anos	103.022	108.462	211.484
60 a 69 anos	59.985	63.380	123.365
70 a 79 anos	33.677	35.134	68.811
80 anos e mais	14.400	16.074	30.474
Total	1.176.376	1.184.174	2.360.550

Fonte: DATASUS, 2010

Na faixa etária de 20 a 29 anos, no total de 430.609 pessoas, temos 50,46% de homens e 49,28% mulheres.

Na faixa etária de 30 a 39 anos, no total de 356.788 pessoas, temos 49,26% homens e 50,74% de mulheres.

Na faixa etária de 40 a 49 anos, no total de 304.003 pessoas, temos 48,33% de homens e 51,67% de mulheres.

Na faixa etária de 50 a 59 anos, no total de 211.484 pessoas, temos 48,71% de homens e 51,69% de mulheres.

Para obter um enfrentamento racional dos fatores de risco à saúde do homem, realizou-se um levantamento dos dados estatísticos com as principais causas de morbimortalidade, a fim de conhecer quais as patologias prevalentes nos homens e, dessa forma, serem traçadas estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Tabela 07 - As principais causas de morbidade na população masculina de 25 a 59 anos, de 2004 a 2008, no Mato Grosso do Sul.

Capítulo CID 10	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
XIX - Lesões enven. e alg. out. conseq. Causas externas	4388	0,96	4554	0,97	4424	0,93	4764	0,92	4764	0,91
XI - Doenças do aparelho digestivo	3809	0,84	3870	0,83	4035	0,85	3618	0,70	3439	0,66
IX - Doenças do aparelho circulatório	3223	0,71	3151	0,67	3052	0,64	2887	0,56	2751	0,53
X - Doenças do aparelho respiratório	3093	0,68	2746	0,59	2756	0,58	2613	0,51	2236	0,43
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2345	0,52	2646	0,56	2931	0,62	3050	0,59	2216	0,42
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	1840	0,40	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
V - Transtornos mentais e comportamentais	-	0,0	1879	0,40	1874	0,39	1919	0,37	1814	0,35

Fonte: DATASUS. SES/MS, 2008.

Por meio da figura 03, constata-se que as lesões por envenenamentos e outras causas externas continuam sendo a principal causa de internação na população masculina na faixa etária estudada, seguidas das doenças do aparelho digestivo; as doenças do aparelho circulatório foram a terceira causa nos anos de 2004, 2005, 2006 e no ano de 2007 caíram para a quarta causa, voltando como terceira causa de internação no ano de 2008. As doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias oscilaram entre a terceira e a quinta causa entre os anos de 2004 a 2008. A sexta causa em 2004 foi a de doenças do aparelho geniturinário, não aparecendo mais esta causa entre as seis principais desta série histórica nos anos subsequentes. Os transtornos mentais e comportamentais ficaram em sexto lugar em 2005, 2006, 2007 e 2008 e foram responsáveis pela internação dos homens na faixa etária de 25 a 59 anos. Para ter dados mais confiáveis, foram escolhidas sete (07) causas de morbidade.

Tabela 08 - Série Histórica de Mortalidade -- As principais causas de mortalidade na população masculina de 20 a 59 anos, de 2000 a 2007, no Mato Grosso do Sul.

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Causas externas de morbimortalidades	965	966	1065	1085	1149	1080	1160	1181	8.651
Doenças do aparelho circulatório	552	569	587	624	664	652	676	647	4.971
Neoplasias (tumores)	237	288	288	273	317	340	351	333	2.427
Doenças do aparelho digestivo	172	170	149	171	181	197	189	186	1.415
Algumas doenças infecciosas parasitárias	148	138	141	168	169	166	157	172	1.259
Doenças do aparelho respiratório	120	108	119	116	136	121	113	119	952
Doenças endócrinas nutricionais metabólicas	95	86	91	87	92	84	86	106	726
Transtornos mentais e comportamentais	36	52	74	66	57	74	61	58	478
Doenças do aparelho geniturinário	34	26	42	23	37	25	36	52	275
Outras causas	250	185	115	130	129	127	128	117	1.181
Total	2.609	2.588	2.671	2.743	2.931	2.866	2.957	2.971	22.333

Fonte: DATASUS

As causas externas que englobam acidentes de trânsito, violência com arma branca e de fogo, suicídios, entre outras violências são a principal causa de mortalidade entre a população masculina desta faixa etária de 20 a 59 anos; em segundo lugar, as doenças do aparelho circulatório; em terceiro vêm as neoplasias (tumores), quarto lugar - doenças do aparelho digestivo; a quinta causa de morte são algumas doenças infecciosas e parasitárias, principalmente a tuberculose e a AIDS; as doenças do aparelho respiratório são a sexta causa de morte nesse grupo.

Esse cenário evidencia a necessidade de se implementarem estratégias que ampliem o acesso do homem às ações e aos serviços de saúde e que tornem tais serviços cada vez mais humanizados e resolutivos, de forma a prevenir a incidência de agravos e controlar as doenças instaladas.

Considerando a necessidade de enfrentamento de condições agudas e crônicas, propõe-se a organização dos serviços no formato de redes de atenção, tendo como eixo central e orientador à Atenção Primária à Saúde.

É necessária a integração entre as diversas áreas da Atenção Primária com ações voltadas para hipertensão e diabetes, alcoolismo e tabagismo, transtornos mentais e saúde bucal. E ainda desenvolver estratégias voltadas para a promoção de saúde e de prevenção dessas doenças; capacitar os profissionais para atenderem as populações indígenas, negras, quilombolas e população encarcerada.

Também é importante realizar ações interligadas com a área técnica da Saúde da Mulher - principalmente no que diz respeito ao direito ao acompanhante durante o parto e puerpério, direitos sexuais e reprodutivos, métodos definitivos, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Alimentação e Nutrição, Epidemiologia e Vigilância do Câncer, e fazer interface com as diversas áreas da SES, DANTS, Vigilância Epidemiológica,

Tuberculose e Hanseníase, com as DSTs/AIDS, trabalhando conjuntamente no plano de enfrentamento e de ações voltadas a homossexuais e travestis, com a Média e Alta Complexidade, Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental (agrotóxico). Enfim, que todas as ações estejam interligadas com as áreas em que se encontra a população masculina descrita.

Seção 5 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS HOMENS: UM DESAFIO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta seção, serão discutidos os fatores que dificultam o acesso do homem ao serviço de saúde. Espera-se que, ao final desse estudo, você esteja sensibilizado para entender essas dificuldades de acesso e estabelecer ações que possibilitem o cuidado integral à saúde do homem.

Associa-se a ausência ou a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde a características da identidade masculina, a seu processo de socialização, à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde.

Entretanto, essa ausência dos indivíduos do sexo masculino nas Unidades de Saúde não deve ser concebida exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde nem especificamente como uma falha na organização dos modelos de atenção à saúde.

Como já abordamos anteriormente, devido às características masculinas, os homens não procuram a atenção à saúde e, quando o fazem, as patologias geralmente estão instaladas e de forma irreversível. O desafio das equipes de saúde da família é inverter esse padrão e encontrar formas de trazer a população masculina para ações de prevenção e cuidados à saúde. Mas, como fazer isto? Para tanto, as equipes devem fazer:

- Reconhecimento da importância de uma atenção diferenciada à população masculina;
- Estudos e pesquisa;
- Promoção de saúde e estímulo ao autocuidado e à adesão de homens aos serviços de saúde;
- Identificação de homens em situação de risco para doença cardiovascular;
- Capacitação de profissionais de saúde da rede SUS e

definição de protocolos em parceria com as Sociedades Científicas e Instituições de Ensino;

- Trabalhos abordando o tema Violência;
- Campanhas de mídia, incentivando a participação dos homens nos serviços de saúde, visando à prevenção e à promoção de saúde.

5.1 Fatores de risco à saúde na população masculina

Obesidade - ocorre com mais frequência na população feminina (13,6%) do que entre os homens (12,4%). Sedentarismo - está presente em 26,3% da população brasileira; 29,5% dos homens são sedentários; nas mulheres essa incidência é de 23,5%. Ambos, sedentarismo e obesidade, são considerados fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares, assim como o diabetes mellitus. Portanto é importante orientar a população para adoção de estratégias para combater o sedentarismo e obesidade

Tabagismo - segundo dados da VIGITEL (2008), 15,2% da população adulta é tabagista, sendo maior a incidência no sexo masculino (19,1%), do que no feminino (11,9%). O tabagismo é um dos fatores que contribuem para a ocorrência das neoplasias, das doenças cardiovasculares, pulmonares entre outras. É importante estimular os usuários de tabaco a abandonar o hábito e oferecer recursos para auxiliar a cessação desse hábito.

O alcoolismo, cujos dados já foram apresentados na seção anterior, é outro fator de risco à saúde do homem. Vale lembrar, como temos discutido amplamente, que a violência voltada contra a família tem como um dos fatores determinantes uso abusivo do álcool.

5.2 A equipe de Saúde da Família

O papel da equipe é fundamental para estimular a população masculina a procurar pelos serviços de saúde; para isso, é necessário investir em esforços junto a familiares na captação dessa população, por intermédio da mulher, que geralmente é quem procura a unidade, sendo esta, esposa, mãe ou irmã, um canal para discutir a importância de trazer seus familiares do sexo masculino para consultas de rotina. Oportunizar o contato com a população feminina para conhecer as necessidades da população masculina.

Assim, convém que a equipe:

- Oriente os ACS a informar sua população a respeito da importância da promoção de saúde e prevenção de agravos neste segmento populacional.
- Trabalhe ainda essas orientações junto ao conselho local de saúde e planeje ações para minimizar a violência dentro de sua área adscrita.
- Verifique a possibilidade de estabelecer um horário diferenciado para atendimento desta população. Facilite o acesso, promova o acolhimento. Procure conversar com seu gestor em saúde, que já está sensibilizado quanto às questões de saúde da população masculina.
- Analise os dados de internação da população masculina de sua área, verifique suas causas e estabeleça ações voltadas à sua realidade.

Seção 6 - ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Não se nasce mulher, torna-se mulher. (Simone de Beauvoir, 1948)



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), para iniciar a conversa, quais são as suas experiências, curiosidades e dúvidas sobre as questões da mulher? Quais as exigências e possibilidades colocadas hoje para a construção de novas práticas no fazer saúde para esse grupo? Esses questionamentos advêm não apenas a partir do olhar do trabalhador de saúde, mas, sobretudo, dos olhares dos sujeitos com quem você trabalha.

É evidente que o contexto hoje exige uma prática que se direcione no sentido de contribuir com a construção de outra sociabilidade adversa à sociabilidade capitalista, paternalista, com a saúde centrada na filantropia, na cura de doenças e na higienização.

Note bem! Para compreender os fatos atuais, as exigências normativas e a importância da hierarquização, regionalização da atenção integral à saúde da mulher, será necessário fazer uma síntese, reunindo alguns aspectos históricos importantes.

Você até pode pensar que tudo começou com a Constituição de 1988. Claro que algumas questões, como democratização, descentralização, cidadania e controle social, entre outras, são questões que têm provocado debates calorosos na realidade brasileira frequentemente, em especial, quando se fala do movimento sanitário, dos movimentos sociais e da participação das mulheres em busca de liberdade, de acesso os serviços e aos bens públicos, além da qualidade de vida.

Vale considerar que o propósito deste módulo não é fazer um estudo profundo e esgotar todos os aspectos de cada programa, mas sim trazer uma reflexão clara, crítica e apontar os pilares para a implantação, implementação e monitoramento das ações de atenção integral à saúde da mulher. Dessa forma, buscam-se aspectos normativos, metodológicos e pontos de vista acerca desse tema à guisa de melhor esclarecimento e fundamentação que instrumentalizarão sua prática e, a partir daí, você poderá fomentar, juntamente com a sua equipe de trabalho e comunidade, o acesso de todos aos direitos de cidadania na saúde e contribuir para que isso se concretize.

Diante disso, espera-se que, ao final deste estudo, você seja capaz de responder aos **objetivos**:

- Conhecer, compreender e problematizar de forma crítica os pilares dos programas e os dispositivos legais e norteadores das ações e serviços de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde da família, especialmente da mulher.
- Contribuir para a redução da morbimortalidade e da mortalidade feminina no município e no estado.
- Compreender a importância da atuação em Rede de Atenção às Mulheres, a dinâmica e o fluxo da comunicação, da informação para organização do atendimento.
- Conhecer os mecanismos para coibir e prevenir a violência contra a mulher, os procedimentos para atendimento intersetorial e interdisciplinar à mulher em situação de violência.
- Comprometer-se com os grandes desafios da prática no contexto das políticas públicas para a mulher, com o controle social, conhecer reivindicações deste segmento.
- Detectar entraves e articular soluções a partir de um conjunto de saberes que convergem para práticas de

caráter interinstitucional e interdisciplinar, respeitando os aspectos socioeconômicos e cultura das populações.

6.1 Dialogando: recuperando aspectos históricos e construindo conhecimentos

Valorizar a memória coletiva e narrar os acontecimentos passados é importante para que nossas ações no presente possam ser mais lúcidas e mais sintonizadas com os pactos assumidos coletivamente. Pela história percebemos os muitos passos que já foram dados, os que precisam ser percorridos e outros que ainda terão que ser inventados. Mas como a história é feita de avanços e também de recuos, passos para frente e passos para trás, saber mais sobre ela permite que você possa avaliar para que rumo está andando [...] Ao viajar no tempo, você poderá perceber o quanto a sua atuação é fundamental para pavimentar e construir esses caminhos. (SUS/cartilha n. 2, p. 2004.)

Partindo deste ponto de vista, as mulheres foram reescrevendo a sua história, embora se saiba que a história das mulheres e de suas lutas é desconhecida pela maioria da população, inclusive pelas mulheres em geral. Um dos grandes desafios e compromissos dos trabalhadores sociais atuantes, no contexto das políticas voltadas para a mulher, é conhecer essa história e dar-lhe visibilidade, já que esta representa uma longa trajetória de lutas e conquistas que outras mulheres conhecidas e desconhecidas travaram para que hoje esse segmento fosse capaz de desfrutar de melhores condições de vida e oportunidades de reconhecimento.

Merece aqui citar algumas mulheres, protagonistas desse processo, e algumas iniciativas relevantes. Olha! Pode até parecer exaustivo, mas vale a pena esse resgate sintético em sua cronologia dentro das décadas, pois isso lhe dá a real dimensão da dinâmica do processo que, silenciosamente, vem

se consolidando. Claro que não é possível descrever todos os eventos, apenas alguns mais importantes.

Quadro 3 - Conhecer um pouco a História de Luta Das Mulheres

Christine de Pisan - 1405	Ela escreveu o livro <i>La ite dès Dames</i> , sendo considerada como a primeira mulher a protestar contra o preconceito e a discriminação.
Olympe de Gouges - 1759	Lançou o manifesto <i>Declaração dos Direitos da Mulher</i> . Essa revolucionária francesa denunciou a Declaração dos Direitos do Homem como instrumento de cidadania restrita ao sexo masculino. Ela foi decapitada.
Primeira-legislação brasileira - 1827	Destinada à educação da mulher, regulamentava a participação de meninas somente nas escolas elementares.
Nísia Floresta - 1838.	Considerada como a precursora das ideias de igualdade e independência da mulher no Brasil. Defendeu investimentos em educação para mulheres, introduziu na prática dos trabalhos manuais das meninas a aprendizagem de línguas estrangeiras, português, geografia. Defendeu a emancipação dos escravos, liberdade de cultos e a federação das províncias, com o sistema de governo republicano
Franca -1848	Conheceu a nova revolução. As mulheres agora reivindicavam a igualdade jurídica, o direito ao voto e a equiparação de salários.
Argentina Joana Paula Manso de Noronha-1852.	Funda no Rio de Janeiro o <i>Jornal das Senhoras</i> para discutir sobre o melhoramento social e a emancipação da mulher.
Governo Brasileiro- 1879.	Abriu as instituições de ensino superiores do país às mulheres, mas a jovem que optava por esse caminho ficava sujeita a pressões e à desaprovação social.
Rita Lobato Velho Lopes - 1887.	Tornou-se a primeira mulher a receber o grau de médica no Brasil.
Nova Zelândia - 1893.	É o primeiro país a reconhecer o direito de voto às mulheres.
Brasil - 1906 a 1922.	Muitas lutas e conquistas, como participação das mulheres em sindicatos, movimentos das mulheres em favor da jornada de trabalho de 8 horas; Deolinda Daltro fundou o Partido Republicano Feminista; 1910 conquista do direito de ingressar nos serviços públicos; Bertha Lutz funda a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino. Ela influencia a inclusão do voto para mulheres; 1920 Alzira Soriano se elege primeira prefeita do Brasil e da América Latina. Governo de Getúlio Vargas - 1932. Aprova decreto que regulamento o direito de voto à mulher; nesse mesmo ano, Maria Lenk é a primeira atleta brasileira a participar das Olimpíadas; 1933, Carlota Pereira Queirós se elege deputada federal.
Simone de Beauvoir- 1948 a 1980.	Lança o livro que dá nova fase no movimento mundial, <i>O Segundo Sexo</i> . O livro analisa a condição da mulher, tornando-se marco para fundamentação das reflexões feministas dos anos 60.
Izabel Perón - 1975	Elege-se como a primeira mulher presidenta.

As Nações Unidas-1975	<p>Instituem o Ano Internacional da Mulher e estabeleceram os anos de 1976 a 1985 como a <i>Década da Mulher</i>. A partir dessa referência, realizaram-se varias Conferências Mundiais sobre a Mulher:</p> <p><i>I Conferência Mundial sobre a Mulher</i>, na cidade do México, de 16 de junho a 02 de julho de 1975; <i>II Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz</i>, em Copenhague, Dinamarca, 1980; <i>III Conferência Mundial sobre a Década da Mulher</i>, em Nairóbi, Quênia, de 15 a 26 de julho de 1985. Nessa Conferência adotou-se, com unanimidade, o documento “Estratégias Encaminhadas para o Futuro do Avanço da Mulher”; <i>IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz</i>, em Pequim, China, de 04 a 15 de setembro de 1995/compareceram mais de 180 países e cerca de 35.000 pessoas. Foi o maior evento da ONU. A Plataforma de Ação aprovada reafirmou os avanços conseguidos pelas mulheres nas últimas Conferências, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a inclusão da discriminação racial/étnica como um obstáculo à igualdade e equidade entre as mulheres.</p>
Brasil-1977	É aprovada a Convenção Contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e é aprovada a Lei do Divórcio.
Brasil- 1985	A Câmara dos Deputados aprova o Projeto de Lei 7.353 , que criou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher . Nesse ano surge a primeira Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, em São Paulo.
A Constituição Brasileira-1988	Traz avanços que asseguram igualdade entre homem e mulher, concede licença de 120 dias à maternidade, reconhece a violência doméstica e cria mecanismos para o enfrentamento, entre outros.
Brasil-1990	São criadas redes temáticas, como a Rede Nacional de Direitos Reprodutivos.
Brasil-2006	É promulgada a Lei 11.340/06, conhecida como Maria da Penha, que garante mecanismos para coibir e prevenir a violência contra a mulher.

Fonte: Resumo do projeto “Mulheres Exercendo o Poder e Promovendo a Transformação”. CEPPM/CG/MS, 2008

Com esse voo rasante pela história, podem-se identificar os pilares que sustentam o projeto político, as reivindicações, os direitos conquistados passo a passo pelas mulheres. Vale ressaltar ainda que o Dia Internacional da Mulher foi criado em homenagem a 129 operárias que morreram queimadas em ação de repressão policial para conter manifestação em uma fábrica de tecidos. Essas mulheres reivindicavam a diminuição da jornada de trabalho de 14 para 10 horas por dia e o direito à licença-maternidade. Isso aconteceu no dia 08 de março de



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), grandes desafios já foram superados pelo segmento das mulheres e, certamente, muitas conquistas ainda estão por vir, entre elas, com certeza, está o acesso efetivo à saúde. É importante observar que, mesmo com esse histórico de organização, lutas e conquistas, na realidade atual, há questões ainda veladas nas relações sociais das práticas tradicionais dos trabalhadores inseridos nas políticas para as mulheres, nas famílias e na sociedade em geral e que, muitas vezes, interferem na compreensão e consolidação plena dos direitos de cidadania desse segmento.

Você agora deve estar imaginando quais são essas questões veladas. Referem-se simplesmente às questões de gênero, o ponto crucial da discriminação contra a mulher. Portanto, para saber mais, siga em frente!

6.2 Breve discussão: o que vem a ser gênero?

Historicamente as diferenças biológicas entre homens e mulheres foram transformadas em desigualdades sociais, atribuindo-se valores, comportamentos, regras, tabus e mitos sobre o que deve ser o feminino e o masculino. De forma sintética, nesse contexto, está a diferença entre sexo e gênero. Sexo é atributo biológico, enquanto gênero aponta as relações sociais entre feminino e masculino. Refere-se a papéis e responsabilidades definidos e atribuídos à mulher e ao homem no convívio em sociedade.

Para facilitar a sua compreensão, use a sua experiência e atente-se para os exemplos a seguir, identificando os aspectos importantes que demarcam essas diferenças:

- **A escolarização** - As mulheres são mais escolarizadas em relação aos homens e apresentam taxas de

analfabetismo inferiores. No entanto, essa vantagem ainda não se reflete no mercado de trabalho. É precisamente nesse campo que se concentra boa parte das discussões, das desigualdades de gênero e das demandas pela inserção feminina nos espaços de trabalho potencialmente produtores da sonhada autonomia econômica e social. Demanda ainda muitas lutas no que se refere à garantia de condições igualitárias de entrada e permanência nesse cenário, bem como pelas remunerações equiparadas.

- **Cidadania-Mundo do trabalho e as discriminações-** Nesta seara, persiste a divisão dos trabalhos que tem como consequência a sobrecarga e dupla jornada de trabalho. Essa diferença na inserção no mercado de trabalho, aliada a mecanismos discriminatórios e preconceitos baseados nos estereótipos, tais como o de incapacidade para liderança, insegurança para assumir grandes cargos (cargos para homens e cargos para mulheres), puxam para baixo a remuneração e as oportunidades de ingresso/inserção, entre outras.

Atenção! Apesar das conquistas realizadas pelo movimento das mulheres, em termos dos padrões de comportamentos, acesso aos direitos humanos, os modos de vida e as relações de companheirismo estão fortemente ligados à sociedade machista e patriarcal. O papel e as realizações das funções “do lar” ainda são atribuídos à mulher, o que a leva por vezes a uma dupla ou até tripla jornada de trabalho. Nota-se que nessa rígida divisão, cabem tão somente às mulheres tarefas domésticas, cuidados com os mais velhos e com os filhos, e ao homem a responsabilidade do “provimento do lar”, mesmo que esses papéis contrariem os anseios da sociedade atual.

Violência contra a mulher - Um problema complexo e de grande relevância no mundo, especialmente no Brasil, que representa outra marca importante das diferenças de gênero. Estudos realizados pelo INSTITUTO AVON E IBOPE (2009) apontam que, para 56% da população, a violência é um dos três principais problemas que afligem as mulheres, e 39% dos que conhecem uma vítima de violência tomaram alguma atitude em colaboração com a mulher agredida. O medo da morte em consequência de agressões infligidas pelos companheiros é visto como a maior causa para a vítima continuar com o agressor.

Violência contra a mulher índia - Se, por um lado, observam-se alguns avanços significativos no campo da prevenção e enfrentamento de situações de discriminação e violência contra as mulheres, no contexto interétnico (entre “brancos” e “indígenas”), o mesmo já não se verifica a respeito da discriminação e violência contra mulheres indígenas nas relações conjugais, familiares e intraétnicas. Fatos reais demonstram que:

Práticas discriminatórias em relação às mulheres indígenas ocorrem em suas próprias comunidades, tais como matrimônios forçados, a prática de doar filhas a outras famílias, a frequente violência doméstica, a violação das meninas, o despojo de suas propriedades, o limitado acesso das mulheres à propriedade da terra e outras formas de supremacia masculina e patriarcalismo. As mulheres têm pouca oportunidade de denunciar estes abusos ante a lei e, quando o fazem, sofrem incompreensão e pressões no seu meio familiar e comunitário. (Rodolfo Stavenhagen, 2007).

Enfrentamento da Violência - Para o enfrentamento da violência de gênero, é necessária a conjugação de esforços das diferentes áreas da sociedade e das instâncias governamentais. Esses esforços compreendem não apenas a dimensão do combate aos efeitos da violência contra a mulher, mas, sobretudo,

as dimensões da prevenção, atenção, proteção e garantia dos direitos daquelas em situação de violência, bem como o combate à impunidade dos agressores.

Quatro tipos frequentes de violência:

a) A agressão física pode ocorrer com frequência ou não, mas em muitos casos tende a aumentar em gravidade e frequência com o passar do tempo; inclui comportamentos como puxar, empurrar, segurar, bater ou chutar.

b) A violência sexual ocorre toda vez que um parceiro impõe um ato sexual indesejado ou recusado pelo outro parceiro;

c) A violência psicológica inclui afastamento de familiares e amigos, dependência financeira forçada, abuso verbal e emocional, ameaças, intimidação e controle sobre lugares aonde o parceiro pode ir e o que pode fazer;

d) A violência patrimonial caracteriza-se pelos ataques contra a propriedade e animais de estimação; dano ou destruição de objetos domésticos de valor sentimental pertencentes à vítima, atingindo paredes, e maus-tratos a bichos de estimação, resultando ou não em sua morte, também constituem violência doméstica.

Violência: Aparato legal - A Constituição Federal de 1988 assegura a assistência e proteção às vítimas de violência, além da garantia de mecanismos para coibir todo e qualquer tipo de violência contra os cidadãos. Em 2006 foi promulgada a Lei 11.340/06, conhecida como Maria da Penha, com o propósito de garantir instrumentos para coibir e prevenir a violência contra a mulher.

A Lei Maria da Penha prevê também um conjunto de ações para o atendimento integral às mulheres vítimas de violência, como as casas-abrigo, delegacias, núcleos de defensoria,

serviços de saúde, campanhas educativas, dentre outras, como forma de prevenção e denúncia da violência e proteção à mulher.

Segundo estudos do INSTITUTO AVON/IBOPE (2009), é expressivo o conhecimento da população sobre essa lei. Houve maior ciência das pessoas sobre a sua importância, demonstrando a evolução entre 2008 e 2009: 68% para 78% sucessivamente. Foi apontado ainda que a maioria da população acredita que educação e mudança de comportamentos em relação às questões de gênero são as melhores formas de combater a violência doméstica, e que os sinais que identificam ou que são alegados pela mulher violentada vão além das desculpas das quedas e batidas para explicar sinais físicos.



VAMOS REFLETIR!

Quais as referências concretas de que os trabalhadores de saúde podem lançar mão na reconstrução de suas ações em busca de uma nova prática e, assim, dar sua contribuição efetiva para a saúde da mulher?

Considere que o exercício profissional consciente, crítico, criativo só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática. Essa referência, que está explicitada no Código de Ética de cada categoria profissional, é uma direção que coloca como valor central os usuários dos serviços como sujeitos de direitos e de princípios fundamentais da democracia, a cidadania e o pluralismo sem discriminação, exploração de classe, etnia e gênero.

Participação política- Essa é uma arena de grandes desigualdades de gênero, espaço marcado pela herança patriarcal da sociedade manifestada em diferentes campos,

especialmente na participação política em suas várias dimensões, que ainda rejeita a presença da mulher em postos eletivos ou no aparato estatal. Embora as mulheres tenham um bom desempenho nessa esfera, esse é um espaço em construção. As mulheres engajadas em organizações da sociedade civil, partidos políticos, instâncias colegiadas, como Conselhos de Políticas Públicas e de Defesa dos Direitos, têm grandes oportunidades de expressar suas ideias, apresentar suas demandas, participar dos debates políticos e influenciar nas decisões.

Políticas públicas- No contexto das políticas públicas, existem instrumentos fundamentais para a correção e superação das desigualdades sociais e promoção de uma sociedade mais justa e igualitária, especialmente no âmbito das instâncias governamentais dos diferentes níveis. Embora não sejam os únicos instrumentos, são caminhos de acesso aos direitos constitucionais, explicitados nos Princípios do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).

O referido plano traz benefícios não só para as mulheres urbanas, negras, das florestas e índias. É um plano que tem cobertura ampla e, direta ou indiretamente, beneficia toda a sociedade. Contudo, para sua implementação com eficácia, é imprescindível a parceria entre a União, os governos estaduais e municipais. É igualmente fundamental que a sociedade civil, em especial as mulheres, conheça as ações propostas para que possam acompanhar a sua execução, de forma a assegurar direitos e melhorar sua qualidade de vida em toda a sua diversidade.

Prezado (a) especializando (a), veja a seguir uma síntese dos princípios norteadores do (PNPM, 2009):

- **Igualdade e respeito à diversidade** - mulheres e homens são iguais em seus direitos e sobre esse princípio se apoiam nas políticas de estado, que propõem a

superação das desigualdades de gênero. Exigem-se respeito e atenção à diversidade cultural, étnica, inserção social, situação econômica e regional, assim como às características peculiares das diferentes fases da vida de cada grupo. Demandam-se a priorização de ações afirmativas e a participação plena das mulheres no processo de formulação, execução e monitoramento das políticas públicas a elas direcionadas.

- **Equidade** - o acesso de todas as pessoas aos direitos universais deve ser garantido por meio de ações de caráter universal, mas sem deixar de se realizarem ações específicas e afirmativas para os grupos historicamente discriminados, como as mulheres, os negros, índios, idosos etc. Esse tratamento especial aos desiguais, buscando-se a justiça social, requer pleno reconhecimento das necessidades peculiares desses grupos.
- **Autonomia das mulheres** - deve ser assegurado às mulheres o poder de decisão sobre sua vida e corpo, assim como as condições de influenciar os movimentos em sua comunidade e país. Essa autonomia requer o rompimento com a dependência, exploração, subordinação e discriminação em todos os sentidos.
- **Laicidade do Estado** - as políticas públicas de Estado devem ser formuladas e implementadas sem interferências de princípios religiosos, de forma a assegurar efetivamente os direitos consagrados pela Constituição Federal de 1988.
- **Universalidade das políticas** - esse princípio deve ser traduzido em políticas permanentes nas três esferas de governo, caracterizadas pela indivisibilidade, integralidade e intersetorialidade dos direitos, e combinadas às políticas públicas de ações afirmativas, percebidas como transição necessária à busca da

- efetiva igualdade e equidade de gênero, raça e etnia.
- **Justiça social**- implica o reconhecimento da necessidade da redistribuição dos recursos e riquezas produzidas pela sociedade e a busca de superação da desigualdade social, que atinge as mulheres significativamente.
 - **Participação e controle social** - devem ser garantidos o debate e a participação das mulheres na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas.

Em Síntese...

Após esse estudo relativo às questões da mulher, você, com certeza, já tem ideia do seu papel na execução dos programas de saúde destinados a esse grupo. Lembre-se ainda de que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 3º, define os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil e determina que o estado deve “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e qualquer outra forma de discriminação”, princípio legal em que se encontra respaldo para intensificar a batalha pelo reconhecimento dos direitos da mulher e das suas conquistas.

Vale acrescentar que, da escravidão ao momento atual, a pobreza, o anonimato, a violência e as discriminações de diferentes ordens, a que é submetida essa população feminina, especialmente as mulheres negras, reforçam o preconceito e a interiorização da condição de inferioridade que, em muitos casos, inibem a vontade, a coragem de denunciar e a luta contra a discriminação e violência vividas. Não dá para esquecer que a exploração e a discriminação no uso da força de trabalho dos negros e índios representam a grande marca da violência e da apropriação desumana desses segmentos, que as mulheres

índias e negras foram utilizadas como instrumento sexual, fonte de prazer dos senhores e que as últimas serviram também como reprodutoras das forças de trabalho, gerando filhos para dar continuidade ao sistema de escravização.

Esse breve resgate, com certeza, deu-lhe maior clareza de como as diferenças entre gênero se expressam no contexto sociocultural e de como e por que as mulheres enfrentam uma série de dificuldades no trabalho, na vida pessoal, sexual, reprodutiva, na família e também na política. Fica, pois, evidente que nas relações de gênero se trata de desigualdade de poder e, conseqüentemente, da discriminação das mulheres.

O Brasil precisa ser um país mais confiável para a minha vida mudar de verdade. Muito tempo e energia são empregados para nos precaver dos danos que as empresas e pessoas podem nos causar. Cercamos as nossas casas com cerca elétrica, contratamos segurança privada, desconfiamos dos nossos médicos e professores, os bons motoristas devem exercer uma direção defensiva. E o que é pior, apesar de todo investimento realizado, as cidades e as pessoas nos parecem cada vez mais perigosas. Vânia Abreu, Porto Alegre, RS/PNUD, 2009/2010.

A concretização desse novo e já velho projeto político requer uma ação profissional que rompa com o conservadorismo institucional e com suas práticas obsoletas. Esse olhar encontra ressonância nos dizeres de Vasconcelos (2008); para a autora, as novas referências colocadas pelo SUS não condizem com uma prática que se reduza ao acolhimento e à humanização das relações sociais capitalistas. É nessa direção que o tempo de permanência dos usuários nas unidades, trocando conhecimentos e saberes que permeiam aqueles espaços, entre si e com os profissionais, é o momento em que têm a possibilidade de exercer e exercitar seus direitos e suas lutas, para dar vida aos conhecimentos que portam a partir de um atendimento de qualidade na direção dos objetivos propostos.

Por fim, valendo da visão das Organizações das Nações Unidas (ONU/PNUD, 2010), o desenvolvimento Humano é mais do que uma maneira de medir o progresso das sociedades. É uma maneira de olhar a vida. É reconhecer que cada pessoa tem os mesmos direitos, embora sejam diferentes: crianças, jovens, mulheres, homens, idosos, brancos, negros, indígenas, de qualquer religião ou orientação sexual, cada qual com suas habilidades e deficiências, e, ao mesmo tempo, pressupor que são todos iguais: seres com dignidade, direitos, sonhos e ambições.

6.3 Política Nacional de Saúde para a Mulher: Breve Contextualização

No Brasil, a saúde da mulher se incorpora às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, tendo como base atender às demandas relativas à gravidez e ao parto. Programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM - implantado no Brasil em 1984, foi resultado das demandas e das lutas do movimento de mulheres e se configurou como um dos grandes avanços na saúde mulher por trazer um olhar diferente, integrado e articulador das dimensões históricas, socioculturais.

O Ministério da Saúde reconhece que o PAISM constitui um marco nacional e internacional na institucionalização da Atenção Integral à Saúde da Mulher como política de estado. Com isso, continuou a concentrar esforços para consolidar as determinações constitucionais em termos da garantia do acesso

da mulher às ações integrais à saúde, mesmo lutando contra as avalanches provocadas pelas profundas transformações pelas quais a sociedade brasileira vem passando ao longo de sua história, especialmente após 1988, levado a mudanças igualmente profundas de seu quadro epidemiológico, no modo de produção e distribuição social da saúde e da doença (MS/ Painel Temático:Saúde da Mulher, n 2, 2007).

Diante desse processo desigual e contraditório, a saúde e a doença têm-se distribuído desigualmente entre os segmentos da sociedade civil, seja pelas diferentes situações sociais e vulnerabilidades, seja pela desigualdade no acesso às ações, serviços de saúde e à qualidade de vida. Neste cenário, a mulher e a criança são as principais vítimas e, por conseguinte, geram maior busca por atenção à saúde.

A partir de 2003, foi elaborada a proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, referenciada pelo diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil à época. Conforme descrito no documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes” (Brasil,2009), a proposta foi elaborada com apoio dos diferentes setores da sociedade civil organizada, o movimento de mulheres, o movimento dos negros, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. No processo da feitura dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, foram consideradas e incluídas todas as reivindicações dos segmentos de mulheres e legitimadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Portanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi aprovada e legitimada pelas instâncias de controle social e reflete o compromisso de garantir os direitos civis, políticos e sociais das mulheres e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), já se passaram mais de vinte anos da criação do SUS e você, com sua larga experiência, sabe que, nesse caminho de consolidação do SUS, são evidentes os conflitos da transição e estruturação do novo modelo organizacional e pedagógico, construindo-se e desconstruindo-se diante de uma prática mesclada por atitudes conservadoras ao lado do aparato legal da promoção de direitos integrais. A participação e mobilização das usuárias e da sociedade civil como um todo têm sido decisivas para esse enfrentamento. As vitórias são visíveis não apenas nos indicadores da queda da mortalidade e do número de casos novos de algumas patologias no país, mas, sobretudo, na diminuição do preconceito, no aumento da consciência dos cuidados com a prevenção e na solidariedade.

6.4 Organização da Atenção à Saúde: Território, Problemas e Ação Programática

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece como norma o caráter universal e integral das ações de saúde a cargo do Estado, mas isto não evita que no dia-a-dia escolhas sejam feitas pelos gestores. Alguns instrumentos devem ser utilizados para eleger prioridades e aproximar os serviços das necessidades mais importantes das comunidades atendidas, transformando as disposições constitucionais em metas de gestão.

É importante, no processo de escolha de prioridades, usar o equilíbrio, ter cuidado para não fixar-se em demasia nas normas técnicas ou deixar a definição de prioridades ficar exclusivamente a cargo da pressão de demanda exercida junto aos serviços de saúde. Neste caso, se cair nessa cilada, o gestor abriria mão dos recursos tecnológicos necessários para

garantir maior efetividade das políticas de saúde. Portanto, buscar o equilíbrio entre os preceitos, diagnósticos técnicos, diagnósticos sociais, pareceres dos profissionais de saúde, com base nas necessidades expressas pela comunidade, é objetivo e tarefa constante para todos aqueles envolvidos na gestão do Sistema Único de Saúde.

Como fazer isto? - você pode estar pensando. Como já tem experiências na execução dos programas, projetos, atividades, você sabe muito bem que não é nada fácil fazer essa conciliação. Por outro lado, as respostas, na verdade, já são construídas no dia-a-dia dos serviços pelas recomendações, modelos e conceitos que são referências para se pensar e melhor organizar a atenção à saúde, tais como:

- Definir a demanda social, levando em consideração a manifestação pública de comunidades ou de seus representantes;
- Entender as conexões sociais do processo saúde-doença, compreendendo a dinâmica das relações sociais por intermédio de indicadores socioeconômicos;
- Utilizar a epidemiologia para entender como as relações sociais repercutem no modo de adoecimento das coletividades;
- Recorrer à técnica de programação e de planejamento para orientar as atividades dos serviços de saúde;
- Considerar o princípio constitucional da Relevância Pública: O estado como regulador, gestor e fiscalizador da Atenção à Saúde;
- Detectar problemas e articular soluções a partir de um conjunto de saberes que convergem para práticas de caráter interdisciplinar;
- Definir o território de intervenção dos serviços em função da dinâmica das populações e das relações sociais.

Seção 7 - ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Como já visto até aqui, o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores buscam consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e ao previsto em lei, combate à violência doméstica, sexual, prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e no apoio tecnológico e de insumos. Além disso, buscam ampliar as ações voltadas aos grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre eles, o das mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, mulheres do campo e da floresta, índias, negras quilombolas, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e ciganas (Ministério da Saúde, 2009).

É importante enfrentar as situações que fragilizam os modos de vida das mulheres, como as mulheres das florestas, do campo, as negras quilombolas, as índias que vivem basicamente da terra, por ser um enfrentamento muito diferente daquele que envolve situações relativas às mulheres urbanas e suas famílias nas periferias das grandes cidades. O acesso da população desse segmento rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio do SUS. Cabem aqui estas perguntas: o que significa organizar ações de assistência integral à mulher, garantindo as diversidades e na perspectiva de programas? E da intersectorialidade de forma interdisciplinar?

O entendimento dessas questões implica reconhecer que não há uma única esfera de governo capaz de dar respostas às demandas integrais da sociedade civil e de concentrar todas as decisões, todos os recursos, participação dos usuários e o controle social. Pela articulação e conciliação das demandas, é imperativo assegurar que ocorram ações em todas as dimensões das políticas públicas.

Pelo lado da assistência social e da saúde, são visíveis os esforços dos gestores e das organizações da sociedade civil para garantir a realização das demandas da população face às exigências constitucionais. Uma das estratégias da saúde está materializada na atenção primária, realizada por intermédio de vínculos estabelecidos, a qual tem como foco central a família e cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e monitorização do impacto das ações. Convém lembrar que essa monitorização de resultados realizada pelas equipes de saúde tem sido implantada gradualmente, mas de forma tímida. Um dos instrumentos de avaliação você terá oportunidade de conhecer no módulo optativo - AMQ - Instrumento de avaliação de melhoria e qualidade.

Percebe-se que há muitas muralhas a escalar, uma vez que as questões ligadas ao coletivo são timidamente discutidas e a relação indivíduo e sociedade encontra dificuldades para romper com as práticas dicotômicas dos trabalhadores de saúde, especialmente na relação entre público e privado.

A visibilidade desse pilar que define a centralidade na família, regulamentado na Constituição Federal de 1988, dá-se mediante a formatação destas leis: Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Estatuto da Pessoa Portadora de Deficiência, Leis Orgânicas da Assistência Social, da Saúde, Lei de Diretrizes e Bases da Educação etc.; isso produziu uma rearticulação dos discursos e das práticas profissionais tradicionais no campo da assistência à saúde, em conformidade com o que Miotto (2004, p. 12) afirma:

Não é por acaso que questões importantes como Educação em Saúde, trabalho comunitário, trabalho com redes, controle social, incluindo discussões sobre abordagem metodológicas, venham se estruturando como campo de conhecimentos em áreas como a Enfermagem, a Medicina, a Psicologia, o Serviço Social, a Nutrição, dentre outras.

Essa nova configuração da política de saúde coloca um desafio para se alcançar integralidade da atenção à saúde da família, especialmente da mulher, o que exige da equipe de saúde da família uma atuação em diversas dimensões para que as ações dos programas possam impactar. Com a implantação da ESF, o cuidado à mulher se inicia antes da sua chegada na unidade de saúde.

Todos os trabalhadores da ESF devem estar capacitados, especialmente os Agentes de Saúde (ACS) que têm acesso às famílias em suas casas. Estes precisam estar alerta para perceber as necessidades das mulheres, informá-las e encaminhá-las às unidades de saúde sempre que surgirem questões relativas à sua saúde e, de maneira geral e em particular, à saúde sexual e reprodutiva. O acolhimento deverá ser realizado pelos profissionais da equipe de saúde da unidade, responsáveis por fazer uma escuta qualificada, com atenção aos detalhes e à individualidade da mulher, para encaminhá-la ao serviço ou ao setor específico, aumentando assim a resolubilidade e a satisfação.

Atenção!

Para garantir a atenção integral à Saúde da Mulher, o profissional de saúde precisa ter em mente diversos aspectos pontuais que, muitas vezes, passam despercebidos por não terem sido referidos diretamente pela usuária, comprometendo a eficiência do atendimento. Conforme Protocolo de Atenção Integral à Mulher, Ribeirão Preto (2010), além dessas observações anteriores, há alguns dados de anamnese que podem e devem ser observados:

Quadro 4 - PROCEDIMENTOS E INFORMAÇÕES A SEREM LEVANTADAS
NA ANAMNESE

Dados Pessoais	História Familiar (1º e 2º grau de parentesco)	Antecedentes e Doença Atual
<ul style="list-style-type: none"> Nome • Idade • Cor • Naturalidade • Estado Civil • Escolaridade • Profissão • Endereço • Crença/Religião • Orientação sexual 	<p>Neoplasias ginecológicas ou não (em especial neoplasia de mama)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Doenças Cardiovasculares • Doenças Infecciosas • Malformações genéticas • Gemelaridade • Anemia falciforme 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão • Outras doenças cardiovasculares • Doenças tromboembólicas • Diabetes • Hipotireoidismo/ Hipertireoidismo • Neoplasias • Doenças infecciosas (HIV, Sífilis, TB, Hanseníase, Chagas, Malária, Dengue, Hepatites, etc.) • Cirurgias prévias • Anemia falciforme
Hábitos e Costumes	Hábitos e Costumes	Hábitos e Costumes
<ul style="list-style-type: none"> • Menarca • Ciclos menstruais • Início Atividade Sexual • Paridade (Gestações, Partos, Cesáreas (especificar motivo) e Abortos - se foi realizada curetagem. • Idade da primeira e última gestação • Data da última menstruação (DUM) • Amamentação • Antecedentes de alterações, doenças ou cirurgias nas mamas. • Métodos contraceptivos utilizados • Cauterizações e outras intervenções no colo uterino • Dificuldade para engravidar -infertilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência de relações sexuais • Número de parceiros • Libido • Orgasmo • Dispareunia • Sinusiorragia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Etilismo • Uso de drogas • Uso de medicamentos controlados ou não • Função intestinal • Alimentação • Prática de exercícios físicos

7.1 Planejamento Familiar

É de conhecimento de todos a história do Planejamento Familiar no Brasil que, a partir da década de 1960, centra a preocupação com as questões populacionais atrelada às questões da conjuntura sócio-político-econômica da época, iniciando o programa com ênfase no controle de natalidade. As ações foram executadas por entidades privadas, entre elas a *Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)*. Dada a limitação desse texto, aqui não vem ao caso entrar em detalhes sobre o impacto de tais práticas.

Contudo, é importante salientar que, graças às críticas e pressões do movimento feminista organizado e sua capacidade de influenciar na organização da agenda de discussões da temática saúde e cidadania feminina, as discussões e proposições extrapolaram a lógica do controle da natalidade para uma proposta centrada nos direitos de cidadania e direito de livre escolha em termos dos direitos sexuais e reprodutivos.

Essa referência serviu de suporte para a elaboração do Plano Nacional de Proteção à Mulher, em que constam os direitos sexuais e direitos reprodutivos, direitos estes ancorados na liberdade de escolha de todo casal de decidir se quer ter filhos ou não, de definir a quantidade e o espaçamento, caso opte por tê-los, e o direito de acesso aos serviços de saúde capacitados para lhe facultar as informações, as ações e cuidados necessários (PNPM, 2009).

Prevê, ainda, o direito do casal de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminação, coerção ou violência, além da garantia da liberdade de orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras); de proteção contra DST/AIDS, gestação não planejada, privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.

Para o Ministério da Saúde, o planejamento familiar é uma ação da saúde da mulher que oferece um conjunto de ações, visando a um atendimento integral à saúde reprodutiva, bem como a um planejamento do número de filhos, ou do espaçamento entre os mesmos. Tem como propósitos centrais: garantir o acesso a serviços de planejamento familiar que assegurem a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e irreversíveis e a ativação desses métodos, respeitando a individualidade de cada mulher e a decisão informada do casal ou da mulher, em caso de não ter um parceiro conjugal; ampliar o acesso de mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais, suas vantagens e desvantagens; estimular a participação e a inclusão de homens, mulheres e adolescentes nas ações de planejamento familiar.

O planejamento familiar é um direito das pessoas assegurado na Constituição Federal e na Lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que o regulamenta e prevê como um dever do estado garanti-lo, sem, contudo, eximir o homem e a mulher das responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas ou de alto risco, à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, dividindo também com as mulheres as responsabilidades com relação à criação dos filhos e à vida doméstica.

7.2 Assistência ao Pré-Natal

Em se tratando da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, requer-se atenção humanizada e de qualidade, voltada ao binômio mãe/filho. Entretanto, para se ter essa qualificação, exige-se a construção de uma nova cultura de respeito aos direitos de cidadania da mulher e de sua família. Será necessário, portanto, ultrapassar os limites dos fatores biológicos, focando o olhar sobre o processo saúde/doença,

compreender a pessoa em sua totalidade biológica, mental e considerar os aspectos histórico, socioeconômico, cultural e físico da localidade em que vivem os sujeitos envolvidos na produção de saúde - profissionais de saúde, usuários (as) e gestores.



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), você, que está na ponta do sistema de saúde, pode observar que a procura pela atenção ao pré-natal, vem se elevando paulatinamente. Por outro lado, os estudos vêm demonstrando que, apesar da ampliação na cobertura, há comprometimento da qualidade dessa atenção, diante de um contexto no qual se verifica alta incidência da sífilis congênita, hipertensão arterial/pré-eclampsia e eclampsia, que continuam sendo a primeira causa de morte materna no Brasil, determinando maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas, caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral (Ministério da Saúde, 2006).

A baixa cobertura das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para realização dos procedimentos do pacote mínimo das ações preconizadas é a questão crítica da chamada “alta” do pré-natal, sobretudo pela falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação e puerpério, momento em que há maior probabilidade de intercorrências obstétricas.

Diante desses fatos, fica evidente que a realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto materna como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e

reduzindo os riscos à gestante. É também uma oportunidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos, considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação, do parto, do cuidado puerperal e do recém-nato.



VAMOS REFLETIR!

Diante desse contexto, o que você poderá fazer para inverter esse quadro epidemiológico e estimular a participação efetiva da mulher em todas as dimensões do seu ciclo de vida, em especial de sua saúde na gestação, parto e puerpério? Leia o manual de Pre natal e Puerperio que se encontra na biblioteca do módulo.

7.3 Gestação de Alto Risco

Para o Ministério da Saúde (2010), a gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, na maior parte dos casos, o processo se dá sem intercorrência, embora uma pequena parcela de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença e/ou agravos à saúde, podem apresentar maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o bebê, como para a mãe.

Esse fato é chamado de “gestação de alto risco”. A visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa especificidade exige atenção e cuidados diferenciados à gestante que se enquadrar nessa definição. As normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresenta, assim como os procedimentos diagnósticos

e terapêuticos necessários e em que nível de assistência os mesmos serão realizados. Conheça o manual de Gestação de Alto Risco, na biblioteca do módulo.

Hoje, independente do seu endereço, nos serviços de saúde você sabe que existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes de a mulher se engravidar. A identifica o precoce de mulheres em idade fértil que estão em situa o de vulnerabilidade permite que a equipe de saúde possa fazer orienta es sobre a importância do planejamento familiar e o aconselhamento pré-concepcional. Assim,   possível garantir   mulher acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informada e na melhor condi o física e emocional antes de engravidar.

Aten o! Uma das exigências para o acompanhamento da gestante, uma vez encaminhada ao serviço especializado em pré-natal de alto risco   que esta seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de saúde da família que iniciou o acompanhamento. Por sua vez, esta equipe deve-se manter informada através do vínculo da referência e contrarreferência organizadas em seu território de atua o, ou por meio da visita domiciliar.

Outro destaque importante! Assim que a gestante iniciar o seu pré-natal, os trabalhadores da equipe de saúde devem estar atentos   necessidade das a es de assistência, de preven o, de promo o   saúde e de educa o serem realizadas de forma integral e articuladas, enfocando-se, também, a importância da saúde bucal e da amamenta o.

Em Síntese...

A aten o pré-natal e puerperal requer não só esforços coletivos e postura  tica da equipe de saúde, mas também participa o efetiva da mulher e de sua família. Nos procedimentos, devem-se adotar condutas acolhedoras e sem interven es desnecessárias, garantindo o acesso aos serviços de saúde de qualidade, com a es que integrem todos os níveis da aten o - promo o, preven o, educa o para a saúde e assistência   saúde da gestante

e do recém-nascido, além de diagnóstico e tratamento adequado, desde o atendimento ambulatorial básico, até o atendimento em serviço terciário para gestantes de alto risco.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e os seus desdobramentos em decretos e leis complementares garantem as bases legais para os direitos sexuais e reprodutivos. Considera como princípio fundamental a dignidade humana, além de dar ênfase ao planejamento familiar, que é nada mais do que a decisão livre do casal de ter filhos, quantos e quando quiser, cabendo ao poder público garantir as condições para o exercício deste direito.

7.4 Atenção à Mulher e Adolescente diante dos Agravos Resultantes da Violência Sexual

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, além do impacto negativo ao estado psicológico da mulher em qualquer idade.

Diante de um caso de violência sexual, os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico, tratamento, adoção do uso de anticoncepcionais e de práticas de autocuidado e outros encaminhamentos que forem requeridos. O atendimento imediato aos casos recentes permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência ou a profilaxia das DST/HIV, reduzindo os agravos à saúde física da mulher.

Vale ressaltar que os casos de necessidade da atenção ao abortamento previsto por lei requerem maiores recursos e atendimento por unidades de saúde específicas. As equipes envolvidas diretamente na assistência devem ter composição

interdisciplinar e receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia das DST/HIV) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se os direitos das vítimas, inclusive a decisão de interromper a gravidez.

A informação sobre todos os procedimentos a serem realizados durante o tratamento é um direito da mulher, assim como o início imediato da assistência psicológica e do serviço social, garantindo o acesso à rede de apoio para atendê-la nas várias dimensões necessárias, seja familiar ou social, com inclusão de abrigos de proteção e outras providências legais cabíveis.

Finalizando, os caminhos percorridos até aqui demonstram que o ponto central da assistência ao pré-natal, parto e puerpério é garantir o acolhimento da mulher a partir da confirmação da gravidez, rastreamento de indicadores de risco gestacional e ingresso da mulher nas ações de promoção, prevenção, educação e assistência.



VAMOS SABER MAIS!

Para você saber mais e conhecer os procedimentos técnicos específicos, as exigências colocadas para os gestores na organização da rede de assistência, os indicadores de resultado e impacto e os protocolos específicos. Leia os manuais disponibilizados na biblioteca virtual do curso:

- Prevenção de agravos por violência sexual contra a mulher.
- Cartilha de Direitos Sexuais das Mulheres.
- Direitos da Mulher, Prevenção contra a violência e HIV/AIDS.
- Avaliação em saúde sexual e reprodutiva

7.5 Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama

Câncer do Colo de Útero

Segundo o MS/INCA (2010), o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano e apresentando registro de aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, com incidência cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos em comparação com os países mais desenvolvidos. Esse tipo de câncer, que se concentra na faixa etária de 20 a 29 anos, tem risco aumentado significativamente na faixa etária de 45 a 49 anos, entretanto, quando diagnosticado precocemente, apresenta grande potencial para a prevenção e cura.

Atente-se para este dado! Em países desenvolvidos, a sobrevida média da paciente acometida pelo câncer de colo de útero, estimada em torno de cinco anos, varia de 51% a 66% após esse tempo. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, os casos são detectados em estágios avançados, interferindo negativamente na sobrevida média, que é de 41% após cinco anos, enquanto a média mundial estimada é de 49%.

Em relação à técnica de rastreamento destinada ao controle do câncer do colo do útero, até a década de 1990, o exame de colpocitologia oncótica constituiu-se na principal estratégia utilizada pelo programa. Existem agora outros métodos de rastreamento, como o teste de detecção do DNA do HPV e a inspeção visual do colo do útero, através do uso de ácido acético (VIA) ou logo (VILA), considerados como eficazes na redução da mortalidade por esse tipo de câncer por vários estudos.

Estima-se que aproximadamente 80% da mortalidade por câncer de colo de útero pode ser reduzida pelo rastreamento da mulher na faixa de 25 a 60 anos, com o exame de colpocitologia

oncótica e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou do carcinoma *in situ*. Para tanto, exigem-se a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o envolvimento das mulheres.

É importante que você saiba! Já é um fato a aprovação para comercialização da vacina contra a infecção pelo HPV no Brasil e em alguns países. Aqui no Brasil

[...] estão registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS): a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18) e indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos, e a vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, indicada para mulheres de 10 a 19 anos. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero (INCA, p. 33 e 34, 2010).

Caracterização do Câncer do Colo de Útero e Ações de Prevenção

Pode-se caracterizar o câncer de colo de útero como uma doença silenciosa de desenvolvimento lento e, muitas vezes, sem sintomas iniciais, podendo evoluir para quadros graves com sangramento vaginal intermitente, ou secreção vaginal anormal, e com dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais após a relação sexual, nos casos mais avançados.

O avanço da doença se dá pela replicação desordenada do epitélio de revestimento, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, na dependência da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente

e que acomete o epitélio escamoso, e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (Ministério da Saúde, 2010).

A detecção precoce do câncer de colo uterino e ou lesões precursoras é extremamente importante, pois na fase inicial pode-se fazer o tratamento com possibilidades de cura em 100% dos casos. Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que as ações de promoção, prevenção e de educação em saúde interferem diretamente na redução dos fatores de riscos, como a exposição ao tabaco, as práticas sexuais não seguras e até mesmo a alimentação inadequada. O SUS vem, há vários anos, desenvolvendo trabalhos educativos e campanhas para sensibilizar a população sobre a importância da prática sexual segura, através do uso de preservativo, que, além de proteger contra várias doenças sexuais, é uma forma de prevenir o contágio do HPV, vírus importante nas infecções do colo de útero.

Outra estratégia eficiente e eficaz na atenção ao câncer de colo é o uso de protocolos técnicos, entendidos como dispositivos que explicitam um determinado arranjo institucional que auxilia a gestão do processo de produção de cuidado e organiza fluxos a partir da análise da dimensão das necessidades de usuários dos serviços e de comunidades. Portanto, ele é um instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, ou seja, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços, bem como orienta os diferentes profissionais na realização de suas funções ante a complexidade dos problemas de saúde apresentados pela população (SES/MG/ BH, 2008).

No que se refere à efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estádios iniciais, a OMS recomenda que, para se ter um impacto significativo na mortalidade por câncer de colo do útero, a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais entre as mulheres na

faixa etária de 25 a 60. Pelo lado da saúde pública, é consenso que, para se atingir essa meta ou superá-la em termos de cobertura do programa, é imprescindível o bom desempenho coletivo das equipes nos três níveis de atenção.

Por fim, alguns fatores que interferem diretamente na decisão da mulher em procurar os serviços de saúde precocemente para realizar o exame de colpocitologia oncótica estão relatados em vários estudos, com repetição contínua, e dizem respeito a

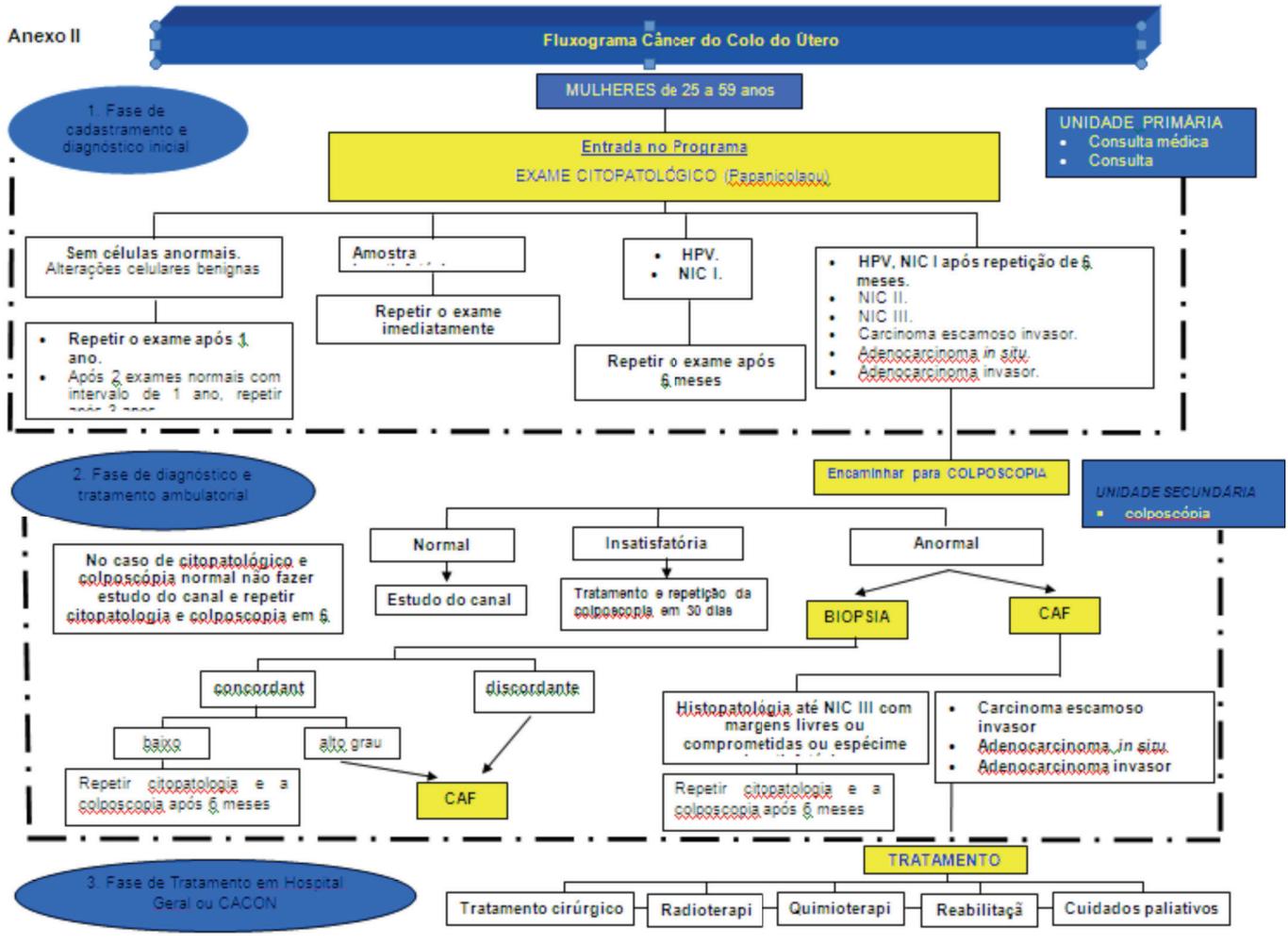
[...] mulheres com baixo nível socioeconômico, com baixa escolaridade, com baixas rendas familiares e pertencentes às faixas etárias mais jovens. Observa-se que a maioria desses estudos trabalhou com um modelo teórico de cunho individual, enfatizando características sociodemográficas e comportamentais, sem levar em consideração outras dimensões importantes associadas à dificuldade de acesso ao exame, sob um aspecto organizacional ou programático (Martins, Thuler & Valente, p.490, 2005).



VAMOS SABER MAIS!

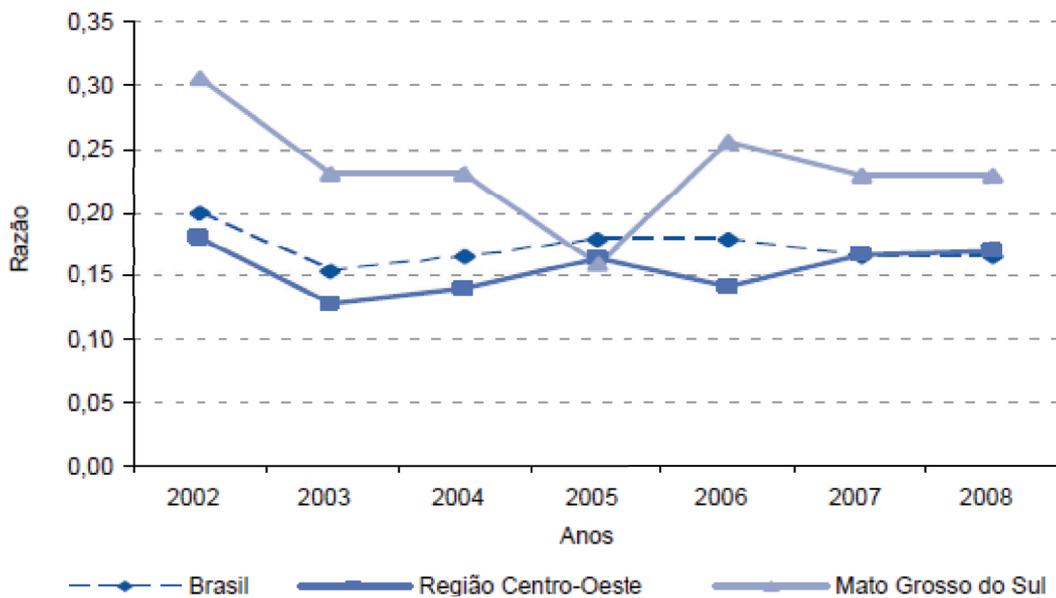
Para maior esclarecimento e conhecimento das condutas recomendadas perante laudo citológico do colo do útero e da proposta do Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero, visite sua biblioteca.

Figura 5 - Fluxograma Câncer do Colo do Útero



Fonte: INCA.

Figura 6 - Razões de Exames citopatológicos cérvico-vaginais



Fonte: INCA/MS

Câncer de Mama

Os estudos realizados evidenciam o câncer de mama como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 20% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. Segundo dados do INCA, na Região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (64/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000). Outro destaque importante, os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão diretamente impactando no desenvolvimento do câncer de mama.

Um elemento implacável! A idade é o fator de risco mais influente. As taxas de incidência se elevam de maneira significativa até os 50 anos e, posteriormente, ocorre um declínio lento.

Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como “Clemmesen’s hook”, e tem sido atribuída ao início da menopausa. Além desses, alguns estudos recentes mostram que a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, aumenta o risco de desenvolver câncer de mama, particularmente durante a puberdade. Ao contrário do câncer do colo do útero, o câncer de mama encontra-se relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico (INCA, p. 29, 2010).

Convém lembrar que os fatores genéticos também têm a sua contribuição como risco no desenvolvimento de câncer de

mama, e que a amamentação, hábitos alimentares saudáveis, exercícios físicos e monitoramento do peso corporal contribuem de forma significativa para sua prevenção.

No Brasil, o rastreamento mamográfico para mulheres de 50 a 69 anos é a principal estratégia recomendada para controle do câncer de mama. As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstico do câncer de mama estão referendadas no *Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama*, de 2004, que elege a estratégias de rastreamento com o exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. Esse exame deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher.

Atenção! Às mulheres consideradas em situação de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau) recomendam-se exame clínico da mama e mamografia anualmente, a partir de 35 anos.

Em síntese...

A organização dos serviços de referência, contrarreferências, as ações de prevenção e o controle do câncer da mama, nos estados e municípios, integram as normas e recomendações técnicas do Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso com os parâmetros assistenciais para procedimentos de rastreamento e diagnóstico. Os parâmetros técnicos não têm caráter limitante e devem ser encarados como pilares para a programação das ações de detecção precoce do câncer de mama em todo o território nacional.



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), você sabe muito bem que não basta introduzir a oferta dos exames preventivos na rede básica, já que o processo de efetivação das ações e o alcance das metas demandam esforços técnicos, políticos e participação dos usuários. É no dia-a-dia do trabalho, na execução de suas tarefas que os obstáculos e limitações surgem.

Deste ponto, pode-se afirmar que os desafios maiores estão na sensibilização e mobilização das mulheres e dos seus familiares sobre a importância da detecção precoce dos cânceres de mama e de colo de útero, especialmente as mulheres mais vulneráveis. Consideram-se ainda como importantes entraves a operacionalização, o fluxo da rede assistencial e o sistema de informação, que requerem uma dinâmica capaz de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas, com investimentos em recursos tecnológicos e humanos, para disponibilizar tratamentos de forma resolutiva.

É evidente que a implantação das ações de prevenção e controle dos cânceres de colo de útero e de mama exige disciplina no cumprimento das linhas e dos objetivos propostos. As linhas estão definidas na Política de Atenção Oncológica, no Pacto da Saúde e na Política de Promoção e Prevenção da Saúde. Os objetivos foram estabelecidos na perspectiva da qualificação dos três níveis da atenção à saúde e da educação permanente dos trabalhadores inseridos no sistema da Rede Oncológica, assim definidos:

- Apoiar e supervisionar as ações para controle dos cânceres de colo de útero e de mama na perspectiva da intersetorialidade e interdisciplinaridade;
- Capacitar profissionais de saúde para o desenvolvimento de bases gerenciais para implantação de controle do

câncer; capacitar profissionais de saúde da rede básica e de equipes da ESF para prevenção e controle do câncer;

- Atualizar profissionais de saúde em cirurgia de alta frequência, consulta médica especializada (punção por agulha grossa), radiologia mamária e na aplicação da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos e condutas preconizadas;
- Fortalecer as articulações com os segmentos da sociedade civil com projetos de mobilização social, educação para a saúde, campanhas focais, acompanhamento e controle social;
- Capacitar profissionais de saúde para implantação do Sistema Nacional de Informação de Câncer de Mama (SISMAMA) e Colo de Útero (SISCOLO), com o objetivo de monitorar as mulheres com exames alterados.

Quadro 5 - Detecção Precoce: Recomendações Para o Rastreamento De Mulheres Assintomáticas

Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento também é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária.

Mamografia: para mulheres a partir dos 50 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.

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 da mama.

Fonte: INCA, 2006

Atenção! Segundo Instituto Nacional de Câncer /MS (2006), são consideradas com risco elevado para o desenvolvimento do

câncer da mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer da mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer da mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer da mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), com essa síntese, você, que já pode ter ideia da formação da Rede Oncológica de Atenção à Mulher, agora poderá continuar a pesquisar os documentos oficiais nos endereços citados na sequência e conhecer as linhas de atuação nas suas especificidades, as normas e os parâmetros obrigatórios da programação do rastreamento para poder subsidiar o planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das ações na sua secretaria.



VAMOS SABER MAIS!

Leia os textos: Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama, Prevenção do Câncer do Colo do Útero, Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero.

Os textos estão disponíveis na biblioteca virtual do curso.

7.6 Mulher: Doenças Sexualmente Transmissíveis

O Plano Nacional de Políticas para Mulheres ressalta, no capítulo da Saúde, alguns avanços no alcance da integralidade na promoção de mudanças de paradigmas e de institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Em relação à epidemia por HIV/AIDS, a linha central de intervenção do Ministério da Saúde diz respeito, especialmente, à garantia do acesso universal ao tratamento, inclusive das demais DSTs. Entretanto, muitos são os desafios para que as múltiplas vulnerabilidades sejam superadas e que as ações de prevenção e as ações afirmativas atendam, de maneira integral, às necessidades das mulheres portadoras do vírus.

É importante, porém, lembrar que a violência ou mesmo o medo da violência aumentam a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Muitas vezes, o medo de sofrer violência pode fazer com que a mulher se submeta a relações sexuais desprotegidas. Esse fato produz consequências emocionais devastadoras, às vezes irreparáveis, e impactos graves sobre a saúde mental, sexual e reprodutiva da mulher.

O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Ao agendar a consulta para outro dia, pode ocorrer o desaparecimento dos sintomas desestimulando a busca por tratamento. Como consequência, a infecção pode evoluir para formas crônicas graves e se mantém a transmissão. A espera em longas filas, o agendamento para nova data, a falta de medicamentos e a discriminação e/ou falta de confidencialidade são fatores que induzem à busca de resolução fora do sistema formal de saúde. (Ministério da Saúde-SVS, p. 18, 2006)

Atenção! Esse alerta de que o atendimento às DSTs não é somente curativo, puxa a responsabilidade para as ações de aconselhamento, promoção, educação em saúde e de mobilização social. A integralidade prevê que a identificação das diferentes vulnerabilidades, o exame físico e o diagnóstico das doenças devem ir além do limite clínico. As ações podem ocorrer simultaneamente, oportunidade privilegiada para realização de ações de educação em saúde individual e coletiva, utilizando metodologias participativas, reflexivas, abordagens dos direitos de cidadania, questões de gênero, sexualidade, entre outras.

Outro aspecto relevante enfatizado pelo Ministério da Saúde é sobre o atendimento da mulher com DST, que visa curar as infecções possíveis, cessar os sintomas, evitar as complicações advindas da doença e interromper a cadeia de transmissão. Os profissionais de saúde devem estar abertos e receptivos na ocasião da vinda dessa mulher aos serviços, lembrando que essa visita representa uma situação difícil para ela, com muito estresse, especialmente em se tratando de doenças sexuais. Portanto, uma única consulta deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além de acesso aos insumos de prevenção, quando necessários, e coleta de material para exames laboratoriais.

Os exames laboratoriais são suportes para confirmar a adequação dos tratamentos prescritos e contribuir com a vigilância do perfil etiológico das diferentes síndromes clínicas e da sensibilidade aos medicamentos preconizados. Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para os portadores de DST com menos de 30 anos, exceto em zonas endêmicas, onde só está indicada para os indivíduos suscetíveis identificados por sorologia.



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), você deve saber que não existe uma fórmula mágica, um único método para se realizar o aconselhamento e a educação em saúde; esse é um processo de relação interpessoal, em que a confiança depende da sensibilidade, da empatia, do respeito sem censura e crítica. O aconselhamento pode ser realizado tanto em grupo como individualmente. No coletivo, as questões colocadas pelas pessoas podem orientar a seleção de conteúdos a serem trabalhados e oferecer oportunidade de dimensionar os riscos e as dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos. Essa abordagem permite à pessoa se ver no discurso do outro e, a partir daí, sentir alívio do estresse emocional, da culpa, sensibilizar-se e efetivar a sua participação nos atendimentos individuais subsequentes.

Para a abordagem sindrômica, você poderá recorrer às recomendações preconizadas pelo Manual de Controle das DST - 4ª.ed., a partir dos fluxogramas de condutas específicas. Eles contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes em cada síndrome clínica: úlcera genital, corrimento uretral masculino, corrimento feminino e dor pélvica.

7.7 Breve Caracterização do Contexto da Mulher em Mato Grosso do Sul

7.7.1 Alguns Aspectos Sociodemográficos

Mato Grosso do Sul encontra-se em situação favorável entre os estados da região Centro-Oeste, apresentando o segundo melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

0,802, e oitavo lugar no *ranking* nacional (PNUD, 2008). O IDH varia de 0 a 1 e, quanto mais se aproxima de 1, maior é o IDH de uma localidade. O Brasil apresenta IDH de **0,699** e ocupa o 73º lugar no *ranking* mundial.

O índice de IDH é utilizado pela ONU para analisar a qualidade de vida de uma determinada população. O cálculo é realizado através dos critérios abaixo:

Escolaridade: média de anos de estudo da população adulta e expectativa de vida escolar/ tempo de permanência da criança na escola;

Renda: renda nacional bruta (RNB) *per capita*, que avalia inclusive os recursos provenientes do exterior;

Nível de saúde: baseia-se na expectativa de vida da população, incluindo dados gerais das condições de saúde e dos serviços de saneamento ambiental.

A ONU recomenda que se avaliem em separado todos os municípios e/ou distritos sanitários, além do consolidado geral por estado ou país. Isso para se ter clareza da situação real de vida da população e para dar suporte ao planejamento de políticas e ações específicas.

Na composição da população do estado de Mato Grosso do Sul, o grupo feminino é majoritário, (IBGE, 2010); dos 2,399 milhões de habitantes residentes no estado, no ano de 2009, a população do sexo feminino era de 1,21 milhão, e 49% da raça branca. A maior concentração atinge as faixas etárias de 0 a 14 anos (24%) e de 20 a 34 anos (24,6%).

É importante ressaltar ainda outros aspectos, como a expectativa média de vida das mulheres, que no Brasil é de 77 anos, e Mato Grosso do Sul supera esse índice, apresentando-se no contexto nacional com a 9ª maior esperança de vida das mulheres - 77,7 anos.

A taxa de fecundidade em 2009 foi de 1,82 filhos por mulher, a 4ª menor taxa do país. Essa tendência decrescente coloca a fecundidade feminina no estado abaixo do nível de

reposição das gerações, assim como as estimativas do Brasil, registradas pelas PNADs 2006, 2007 e 2008 (1,99, 1,95 e 1,86 filhos por mulher, respectivamente).

No tocante ao mundo do trabalho, dentre as 526 mil mulheres ocupadas no estado, 111 mil são trabalhadoras domésticas, 104 mil são trabalhadoras autônomas e em torno de 16 mil são empregadoras. Dessas mulheres, 28% garantem a manutenção das suas famílias, pois estão na chefia do lar.

7.1.2 Uma Síntese da situação da Saúde da Mulher



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), você pode verificar ao longo deste artigo que a atenção à saúde da mulher está centrada em um conjunto de ações cujo propósito é a melhoria de qualidade de vida, permeada pelas políticas públicas que assegurem os direitos da mulher, principalmente nas ações de planejamento familiar, pré-natal, direitos sexuais e reprodutivos, prevenção e tratamento dos cânceres de mama e colo uterino, enfrentamento de violência doméstica e interpessoal, bem como a diminuição da morbimortalidade deste grupo, principalmente a materna. Para tal, o estado de Mato Grosso do Sul, mesmo diante grandes desafios, vem, através de seus municípios, despendendo esforços para se tornar possível a realização de planos, estratégias e atividades com o fim de oferecer à mulher meios para promoção de sua saúde, em qualquer fase da vida.

Como os demais estados do país, Mato Grosso do Sul apresenta perfil epidemiológico em transição. Neste contexto convivem as doenças transmissíveis antigas e emergentes

com as não transmissíveis, resultantes do envelhecimento da população e de outros determinantes sociais, econômicos e culturais, principalmente a violência interpessoal, doméstica, cenário no em que as mulheres são as principais vítimas, sem deixar de apontar também a violência no trânsito.

No tocante à redução da mortalidade materna, a Razão de Morte Materna, ou seja, o número de mortes maternas em um dado ano, para cada 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período, apresentou algumas oscilações, observadas na tabela a seguir:

Tabela 09 - Evolução da Razão de Mortalidade Materna em Mato Grosso do Sul, 2004-2008

2004	2005	2006	2007	2008
84,2	70,0	83,5	57,4	80,7

Fonte SIM/SES/MS, DATASUS, 2008.

A morte de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao puerpério é, em sua grande maioria, evitável. Além disso, o nível de mortalidade materna é um indicador importante que revela a situação de saúde da mulher, evidenciando as iniquidades existentes entre as localidades.

Mato Grosso do Sul registra fragilidade em sua estrutura de assistência ao pré-natal em alguns municípios, com falta de definição de serviços de referências para o pré-natal de alto risco, dificuldade de acesso às poucas referências existentes e o desconhecimento por parte de alguns gestores quanto à necessidade de pactuação de referência para serviço não existente no seu município.

Morte materna, segundo a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a

[...] morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não em razão de causas acidentais ou incidentais (OMS, 1998; CBCD,1999).

Tabela 10 - Principais Causas de Óbitos Maternos/MS, 2008

Eclampsia	18,75%
Infecção puerperal	9,38%
Embolia de origem obstétrica	9,38%
Deslocamento prematuro de placenta	6,25%
Infecção do trato genital e dos órgãos pélvicos consequente de aborto e gravidez ectópica	6,25%
Hiper pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	6,25%

Fonte: SES, MS, 2009.

O total de casos de AIDS notificados no Brasil é de 544.846, desde 1980 até junho de 2009. Mato Grosso do Sul representa a 4ª maior incidência de AIDS do país, em comparação aos demais estados da federação. Do total de casos notificados no estado (5.329 casos), 64,78% são de homens e 35,22 % de mulheres; a razão de sexo M/F é de 1,3/1.

A feminização da epidemia no estado é um fato; quanto menor a faixa etária, maior é a aproximação dos números entre homens e mulheres. A faixa etária que concentra o maior número de casos é a de 20 a 34 anos (47%) dos casos, ou seja, os jovens em idade produtiva. A transmissão vertical, de mãe para filho, ainda preocupa, embora haja decréscimo dos casos em gestantes infectadas pelo HIV detectados no pré-natal e notificados no SINAN, 2009. Você pode verificar o coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos nos anos a seguir: 2007

(1,57), 2008 (1,96), 2009 (1,72).

Considerando que os testes anti-HIV são ofertados no pré-natal, a transmissão vertical do HIV tende a diminuir devido à eficácia das intervenções tanto na mãe, quanto na criança. O diagnóstico precoce da gestante infectada, a terapia com drogas antirretrovirais e a suspensão do aleitamento materno são medidas eficazes utilizadas nos serviços de atenção à mulher em Mato Grosso do Sul.

Neste contexto, não dá para negar a grande vulnerabilidade feminina, devido às relações de gênero que imputam atitudes desiguais entre homens e mulheres, fazendo com que o preservativo não faça parte do universo feminino com naturalidade e como direito.

Quanto à sífilis congênita, há um ligeiro crescimento, como aponta o coeficiente de detecção em gestante por 1.000 nascidos vivos nos anos a seguir: 2007 (7,24), 2008 (14,80) e 2009 (14,50), assim como a taxa de incidência que apresenta tendência crescente, como você pode observar: 2007 (1,32), 2008 (2,30) e 2009 (3,25) por 1.000 nascidos vivos (Boletim Epidemiológico, MS, 2009).

Tabela 11 - Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Informação e das Metas Pactuadas para a Saúde da Mulher, 2010.

Atividade	Avaliação do impacto	Monitoramento
SISPRÉ-NATAL - Sistema Informatizado, disponibilizado pelo DATASUS aos gestores públicos municipais e estadual/SUS e utilizado para o monitoramento, avaliação e acompanhamento da assistência prestada à mulher durante o período gravídico-puerperal, possibilitando a descoberta do número de mulheres com abstinência ao pré-natal e o número de gestantes de risco.	0 a 40%	A tendência de nascidos vivos no Mato Grosso do Sul, nos últimos 10 anos, é de estabilidade em torno de 40.000. Na captação da rede SUS, verificou-se que somente 64,6% das gestantes foram atendidas; essa é uma baixa cobertura, o preconizado é de 80%. A qualidade desse pré-natal é insuficiente, só 17,6% realizam o número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, mostrando que há problema no pré-natal da rede do SUS/MS.

<p>SISCOLO E SISMAMA - São sistemas que visam dar seguimento aos casos diagnosticados com alteração no colo uterino, detectados através do exame citopatológico, e na mama, detectados através da mamografia, com o propósito de tratar e acompanhar as alterações, diminuindo a possibilidade de se tornarem câncer.</p>	<p>41 a 70%</p>	<p>SISCOLO - Comparando os dados de 2009 e 2010, verifica-se que ocorreu uma queda na coleta de exames preventivos de aproximadamente 26.000, cerca de 20%. SISMAMA - Comparando os dados de janeiro a setembro de 2009 e 2010, nota-se que ocorreu um incremento de 3.693 mamografias. Outro dado que chama atenção é que 66,5% das mamografias necessitam de seguimento semestral, sendo que 25 mamografias têm alterações sugestivas de malignidade.</p>
<p>SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade utilizado para investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil. Se confirmado o óbito materno, é realizada uma investigação mais apurada, através das Fichas de Investigação de Óbitos Maternos, cujo resultado é repassado para o Comitê Municipal de Investigação de Óbitos Maternos para análise e recomendações.</p>	<p>71 a 80%</p>	<p>Foram capacitados 34 municípios para utilização do Sistema. No período de 01/01/2010 a 30/11/2010 foram notificados 742 óbitos de mulheres em idade fértil; destes, 603, ocorridos em 71 municípios, foram investigados; foram notificados 29 óbitos maternos; destes, 21 foram investigados. O estado atingiu, neste período, 81,4% de investigação de óbito de mulher em idade fértil e/ou materno.</p>
<p>SISVIDA - Sistema Estadual criado para avaliação do Projeto Toque de Vida, implantado nos municípios para a detecção precoce do câncer de mama, através do Exame Clínico das Mamas, tendo em vista as altas taxas de mortalidade de mulheres por câncer de mama, sendo em média 120 por ano em Mato Grosso do Sul.</p>	<p>Acima de 80%</p>	<p>O Projeto foi implantado em 53 municípios até o fim de 2010, e foram realizados treinamentos para os médicos, enfermeiros, digitadores e ACS, sendo contemplados 200 médicos e enfermeiros, 17 digitadores e 329 ACS. Neste ano, 16.324 mulheres foram examinadas através do Exame Clínico das Mamas; destas, 702 apresentaram nódulos nas mamas, 307 espessamento e 366 apresentaram algum outro tipo de alteração. Através do Projeto Toque de Vida, em 2010, foi possível detectar 105 novos casos de câncer de mama nesses 53 municípios. A meta para 2011 é implantar o Projeto em mais 10 municípios.</p>

<p>Planejamento Familiar - É uma ação da saúde reprodutiva que visa dar à mulher e ao homem o direito de decisão sobre sua prole, oferecendo métodos definitivos, contraceptivos e educação em saúde.</p>	<p>71 a 80%</p>	<p>Está disponível em todos os 78 municípios do estado, com médicos e enfermeiros treinados sobre os métodos contraceptivos e definitivos. Até este ano, 38 municípios foram credenciados para realização de vasectomia e laqueadura.</p>
<p>Treinamentos Itinerantes - Em 2010 foram realizados 10 treinamentos de profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) com o objetivo de atualizar os conhecimentos sobre vários assuntos, como: gravidez de alto risco, mortalidade materna, violência contra a mulher, câncer de mama e útero, ligação entre cânceres na mulher e o tabagismo e saúde da mulher indígena etc.</p>	<p>71 a 80%</p>	<p>Com os treinamentos, foi possível criar um elo efetivo entre as Coordenações de Políticas Públicas para as Mulheres e os municípios, dar suporte aos municípios do estado na definição de uma unidade de referência para o atendimento da gestação de risco e fortalecimento da rede da ESF e da saúde da mulher indígena e sensibilizar os participantes em cada polo, para tomar atitude capaz de minimizar vários de seus problemas (hipertensão, mortalidade infantil e perinatal e câncer de colo uterino) através da mudança de atitude da equipe e da utilização dos recursos locais.</p>
<p>Nota: Legenda dos conceitos de avaliação: 0 a 40%= Ruim; 41 a 70%= Regular; 71 a 80%= Bom; Acima de 80%= Excelente</p>		

Fonte: SES/Coordenadoria do Programa de Saúde da Mulher, 2010.

7.2 O papel da Equipe de Saúde

A atenção à saúde da mulher deve ser realizada pela atenção primária, com referência aos serviços de maior

complexidade, rede secundária e terciária na dependência da necessidade. Para conhecer os serviços de referência de seu município, acesse sua biblioteca e abra o documento *banners*.

Agora que você conhece as ações voltadas às mulheres, deve analisar o que sua equipe tem realizado para atender este segmento da população, orientando-se pelos questionamentos a seguir:

- A equipe conhece o número de mulheres de sua área adscrita?
- Como está o acesso e acolhimento destas pessoas à unidade de saúde?
- Analisa os dados de coleta de exame de prevenção de colo de útero e mama?
- Verifica se realmente todas as mulheres de sua área estão realizando os exames?
- Há mulheres fazendo os exames preventivos mais de uma vez ao ano? Caso haja, verifica o nome dessas mulheres que estão acessando o serviço e conheça os motivos que alegam para estar coletando o exame com frequência.
- Analisa se a oferta de exames é compatível com as necessidades da população?
- Analisa se o acesso ao pré-natal, a oferta de consultas médicas, de enfermagem e de odontologia são suficientes?
- Tem ciência dos dados de mortalidade materna, consultas de puerpério, mortalidade materna, incidência de HIV e notificações de DST?
- Conhece os índices de incidência de câncer de colo uterino e de mama?
- Como está o acesso ao planejamento familiar?
- Faz levantamento de dados de violência contra as mulheres? O que sua equipe tem feito para minimizar essa situação?

- Conhece os dados de imunização da população do seu território? Como está a situação?
- Analisa os dados do atendimento odontológico? Como está o índice de tratamentos completados da sua população? Como está a demanda reprimida? - E o índice de falta aos agendamentos?

Você ficará surpreso (a) com os dados de sua análise!

Após ter analisado esses indicadores, compare com as metas pactuadas pelo seu município e estado com o MS. Verifique se as metas foram alcançadas e se as metas pactuadas estão de acordo com a demanda de sua população. Não se esqueça de que a Estratégia Saúde da Família precisa dar conta de resolver também a demanda espontânea.

Se suas metas não têm sido alcançadas, eleja um problema que represente a prioridade em sua comunidade e construa um plano de ação. Você já aprendeu a elaborar o plano em módulos anteriores. Execute o plano, desenvolva as ações e analise os resultados.



VAMOS REFLETIR!

Caro (a) especializando (a), os espaços dos módulos interdisciplinares são demasiadamente estreitos e limitados para explorar com profundidade todos os aspectos de cada tema. E nem é esse o objetivo desse curso. Os módulos são importantes para introduzir o assunto, tratar algumas questões fundamentais e apontar sua relevância, por essa razão, cabe a você estudar, pesquisar com prazer e ir à luta em busca de mais informações e não se limitar à síntese desse material. Pense sobre essa questão!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil viveu um longo período de restrição dos direitos de cidadania. Somente a partir da redemocratização do país e com o reconhecimento universal da necessidade do desenvolvimento social e político como alavanca ética ao desenvolvimento do campo econômico, o cenário dos direitos se abre para mudanças, apesar da lentidão e da permanência de muitos aspectos do sistema tradicional nas relações sociais entre o estado e a sociedade civil, entre trabalhadores e usuários dos serviços.

Entretanto, neste contexto, é visível que a política de saúde é uma das políticas sociais mais expressivas e vem contribuindo de forma ostensiva com a consolidação da inclusão social, com o avanço da cidadania, através da aliança com as representações da sociedade civil, organizadas em seus segmentos que efetivamente fazem a congestão com o SUS. O que se pode ver, atualmente, é que o país de cultura autoritária e de tradição clientelista estabelece novas maneiras para construir a esfera pública e partilhar o poder sob as forças constitucionais.

Novas possibilidades de intervenção popular nos equipamentos públicos de proteção social são possíveis, pois há o reconhecimento dos segmentos da sociedade civil de forma organizada, como interlocutores coletivos. Os conselhos gestores, os núcleos comunitários, os grupos de cidadania, os fóruns dos diferentes segmentos e das políticas sociais, assim como as redes sociais constituem espaços mais flexíveis e menos formalizados de articulações de estratégias e participação coletiva de usuários.

É necessário, utilizando os conhecimentos adquiridos, realizar ações junto às famílias, a fim de que mantenham uma vida mais saudável, investindo em ações de promoção à saúde.

Importante é que as equipes de saúde da família façam análises constantes de seus indicadores de saúde, direcionando os esforços para resgatar os indivíduos com patologias crônicas,

evitando, assim, as internações e a perda de vida precoce.

Então, as equipes devem investir no planejamento de ações, integrando indicadores de saúde e necessidades diagnosticadas em sua comunidade. A nossa responsabilidade é imensa, mas temos instrumentos e o desejo de melhorar a saúde de nossa população.

É um desafio que afeta cada um de nós e nosso papel é de melhor acolher a população adulta nos serviços de saúde, bem como toda a clientela.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.A.D. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.

AGÊNCIA da ONU para Refugiados (ACNUR). Cartilha. **Direitos da Mulher: prevenção à violência e ao HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2011/Direitos_da_mulher_Prevencao_a_violencia_e_ao_HIV-AIDS>. Acesso em 13 mar. 2011.

BAHIA - Manual de Biossegurança, parte II - unidades de saúde. Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Dez. 2001.

BARROS FILHO, T. E. P. et al. Revista Hospital das Clínicas, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 123-126, 1990.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. DF, Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV. “Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil”. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção

Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretarias de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica/ - 6.ed.rev.e.ampl. -Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretarias de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase, Brasília - DF, 2002.

BRASIL. Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 21. Brasília - DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, **Hanseníase no Brasil: DADOS E INDICADORES SELECIONADOS** Brasília - DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Vigilância em Saúde: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e hepatites virais. Acesso em 24 de abril 2011, às 18h. <http://www.aids.gov.br/>

BRASIL. Constituição (1988). Constituição República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico. 1998. 292. p.

_____. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

_____. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Política nacional de prevenção de deficiências. Brasília: CORDE, 1992.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Brasília, 1994. (Livro 1).

_____. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Justiça. Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade. [Brasília]: SDC, CORDE, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1997.

BRASIL. INCA. Rastreamento para o Câncer da Próstata, Diretrizes. Acesso em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf 01 de maio de 2011.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/implementacao_do_phpn.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.unitau.br/scripts/2009/arquivos_medicina/manual_tecnico_pre_natal_e_puerperio.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças sexualmente transmissíveis (DST): Manual de bolso**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e de Combate à Fome. Conselho Nacional da Assistência Social. **Olhar para os tempos**. O presente das coisas passadas. Cartilha 2-SUAS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual**

dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel Temático: Saúde da Mulher.** Brasília, DF: Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_saude_mulher_a1n1.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel Temático: Saúde da Mulher.** Brasília, DF: Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, s/d. Disponível http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_tematico_saude_da_mulher_2.pdf. Acesso em 16 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/MS (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Uma proposta de integração ensino-serviço. 3. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa.** 1. Ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para a Mulher. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha.** Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: SEPM, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil/ INCA.** Rio de Janeiro, RJ, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/SAS Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2009. Disponível em: <www.sepm.gov.br/pnpm/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Norma Técnica. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravos_violencia_sexual_mulher_3ed.pdf>. Acesso em 09 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Orientações para elaboração de laudo no sistema de**

informação do controle do câncer de mama: Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4e4224804595387aaf62bfc73453f449/boletim_SISMAMA.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4e4224804595387aaf62bfc73453f449>. Acesso em 13 mar. 2011.

BUENO RE, Protocolo de atenção à saúde bucal por ciclos de vida. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 18-26. 2010.

CORTELLA DCB, IGNOTI E. Conhecimento e experiências do cirurgião dentista sobre hanseníase em Cáceres, MT. *Ver. Odontociência*. 2008;23(3):243-250. Jul. 2008.

COSTA MRSN, Considerações sobre o envolvimento da cavidade bucal na hanseníase. *Hanse. Int.* 2008; 33(1):41-4.

COURTENAY, WH (2000). Construções de masculinidade e sua influência sobre os homens de bem-estar: Uma teoria de gênero e Saúde. 1385-1401. *Social Science & Medicine*, 50 (10).

CRUZ AAG, GADELHA CGF, CAVALCANTI AL, MEDEIROS PFV. Percepção materna sobre a saúde bucal do bebê: um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande - PB. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185-189, set./dez. 2004.

FEBRASGO - Manual de Orientação de Aleitamento Materno. São Paulo: Ed. Ponto, 2006.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005.

GILBERT, C.; AWAN, H. Blindness in children. *BMJ*. [S.l.], v. 327, p. 760-1, 2003.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As

explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007).

GOMES, R. **Sexualidade masculina: gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para Mulheres/SEGOV. “Mulheres Exercendo o Poder e Promovendo a Transformação”. Campo Grande, MS: CEPPM/CG/MS, 2008.

INSTITUTO AVON/IBOPE. **Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil**. Pesquisa: Fale sem medo, não à Violência Doméstica, 2009. Disponível em: <<http://www.falensemmedo.com.br/a-campanha/pesquisa>>. Acesso em 13 mar. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/MS (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Controle do Câncer de Mama**. Documento de Consenso. Rio de Janeiro, RJ, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/MS (INCA). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2010.

JANNUZI, G. ; S. M.; JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. Revista Integração: SEESP; MEC, Brasília, v. 7, n. 18, p. 40-46, 1997.

KIJNER M, SCARSANELLA MS. Lesões mais frequentes na clínica de estomatologia da Faculdade de Odontologia ULBRA TORRES, no segundo semestre do ano de 2003.

LAURENTI, R. et al. Estatística de saúde. São Paulo: EPU, 1990.

LITTLE, JW; FALACE DA; MILLER CS; RHODUS NL. Manejo Odontológico do Paciente Clinicamente Comprometido. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MAIOR, I. M. M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. São Paulo: CEBRAP, 1997. p. 31-7. (Cadernos de Pesquisa, 7).

MANDÚ, E. N. T. Critérios e indicadores de qualidade da atenção à saúde da mulher. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, RS, 26(1), p. 11-19, abr 2005.

MARQUEZAN M, SOUZA LT, TANAKA O. Piercing oral: beleza, riscos e o papel da odontologia. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre.*, Porto Alegre, v. 49, nº. 1, p. 12-15, jan./abr., 2008.

MARTINS, EL. A Saúde Bucal do Adulto: uma proposição de plano de ação na atenção à saúde bucal do adulto no município de Augusto de Lima - MG. Fev. 2010.

MATO GROSSO DO SUL. Plano de Ação da Atenção Integral à Saúde do Homem no Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

MIOTO, R. C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família.** Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, SC: UFSC, 2004.

MOTTA, EF. Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal do Paciente com Necessidades Especiais. Campo Grande - MS: 1ª. Edição.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão. São Paulo: Edusp, 1993.

PINHEIRO RS; VIACAVA F; TRAVASSOS C; BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 2002.

RELATÓRIO de desenvolvimento humano, 2009-2010: Brasil ponto a ponto; consulta pública. Brasília, DF: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2009.

RIBAS, J. B. C. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde, 1997.

RESNIKOFF, S. et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull. World Health Organ.*, Geneve, v. 82, n. 11, p. 844-51, 2004.

SABBAGH-HADDAD, A. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. São Paulo: Ed. Santos, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal - atenção à saúde bucal da gestante e da criança. SP, Abr. 2007.

SASSAKI, R. K. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/temas>>. Acesso em: 2 set. 2002.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA A MULHER. **As mulheres são diferentes e fazem a diferença na política.** Campo Grande, MS. [s.d.].

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **II CNPM: Conferências Municipais e/ou Regionais e Estaduais de Políticas para as Mulheres.** Brasília, DF: SEPM, 2007.

SEGUNDO AS, SEMENOFF TADV, BIASOLI ER. Efeito da ingestão crônica de álcool na progressão da periodontite induzida em ratos da linhagem Fischer-344. *RGO - Ver. Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v. 57. n. 1, p.87-91, jan./mar. 2009.

SILVALCP, CRUZ RA. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais - protocolos para o atendimento clínico. São Paulo: Ed. Santos, 2009.

SILVA ADM. Saúde bucal da gestante: uma abordagem de gênero. Campo Grande - MS. Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; Março, 2001.

SOARES, M. B. **Enfrentando a violência contra a mulher: Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários (as)**. Brasília, DF: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. Disponível em: <http://www.ucamcesec.com.br/arquivos/publicacoes/manual_enfrentando_violencia.pdf> Acesso em 10 jan. 2011

TARTARELA, M. B. et al. Visão subnormal em crianças. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, [S.l.], v. 54, n. 5, p. 221-224, 1991.

TEÓFILO LT, GIRO EMA, CHAVES MG. Relação entre a ingestão de dentifrício fluoretado e o risco de fluorose em crianças. *Arquivos em odontologia*, Belo Horizonte, v. 40, n.1, p. 001-110, jan./mar. 2004.

UNICEF - Comitê Português para a Unicef. **Manual Técnico de Aleitamento Materno**. Lisboa: Edição Revista; 2008.

VARELLIS, MLZ. **O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia - manual prático**. São Paulo: Ed. Santos; 2005.

VASCONCELOS, A. M. Serviço social e Prática Democrática na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et. al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2008. Disponível em:<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf>. Acesso em 28 jan. 2011.

_____. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2009.

VERDUM, Ricardo (Org.) **Mulheres Indígenas, Direitos e Políticas Públicas**. Brasília: INESC, 2008. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/outras-publicacoes/mulheres-indigenas-e-os-debates-sobre-genero-e-direitos>>. Acesso em 13 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness**. Bangkok: WHO/PBL/97, 1997.

WHO. World Health Organization. **National cancer control programmes** - policies and managerial guidelines. - 2nd. ed. Geneva - WHO, 2002. Disponível em:<http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/8/3/038national_cancer_control_programmes_-_who.pdf>. Acesso em 13 mar. 2011.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Marcos Paulo dos Santos de Souza



ISBN 978-85-7613-329-2



9 788576 133292

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública

