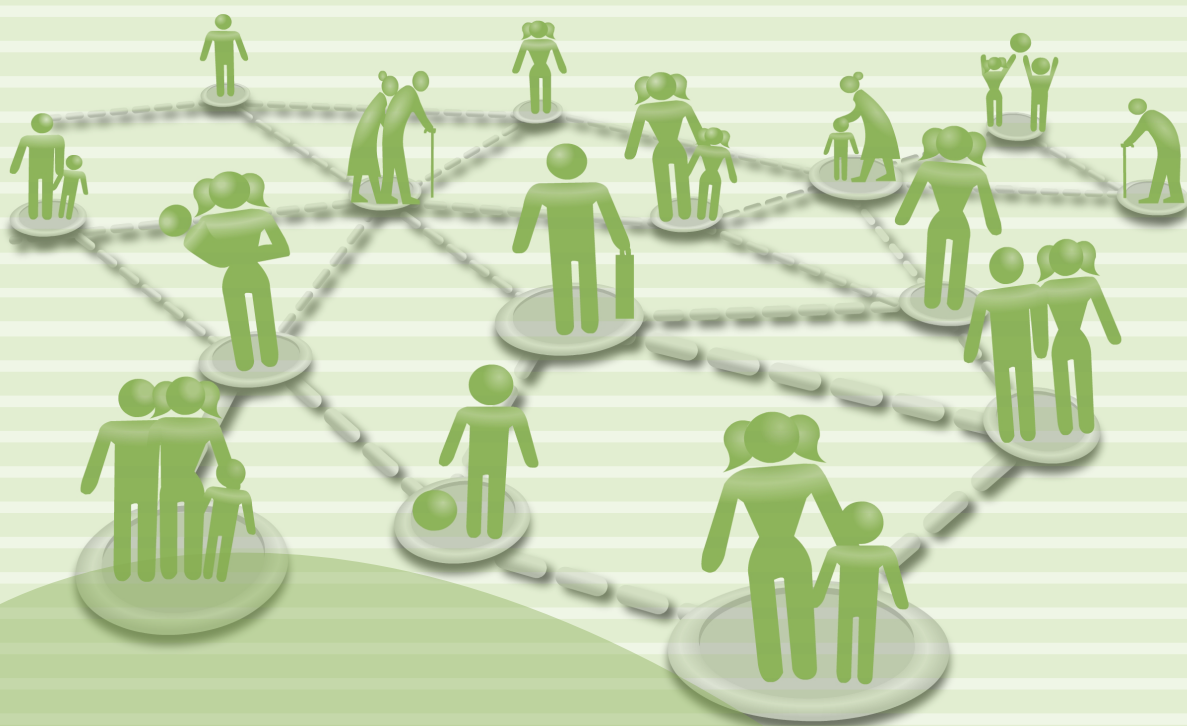


Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 6: Saúde da Mulher
Medicina



SAÚDE DA MULHER: MEDICINA

MÓDULO 6

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

Revisão Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Alvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

AUTORES

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Maria de Fátima Mota Zampieri

Ana Patrícia Correa

Maria Conceição de Oliveira

Daniela Lemos Carcereri

Heitor Tognoli

ORGANIZADORES

Heitor Tognoli

Calvino Reibnitz Júnior

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DA MULHER: MEDICINA

Eixo II
Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário
88040-900
Trindade – Florianópolis - SC
Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância.

Saúde da mulher: medicina [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Heitor Tognoli... [et al]. – Florianópolis, 2010.

142 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte I. Programas, políticas e pactos e de saúde da mulher no Brasil e no mundo – Indicadores e sistemas de informações em saúde da mulher – Papel dos membros da equipe de saúde da família no planejamento de ações e avaliação de risco e de vulnerabilidade em saúde da mulher – Parte II. Atenção à saúde no planejamento familiar – Atenção a mulher no ciclo gravídico-puerperal – Ações da clínica e do cuidado nas principais queixas e agravos da saúde da mulher – Atenção à mulher no climatério.

ISBN: 978-85-61682-49-2

1. Saúde da mulher. 2. Atenção à saúde. 3. Planejamento familiar. 4. Climatério. 5. Pactos. I. UFSC. II. Tognoli, Heitor. III. Título. IV. Série.

CDU: 616-055.2

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Márcia Melo Bortolato

Revisão Textual Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

Revisão textual para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Felipe Franke, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkman Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkman Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkman Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DA MULHER

UNIDADE 1	PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO MUNDO	17
1.1	Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil	18
1.1.1	Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil: breve reconstituição histórica.....	18
1.1.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: o Processo de Construção e Implementação no Brasil	21
1.1.3	Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	23
1.2	Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Mundo	30
1.2.1	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).....	30
REFERÊNCIAS	33
UNIDADE 2	INDICADORES E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DA MULHER.....	37
2.1	Indicadores Relacionados à Saúde da Mulher.....	37
2.2	Sistemas de Informação Relacionados à Saúde da Mulher	40
2.2.1	SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	41
2.2.2	SISCOLO	41
2.2.3	SISMAMA.....	42
2.3	Instrumentos para Avaliação de Risco e Vulnerabilidade em Saúde da Mulher	43
REFERÊNCIAS	47
UNIDADE 3	PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCO E DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA MULHER.....	49
3.1	Critérios e Indicadores da Qualidade da Atenção à Saúde da Mulher	49
3.2	Avaliação de Padrões de Risco e de Vulnerabilidade na Atenção à Saúde da Mulher	53
REFERÊNCIAS	57

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - MEDICINA

UNIDADE 4 ATENÇÃO À MULHER NO PLANEJAMENTO FAMILIAR 61

- 4.1 Antecedentes e a Formulação da Política Nacional de Planejamento Familiar 62
- 4.2 Indicadores de Taxa de Fecundidade e de Uso de Anticoncepcionais por Grupo Etário no Brasil e na sua Área de Abrangência 66
- 4.3 Papel dos Membros da Equipe da Saúde da Família 68
- 4.4 Principais Métodos Contraceptivos: Aceitabilidade, Eficácia, Treversibilidade, Inocuidade, Indicações e Contraindicações 71
- 4.5 Evidências de Critérios de Elegibilidade de Métodos Anticoncepcionais 73
- 4.6 Recomendações Práticas Seleccionadas pela OMS para Uso de Métodos Anticoncepcionais 76
 - 4.6.1 Anticoncepção Hormonal Combinada (ACHC) 77
 - 4.6.2 Dispositivo Intrauterino (DIU) 78

REFERÊNCIAS 81

UNIDADE 5 ATENÇÃO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL ... 85

- 5.1 Atenção Pré-Concepcional e Pré-Natal 86
- 5.2 Fatores de Risco na Gestação e Pós-Parto: Riscos Clínicos e Sociais.. 88
- 5.3 Pré-Natal Normal 89
 - 5.3.1. Consulta Pré-Natal 90
 - 5.3.2 Ações na Consulta Pré-Natal 91
 - 5.3.3 Primeira Consulta e Consultas Subsequentes 92
 - 5.3.4 Exame Físico 93
- 5.4 Intercorrências Clínicas Mais Frequentes 94
- 5.5 Preparação Para o Parto 95
- 5.6 Puerpério Normal e Patológico 96
- 5.7 Aleitamento Materno 97
- 5.8 Consulta Puerperal 98

REFERÊNCIAS 102

UNIDADE 6 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NAS PRINCIPAIS QUEIXAS E AGRAVOS DA SAÚDE DA MULHER 105

- 6.1 O Papel da Equipe Multiprofissional Face aos Principais Motivos de Consulta e às Queixas Ginecológicas Mais Comuns 106
 - 6.1.1 Alterações do Ciclo Menstrual 106
 - 6.1.2 Sangramento Uterino Disfuncional 108
 - 6.1.3 Dismenorreia 109
 - 6.1.4 Síndrome Pré-Menstrual 110
 - 6.1.5 Secreção Vaginal e Prurido Vulvar 112
- 6.2 Tipos de Cânceres Ginecológicos Mais Frequentes 114
 - 6.2.1 Câncer de Mama 115
 - 6.2.2 Câncer de Colo Uterino 116

REFERÊNCIAS 120

UNIDADE 7	ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO.....	123
7.1.	O Climatério no Ciclo de Vida da Mulher	123
7.1.1	Alterações no Climatério a Curto, Médio e Longo Prazos	126
7.2	Atividade Sexual no Climatério	129
7.3	Abordagem Terapêutica: Tratamento Hormonal e Não Hormonal .	130
7.3.1	Tratamento Hormonal.....	130
7.3.2	Tratamento Não Hormonal	132
7.4	Cuidados do Profissional da Equipe de Saúde à Mulher Climatérica e na Menopausa	135
REFERÊNCIAS	138
AUTORES	140

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Ao darmos início aos estudos referentes ao Módulo 6 – Parte I, que tem como foco a Atenção à Saúde da Mulher, é importante lembrarmos, logo de imediato, que, atualmente, em nosso país, segundo dados oficiais de 2009, as mulheres são pouco mais da metade da população (50,77%), dados oficiais 2009, vivem mais que os homens e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Saúde da Mulher é prioridade, se faz presente e é expressa no contexto da gestão federal do SUS, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e é reafirmada em vários pactos firmados pelos gestores das três esferas governamentais, no pacto pela saúde SUS, cobertura de mamografia, percentual de colpocitologia investigadas são alguns deles. Tal política visa fundamentalmente à implementação dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção da saúde, ampliando o espectro de ações até então propostas.

No âmbito mundial, a saúde da mulher ganha força e espaço e está presente em diversos acordos internacionais.

Embora muitos avanços tenham ocorrido nos últimos 25 anos em relação às políticas públicas relacionadas à saúde da mulher no âmbito mundial e nacional, muito ainda precisa ser feito, especialmente nas ações referentes à redução da mortalidade materna, ao planejamento reprodutivo, incluindo ações vinculadas ao aborto inseguro, humanização, qualificação da atenção obstétrica e ginecológica, prevenção do câncer ginecológico, entre outras.

A Saúde da Mulher constitui-se uma das áreas estratégicas nacionais para atuação no âmbito da Atenção Básica em saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006.

A melhoria das condições de saúde da mulher, portanto, depende do planejamento e da avaliação das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, sendo de responsabilidade de todos, e executadas por uma equipe multiprofissional que atua mediante o atendimento individual ou em grupo e, adequada às necessidades da mulher, da família e da comunidade.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos no que tange às ações que integram a Atenção à Saúde da Mulher no âmbito da Estratégia Saúde da Família e do SUS no contexto brasileiro e mundial.

Ementa

Programas, Políticas e Pactos de Saúde da Mulher no Brasil e no mundo. Indicadores e sistemas de informação em Saúde da Mulher. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de risco e de vulnerabilidade em saúde da mulher. Atenção à mulher no planejamento familiar. Atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Ações da clínica e do cuidado relacionados aos principais agravos da saúde da mulher. Atenção à mulher no climatério.

Objetivos

- a) refletir criticamente sobre os programas, políticas e pactos direcionados à saúde da mulher e suas implicações no âmbito da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família;
- b) identificar e descrever os principais indicadores e sistemas de informação em saúde da mulher;
- c) reconhecer e relacionar o papel dos profissionais de saúde da ESF no planejamento das ações e na avaliação de risco e vulnerabilidade em saúde da mulher.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Programas, Políticas e Pactos de Saúde da Mulher no Brasil e no Mundo.

Unidade 2: Indicadores e Sistemas de Informações em Saúde da Mulher.

Unidade 3: Papel dos Membros da Equipe de Saúde da Família no Planejamento de Ações e Avaliação de Risco e de Vulnerabilidade em Saúde da Mulher.

Unidade 4: Atenção à Mulher no Planejamento Familiar.

Unidade 5: Atenção à Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal.

Unidade 6: Ações da Clínica e do Cuidado nas Principais Queixas e Agravos da Saúde da Mulher.

Unidade 7: Atenção à Mulher no Climatério.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Caro (a) Especializando (a), agora você está sendo convidado a (re) visitar alguns conteúdos relacionados à Atenção à Saúde da Mulher, bem como a entrar em contato com novos conhecimentos nesta área. Esperamos que você o faça de modo crítico-reflexivo, articulando-os com suas práticas profissionais cotidianas. Não temos a pretensão de esgotar o tema, mas nos comprometemos em trazer à tona elementos da atualidade embasados em evidências científicas que possam ser úteis para a reflexão e atuação da Equipe Saúde da Família no que concerne a essa população específica.

Alguns pressupostos teóricos e conceituais nortearão nossa abordagem. O primeiro deles refere-se ao conceito de saúde, que aqui é compreendida como um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal do Brasil.

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS - em articulação com as demais esferas de governo - devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais ou não, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população. Portanto, a atenção integral à saúde da mulher é compreendida a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, mas também considerando sua singularidade e suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

É sob essa perspectiva que estaremos abordando a Saúde da Mulher, e seus determinantes sociais de saúde.

Bons Estudos!

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Maria de Fátima Mota Zampieri
Ana Patrícia Correa
Maria Conceição de Oliveira
Daniela Lemos Carcereri
Heitor Tognoli

PARTE I

MÓDULO 6

UNIDADE 1

MÓDULO 6

1 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E NO MUNDO

Esta unidade apresenta uma visão panorâmica acerca dos Programas, Políticas e Pactos de Saúde da Mulher no Brasil e no mundo. Certamente, muitos de vocês são detentores de saberes em relação a tais propostas, mas gostaríamos de instigá-los a refletir criticamente a respeito do processo de construção das mesmas ao longo dos tempos e em distintos espaços. Para darmos início à reflexão, questionamos:

Desde quando, a saúde da mulher ocupa a agenda das políticas públicas em nosso país e no mundo?

Que avanços têm sido registrados em relação a essas políticas?

Quais os paradigmas que dão sustentação às mesmas?

Ou ainda, os Programas, Políticas e Pactos direcionados à Saúde da Mulher estão de fato alcançando os resultados esperados?

Que implicações têm estas políticas nos cenários da prática, ou seja, na realidade do trabalho de equipe de saúde da família?

Para ajudá-los a encontrar respostas às mencionadas questões, resgataremos alguns aspectos históricos na construção e na evolução dessas políticas no âmbito do Brasil e do mundo. No tocante ao Brasil, estabelecemos, como ponto de partida de nossa abordagem, o ano de 1984, quando foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto da luta das mulheres, trazendo importantes e significativas inovações.

Vamos lembrar também que a Constituição Federal de 1988, marco no processo de democratização do país, instituiu e consolidou importantes avanços na ampliação dos direitos sociais das mulheres e no estabelecimento de relações de gênero mais igualitárias.

Ao completar 25 anos de Política de Atenção à Saúde da Mulher, veremos que progressos significativos ocorreram nesta área. O Ministério da Saúde, gestor federal do Sistema Único de Saúde, em articulação com as esferas estadual e municipal de saúde, organizações governamentais e não-governamentais, atores sociais e políticos envolvidos, vêm definindo um conjunto de diretrizes e metas sanitárias associadas à saúde da mulher e materna. Isto com vistas a produzir impacto sobre as complexas e históricas iniquidades em saúde relacionadas à condição feminina e agravadas por fatores

de gênero, étnico-raciais, classe social, local de moradia e modos de inserção no mercado de trabalho.

Tais diretrizes estão presentes na **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, bem como nos **Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**, a serem abordados nesta unidade.

No que diz respeito ao âmbito mundial, abordaremos alguns dos marcos importantes, entre os quais destacamos a Declaração do Milênio, compromisso político que sintetiza várias conferências mundiais e articula as prioridades globais e metas a serem alcançadas até 2015.

Acreditamos que os conteúdos aqui apresentados e discutidos serão úteis para a formação dos (as) especializando(s) em Saúde da Família, facilitando sua aproximação ao necessário para uma atenção à saúde da mulher e materna mais efetiva, equânime e de qualidade. É isso que esperamos.

1.1 Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil

Nesta unidade, vamos fazer breve reconstituição histórica dos Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil, depois veremos o processo de construção e implementação no Brasil da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Continuaremos os estudos analisando os objetivos, estratégias e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a sua implementação.

1.1.1 Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Brasil: breve reconstituição histórica

Registros históricos mostram que, no Brasil, a temática “Saúde da Mulher” está presente nas políticas públicas de saúde no âmbito nacional desde o início do século passado, mais especificamente nas primeiras décadas, estando restrita às necessidades relacionadas à **gestação, parto e puerpério**. Nesse período, os programas são direcionados à população materno-infantil, refletindo uma visão parcial e fragmentada da mulher, tendo como foco sua especificidade biológica de gestar e parir e seu papel social de mãe, com forte inserção na esfera doméstica, constituindo-se a principal responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e familiares.

As metas são estabelecidas no âmbito central, sem levar em conta as reais necessidades de saúde das populações locais. Como consequência dessa prática, tem-se a fragmentação da assistência

e o baixo impacto sobre os indicadores de saúde da mulher. A Previdência Social, nesse período, caracteriza-se pelo privilégio da prática médica individual, assistencialista e especializada, em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo.

Entre as principais características desse programa, ocupa posição de destaque a **preconização de ações materno-infantis** como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, **a verticalidade** e **a falta de integração** com outros programas governamentais no âmbito federal, e por consequência, também nos âmbitos estadual e municipal.

Em meados da década de 70, a luta pela democratização das políticas assume novas características e estratégias. A busca do resgate da dívida social passa a ser o foco central da agenda da democracia, fazendo convergir para ele movimentos de natureza das mais diversas. Tal processo ganha força na década de 80 através do surgimento de movimentos sociais, capazes de contribuir na formulação de projetos de reorganização institucional, entre os quais o movimento feminista. No interior deste movimento, esses programas foram amplamente criticados pela abordagem **reducionista e fragmentada** com que as mulheres eram tratadas, já que tinham acesso apenas a determinados cuidados de saúde relacionados à gestação, parto e puerpério, ficando elas sem a devida atenção nas demais fases do seu ciclo biológico vital.

Atuando de modo incisivo no campo da saúde, o movimento de mulheres ocupa posição de destaque por introduzir, na agenda da política brasileira, temas até então não considerados, uma vez que eram compreendidos como circunscritos à esfera e às relações privadas. Tais movimentos tratam de denunciar as desigualdades existentes nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, bem como apontar problemas e dificuldades associados à sexualidade e à saúde reprodutiva, anticoncepção, prevenção de doenças transmissíveis e sobrecarga de trabalho das mulheres.

As desigualdades existentes nas relações sociais entre homens e mulheres são traduzidas pelos movimentos de mulheres, como causadoras de problemas de saúde que acometem, de modo particular, a população feminina. Diante desse quadro, emerge a necessidade de criticar os programas, identificando lacunas e apontando soluções de modo a promover mudanças na sociedade

e na qualidade de vida da população. A condição de sujeitos de direitos com demandas que transcendam os processos de gestação e parto, ou seja, que levem em conta as especificidades dos diversos grupos populacionais, as condições socioeconômicas, culturais e afetivas, é reivindicada pela organização social das mulheres.

Assim é que, em 1984, em resposta a essas reivindicações, a equipe da Divisão de Saúde Materno-infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde brasileiro, formada por integrantes do movimento sanitário, com a participação de um grupo de feministas, formula uma proposta designada **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, rompendo com o modelo conceitual e os princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres, vigentes até então.

A visão restritiva da saúde da mulher atrelada ao ciclo gravídico-puerperal – que vigorava desde a década de 1930, cede lugar a uma outra mais avançada, **contemplando a mulher em todas as fases do seu ciclo biológico vital.**

O novo programa incorpora as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, e inclui um conjunto de ações educativas, de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência integral à saúde da mulher, tendo como objetivo a melhoria das condições de saúde da população feminina.

Ações de implantação do PAISM foram realizadas em várias regiões do Brasil em 1985, sendo que nesse período é criado o **Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)** vinculado ao Ministério da Justiça, **a fim de promover políticas que visassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país**, sistematizados na I Conferência Nacional da Saúde da Mulher (1988), foram fundamentais para a inclusão das reivindicações dos movimentos das mulheres, na Constituição de 1988 (BRASIL, 2008), legislação básica que institui e regulamenta o SUS através da Lei n. 8080 (BRASIL, 2007a) e da Lei n. 8142 (BRASIL, 2007b) e, mais recentemente, a Portaria nº 2.048 (BRASIL, 2009a) do Ministério da Saúde, de 03 de setembro de 2009, que Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

De 1985 a 2009, o referido Conselho teve suas funções e atribuições substancialmente alteradas. Em janeiro de 2003, por meio da Medida

Provisória n. 103, posteriormente convertida na Lei n. 10.683 de 2003 (BRASIL, 2003), passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República, assumindo status de ministério, contando em sua composição com representantes da sociedade civil e do governo, ampliando o processo de controle social sobre as políticas públicas para as mulheres.

Em 2003, é dado início à formulação da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** a partir da avaliação dos avanços e retrocessos alcançados até então. Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lança a - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**, construída a partir da proposição do SUS, seguindo suas diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e seus princípios doutrinários e organizacionais, ou seja, os princípios da **universalidade, integralidade e equidade, da descentralização, regionalização e hierarquização**, respectivamente (BRASIL, 2008).

1.1.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: o Processo de Construção e Implementação no Brasil

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**, como vimos, começou a ser construída em 2003, sendo instituída em 2004, a partir de um diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, realizado pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Em sua construção, foram incorporadas as contribuições de diferentes setores governamentais e dos movimentos sociais de mulheres, tais como: movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, formuladores de política e gestores do SUS, e agências de cooperação internacional.

Tal política é direcionada para as mulheres em todos os períodos do ciclo biológico vital, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, quais sejam: mulheres negras, indígenas de diferentes orientações sexuais, incluindo as lésbicas e bissexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras. Essa política, “[...] reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2009b, p. 5).

O que traz de novo é a incorporação, dentro de um enfoque de gênero, os conceitos de integralidade e de humanização da atenção à

saúde como princípios norteadores. Consolida os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com destaque na melhoria da qualidade da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro, no combate à violência sexual ou doméstica. Sobretudo, no reconhecimento da população lésbica e bissexual como sujeitos de direitos a cuidados diferenciados em saúde. Estimula, mundialmente, a busca pelas particularidades no atendimento das necessidades de atenção à saúde dessas mulheres.

Neste particular, o Ministério da Saúde brasileiro, passa a considerar inclusive a opção sexual, independente do gênero, e por entender que algumas pessoas se afastam do serviço de saúde por causa da discriminação durante o atendimento, já que os profissionais de saúde ainda não estão preparados para lidar com a sexualidade dessas mulheres, lança o documento **“Chegou a hora de cuidar da saúde”** com informações básicas para esse público específico.



Saiba Mais

O documento “Chegou a hora de cuidar da saúde” pode ser acessado no endereço:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0126_FL.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2010.

Outro aspecto que merece ser ressaltado é a intersectorialidade em saúde, pois prevê a articulação com os diferentes setores e áreas técnicas. Quanto à violência contra a mulher, seja doméstica ou sexual, por se constituir um tema extremamente relevante no contexto da saúde da mulher, é abordado no Módulo Optativo 11.

De acordo com o conceito adotado, “a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2009b, p. 64).

Pense em sua prática de saúde e procure identificar: os **objetivos gerais e específicos da Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher** têm sido alcançados no contexto de sua atuação?

Os gestores do SUS do município onde você atua têm demonstrado preocupação com a implementação das **diretrizes** dessa política no âmbito local?

Quais as principais fragilidades e fortalezas identificadas na implementação dos referidos objetivos e diretrizes no contexto do seu município?

A atenção integral à saúde da mulher é realmente uma prioridade?

É importante refletir sobre estas questões analisando a sua vivência prática, o seu dia-a-dia como profissional da equipe Saúde da Família.



Saiba Mais

Dada a importância atribuída ao conhecimento dos Objetivos, Estratégias e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para a atuação dos membros da Equipe de Saúde da Família e sua incorporação na prática do dia a dia, sugerimos a leitura dos mesmos na íntegra no endereço eletrônico:

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, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2010.

1.1.3 Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é operacionalizada na prática através de um conjunto de ações e atividades, consideradas prioritárias, dentre estas prioridades ressaltamos a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Para isso são estabelecidos pactos, políticas e programas, os quais apresentaremos a seguir.

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Por iniciativa da Presidência da República do Brasil e com a aprovação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de

Saúde, o **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal** foi lançado no dia 08 de março de 2004, dia Internacional da Mulher, com o objetivo de articular os atores sociais envolvidos com a melhoria da qualidade de vida das mulheres e recém-nascidos. Contando com a adesão de 27 unidades federadas, em um movimento vinculado com as secretarias estaduais e municipais de saúde, entre outras organizações governamentais e não governamentais, incorporou o desafio pela redução da mortalidade materna e neonatal como política de Estado, preservando os direitos humanos de mulheres e recém-nascidos, uma vez que, em sua quase totalidade, são mortes evitáveis.

Definiu como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e como objetivo estratégico, nos próximos vinte anos, a redução desses indicadores aos patamares considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No bojo de suas atividades, inclui a realização de seminários estaduais e municipais de pactuação e das ações estratégicas entre gestores e sociedade civil organizada. Também atividades voltadas à qualificação das equipes de maternidades de capitais, municípios-polos e/ou dos 78 municípios brasileiros identificados como apresentando indicadores elevados de mortalidade materna, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-neonatal.

Entre as atividades, estão sendo implementados e dinamizados comitês de mortalidade materna e neonatal, estimulando a vigilância ao óbito e realizando repasse financeiro com base no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), além de recursos provenientes das áreas técnicas da saúde da mulher, criança e adolescente.

Ao longo de cinco anos de criação, o Pacto vem perseguindo os objetivos propostos e cada vez mais se afirmando como política de estado. Com estratégias, responsabilidades e metas bem definidas, tem sido considerado um modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos objetivos do milênio. Dentre as ações estratégicas, destacam-se:

- a) efetivação de pactos municipais e estaduais;
- b) qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher e da criança;
- c) acolhimento ao parto;
- d) garantia do direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto;

- e) resolutividade à atenção ao parto e ao nascimento;
- f) garantia de atenção humanizada ao aborto;
- g) organização de acesso e adequação da oferta de serviços;
- h) qualificação do atendimento às urgências/emergências;
- i) melhoria da rede hospitalar e ampliação dos centros de parto normal;
- j) expansão da atenção à saúde da mulher e da criança;
- k) ampliação das ações de planejamento familiar;
- l) redução da transmissão vertical do HIV/aids;
- m) proteção à saúde da mulher trabalhadora;
- n) atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, respeitando as suas particularidades étnicas e culturais;
- o) acompanhamento de planos e seguros privados de saúde;
- p) promoção à educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal;
- q) garantia à vigilância ao óbito materno e infantil;
- r) fortalecimento dos projetos de premiação de serviços exemplares.

Entre as ações que mantêm relação com a atenção básica, vale enfatizar a ampliação das equipes de Saúde de Família, totalizando 26.100 equipes distribuídas em 5.274 municípios, em uma cobertura de 90% dos municípios brasileiros. Qual a articulação destas equipes com os programas e políticas relativos à saúde da mulher?



Os princípios gerais, as principais ações, como aderir ao pacto, e outras informações podem ser encontradas no documento:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Participe do pacto nacional e contribua para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças brasileiras:** modelo de mobilização e diálogo social para a promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio organização das nações unidas-onu: balanço de dois anos do pacto nacional pela redução da mortalidade marterna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proestf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Balan_347o%2028%2011%2006.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2010.

a) Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

Tendo como objetivo avaliar e apresentar proposições no sentido de promover melhorias na qualidade da atenção obstétrica e neonatal, foi constituído em 2004, pelo Ministério da Saúde, um grupo de trabalho, que resultou na publicação da Portaria nº. 1067/GM (BRASIL, 2005), que instituiu a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no âmbito do SUS**. Tal política foi executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

b) Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Instituído em 01 de junho de 2000, pelo Ministério da Saúde através de várias **Portarias**, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O **primeiro**, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O **segundo** se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos.

Este programa estabeleceu critérios determinando quais as práticas assistenciais mínimas, para a qualificação da atenção pré-natal. Também criou um sistema de informações para monitorar a atenção prestada nos diferentes níveis de complexidade e qualificar a gestão dos serviços.



Saiba Mais

Para pesquisar e refletir, faça uma leitura sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e sobre a Política Nacional Obstétrica e Neonatal:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de atenção obstétrica e neonatal. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca virtual de saúde**. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=24273&word>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

Refleta sobre este programa e sobre a política, pense no contexto de sua UBS: há integralidade da atenção? Há humanização da atenção?

- c) Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher

Consiste no estabelecimento de estratégias para reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres do colo do útero e de mama. Através da ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, mais o Distrito Federal, são

oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce das doenças, assim como tratamento e reabilitação em todo o território nacional.



Saiba Mais

Conheça mais profundamente o programa acessando no site:

CÂNCER do colo do útero. Disponível em: <<http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

d) Política Nacional de Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva

Esta política também foi elaborada com base na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2008) e na Lei Nº 9.263 de Planejamento Familiar, publicada em 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996). Tem como propósito acolher pessoas que possuem vida sexual ativa, independentemente de estarem planejando ou não uma família. Este tema será mais detalhado e discutido na Unidade 4 do presente Módulo.

e) Outros Pactos direcionados à saúde da mulher no Brasil: Pacto pela Saúde e suas três dimensões - Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.

O **Pacto pela Saúde** – contemplado no documento Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria nº. 399/GM (BRASIL, 2006b), constitui-se num conjunto de reformas institucionais do SUS firmado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios, redefinindo as responsabilidades dos respectivos gestores em função das necessidades de saúde da população e da busca pela equidade social. Apresenta três componentes ou dimensões: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS**. Entre as várias ações, estratégias e metas definidas, estão presentes algumas específicas relacionadas diretamente à “Saúde da Mulher”, mais especificamente o Pacto pela vida.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil é reafirmada como prioridade operacional do **Pacto pela Saúde e seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**.

Pacto pela Vida: consiste em um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos gestores das três esferas de gestão. As prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, dependendo da pactuação local. Seis são as prioridades pactuadas, sendo que todas são de interesse da ESF, e entre estas, duas estão diretamente ligadas à saúde da mulher: **o controle do câncer do colo do útero e da mama e a redução da mortalidade materna.** Em relação a essas estratégias, foram estabelecidas as seguintes metas:

Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

- a) cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006;
- b) incentivo da realização da cirurgia de alta frequência;
- c) ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo;
- d) realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

Redução da Mortalidade Materna

- a) reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006;
- b) garantir insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
- c) qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.



Saiba Mais

O vídeo “Pacto pela Vida em defesa do SUS e da Gestão” está disponível no canal do Banco no YOUTUBE:

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela vida em defesa do SUS e da gestão. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=IF-YoYVJCyw&feature=related>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

1.2 Programas e Políticas de Saúde da Mulher no Mundo

A temática “Saúde da Mulher” está presente na pauta das agendas dos formuladores de políticas internacionais, entre as quais destacamos a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994 (ALVES, 1995), onde a construção da equidade entre homens e mulheres foi colocada como um requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1994); a Conferência Internacional da Mulher (AS CONFERÊNCIAS MUNDIAIS SOBRE AS MULHERES, 1995), em que foram reafirmados os direitos conquistados no campo dos direitos sexuais e reprodutivos; a Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminações Contra a Mulher (CEDAW), a Cúpula Mundial em Favor da Infância e a Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras Formas de Intolerância, a Declaração de Desenvolvimento dos Objetivos do Milênio (ONU) de 2001, dentre outras não menos importantes. Vários documentos, declarações e conferências no âmbito mundial estabelecem, em suas metas e estratégias, ações relacionadas a esta população específica.

A Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, na formulação da política e no planejamento das ações, tem como referência todos os compromissos internacionais em que o Brasil é signatário.

1.2.1 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM), que no Brasil são chamados de **8 Jeitos de Mudar o Mundo**. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010, p. 1).

Esta iniciativa, expressa na Declaração dos Objetivos do Milênio, foi aprovada por 191 chefes de Estado de diferentes países, entre os quais o Brasil. Trata-se de um compromisso político que sintetiza várias conferências mundiais da década de 90, a fim de transformar em prioridade alguns temas que continuam sendo um desafio a muitas pessoas no mundo – como a extrema pobreza e a fome, o acesso à educação de qualidade, **a igualdade entre homens e mulheres, a melhoria da saúde materna**, o combate ao HIV/aids e a outras doenças, a preservação do meio ambiente e a concretização do direito ao direito para todos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Deste modo, foram estabelecidos como prioritários o desenvolvimento de oito objetivos a serem alcançados até 2015, ver figura 1. São eles:

- a) acabar com a fome e a miséria;
- b) educação de qualidade para todos;
- c) igualdade entre sexos e valorização da mulher;
- d) reduzir a mortalidade infantil;
- e) melhorar a saúde das gestantes;
- f) combater a aids, a malária e outras doenças;
- g) qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
- h) todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.



Figura 1: 8 jeitos de mudar o mundo.

Fonte: Brasil, 2004.

Como podemos observar, dois dos oito objetivos estabelecidos estão diretamente relacionados com a Saúde Materna e da Mulher. São eles: objetivos 3 e 5. É importante que os profissionais integrantes da equipe de Saúde da Família tenham conhecimento detalhado acerca desses objetivos para que possam contribuir efetivamente para o alcance das metas estabelecidas para cada um deles.

Saiba Mais

Para conhecer detalhadamente os avanços e as inovações alcançados nos oito anos de implementação dos Objetivos do Milênio no Brasil, sugerimos a leitura do documento:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **8 objetivos do milênio**. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

Outras leituras sugeridas:

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, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_PrincDiretr.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_PA.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/perspectiva_equidade_negras.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2010.

MORI, K. R. G.; SOSA, M. E. **8 jeitos de mudar o mundo na universidade**. Aliança Brasil Universitário, 2010. Disponível em: <http://www.facaparte.org.br/new/download/livro_8jeitos_univ.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, foram abordados os principais Programas, Políticas e Pactos relacionados à Saúde da Mulher no Brasil e no mundo. No Brasil, a temática “Saúde da Mulher” está presente nas políticas públicas de saúde no âmbito nacional desde o início do século passado, estando, nesse período, restrita às necessidades relacionadas à gestação, parto e puerpério. Em 1984, é formulada uma proposta designada Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo com o modelo conceitual e os princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres, vigentes até então. Atualmente, a Saúde da Mulher é prioridade no Brasil e é expressa no contexto da gestão federal do SUS, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e é reafirmada em vários pactos pelos gestores das três esferas governamentais. No mundo, a temática “Saúde da Mulher” está presente na pauta das agendas dos formuladores de políticas internacionais, com destaque na Declaração de Desenvolvimento dos Objetivos do Milênio.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. A. L. A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 12, n. 1-2, p. 3-20, jan./dez.1995.

AS CONFERÊNCIAS Mundiais sobre as mulheres. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE AS MULHERES, 4. Beijing,1995. Disponível em: <http://www.iciieg.cv/files/00364_confer.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

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, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** no 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9263.htm>>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela saúde**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 10 maio 2010.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10683, de 28 de maio 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.683.htm>. Acesso em: 30 jan. 2010.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1998. 41. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2007a. p. 65-84.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de atenção obstétrica e neonatal. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o regulamento do sistema único de saúde (SUS). Brasília, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html>. Acesso em: 12 jan. 2010.

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, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2010.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Belém, 1994. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **8 objetivos do milênio**. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

UNIDADE 2

MÓDULO 6

2 INDICADORES E SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DA MULHER

Na Unidade 1 do presente Módulo, abordamos os **Programas, Políticas e Pactos no Brasil e no mundo relacionados à Saúde Mulher**. Nesta unidade, estaremos discutindo os principais **indicadores e sistemas de informações associados à saúde da mulher**, que se constituem em ferramentas indispensáveis para a prática profissional. Como vimos na Unidade 2 do Módulo 3 - Epidemiologia, os indicadores revelam, além das tradicionais dimensões de estrutura, processo e resultado, a maneira como as questões sociais, econômicas e ambientais impactam na saúde, “[...] buscando incorporar, como dimensões transversais, a desigualdade e as possibilidades abertas à participação social, sem abrir mão de uma abordagem epidemiológica” (BRASIL, 2007, p.3).

A formulação de políticas públicas, para o enfrentamento dos problemas de saúde em geral, exige uma base de informações confiável, que dê sustentação e direcionamento à tomada de decisão. A identificação dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, das iniquidades em saúde e do impacto das ações e programas na redução da morbi-mortalidade da população, só é viável a partir de informações precisas, completas e contextualizadas. Assim sendo, convidamos você a conhecer, em breves linhas, os principais indicadores e sistemas de informações relacionados à saúde da mulher.

2.1 Indicadores Relacionados à Saúde da Mulher

Tendo como foco a saúde da mulher, faz-se necessário que o profissional da equipe da saúde da família conheça os indicadores atrelados a essa população específica. No Brasil, algumas publicações oficiais como o Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça (PINHEIRO et al, 2008), e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2008a) publicada em 2008, abordam questões específicas relacionadas à saúde da mulher. A primeira tem por objetivo disponibilizar informações acerca da situação de mulheres, homens, negros e brancos no Brasil. Apresenta indicadores provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de modo a disponibilizar um retrato atual das desigualdades de gênero e de raça no Brasil, bem como de suas interseccionalidades. A segunda, realizada a cada 10 anos, traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. No que diz respeito à saúde da mulher, exhibe

informações sobre a taxa de fecundidade e as intenções reprodutivas das mulheres, atividade sexual e anticoncepção, assistência à gestação e ao parto, morbidade feminina e acesso a medicamentos.



Saiba Mais

Para conhecer tais publicações na íntegra, acesse:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2010.

PINHEIRO, L. et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3. ed. Brasília: Ipea SPM: UNIFEM, 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa_Retrato_das_Desigualdades.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2010.

Outra publicação recente, intitulada **‘Painel de Indicadores SUS - Temático Saúde da Mulher’** que integra a linha de publicações Painéis de Indicadores do SUS, mostra uma visão panorâmica das informações relativas às condições de vida e saúde das mulheres brasileiras (BRASIL, 2007). Trata-se de um trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde brasileiro apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde, sob a coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS). Esta publicação permite uma análise não apenas de informações sobre as condições de saúde, como também de seus determinantes, incluindo as situações que aumentam a vulnerabilidade das mulheres e que geram iniquidades em saúde.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), tem ampliado o diálogo com a sociedade civil, no sentido de identificar demandas específicas e particulares em saúde, por grupos e populações em condição de iniquidade. O conjunto dessas demandas consta de políticas específicas para o SUS, articuladas com o Pacto pela Saúde com o comprometimento de todas as esferas de gestão no desenvolvimento de ações dirigidas a tais populações.

O **‘Painel de Indicadores SUS - Temático Saúde da Mulher’** é constituído por temas e indicadores que compõem o Pacto pela Saúde e por alguns projetos prioritários do Ministério da Saúde. Os indicadores selecionados têm por base dados colhidos nos diversos sistemas de informações do SUS e junto às Secretarias e

Departamentos do Ministério da Saúde, Secretarias dos Estados e Municipais de Saúde e outras **instituições**. Informações de pesquisas específicas também ofereceram subsídios à elaboração deste Painel. Apesar dos limites dos sistemas de informações existentes, essa publicação procura evidenciar sua importância nos debates e nos processos de tomada de decisão (Quadro 2).

- a) Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais e 7 ou mais consultas de pré-natal;
- b) Razão de mortalidade materna;
- c) Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- d) Proporção de partos cesáreos;
- e) Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária;
- f) Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos;
- g) Concentração de mamografia em mulheres de 40 a 69 anos de idade;
- h) Proporção de punção de mama dos casos necessários.

Quadro 2: Indicadores do pacto pela vida referentes à saúde da mulher.

Fonte: Brasil, 2007, p. 4.



Saiba Mais

Acesse o Painel que disponibiliza as seguintes publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS: temático saúde da mulher**, Brasília, ano 1, n. 1, ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_saude_mulher_a1n1.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.

CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA, 2006. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/arquivos/indicadores.pdf>. Acesso em 17 abr. 2010.

2.2 Sistemas de Informação Relacionados à Saúde da Mulher

Conforme discutido na Unidade 2 do Módulo 3, o Sistema de Informação em Saúde (SIS) constitui-se em um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária, para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Este deve possibilitar o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do monitoramento do atendimento da mulher ao longo de toda a rede e da retro-alimentação das equipes de saúde, através de um processo dinâmico de comunicação. Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que, em todos os atendimentos da mulher, os profissionais preencham adequadamente os registros, inserindo informações corretas, claras, oportunas e completas.



Saiba Mais

Leia mais sobre os Sistemas de Informação em Saúde no site:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de informação em saúde**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

CARVALHO, A. de O. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2010.

A informação acerca destes sistemas contribui significativamente para o planejamento das ações, bem como para o registro e acompanhamento de casos. É importante manter-se informado sobre os sistemas existentes e os que vêm sendo criados. A informação é essencial para a democratização da saúde e o aperfeiçoamento de sua gestão.

Os sistemas de informação em saúde brasileiros tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implementação do SUS. O trabalho coletivo de construção do Sistema de Informação do SUS, ao longo de um quarto de século, conquistou o reconhecimento nos âmbitos nacional e internacional pelo que já produziu até o momento.

Dados adequadamente documentados transformam-se em ações de promoção e proteção importantes para a saúde de modo geral, e em especial para a saúde da mulher e de sua família. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é fundamental para a descentralização das

atividades de saúde e a concretização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis. Neste sentido, uma quantidade considerável de dados e informações vem sendo produzida no Brasil na atualidade com as mais variadas finalidades. Isso inclui os produtos de diversas atividades setoriais de saúde, que são geradoras de grandes bancos de dados de sistemas nacionais.

Alguns desses sistemas já foram abordados no Módulo 3 e Módulo 5, referentes à Saúde da Criança, mas que também contemplam informações a respeito da mulher. Observe os dados dos sistemas focando a mulher.

Além desses sistemas, outros específicos relacionados à saúde da mulher têm sido disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito do SUS. Destacamos a seguir, os principais.

2.2.1 SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

É um software desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Os profissionais que integram a equipe da saúde da família desempenham importante papel no que se refere ao registro e controle dos dados deste sistema. Os indicadores disponibilizados pelo SisPreNatal podem ser encontrados no seguinte endereço eletrônico:



Saiba Mais

Os indicadores disponibilizados pelo SIS Pré-natal podem ser encontrados no seguinte endereço eletrônico:

BRASIL.Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. SisPreNatal. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

2.2.2 SISCOLO

Constitui-se um importante instrumento de avaliação, possibilitando acompanhar o desenvolvimento das ações do plano de controle do câncer de colo do útero, ou seja, avaliar, através de indicadores, se a população-alvo está sendo atingida, qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas, qual a qualidade da coleta destes exames, qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas. Também pode indiretamente

fornecer dados para avaliar a captação (mulheres novas) e cobertura (mulheres atingidas) do programa de rastreamento.

2.2.3 SISMAMA

Concebido pelo DATASUS como um subsistema do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), articulando-se pelo seu módulo de cadastro com o Sistema Cartão Nacional de Saúde – Sistema Cartão e Sistema Informação do Câncer de Colo do útero (SISCOLO).

Esse sistema possibilita o gerenciamento das ações de rastreamento de câncer; padroniza e aprimora a qualidade dos laudos mamográficos: permite o seguimento das mulheres com exames alterados; permite a análise da distribuição na população das lesões encontradas nas mamografias; contribui para o planejamento da oferta de serviços; possibilita avaliar a indicação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento; gera o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I).

Em dezembro de 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, publica a Portaria SAS nº 779, definindo como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2008b).



Saiba Mais

Para acessar o SISMAMA, utilize os seguintes links:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Definindo como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e a confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/Sistemas_InformacaoSaude.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

2.3 Instrumentos para Avaliação de Risco e Vulnerabilidade em Saúde da Mulher

No processo de formação e aprimoramento, cada vez mais o profissional necessita ter acesso a informações em tempo real, o que poderá ser obtido nos endereços eletrônicos que contêm dados sobre a saúde da mulher, os quais você pode conferir no Saiba Mais no final dessa Unidade.

Os Cadernos de Informação de Saúde consistem de uma planilha contendo indicadores obtidos das diversas bases de dados do Ministério da Saúde brasileiro. Tais planilhas podem ser exibidas diretamente pelo navegador (browser) ou copiadas para o seu computador. Os últimos cadernos disponibilizados no sistema foram gerados em fevereiro/2009 e são atualizados periodicamente. O software de geração dos Cadernos e os seus modelos também estão disponíveis para download.

- a) consulte nos Cadernos as informações em saúde do município em que você atua e identifique os principais problemas relacionados à saúde da mulher;
- b) quais seriam as ações, por ordem de prioridade, que deveriam ser realizadas para a obtenção de melhores resultados em relação à saúde da mulher?
- c) que críticas você faria aos dados? Existem limitações? Quais?
- d) o que fazer após a análise dos indicadores?

Após análise destes indicadores, identifique os problemas associados à Atenção à Saúde da Mulher. Faça uma planilha para relacionar os problemas em ordem de importância. Selecione os problemas mais relevantes e cuja solução poderá provocar um maior impacto na qualidade da assistência à saúde da mulher. Se possível, decidir coletivamente com a participação dos usuários ou seus representantes, mediante convite de representantes na reunião da equipe ou no Conselho Local de Saúde.

A partir de cada problema identificado, construa estratégias para resolução. Planeje a estimativa de prazo e responsáveis para a solução dos problemas. Monitore periodicamente nas reuniões e avalie se o problema diagnosticado foi solucionado. Os profissionais da saúde da família constantemente devem avaliar os múltiplos aspectos presentes na dinâmica do ciclo de vida familiar para melhor compreender os processos de saúde-doença e os itinerários terapêuticos que são os caminhos buscados para a solução de problemas.

Como você estudou no Eixo 1, alguns instrumentos são importantes para o planejamento do trabalho da equipe. Juntamente com o conhecimento do ciclo de vida, o genograma contém elementos básicos que permitem que a equipe elenque os aspectos que considera relevantes para estarem presentes quanto a fatores de risco e vulnerabilidade.

No caso da saúde da mulher, além dos aspectos da história clínica, da presença de doenças crônicas ou graves e de outros problemas transgeracionais de doença, possibilita avaliar os comportamentos familiares, tais como violência e uso de álcool e drogas que acarretam maior exposição a risco e vulnerabilidade, permitindo ações de aconselhamento relativo aos conflitos conjugais e parentais (Figura 3).

O exemplo, a seguir, foi retirado de um estudo efetuado no ambulatório de saúde da família da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI):

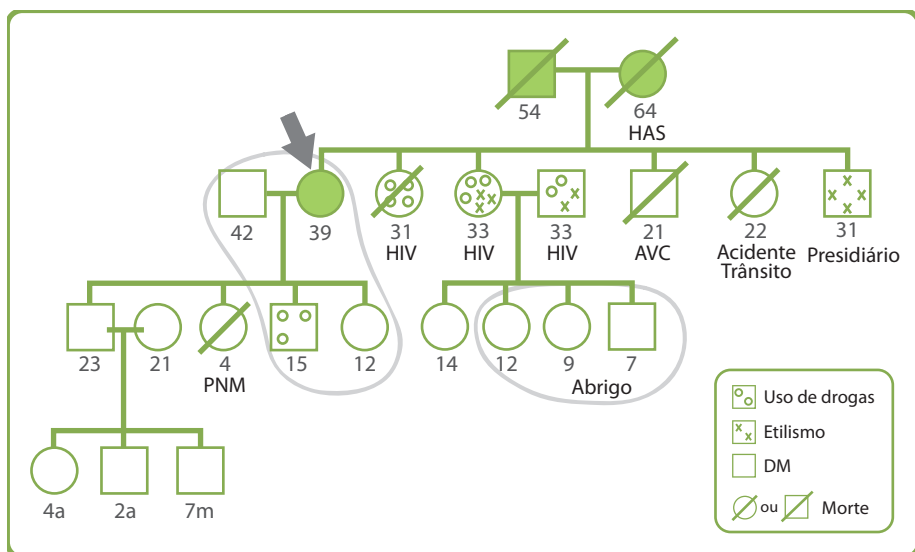


Figura 3: Ambulatório de saúde da família da UNIVALI.

Fonte: Machado et al, 2005, p.154.



Acesse aos links citados abaixo e navegue.

Neste site, estão informações referentes ao número de mulheres (total, por faixa etária, por regiões, por municípios etc.).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/prograb.php>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

CARVALHO, A. de O. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadernos de Informação de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, vimos os indicadores e os sistemas de informações relacionados à saúde da mulher, que se constituem em ferramentas indispensáveis para a prática profissional. Você entendeu que os indicadores revelam, além das tradicionais dimensões de estrutura, processo e resultado, a maneira como as questões sociais, econômicas e ambientais impactam na saúde. Analisamos também a formulação de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas de saúde em geral, percebemos o quanto uma base de informações confiável dá sustentação e direcionamento à tomada de decisão nas ações da Equipe de Saúde da Família. Identificamos os múltiplos determinantes do processo saúde-doença, as iniquidades em saúde e o impacto das ações e programas na redução da morbi-mortalidade da população, só é viável a partir de informações precisas, completas e contextualizadas disponíveis nos principais indicadores e sistemas de informações relacionados à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e avaliação da Gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS: temático saúde da mulher, Brasília, ano 1, n. 1, ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_saude_mulher_a1n1.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. SisPreNatal. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acesso em: 17 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria no 779, de 31 de dezembro de 2008b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>>. Acesso em: 10 maio 2010.

PINHEIRO, L. et al. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 3. ed. Brasília: Ipea SPM: UNIFEM, 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa_Retrato_das_Desigualdades.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2010.

MACHADO C., et al. Identificação de riscos na família a partir do genograma. Família Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v.7, n.2, p.149-157, maio/ago. 2005.

UNIDADE 3

MÓDULO 6

3 PAPEL DOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCO E DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA MULHER

Uma das competências necessárias para os profissionais de Saúde da Família é a questão de como é efetuado o planejamento das ações individuais e da equipe de saúde. Isso implica refletir criticamente sobre o cotidiano das práticas dos serviços e como está sendo o monitoramento, a avaliação e o impacto das ações.

Uma prerrogativa do trabalho em equipe de SF é que este deva considerar os problemas e limitações reconhecidos no nível local e nos outros níveis de atenção; e no gerenciamento do setor saúde e de outros setores. Outra noção importante para guiar o planejamento é o de indivíduos ou grupos populacionais vulneráveis, sendo que estes são não somente os portadores de determinadas patologias ou agravos, como o diabetes, a hipertensão arterial, o câncer ou de fatores de risco, como o consumo de álcool e outras drogas, sobrepeso e obesidade, gravidez na adolescência; mas, também, aqueles que estão expostos a condições de vulnerabilidade social, famílias com redes sociais e/ou condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade, situação de violência intrafamiliar, de desestruturação por separação, morte ou divórcio.

Avaliar os riscos a que estão expostos os indivíduos e grupos familiares e igualmente a qualidade da assistência da saúde é um dos aspectos essenciais para a prática dos profissionais de SF na atenção à saúde da mulher. Fundamental ainda é o planejamento pautado na integralidade visando intervir sobre os determinantes de saúde em múltiplos planos de cuidado e na melhoria da qualidade da assistência que minimizem os aspectos de vulnerabilidade detectados. O **genograma**, por sua facilidade de confecção e de interpretação, é uma das ferramentas que tem se mostrada efetiva para subsidiar o processo de avaliação de determinantes biológicos, psicossociais e ambientais sobre as condições de risco e vulnerabilidade intrafamiliar.

3.1 Critérios e Indicadores da Qualidade da Atenção à Saúde da Mulher

As equipes de saúde da família devem ter critérios visando que os princípios e diretrizes do SUS se concretizem. Isso traz implicações no cotidiano das práticas e da organização dos serviços. No caso da saúde da mulher, é preciso lembrar que as competências são

múltiplas e que as ações devem garantir que o acesso à atenção e ao cuidado seja ampliado, e, ainda que estas estejam pautadas na integralidade, equidade, resolutividade e humanização da atenção da saúde da mulher.

O instrumento da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) traz a saúde da mulher no mesmo tópico de saúde da população adulta, mas iremos destacar aqueles itens que se inserem especificamente à saúde da mulher.

O primeiro item apontado versa acerca do amplo acesso da população de baixo risco. Essa é uma das atividades mais elementares que existem com relação à assistência na Atenção Básica, pois um pré-natal de qualidade reduz consideravelmente indicadores de mortalidade materna e infantil.

O cadastramento e o acompanhamento de todas as gestantes da área de competência da unidade são fundamentais, mesmo para gestantes que, por ventura, não estejam em acompanhamento na unidade local. Mesmo as gestantes que estejam fazendo acompanhamento em uma unidade de referência, ou com médico em consultório privado, as ACS têm a incumbência de, mensalmente, conferir pelo cartão da gestante se está sendo realizado o pré-natal regularmente. Caso contrário, é papel da equipe efetuar uma busca ativa insistente, utilizando até de outros meios cabíveis, se houver recusa da paciente. Cabe ressaltar que devemos esgotar todos os meios possíveis para o acompanhamento da gestante.

A insistência na busca ativa é feita, pois pode evitar muitos danos de uma forma simples. Por exemplo, vamos supor que uma das gestantes que não esteja fazendo acompanhamento pré-natal esteja com sífilis, e que essa doença seja transmitida ao bebê. A co-responsabilidade por esse fato é da sua equipe, e indica necessariamente uma assistência pré-natal de baixa qualidade, mesmo que essa gestante esteja sendo acompanhada fora da sua unidade. Portanto, vamos ficar atentos.

A formação de grupos de gestantes e/ou de casais grávidos, é uma atividade essencial da equipe, já que nessa fase as mulheres se encontram bastante sensibilizadas, e muitas vezes solitárias por ter poucas pessoas com quem compartilhar as mudanças que estão ocorrendo. O grupo proporciona o encontro com outras mulheres/homens que estão passando pela mesma fase, e permite que haja uma troca de experiências, pois sempre há mães/pais de primeira viagem e outras(os) com mais filhos.

O médico, o enfermeiro ou o cirurgião dentista devem estar sempre presentes nos grupos, para que a troca de experiências seja

intermediada a fim de que nenhum dano possa ocorrer oriundo do intercâmbio de informações.

Os assuntos a serem abordados devem ser escolhidos pela equipe juntamente com as gestantes/casais, havendo ciclos de assuntos, visto que as gestantes vão se alternando durante os grupos.

Exemplo de assuntos que geralmente são fonte de dúvidas para as gestantes/casais grávidos:

- a) a hora do parto, os cuidados com o bebê recém-chegado (banho, curativo do coto umbilical, roupas, posição para dormir, troca de fraldas...);
- b) amamentação, cuidados com o bebê na unidade de saúde (vacinas, testes de triagem – ex. teste do pezinho, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento...);
- c) mudanças no corpo e na mente da mulher (pintar o cabelo, sexo, constipação, mudança de humor...), anticoncepção após o parto, e assim por diante.

Lembre-se de que esses assuntos são apenas algumas sugestões.

É importante também incluir os outros membros da equipe nos grupos, de acordo com a disponibilidade, principalmente os ACS, inclusive, capacitando-os a conduzir alguns grupos. Tal prática aumenta o vínculo do ACS com as pessoas da área, além de valorizar seu trabalho na equipe.

A participação nos grupos às vezes pode decepcionar, aparecendo 2 ou 3 gestantes. Mesmo que o número seja assim baixo, o grupo deve ser realizado, pois senão não estaremos valorizando aquela pessoa que disponibilizou parte do seu tempo para estar ali.

Vários aspectos são significativos para aumentar a adesão aos grupos, como, por exemplo, o horário, tentando sempre atender às necessidades das mulheres/casais grávidos, e não da equipe. Outro fator relacionado à adesão é a relação que as ACS estão desenvolvendo com as mulheres do bairro, se em uma determinada microárea a adesão é sempre mais baixa, significa um sinal de alerta ao trabalho desenvolvido lá. Além desses fatores, o vínculo que os profissionais na unidade têm com seus usuários talvez seja o mais importante. Pense nisso.

A assistência pré-natal, além de ser oferecida com amplo acesso, para ser de qualidade, precisa ser iniciada precocemente (antes de 90 dias de gestação) e com o mínimo de 6 consultas, incluindo o puerpério, que deve ser realizado no máximo até 42 dias após o parto. Esse levantamento deve ser feito a partir da ficha B do SIAB, para saber se a equipe está, no mínimo, cumprindo com 80% das referidas três metas.

Caso sua equipe não esteja dando conta de tais metas, é preciso discutir isso na próxima reunião de equipe, e levantar as possíveis causas. Nesse caso, o papel de vigilância à saúde que as ACS têm é fundamental. Educações continuadas devem ser pensadas, se esse for um dos problemas. Ou a forma como essas gestantes estão sendo acolhidas na UBS, ou seja, o acesso delas está sendo facilitado?

Além das reuniões com as gestantes e/ou casais grávidos, as reuniões de planejamento familiar também devem ser pensadas, inclusive tentando alcançar os diferentes grupos etários, e por ventura, de diferentes culturas.

Outra atividade que indica a qualidade da assistência às mulheres da área é a alta cobertura de prevenção de câncer de colo de mama e de útero. O que muitas vezes é um desafio difícil de ser vencido pelas equipes, principalmente quando a meta de cobertura de citologia de colo uterino, para ser considerada de qualidade, deva ser maior que 90% das mulheres.

Além dos programas oficiais, como o SISCOLO e o SISMAMA, de abrangência nacional, uma coisa a ser pensada pela equipe deve ser a criação de um instrumento de acompanhamento das mulheres para esses dois aspectos, uma vez que na Atenção Básica tais instrumentos não estão disponíveis. Uma sugestão de dados que essa ficha poderia conter são: nome da mulher, área, microárea, data de nascimento, idade da primeira menstruação, gestações prévias, tipo de parto, anti-concepção, data da última consulta médica para saúde da mulher, data do último preventivo e data da última mamografia. Como a ficha seria preenchida pelas ACS, é de extrema importância que elas sejam capacitadas para utilizar corretamente o instrumento.

Esse instrumento pode ajudar a equipe na realização da busca ativa das mulheres na área, dando uma ideia mais fidedigna do padrão de qualidade desempenhado na assistência à saúde da mulher.

Apresentamos aqui sugestões que podem ser adotadas por sua equipe, lembre-se de que elas devem ser adequadas a cada realidade, e não quer imprimir qualquer tipo de padrão no acompanhamento da saúde da mulher em seu município.

3.2. Avaliação de Padrões de Risco e de Vulnerabilidade na Atenção à Saúde da Mulher

a) Aspectos de risco e vulnerabilidade

Quando discutimos aspectos de risco e vulnerabilidade, necessitamos ter em mente que, no caso da saúde da mulher, esses são inúmeros e alguns merecem uma maior ênfase, tais como: as situações de violência de gênero, gravidez na adolescência, baixa escolaridade e pobreza, redes sociais precárias, uso de álcool e outras drogas na família e vizinhança, doenças prevalentes na família, padrões comportamentais, uso indiscriminado de anticoncepcionais orais. Devemos, entretanto, discernir fatores que possuem abordagens diversas e complementares, a saber:

Fatores de risco constitucionais – não passíveis de modificação – sexo, idade, raça e fatores hereditários.

Fatores de risco comportamentais – formas de comportamento e hábitos determinados pelo ambiente psicossocial e econômico – passíveis de modificação adoção de ações de promoção da saúde – tais como dieta, tabagismo, uso de álcool e outras drogas na família e na vizinhança, sedentarismo.

Fatores de risco psicossociais – interferem na pré-patogênese de muitas doenças – tais como classe social, ocupação, grau de escolaridade e de renda, cultura, aspectos parentais, redes sociais.

O profissional de saúde da família se depara, na sua prática cotidiana, com um quadro de saúde que envolve grande complexidade na saúde da mulher. Devem ser levados em conta os vários determinantes sociais implicados na saúde. Aqui é colocado um modelo proposto para a análise desses determinantes, em trabalho intitulado Rumo a um Modelo Conceitual para análise e ação sobre os Determinantes sociais de saúde (CSDH) Modelo de Determinantes da Equipe de Equidade da Organização Mundial de Saúde (Figura 4).

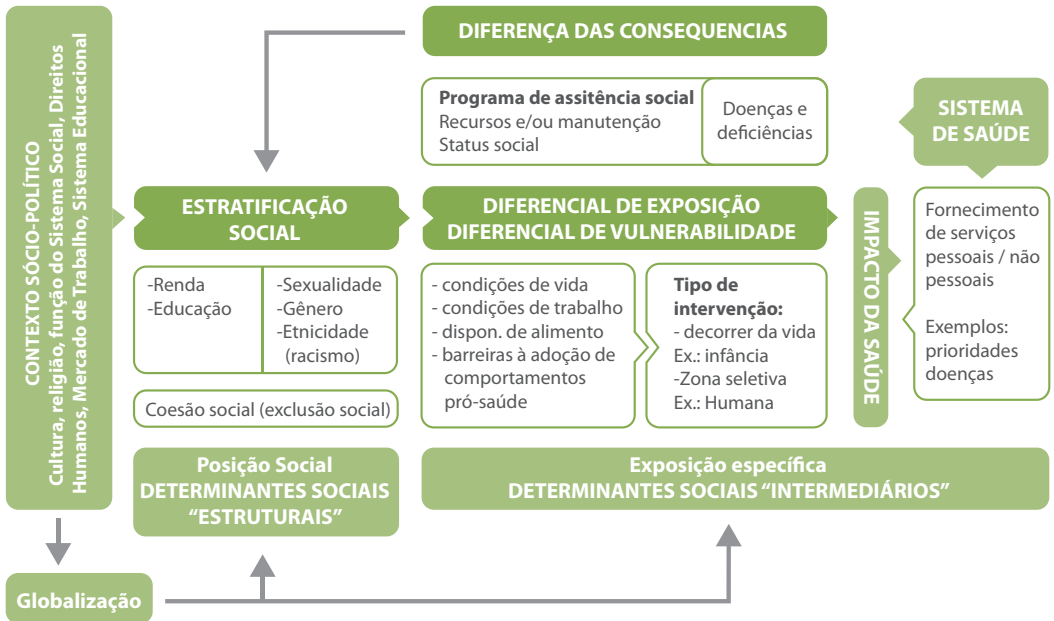


Figura 4: Modelo de determinantes da equipe de equidade da organização mundial de saúde.

As mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos e as intervenções na saúde da mulher mudaram os indicadores de mortalidade. Causas externas (violências) e as doenças cardiovasculares assumiram papel destacado entre as causas de morte deixando câncer de útero para trás. No que se refere à mortalidade relacionada a complicações da gravidez, parto e puerpério, denominadas de causas maternas, na sua ampla maioria seriam evitáveis, desde que houvesse uma assistência adequada e que fossem cumpridas as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. Além disso:

os “problemas de saúde articulam-se: como é o caso da violência sexual e a transmissão das DST/Aids; do uso indiscriminado e sem assistência médica da contracepção hormonal e a ocorrência de doenças cerebrovasculares; da generalização progressiva das terapias de reposição hormonal e seu potencial aumento de risco para doenças crônico-degenerativas (LEÃO; MARINHO, 2002, p. 33-34).

- b) A implicação da qualidade da assistência e da gestão como interveniente sobre os fatores de risco e vulnerabilidade

A garantia da integralidade implica uma rede de atenção efetiva. Desse modo, a partir dos indicadores de saúde nacionais, regionais e locais, é possível planejar as ações, dando prioridade aos aspectos que envolvem maior risco e vulnerabilidade nas várias etapas do ciclo vital das mulheres e de suas famílias. Exemplo disso, como apontam (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 273):

falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, sendo este um período onde há uma maior probabilidade de intercorrências obstétricas. A continuidade da atenção é um dos principais fatores na determinação dos resultados maternos e perinatais.

Embora as políticas e diretrizes do Ministério da Saúde tenham avançado substancialmente, assim como um conjunto de normas técnicas editadas e disponibilizadas aos serviços, ainda há uma insuficiência de qualidade de muitos serviços. Esses dados evidenciam que:

apesar dos dados disponíveis apontarem um aumento considerável nos últimos anos no número de consultas por mulher, esse incremento não resultou em impacto considerável nos óbitos maternos declarados, mesmo nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, que têm média maior que quatro consultas há quatro anos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 273).

Sendo assim, dentre as principais competências dos profissionais de saúde da família, conforme assinalado acima, merece destaque a importância do olhar de vigilância em saúde sobre alguns elementos de morbi-mortalidade que têm sido quase que sistematicamente negligenciados e que necessitam uma maior atenção. Dentre esses, salienta-se a investigação de co-morbidades e de agravos à condição de ser mulher, desde a violência sob todas as formas até a detecção e a agudização de doenças crônicas.



Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, 9, 150-153, ago. 2001.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, abordamos o papel dos membros da equipe de saúde da família no planejamento de ações e avaliação de risco e de vulnerabilidade em saúde da mulher, destacando a importância de os profissionais da ESF refletirem criticamente sobre o cotidiano das práticas dos serviços e como estão sendo o monitoramento, a avaliação e o impacto das ações, na perspectiva do conceito de integralidade. Vimos que avaliar os padrões de riscos a que estão expostos os indivíduos e os grupos familiares, e igualmente a qualidade da assistência da saúde e da gestão, são elementos essenciais para a prática dos profissionais da ESF na atenção à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para políticas públicas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2010.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, v. 4, n. 3, p. 269-79, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007>. Acesso em: 10 maio 2010.

PARTE II

MÓDULO 6

UNIDADE 4

MÓDULO 6

4 ATENÇÃO À MULHER NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento familiar, deve estar pautada em princípios de cidadania e de direito dos cidadãos.

O Artigo 226, Parágrafo 7 da Lei nº 9.263/96, da Constituição da República Federativa do Brasil, coloca o princípio da paternidade responsável e o direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais, e este dispositivo constitucional é regulamentado pela Lei do Planejamento Familiar (BRASIL, 1996).

A assistência em planejamento familiar deve ser parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde. O respeito aos direitos sexuais e reprodutivos deve ser a base ético-política dessa assistência.

Tais princípios devem guiar a atuação dos profissionais de saúde, sendo determinado pelo Ministério da Saúde, como competência dos profissionais nos serviços de planejamento familiar, a assistência em concepção e contracepção, devendo o Estado assegurar todos os métodos aceitos e seguros, respeitando a escolha dos indivíduos.

Esta competência compreende um conjunto de ações que engloba atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas que, em seu conjunto, deverão fornecer: informação, assistência especializada e acesso aos recursos, sendo que a rede de serviços de planejamento familiar, a partir da atenção básica, deve ofertar os métodos anticoncepcionais que são autorizados e disponíveis no Brasil aos indivíduos.

Os principais métodos contraceptivos utilizados na atualidade pelas mulheres e homens brasileiros são a **pílula** e a **camisinha masculina**, o que evidencia a mudança do padrão de anticoncepção, pois, há uma década, eram os anticoncepcionais orais combinados e a esterilização que predominavam.

Há uma progressiva redução da taxa de fecundidade total no Brasil, e este é um dos fatores principais implicados nas mudanças do perfil demográfico da população brasileira. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 2009, mostraram que esta taxa, em 2008, era da ordem de 1,8 filhos por mulher (IBGE, 2009). Tal redução não significa, necessariamente, que esteja havendo integralidade na assistência e que todos os direitos reprodutivos estejam presentes, ou seja, que os sistemas de saúde estejam sendo

responsivos no que diz respeito a aspectos importantes da saúde reprodutiva, ou que as condições de vida sexual satisfatória e com segurança sejam atendidas nos grupos de maior vulnerabilidade.

É fundamental que os profissionais da saúde se instrumentalizem para conhecer os determinantes sociais e biológicos da saúde e os principais riscos e vulnerabilidades das comunidades em que atuam e que exerçam a atenção integral em planejamento familiar nas equipes de saúde da família.

Para trazer todos estes conhecimentos para sua prática profissional como médico, desenvolvemos esta unidade dentro do Módulo 6 – Saúde da mulher, a fim de que você conheça as políticas de planejamento familiar e os aspectos históricos envolvidos na sua construção, identifique os indicadores de taxa de fecundidade e de uso de anticoncepcionais por grupo etário no Brasil e na sua área de abrangência, desenvolva uma visão crítica sobre a abordagem do planejamento familiar da ESF e da rede de atenção para a sua efetividade e, por fim, conheça os principais métodos contraceptivos com sua aceitabilidade, eficácia, reversibilidade, inocuidade, indicações e contraindicações.

Vamos começar a discussão explorando os antecedentes e a formulação da política nacional de planejamento familiar.

4.1 Antecedentes e a Formulação da Política Nacional de Planejamento Familiar

Como vimos na Unidade 1, no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher esteve presente nas políticas de saúde restringindo-se à gravidez e ao parto. Nas décadas de 1930 a 1970, os programas materno-infantis enfatizavam apenas a questão biológica da mulher e seu papel materno e de cuidadora da família.

Você sabia que houve uma pressão do governo americano no começo dos anos 1960 para que o Brasil adotasse uma política demográfica como critério de empréstimo?

O Brasil acabou cedendo às instituições de financiamento internacional e, em meio à crise político-econômica, em 1965, foi criada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), que distribuía pílulas anticoncepcionais gratuitamente, mas não garantia acompanhamento médico (RODRIGUES, 1990 apud COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Além da Bemfam, essas instituições internacionais financiaram a formação de profissionais de saúde para a realização de cirurgias de esterilização, o que implicava uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico, e subsidiavam hospitais e clínicas, tendo sido criado nesse período o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC).

As políticas de assistência à mulher no Brasil passaram a ser mais bem delineadas a partir de 1975, com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PSMI) pelo governo federal.

Somente a partir da elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), se modificaram os princípios que guiam as prioridades e a política de saúde da mulher. Além de ações educativas, de prevenção e de clínica ampliada, a assistência em planejamento familiar passou a compor o campo de atuação em saúde da mulher (BRASIL, 2002). Como a implementação do PAISM ocorreu paralelamente ao processo de construção do SUS, seguiu seus princípios e diretrizes, conforme discutido na Unidade 1 deste Módulo.



Saiba Mais

Para conhecer melhor este assunto, leia a seguinte indicação bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde.

Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4. ed.

Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/planejamento_familiar_assistencia_1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.

Um marco histórico mundial foi a Conferência Internacional de direitos e Desenvolvimento (CIDD), realizada em 1994, no Cairo, que defendeu a erradicação da miséria e das desigualdades sociais, raciais e de gênero por meio do investimento na melhoria da qualidade de vida, no desenvolvimento econômico e ambiental e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263. No Parágrafo único do Artigo 2º está previsto que “é proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.” (BRASIL, 1996, p. 1).

É importante mencionar que os profissionais de saúde precisam saber diferenciar três expressões que, muitas vezes, ainda são utilizadas como sinônimos, embora possuam expressivas diferenças:

- a) controle de natalidade: geralmente é associado ao controle da força reprodutiva de determinada parcela da população. São listadas ainda como ações de controle a laqueadura de trompas compulsória (ou seja, sem a necessidade de autorização de paciente) bem como a condenação moral dos casais de baixa renda que possuem mais de um filho;
- b) planejamento familiar: é a política pública que leva em consideração a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos da população como um todo. Seu foco é a prevenção e orientação e sua condução deverá ser pautada no respeito ao usuário;
- c) direitos reprodutivos: “abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (§ 7.3).

O Parágrafo único do Artigo 3º da Lei 9.263 prevê que:

as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita à atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (BRASIL, 1996, p. 1).

As ações de planejamento familiar inseridas na atenção básica e sob responsabilidade dos municípios foram definidas na Norma Operacional da Assistência (NOAS-SUS) de 2001 (BRASIL, 2001), sendo uma das sete áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica.

Os principais problemas se referem às dificuldades de muitos municípios para implantar o planejamento familiar de forma responsiva, quanto ao “fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento visando à escolha livre e informada, assim como garantir o acompanhamento das usuárias” (BRASIL, 2004, p. 33).

Além disso, há uma série de problemas que vão desde a produção até a logística de distribuição de anticoncepcionais e a consequente continuidade de sua oferta e, ainda, a pouca capacitação de gestores e profissionais de saúde para a efetiva atuação em planejamento familiar, o que implica precarização da atenção, gerando desigualdades no acesso, principalmente para as mulheres e famílias mais pobres e do meio rural.

Um avanço é que, em 2005, o Ministério da Saúde colocou em prática a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005), resultado de um trabalho entre os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além das Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, de Direitos Humanos e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

E então, médico? Como está a prática do planejamento familiar na sua unidade de saúde? Você considera que este tema tem sido parte integrante do cotidiano das práticas de saúde de sua equipe? Quais estratégias têm sido utilizadas para sua implementação?

Estamos chegando ao final do primeiro tópico desta unidade. A seguir, falaremos sobre indicadores de taxa de fecundidade e de uso de anticoncepcionais por grupo etário no Brasil e na sua área de abrangência.

Antes de partir para esse novo conteúdo, veja algumas indicações de leitura para agregar conhecimentos.



Saiba Mais

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9263.htm>>. Acesso em: 11 maio 2010.



Saiba Mais

Em outras indicações de leitura, verifique um amplo panorama da construção dessas políticas e as reflexões sobre os principais avanços, conquistas e limites para sua efetividade no SUS:

RAMOS, F. I. da. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. 2008. 123 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/9/5/559-Tese_doutorado-Ramos,_Fernanda_.pdf>. Acesso em: 11 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_e_direitos_%20reprodutivos_uma_prioridade_de_governo.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

4.2 Indicadores de Taxa de Fecundidade e de Uso de Anticoncepcionais por Grupo Etário no Brasil e na sua Área de Abrangência

No passado, no Brasil, os elevados valores das taxas brutas de natalidade, que oscilavam entre 45 e 50 nascimentos por mil habitantes por ano, e as taxas de fecundidade total, que variavam entre 7 e 9 filhos, em média, por mulher (ver gráfico 5) refletiam a prevalência de uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas (IBGE, 2009).

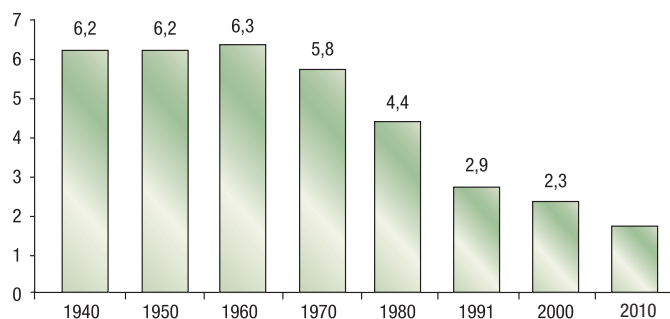


Gráfico 5: Evolução da taxa de fecundidade total. Brasil e grandes regiões, 1940-2010.

Fonte: IBGE, 2010.

No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006 foi a terceira na sequência de duas edições anteriores: a primeira foi a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF), em 1986, e a segunda, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996. A taxa de fecundidade entre 1992 e 2008 caiu em todas as faixas de renda. Em 1992, a taxa variava de quase cinco filhos por mulher entre as 20% mais pobres para mais de um por mulher entre as 20% mais ricas. Em 2008, a variação é de cerca de três filhos por mulher entre as 20% mais pobres a aproximadamente um filho por mulher entre as 20% mais ricas (IBGE, 2008). Ver tabela 6 e 7.

Tabela 6: Número de mulheres entrevistadas, taxas específicas de fecundidade por idade, taxa de fecundidade total.

GRUPO ETÁRIO	NÚMERO DE MULHERES (A)	TAXAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDADE		
		TOTAL	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL
15-19	2.504	82,9	80,6	93,3
20-24	2.576	107,8	101,3	138,6
25-29	2.387	79,4	76,7	93,7
30-34	2.165	50,9	53,3	36,9
35-39	2.111	31,1	31,1	30,6
40-44	2.067	7,1	7,9	3,9
45-49	1.766	0,8	0,7	1,3
Total de Mulheres	15.576			
Taxa de fecundidade total		1,8	1,76	1,99

Fonte: Brasil, 2006.

Tabela 7: Fecundidade do período correspondente aos cinco anos anteriores à data da pesquisa. Número de mulheres entrevistadas, taxas específicas de fecundidade por idade, taxa de fecundidade total.

GRUPO ETÁRIO	NÚMERO DE MULHERES ^(a)	TAXAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDADE		
		TOTAL	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL
15-19	2.504 ^(*)	83,6	77,1	111,9
20-24	2.576	104,1	97,8	133,7
25-29	2.387	78,4	77,0	85,6
30-34	2.165	52,0	54,4	38,3
35-39	2.111	28,5	28,6	27,9
40-44	2.067	6,6	7,3	3,5
45-49	1.766	0,5	0,4	0,8
Total de Mulheres	15.576			
Taxa de Fecundidade Total		1,77	1,71	2,01

Nota: Diferentemente da Tabela 7, as taxas referem-se ao período de 1-60 meses anteriores à entrevista (e não aos meses 1 a 36) e foram calculadas considerando-se a idade das mulheres no momento de ter o filho.

TFT: Taxas de fecundidade Total expressa por mulher, consiste no número médio de filhos que uma mulher pode ter ao final de sua vida reprodutiva, caso sejam mantidas as atuais taxas específicas de fecundidade por idade e na ausência de mortalidade.

Fonte: Brasil, 2006.

Concluída esta análise de dados, vamos nos aproximar mais da sua prática como profissional da saúde e compreender melhor o papel dos membros da equipe na saúde da família.

4.3 Papel dos Membros da Equipe da Saúde da Família

As ações de planejamento familiar têm três eixos principais:

- a) o aumento da oferta de métodos anticoncepcionais;
- b) a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária;
- c) a introdução da atenção à reprodução humana assistida no SUS (BRASIL, 2005).

O conceito de saúde reprodutiva é relativamente recente, tendo sido definido pela Conferência de População do Cairo, em 1994, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (COSTA, 2009).

Como discutido anteriormente, além da humanização da atenção, a integralidade deve ser o foco dos serviços de planejamento familiar, garantindo que a questão reprodutiva seja considerada prioritária,

sendo a saúde da família o *locus* privilegiado para que tal garantia esteja assegurada.

Na base da assistência, está proposta, pelo Ministério da Saúde, a reorganização dos serviços para orientar mulheres e casais.

O Ministério da Saúde denomina “Educação para escolha livre informada”, reconhecendo que as ações educativas são importantes para garantir à população uma escolha livre e informada do método anticoncepcional a ser usado.

As ações educativas mostram-se importantes, tendo em vista que as pesquisas têm evidenciado diferentes graus de arrependimento no que tange à laqueadura (BARBOSA et al, 2010). A ideia é que, com mais informação e acesso aos métodos anticoncepcionais, muitas mulheres desistiriam da cirurgia e optariam por outros métodos contraceptivos.

Atualmente, existe uma ampla disponibilidade de métodos anticoncepcionais, tanto para homens quanto para mulheres, cuja variedade vai desde métodos mais simples, como os comportamentais, até métodos mais complexos, que envolvem cirurgias.

Acompanhe, no quadro 8, a seguir, os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde:

MÉTODOS NATURAIS OU COMPORTAMENTAIS	MÉTODOS DE BARREIRA	MÉTODOS HORMONAIS	MÉTODOS CIRÚRGICOS
Coito interrompido. <i>Billings</i> . Tabela. Temperatura. Ducha pós-coital. Sintotérmico. Prolongamento da amamentação.	Camisinha masculina e feminina. Diafragma. Espermicida. Dispositivo intrauterino (DIU).	Anticoncepcionais hormonais orais (pílula). Anticoncepcionais hormonais não orais (injetáveis).	Laqueadura. Vasectomia.

Quadro 8: Métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil, 2006.

Veja, agora, na tabela 9, dados acerca da utilização de cada método contraceptivo, obtidos por meio da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006.

Tabela 9: Uso atual de anticoncepcionais.

MÉTODO**	USO ATUAL		
	TODAS AS MULHERES	MULHERES ATUALMENTE UNIDAS	MULHERES NÃO UNIDAS, SEXUALMENTE ATIVAS*
Algum método	67,8	80,6	75,2
Métodos modernos	65,2	77,1	73,3
Esterilização feminina	21,8	29,1	10,9
Esterilização masculina	3,3	5,1	0,1
Pílula	22,1	24,7	30,3
DIU	1,5	1,9	1,3
Injeção contraceptiva	3,5	4,0	4,4
Implantes	0,1	0,1	0,4
Camisinha masculina	12,9	12,2	26,0
Camisinha feminina	0,0	0,0	0,0
Diafragma	0,0	0,0	0,0
Creme, óvulos vaginais	0,0	0,0	0,0
Pílula do dia seguinte	0,0	0,0	0,1
Método tradicional	2,4	3,2	1,6
Tabela/abstinência periódicas/ <i>billings</i>	0,8	1,1	0,6
Coito interrompido	1,5	2,1	1,0
Outro método***	0,2	0,3	0,3
Não está usando método	32,2	19,4	24,8
Número de casos	15.575	9.989	2.838

* Mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses.

** Se mais de um método é reportado, considera-se o método mais efetivo, conforme explicitado no questionário.

*** Inclui outros métodos modernos e tradicionais, não especificados no questionário, tais como adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas, ducha vaginal etc.

Fonte: Brasil, 2006.

A responsabilidade pela compra dos métodos anticoncepcionais passou a ser do Ministério da Saúde, em 2005. Assim, o governo federal assumiu investimentos até então divididos com os estados e os municípios.

Os contraceptivos disponíveis são: a pílula combinada, a minipílula, a pílula de emergência, o diafragma, o dispositivo intrauterino (DIU) e os preservativos masculinos e femininos (BRASIL, 2005).

Quando há indicação e escolha por outro método anticoncepcional, a equipe de saúde da família deve fazer o encaminhamento para os demais níveis da rede de atenção à saúde.



Na Prática

Cabe aos profissionais da saúde da família adequarem a escolha do método de acordo com as necessidades de saúde, visto que essa escolha deve ser sempre personalizada. Ademais, uma vez que cada um dos métodos tem suas limitações, é importante que os profissionais conversem com os usuários sobre as vantagens e as limitações, para que o método adequado seja escolhido.

A partir das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, cada equipe de saúde da família poderá definir quais estratégias serão utilizadas na implementação das ações de planejamento familiar na sua prática cotidiana.

O médico é um profissional essencial nas ações de planejamento familiar. O atendimento à saúde reprodutiva dirige-se a homens e mulheres ou ao casal. Porém, devido à diferença de papéis biológicos entre homens e mulheres no processo da reprodução, na grande maioria das vezes o foco do atendimento na UBS é sobre as mulheres.

Cabe a você, médico, com os demais membros da equipe, principalmente com o profissional de enfermagem, orientar mulheres e casais a respeito dos diferentes métodos contraceptivos disponíveis e, ainda, deixar claros os seus riscos e os seus benefícios, indicações e contraindicações, eficácia, modo correto de uso e custos.

Dadas todas essas responsabilidades assumidas pelo médico, desenvolvemos um tópico para falar especificamente sobre o conhecimento amplo dos principais métodos contraceptivos. Vamos a ele?

4.4 Principais Métodos Contraceptivos: Aceitabilidade, Eficácia, Treversibilidade, Inocuidade, Indicações e Contraindicações

Há inúmeros fatores determinantes para a adesão a cada um dos métodos anticoncepcionais, devendo-se ressaltar que tanto a indicação do uso quanto a disponibilidade por parte do Estado devem ser sempre levadas em conta pelos profissionais dos serviços de planejamento familiar.

Outro aspecto relevante refere-se às questões socioeconômicas, culturais, religiosas e psicológicas, implicadas nas percepções de indivíduos, famílias e grupos, que determinam práticas de saúde sobre a concepção, devendo ser compreendidas e respeitadas pelas equipes de saúde na sua atuação junto às comunidades. Oppermann e Oppermann (2004, p. 343-4) explicam que:

O método contraceptivo ideal tem sido definido como aquele que seja seguro, efetivo, acessível, não relacionado ao ato sexual e que não necessite de motivação especial para seu uso. Para populações de risco, deveria, ainda, oferecer proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.

Métodos de barreira, especialmente o condom, são sempre recomendados para a prevenção de DST/HIV/DIP. Para que os profissionais de saúde elejam o método anticoncepcional mais adequado com as pessoas que estão sendo atendidas, precisam conhecer as características de cada um deles, em termos da elegibilidade de métodos anticoncepcionais, levando em consideração:

- a) eficácia (custo-benefício do método): refere-se ao potencial do método em evitar gravidez. Costuma ser medido por um índice, denominado índice de Pearl, que dá o número de falhas existentes, num grupo de 100 mulheres que estariam usando o método durante 1 ano. Exemplo: um método anticoncepcional com um índice de falhas abaixo de 5 para 100 mulheres por ano, é considerado de boa eficácia;
- b) efeitos secundários (ação no organismo; possíveis efeitos colaterais; riscos e benefícios para a saúde; sinais e sintomas que exijam retorno ao médico);
- c) aceitabilidade;
- d) disponibilidade;
- e) facilidade de uso;
- f) reversibilidade (tempo de retorno à fertilidade após a interrupção do método);
- g) proteção a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV.

Nesse sentido, no momento de orientação pré-concepcional, para eleger um método contraceptivo, a mulher deve receber todas as informações necessárias.

A anamnese e o exame físico fornecem a você, médico, os critérios básicos referentes a fatores de risco e elegibilidade dos anticoncepcionais e devem conter informações sobre frequência das atividades sexuais, riscos de doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas, história reprodutiva pregressa, história mórbida pregressa e atual e história de anticoncepção.

Antes de concluir este tópico e passar para o assunto seguinte, vale lembrar que a análise dos riscos e benefícios da contracepção deve levar em conta as intercorrências clínicas (diabetes, hipertensão, cardiopatia, etc.) e as intercorrências ginecológicas (cervicite, leiomioma, câncer de mama, câncer de ovários, cirurgia prévia, etc.).

4.5 Evidências de Critérios de Elegibilidade de Métodos Anticoncepcionais

Desde 1995, a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995) tem divulgado orientações no sentido de garantir a livre escolha da paciente e fazer indicações adequadas à situação clínica das usuárias sem oferecer riscos à saúde.

O sumário de indicações e contraindicações dos métodos anticoncepcionais será apresentado a seguir nas tabela 10, que sintetiza o que está preconizado pela OMS a partir de quatro categorias relativas à utilização dos métodos baseada em evidências. Essas categorias devem ser usadas como referência e adaptadas à realidade de cada país e/ou comunidade, são elas:

- a) a condição não restringe o uso do método contraceptivo;
- b) as vantagens em usar o método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado;
- c) os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens em usar o método nesta condição;
- d) o risco em usar o método nesta condição é inaceitável.

Nas tabelas, as siglas têm os seguintes significados:

NA = Não se aplica;

IMC = Índice de massa corporal;

PA = Pressão arterial;

AVC = Acidente vascular cerebral.

Tabela 10: Sumário de indicações e contraindicações dos métodos anticoncepcionais.

CONDIÇÃO	CONTRACEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-Cu	DIU-LVN
Características Pessoais							
Gestação	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4	4
Idade	Menarca a < 40 = 1 > 40 = 2	Menarca a < 40 = 1 > 40 = 2	Menarca a < 18 = 1 18 - 45 = 1 > 45 = 1	Menarca a < 18 = 2 18 - 45 = 1 > 45 = 1	Menarca a < 18 = 1 18 - 45 = 1	< 20 = 2 > 20 = 1	< 20 = 2 > 20 = 1
Tabagismo							
Idade < 35 anos	2	2	1	1	1	1	1
Idade > 35 anos							
< 15 cig/dia	3	2	1	1	1	1	1
> 15 cig/dia	4	3	1	1	1	1	1
Obesidade							
IMC = 30	2	2	1	2	2	1	2
Doença Cardiovascular							
Fatores de risco múltiplos							
Idade, tabagismo, hipertensão, diabetes	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Hipertensão							
História de hipertensão (incluindo hipertensão na gestação)	3	3	2	2	2	1	2
PA normalizada ou sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	3	3	1	2	1	1	1
sistólica > 160 ou diastólica > 100	4	4	2	3	2	1	2
Doença vascular	4	4	2	3	2	1	2
Trombose venosa profunda e embolia pulmonar							
História de TVP/EP	4	4	2	1	2	1	2
Atual TVP/EP	4	4	3	1	3	1	3
História familiar (1º grau)	2	2	1	1	1	1	1
Cirurgia com imobilização prolongada	4	4	2	2	2	1	2
Cirurgia sem imobilização	1	1	1	1	1	1	1

continua ...

Continuação

CONDIÇÃO	CONTRACEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-CU	DIU-LVN
Trombose venosa superficial							
Veias varicosas	1	1	1	1	1	1	1
Trombocleite superficial	2	2	1	1	1	1	1
Doença coronária	4	4	3	3	3	1	3
AVC	4	4	3	3	3	1	2
Doença valvular							
Não Complicada	2	2	1	1	1	1	1
Complicada	4	4	1	1	1	2	2
Doença Neurológica							
Enxaqueca							
Sem sintomas focais							
Idade < 35 anos	3	3	2	2	2	1	2
Idade > 35 anos	4	4	2	2	2	1	2
Com sintomas focais	4	4	3	3	3	1	3
Alterações no Trato Reprodutivo							
Padrão menstrual							
Sangramento intenso e irregular	1	1	2	2	2	2	2
Endometriose	1	1	1	1	1	2	1
Dismenorreia	1	1	1	1	1	2	1
Neo intraepitelial colo	2	2	1	2	2	1	2
Mama							
Doença benigna de mama	1	1	1	1	1	1	1
Histórico familiar de câncer de mama	1	1	1	1	1	1	1
Câncer de mama atual	4	4	4	4	4	1	4
Câncer passado (5 anos sem a doença)	3	3	3	3	3	1	3
Fibroma uterino							
Sem distorção da cavidade	1	1	1	1	1	2	2
Com distorção da cavidade	1	1	1	1	1	4	4

Continua ...

Continuação

CONDIÇÃO	CONTRACEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-CU	DIU-LVN
Doença inflamatória pélvica							
Atual ou < 3 m (inclue cervicite purulenta)	1	1	1	1	1	4	4
Vaginite sem cervicite purulenta	1	1	1	1	1	2	2
Risco de aumento de DST (parceiros múltiplos ou parceiro com múltiplos parceiros)	1	1	1	1	1	3	3
HIV / AIDS							
Alto-risco para HIV	1	1	1	1	1	3	3
HIV - positivo	1	1	1	1	1	3	3
aids	1	1	1	1	1	3	3
Alterações Endócrinas							
Diabetes							
Diabetes gestacional prévio	1	1	1	1	1	1	1
Nefropatia retinopatia neuropatia	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Outra doença vascular ou diabetes > 20 anos de duração	3/4	3/4	2	3	2	1	2

Fonte: Oppermann e Oppermann, 2004, p. 353.

4.6 Recomendações Práticas Selecionadas pela OMS para Uso de Métodos Anticoncepcionais

Os principais métodos anticoncepcionais utilizados na atualidade são o condom masculino e os contraceptivos orais.

Paralelamente, considera-se que os profissionais que atuam na atenção básica devam ser instrumentalizados para a adequada e segura técnica de inserção do dispositivo intrauterino (DIU).

Observe, nos dois subtópicos a seguir, alguns aspectos que devem ser ressaltados sobre os contraceptivos orais como anticoncepção hormonal combinada e sobre o DIU.

4.6.1 Anticoncepção Hormonal Combinada (ACHC)

Nos últimos anos as doses hormonais dos anticoncepcionais têm diminuído gradativamente, com o surgimento de novos progestágenos mais seletivos, além de novas vias de administração.

Acompanhe, no quadro 11, os fatores que devem ser considerados na orientação do uso deste método contraceptivo.

IDADE	Seu uso pode iniciar na menarca e continuar até a menopausa (categoria 2), a menos que existam doenças que contraindiquem seu uso. Deve-se levar em consideração o aumento do risco de doenças cardiovasculares a partir dos 40 anos de idade, o que leva à necessidade de acompanhamento médico.
LACTAÇÃO	Não devem ser utilizados antes de seis semanas pós-parto pelo aumento do risco de trombose materna e exposição do recém nascido aos esteroides sexuais. Para mulheres em amamentação exclusiva, esta restrição persiste até o sexto mês pós-parto.
FUMO	O consumo de mais de 15 cigarros ao dia aumenta significativamente o risco de infarto agudo do miocárdio em mulheres. Este risco está ainda maior quando associado ao uso de ACHC. Sua prescrição deve ser evitada em mulheres fumantes com mais de 35 anos.
OBESIDADE	O risco de doença cardiovascular e tromboembolismo está significativamente aumentado em pacientes com IMC acima de 40kg/m ² .
HIPERTENSÃO	Pacientes com hipertensão e uso de ACHC têm risco dez vezes maior de desenvolver isquemias e hemorragias. Mulheres com níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg devem ser advertidas quanto ao uso deste método.
TROMBOEMBOLISMO	Pacientes com história pregressa ou atual de tromboembolismo não devem usar este método contraceptivo. Entretanto, pacientes com história familiar pregressa podem fazer uso do método, após exames de rastreamento para trombofilias negativos.
ENXAQUECA	A Sociedade Internacional de Cefaleia classifica enxaqueca como sintoma focal de isquemia. A OMS contraindica o uso do método em pacientes com enxaqueca com sintomas focais.
USO DE FÁRMACOS	Alguns fármacos podem interferir com ACHC, como indutores das enzimas hepáticas (rifampicina, anticonvulsivantes e griseofulvina). Nestas pacientes, este método contraceptivo deve ser evitado.

Quadro 11 Orientação para utilização de métodos anticoncepcionais.

São casos de contraindicação absoluta ao uso de ACHC: neoplasia hormônio dependente; doença hepática ativa; porfiria, hipertensão pulmonar; hipertensão arterial sistêmica moderada ou grave; doença tromboembólica; doença isquêmica cardíaca, cerebral ou ocular; sangramento uterino anormal de origem desconhecida; diabetes insulino-dependente grave; lúpus eritematoso sistêmico.

Para fechar esta abordagem sobre ACHC, vamos falar sobre seus componentes:

- a) o componente **estrogênico** nos anticoncepcionais orais são etinilestradiol, enquanto nos injetáveis os estrogênios são naturais, como o valerato de estradiol;
- b) o componente **progestínico** dos anticoncepcionais hormonais é composto por agentes sintéticos derivados da 17-hidroxiprogesterona, da 19-nortestosterona ou da espironolactona. Os progestágenos mais usados são: levonorgestrel, noretindrona, acetato de ciproterona, desogestrel e gestodeno.

4.6.2 Dispositivo Intrauterino (DIU)

O dispositivo intrauterino (DIU) é o método contraceptivo mais utilizado em todo o mundo. Atualmente é parte do arsenal de métodos contraceptivos oferecidos pelos programas de planejamento familiar no Brasil.

O **DIU de cobre** é fornecido pelo Ministério da Saúde; prático, sem efeitos sistêmicos, pode ser usado pela maioria das mulheres, mesmo lactantes e nulíparas.

O **DIU T de cobre 380A** é um dispositivo de polietileno, com filamentos de cobre de 314mm² enrolados em uma haste vertical e dois anéis de cobre de 33mm² em cada ramo. Seu comprimento é de 36mm e a largura de 32mm. O corpo do DIU contém sulfato de bário, que o torna radiopaco. Ele tem uma duração de dez anos.

No manuseio clínico, é importante observar a orientação à paciente, a inserção, os efeitos colaterais e as complicações decorrentes do uso do dispositivo, bem como atentar para as situações de remoção do DIU.

A inserção do DIU é tecnicamente simples, podendo ser facilmente aprendida.

Os principais efeitos colaterais da adoção deste método contraceptivo são:

- a) aumento do fluxo menstrual;
- b) sangramento de escape;
- c) cólicas durante a menstruação e inserção do DIU;
- d) dismenorreia;
- e) cólicas ou dores pélvicas.



Saiba Mais

As seguintes leituras são recomendadas para o aprofundamento sobre as características dos métodos contraceptivos:

DIRETRIZES, normas e condutas. **Anticoncepção cirúrgica voluntária (ACV), feminina (LT) ou masculina (VAS)**. Disponível em:

<http://www.fcm.unicamp.br/diretrizes/d_n_c/criterios_%20med_eleg_met_%20ant/criterio_eleg_met_antic_pag2.html>. Acesso em: 10 maio 2010.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>>. Acesso em: 10 maio 2010.

OPPERMANN, K.; OPPERMANN, M. L. R. Anticoncepção. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Link para anticoncepcionais orais:

ANTICONCEPÇÃO hormonal. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dgineco/planfamiliar/anticoncepcao/hormonais_content.htm>. Acesso em: 10 maio 2010.

Link para revisão sobre uso de DIU:

MEDCENTER. Disponível em: <http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?LangType=1046&menu_id=49&id=667>. Acesso em: 10 maio 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Estamos concluindo a quarta unidade do Módulo 6 – Saúde da Mulher. Nossos principais objetivos eram que você conhecesse as políticas de planejamento familiar e os aspectos históricos envolvidos na sua construção, identificasse os indicadores de taxa de fecundidade e de uso de anticoncepcionais por grupo etário no Brasil e na sua área de abrangência, desenvolvesse uma visão crítica sobre a abordagem do planejamento familiar da ESF e da rede de atenção para sua efetividade e conhecesse os principais métodos contraceptivos com sua aceitabilidade, eficácia, reversibilidade, inocuidade, indicações e contraindicações.

Atingimos nossa meta? Então, vamos para a próxima unidade, em que abordaremos a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Boa leitura!

REFERÊNCIAS

BARBOSA, et al. **Mulheres jovens e menos instruídas se arrependem muito mais da laqueadura.** <<http://www.itapora hoje.com/?noticia=26491/mulheres-jovens-e-menos-instruidas-se-arrependem-muito-mais-da-laqueadura>>. Acesso em: 16 maio 2010.

BRASIL. Lei n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Portaria nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9263.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acesso em: 12 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade feminina e acesso a medicamentos.** Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/morbidade_feminina.php>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico.** 4. ed. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/planejamento_familiar_assistencia_1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS0-1/2001.** 2001. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2001.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.

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, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília, 2005a. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/.../cartilha_direitos_sexuais_reprod.pdf>. Acesso em: 4 maio 2010.

COELHO, E. de A. C.; LUCENA, M. de F. G. de; SILVA, A. T. de M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, jul./ago. 2009.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: taxa de fecundidade no Brasil, 1940-2000. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: PNAD. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1>. Acesso em: 11 jan. 2010.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: PNAD. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 18 fev. 2010.

OPPERMANN, K.; OPFERMANN, M. L. R. Anticoncepção. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.

UNIDADE 5

MÓDULO 6

5 ATENÇÃO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Uma atenção pré-concepcional, pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada implica compreender o processo saúde/doença sob uma nova óptica que compreenda a pessoa na sua integralidade, singularidade e multidimensionalidade, considere o ambiente no qual está inserida e valorize as pessoas, suas diferenças, identidades, crenças e demandas, e veja os seres humanos como sujeitos de direitos, merecedores de acolhimento, interesse, privacidade e compreensão. Neste modelo, o cuidado deve centrar-se no ser humano (gestante, parturiente, puérpera e lactante e familiar), na comunicação autêntica, no respeito à integridade e dignidade do outro, e devem ser estimuladas redes de cooperação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade (ZAMPIERI, 2006).

O cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento mais saudável. É condição indispensável para a prevenção de agravos, diminuição da morbimortalidade materna e fetal, fortalecimento dos potenciais da gestante, preparação para a maternidade e paternidade, aquisição de autonomia, tranquilidade e segurança na vivência do processo de nascimento (compreendido desde a pré-concepção até o pós-parto), formação da nova família e estruturação da personalidade do novo ser (ZAMPIERI, 2006).

Reflexão

Você já refletiu sobre o seu papel na atenção à gestante e à puérpera? Como tem sido o atendimento prestado por você? Ele se restringe à consulta, às aferições e medidas em um pequeno lapso de tempo? É apenas algo rotineiro e técnico? Você respeita as crenças e os valores da mulher? Quantas gestantes têm na sua unidade de saúde? Como cada membro da equipe pode contribuir? Quais suas atribuições?

Registre isto. Aproveite este momento e faça um levantamento das gestantes da unidade de saúde e da área de abrangência das equipes da saúde da família, cadastre-as para que você e sua equipe possam acompanhá-las com maior facilidade.

Qualificação, compromisso, disponibilidade e formação dos profissionais voltada para a promoção da saúde no período pré-concepcional e pré-natal, para a lógica do SUS, para o trabalho coletivo e participativo, são fundamentais para que mortes desnecessárias sejam evitadas.

De acordo com Enkin et al (2004), estudos epidemiológicos e de observação tendem a mostrar que mulheres que recebem assistência pré-natal no início da gravidez, e que comparecem a mais consultas pré-natais, tendem a apresentar menor mortalidade materna e perinatal, e melhores resultados da gravidez. Você sabia disso?

Foi pensando em todas essas questões que tangem ao ciclo gravídico-puerperal que desenvolvemos esta unidade, a fim de que você identifique o estado gravídico, os fatores de risco, as intercorrências clínicas mais frequentes e respectivos cuidados, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação da atenção à saúde da gestante; conheça os aspectos sociais, psíquicos, biológicos e culturais que envolvem o processo de gestação, parto, pós-parto e amamentação; seja instrumentalizado para assistir à mulher/gestante/parturiente e família na gestação, parto e pós-parto; e reflita sobre as ações de educação em saúde à mulher, acompanhante e/ou família.

Vamos lá? Aproveite e construa conhecimentos!

5.1 Atenção Pré-Concepcional e Pré-Natal

A atenção pré-concepcional contribui para a melhora das condições existentes mediante intervenções precoces antes da concepção e do início da rotina pré-natal, sendo um instrumento para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil.

O cuidado pré-concepcional deve incluir ações relacionadas ao planejamento familiar, aos hábitos de vida e à prevenção de doenças.



Na Prática

Quais gestantes da sua área de abrangência que neste último ano completaram os critérios preconizados pelo PHPN? Identifique os critérios que não foram cumpridos. Reflita sobre isto.

Em consonância com o PHPN e a Política Nacional Obstétrica e Neonatal, a atenção pré-natal deve ter os seguintes critérios:

- a) precocidade do atendimento, preferencialmente no primeiro mês;

- b) consultas periódicas mensais até a 36ª semana, consulta na 38ª semana e semanal a partir daí, totalizando, no mínimo, seis consultas na gestação;
- c) garantia de atenção ao parto e de acompanhante no parto e pós-parto (Lei do acompanhante Nº. 11.108, de 7 de abril de 2005);
- d) atividade educativa;
- e) atenção hierarquizada, integral e regionalizada, obedecendo aos sistemas de referência e contrarreferência e aos princípios de universalidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde;
- f) registro dos dados no sistema informatizado de monitoramento do pré-natal (Sisprenatal);
- g) finalização com a consulta puerperal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Além disso, deve ser solicitada uma bateria mínima de exames, que podem ser acrescidos de outros exames estabelecidos no protocolo do município de acordo com seu perfil epidemiológico.



Saiba Mais

Identifique quais são esses exames e veja a avaliação no seguinte manual:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.pdfdownload.org/pdf2html/pdf2html.php?url=http%3A%2F%2Fdtr2001.saude.gov.br%2Feditora%2Fprodutos%2Flivros%2Fpopup%2F.%2Fpdf%2F05_0151_M.pdf&images=yes>. Acesso em: 12 jan. 2010.

As evidências científicas atuais relacionam a realização da ultrassonografia no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais. Clinicamente e cientificamente não se comprova efetividade neste momento acerca da redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. Contudo, tardiamente por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, gestação de alto

risco ou notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto resultam na redução da morbimortalidade perinatal (ENKIN et al, 2004).

Os indicadores do Sis prenatal demonstram que, em 2002, apenas 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o conjunto mínimo de ações preconizadas pelo programa, e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (BRASIL, 2006). Apenas 41,01% das gestantes inscritas no programa receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (BRASIL, 2004a).

5.2 Fatores de Risco na Gestação e Pós-Parto: Riscos Clínicos e Sociais

O termo risco, conforme discutido na Unidade 3, em nível epidemiológico, é oriundo de uma visão do processo saúde-doença, denominada enfoque de risco. As gestações, segundo o enfoque de risco, são classificadas de acordo com o grau, em gestação de alto e baixo risco. As necessidades do grupo de baixo risco são atendidas em nível primário de assistência e as do grupo de alto risco (representando percentual de 10 a 20%) na atenção secundária e terciária, utilizando-se cuidados e equipe mais qualificados e especializados (BRASIL, 2006a).

É importante ressaltar que uma gestação definida como de baixo risco pode se transformar de alto risco de um momento para o outro, como também é possível uma gestação de alto risco, ao receber acompanhamento adequado, voltar à condição de baixo risco. A possibilidade de medir o risco, de acordo com Sarue et al (1984), está associada com a identificação, com a seleção e com a análise de fatores de risco, vinculados a uma maior probabilidade de danos em indivíduos ou grupos. No Brasil, por suas grandes dimensões, e sobretudo pelas diferenças socioeconômicas e culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para cada região. Os fatores geradores de risco, de modo geral, podem ser agrupados, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), em quatro categorias, que são:

- a) características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, que incluem idade menor que 15 e maior que 35 anos, baixa escolaridade, condições inadequadas e insalubres no trabalho, condição ambiental desfavorável, peso menor que 45 e maior que 75 kg, altura menor que 1,45 m, dependência de

drogas, situação conjugal insegura e não aceitação da gravidez, em especial dos adolescentes;

- b) história reprodutiva anterior à gestação atual com morte perinatal explicada ou inexplicada, recém-nascido com retardo de crescimento, pré-termo ou malformado, abortamento, esterilidade e infertilidade, intervalo intrapartal inferior a dois anos, nuliparidade ou multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia uterina anterior, pré-eclâmpsia e macrosomia;
- c) doença obstétrica na gravidez atual, destacando-se os desvios de crescimento uterino, gemelaridade, hidrâmnios, trabalho de parto prematuro e gravidez serotina, ganho ponderal inadequado, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, isoimunização e óbito fetal;
- d) intercorrências clínicas, entre elas as cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e epilepsias.

A caracterização de uma situação de risco não implica, necessariamente, referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada.

Ao necessitar referenciar, o profissional de saúde deve registrar os dados da consulta no prontuário e na folha de encaminhamento, esclarecendo o motivo da necessidade de referenciar a gestante.

Da mesma maneira deve agir a instituição que fizer a contrarreferência. A unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante, encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema, podendo fazê-lo através de visitas domiciliares (BRASIL, 2006a).

5.3 Pré-Natal Normal

Dentro deste tópico, faremos uma análise crítica dos cuidados dispensados no período pré-natal, partindo da consulta pré-natal e chegando ao exame físico.

5.3.1. Consulta Pré-Natal

A consulta pré-natal tem por finalidade:

- a) avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, garantindo o bem-estar do binômio;
- b) identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade que assegurem a ela o tratamento precoce das condições anormais;
- c) favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período, preparando-os para o parto e pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade (BRASIL, 2006a, ZAMPIERI, 2007).

As consultas de gestantes de baixo risco devem ser efetuadas de forma alternada por enfermeiras e médicos de família, devendo ser garantido que ambos as desenvolvam. Fazem também o acompanhamento pré-natal, de acordo com a especificidade da gestante, os demais membros da equipe de saúde: cirurgião-dentista, nutricionista, psicóloga, assistente social e demais profissionais, a fim de atender à gestante e à sua família em sua integralidade.

Os profissionais têm papel extremamente importante neste processo, colocando seus conhecimentos em prol da referida clientela, acolhendo as gestantes desde o início da gravidez, estando disponíveis e assumindo compromisso com a sua saúde.

Para tanto, a equipe de saúde deve estar capacitada e atualizada, ter segurança técnica, embasamento científico, sensibilidade para compreender o ser humano, suas crenças e valores e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. Deve estar sintonizada com novas propostas e experiências, com novas técnicas e, principalmente, reconhecer que a grávida é a condutora do processo, sendo a sua participação essencial (ZAMPIERI, 2007).

A adesão das mulheres ao cuidado pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (ENKIN et al, 2004).



Antes de falarmos da consulta, é importante você fazer uma leitura sobre modificações gerais e locais na gravidez, desconfortos gravídicos e diagnóstico da gravidez. Para facilitar o acompanhamento pré-natal, consulte:

REZENDE, J. de. **Obstetria**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1514p

NEME, B. **Obstetria básica**. São Paulo: Sarvier, 2000.

ZAMPIERI, M. F. M.; GARCIA, O. R. Z.; BOEHS, E. B.; VERDI, M. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Florianópolis: UFSC, 2007.

5.3.2 Ações na Consulta Pré-Natal

As atividades desenvolvidas no pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) e Zampieri (2007), são:

- a) confirmar a gravidez (amenorreia ou atraso menstrual até 12 semanas em mulheres sexualmente ativas e outros sinais de presunção);
- b) avaliar a idade gestacional e data provável de parto e reforçar a importância do pré-natal;
- c) cadastrar a gestante no Sis prenatal;
- d) fornecer o cartão da gestante;
- e) avaliar os aspectos fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos que envolvem a gravidez e o bem-estar materno;
- f) estimular comportamentos saudáveis;
- g) detectar os fatores de risco e intercorrências;
- h) avaliar o crescimento e o desenvolvimento fetal e suas condições fisiológicas;
- i) adotar medidas preventivas do tétano;
- j) detectar a utilização de tabagismo e de dependências químicas;

- k) detectar processos sépticos dentais e prestar orientações para a promoção e prevenção de problemas dentários e encaminhar para avaliação;
- l) detectar precocemente intercorrências ginecológicas mais comuns e doenças de transmissão sexual;
- m) prevenir e identificar os sinais de infecções;
- n) avaliar a situação, posição e apresentação fetal;
- o) desenvolver práticas sobre o ciclo grávido puerperal e cuidados;
- p) registrar dados no cartão e prontuário;
- q) definir um cronograma das consultas;
- r) referenciar a gestante em situação de risco e encaminhar para a maternidade quando entrar em trabalho de parto.

5.3.3 Primeira Consulta e Consultas Subsequentes

A consulta é constituída das seguintes etapas: histórico e anamnese; exame físico geral e bucal e exames complementares; levantamento de problemas ou dados; análise dos dados; plano de cuidados e registro.

O registro da evolução do tratamento é importante para a proteção da usuária, comprovação da realização das ações, garantia do pagamento da atividade após fechamento dos critérios mínimos do PHPN, e para o estabelecimento de indicadores no planejamento de saúde municipal, estadual e nacional (ZAMPIERI, 2007).

Você tem feito os registros no cartão da gestante, no prontuário e nos encaminhamentos que realiza?

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), fazem parte do histórico: dados de identificação da gestante, dados socioeconômicos, psicológicos e culturais, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos e obstétricos, dados sobre sexualidade e DSTs, intercorrências clínicas e cirúrgicas, exposição ambiental ou ocupacional de risco, história de violência, dados da gestação atual e motivo da consulta. Estes devem ser abordados na primeira consulta e aprofundados nas subseqüentes.

Na gestação atual, é preciso ter atenção quanto a queixas, necessidades e conhecimentos da gestante sobre o processo do nascimento, planejamento e aceitação da gravidez; sentimentos, medos e dúvidas; data da última menstruação (DUM), idade gestacional (IG) e data provável de parto (DPP); hábitos, dados antropométricos, desconfortos gravídicos e sinais característicos de gravidez; exames realizados; sexualidade; alergias; medicamentos utilizados; uso de drogas lícitas ou ilícitas; vacinas; alimentação; movimentos fetais, fatores de risco, queda do ventre, alterações ou infecções apresentadas; cuidados, entre outros.

5.3.4 Exame Físico

O exame físico é subdividido em geral e obstétrico.

O exame físico geral deve obedecer às normas usuais da propedêutica clínica, utilizando palpação, ausculta, percussão e inspeção. Neme (2000) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) recomendam que, na primeira consulta de pré-natal, sejam avaliados os sinais vitais, o peso, a altura, as mucosas visíveis, a pele (cor, umidade, cicatrizes e temperatura), a coloração dos fâneros, a região cervical e axilar por meio da palpação, a presença do edema e seja realizada a ausculta cardiopulmonar e o exame do abdômen e dos membros inferiores.

Já no exame físico-obstétrico, medidas antropométricas e sinais vitais fazem parte de todas as consultas. A inspeção geral abrange os aspectos gerais, as alterações no corpo da mulher, a estática e a avaliação da pele. Contempla todos os segmentos do corpo: couro cabeludo, face (mucosas oculares e orais, cavidade oral, olhos, nariz, dentes), pescoço, tórax, glândula mamária, abdome, extremidades inferiores e órgãos reprodutores. A palpação obstétrica inclui as manobras de Leopold, a verificação da altura uterina e a avaliação de edema. Temos ainda ausculta dos batimentos cárdio-fetais.



Saiba Mais

Consulte nas seguintes publicações o quadro do exame físico:
ZAMPIERI, M. F. M. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 2007. cap. 16. (Atenção Primária de Saúde, v. 2).

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2000. 1362p.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZIEGUEL, E. E.; CRANLEY, S. M. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 683p.

Durante a consulta, são realizados vários procedimentos e condutas para a avaliação da evolução da gravidez, que podem ser vistas em maior profundidade acessando o Manual de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, publicações indexadas sobre o tema, em Zampieri (2007), e bibliografias clássicas de obstetrícia.



Ambiente Virtual

Destacamos algumas questões indispensáveis em uma consulta que estão disponíveis para leitura no ambiente virtual.

Acesse-o já e leia o texto “Questões indispensáveis em uma consulta pré-natal”.

5.4 Intercorrências Clínicas Mais Frequentes

O processo da gestação nem sempre evolui de modo saudável, podendo a gestante apresentar intercorrências clínicas indesejáveis. As mais frequentes são: hiperêmese, síndromes hemorrágicas (abortamento, ameaça de aborto ou abortamento evitável, gravidez ectópica, mola hidatiforme, descolamento cório-amniótico, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta), anemia, hipovitaminose A, hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia, *Diabetes Mellitus* na gestação, hepatite B, toxoplasmose, infecção do trato urinário,

infecção por HIV, outras DSTs, gestação prolongada, varizes e tromboembolismo, parasitoses intestinais e aminiorexe prematura.



Saiba Mais

A definição de cada uma delas, caracterização, principais fatores de risco e tratamento estão descritos no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2009.

5.5 Preparação Para o Parto

Os sinais do verdadeiro trabalho de parto são: eliminação do tampão mucoso, contrações rítmicas (dois ou três em dez minutos) e rompimento das bolsas de água.

Orienta-se a gestante, se possível com o acompanhante, a procurar a maternidade, levando consigo todos os exames e caderneta da gestante, caso apresente estes sinais.

Durante a gestação, deve-se orientar sobre os tipos de parto e suas vantagens e desvantagens, ressaltando a importância do parto normal, e sobre o mecanismo do trabalho de parto.

Vale lembrar que a maternidade pode reforçar os exercícios respiratórios e os métodos não farmacológicos para alívio das sensações dolorosas, tais como, uso de chuveiro e da bola, massagens, música e deambulação.

Mediante constatação de falta de movimentação fetal, sangramentos e ausência de batimentos cardíaco-fetais, as gestantes devem ser encaminhadas à maternidade por escrito e com urgência.

5.6 Puerpério Normal e Patológico

É extremamente relevante que você revise os conteúdos sobre fenômenos regressivos do puerpério (involução uterina e loqueação), fenômeno progressivo (lactação), modificações locais e sistêmicas decorrentes da gestação e recuperação do parto, tempo de recuperação e cuidados no puerpério (período que inicia logo após a expulsão total da placenta e das membranas ovulares e se estende até o retorno das condições normais pré-gravídicas, durando em torno de seis a oito semanas ou mais, dependendo da duração da lactação).



Na Prática

Fique atento às alterações emocionais e psicológicas, uma vez que neste período a mulher apresenta grande labilidade emocional em função das alterações hormonais, adaptações a novos papéis assumidos na família e sociedade e mudanças de estilo de vida, e também sobre a patologia puerperal.

Vale lembrar que as principais alterações que constituem a patologia puerperal são:

- a) infecções;
- b) hemorragias;
- c) perturbações urinárias;
- d) tromboflebites;
- e) patologias mamárias (entre as quais destacamos a mastite).



Para obter maiores informações sobre o assunto, consulte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2009.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1514p

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvie, 2000.

ZAMPIERI, M. F. M.; GARCIA, O.R.Z.; BOEHS, E.B.; VERDI, M. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Florianópolis: UFSC, 2007.

SANTOS, E. K. A. dos. Puerpério normal. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 117-133.

5.7 Aleitamento Materno

As unidades básicas de saúde devem desenvolver práticas educativas e de assistência que promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno durante o pré-natal e o acompanhamento da mãe e da criança após o parto, alcançando preferencialmente 100% de cobertura da população-alvo.

Os profissionais das equipes de saúde da família devem conhecer a situação nacional e local da prevalência e duração do aleitamento materno, as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais de aleitamento materno e as evidências científicas que embasam as recomendações atuais da alimentação complementar de crianças em aleitamento materno. Além disso, devem estar devidamente capacitados para o manejo clínico da amamentação (conhecer a anatomia da mama, fisiologia da lactação, técnica da amamentação, posição e pega adequadas, ordenha manual da mama, principais intercorrências da amamentação, trauma mamilar, ingurgitamento mamário e mastite, entre outros).



No que se refere a importância do aleitamento materno e o manejo clínico da lactação, sugerimos que você assista ao filme: “Amamentação: muito mais do que alimentar a criança”, produzido pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria (2010).

Em relação à proteção ao aleitamento materno, sugerimos que você assista ao filme “NBCAL: para fazer valer a lei”, produzido e disponibilizado pela Rede IBFAN Brasil (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar). Este filme mostra como a sociedade civil se organiza para monitorar a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e de que maneira o governo brasileiro atua no cumprimento dessa fiscalização.

5.8 Consulta Puerperal

De acordo com o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a atenção à mulher e ao recém-nascido pelos profissionais da rede básica de saúde deve ocorrer na primeira semana após o parto, com a realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e de outra consulta puerperal até o 42º dia de puerpério.

Em um estudo efetuado por Serruya (2003), foi constatado que, por diferentes motivos, a consulta puerperal tem baixíssima frequência nas UBS, e os percentuais deste indicador (consulta puerperal e seis ou mais consultas de pré-natal) foram inferiores a 10%, conforme levantamento realizado no Sisprenatal em dois anos do estudo.

Esta consulta pode ser feita nas Unidades Básicas de Saúde ou no domicílio. A abordagem multiprofissional e interdisciplinar no âmbito do domicílio tem se mostrado uma boa estratégia de ação, permitindo aos profissionais apropriarem-se da realidade concretamente vivida pela família. Tal estratégia também facilita o cuidado e evita os vários deslocamentos da família à UBS para o comparecimento às consultas com cada profissional.

Na primeira consulta, é preciso ter atenção às necessidades da mulher, aos aspectos subjetivos e subliminares; mostrar disponibilidade, respeitar sua privacidade, conhecimentos prévios e valores, chamá-la pelo nome; se for seu desejo, convidar um familiar ou o companheiro para participar da consulta; estimular a expressão de sentimentos; e fortalecer suas capacidades para que assuma o controle de seu corpo, de sua vida e do bebê (ZAMPIERI, 2007).

Na consulta, registre os dados relativos ao pré-natal (número de consultas, intercorrências e orientações recebidas) e ao parto (tipo de parto, local e complicações).

Em relação ao puerpério, identifique o tempo de pós-parto, fique atento às queixas; conheça como foram a evolução e as intercorrências (sangramento, dores abdominais, vaginais e em MMII, retração do útero, presença de temperatura e eliminações, depressão ou labilidade intensa). Indague sobre alimentação, higiene, atividade sexual, uso de métodos contraceptivos, sono, repouso e cuidados tomados.

Questione sobre a história do aleitamento materno, anterior e atual, tipo de aleitamento (exclusivo ou misto) e intercorrências, uso de alimentação complementar inoportuna; verifique a pega (correta ou incorreta) e a sucção (facilidades e dificuldades), uso de chupeta, a posição para amamentar. Identifique a ocorrência de manejo inadequado no aleitamento (queixa que secou o leite ou é pouco leite, leite fraco, bebê recusa-se a mamar, dor, entre outros) e complicações (ingurgitamento mamário, traumas mamilares fissuras, maceração, escoriação e mastites e estimule o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado a partir daí com a introdução de alimentação complementar, até dois anos ou mais.

Quanto ao exame físico, realize-o no sentido céfalo-caudal, prestando atenção ao estado geral (postura, expressão facial, humor e aparência geral), à coloração e à umidade da mucosa ocular.

Verifique dados antropométricos e sinais vitais (pressão arterial e temperatura, principalmente), não se esquecendo de:

- a) avaliar as condições das mamas (tamanho, consistência, simetria, dor e tipo de mamilos), presença de ingurgitamento, fissura, escoriações ou mastite; hipo ou hipergalactia;
- b) observar eliminações: vesical (distensão, frequência, características da urina, disúria, incontinência ou retenção de urina), intestinal (observar a distensão abdominal, flatulência, número de evacuações) e loqueação (cor, quantidade e odor);
- c) observar involução uterina (altura, consistência e localização do útero) em relação à cicatriz umbilical;
- d) retirar pontos, quando indicado, em caso de parto cesárea, avaliando o processo de cicatrização;
- e) avaliar a episiorrafia (processo de cicatrização, presença de secreção, sangramento e hematoma) e observar queixas de dor;

- f) avaliar membros inferiores: varizes, edema, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e Sinal de Homans, que será positivo se a puérpera manifestar dor na panturrilha ao ser flexionado o pé, o que indica trombose profunda (SANTOS, 2002).

Por fim, vamos fechar esta unidade com algumas orientações que você, médico, profissional da saúde, deve dar à sua paciente: intervalo interpartal recomendado de, no mínimo, dois anos; retorno às atividades sexuais 30 a 40 dias após o parto; uso de contraceptivos (durante a amamentação pode-se usar a minipílula, o aleitamento como método - Método LAM, preservativos feminino ou masculino, injetável com progesterona, DIU após seis ou oito semanas pós-parto ou oito a 12 semanas pós-cesariana; alimentação (rica em ferro, proteínas e vitaminas) e hidratação, higiene, atividade física, segurança no trânsito; direitos da mulher (120 dias de licença maternidade e uma hora por dia liberada pela licença-amamentação) e do companheiro (cinco dias - licença paternidade); atividade físicas e a deambulação de acordo com o período de puerpério; cuidados com o recém-nascido (banho, trocas, cuidados e queda do coto umbilical, testes diagnósticos realizados no período neonatal - teste do pezinho, triagem auditiva neonatal e teste do reflexo vermelho do olho, imunizações, crescimento e desenvolvimento, caderneta de saúde); e sono e repouso.

Encaminhe sua paciente para nova consulta em 45 dias, lembrando-se de avaliar o esquema vacinal de tétano e rubéola, se necessário.



Saiba Mais

Sugerimos que você acesse os seguintes links:

IBFAN Brasil Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar.

Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

SENAC São Paulo. Disponível em: <<http://www.sp.senac.br>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

SÍNTESE DA UNIDADE

Estamos concluindo a quinta unidade deste módulo. Por meio dela, promovemos a identificação do estado gravídico e do que o tange, apresentamos os aspectos sociais, psíquicos, biológicos e culturais que envolvem o processo de gestação, parto, pós-parto e amamentação e levamos você à reflexão sobre as ações de educação em saúde à mulher e sua família.

Agora, partiremos para outra abordagem, dando enfoque às ações diante das principais queixas e agravos da saúde da mulher.

Vamos em frente?

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefias para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União** de 8 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 11 jan. 2010.

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, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4. ed. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/ acesso_rapido/gtae/saude_da_mulher/planejamento_familiar_assistencia_1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2009.

ENKIN, M. W. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2004.

NEME, B. **Obstetria básica**. São Paulo: Sarvier, 2000.

SANTOS, E. K. A. dos. Puerpério normal. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

SARUE, E. et al. **O conceito de risco e programação dos cuidados à saúde: manual básico de aprendizagem inicial**. Brasília, 1984.

SERRUYA, S. J. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)–Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Universidade de Campinas, São Paulo, 2003.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. 447 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ZAMPIERI, M. F. M; et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Florianópolis:UFSC, 2007. v. 2

UNIDADE 6

MÓDULO 6

6 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NAS PRINCIPAIS QUEIXAS E AGRAVOS DA SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher deve ser vista de forma ampla, percebendo-se que cada faixa etária apresenta problemas mais específicos, embora o avaliador não deva se restringir a eles, tentando identificar os problemas e agravos à saúde da mulher em esferas mais amplas e abrangentes.

A detecção precoce dos carcinomas ginecológicos tem fundamental importância, uma vez que o seu diagnóstico tardio é um fator que ainda determina o grande número de óbitos de mulheres no Brasil e no mundo.

As equipes, em seu processo de planejamento, devem contemplar estratégias de educação, informação e de busca ativa, visando ao rastreamento de carcinomas. Os eixos norteadores centrais devem pautar-se no conhecimento dos indicadores de morbi-mortalidade, que são a base para o planejamento do cotidiano das ações, contribuindo para reduzir doenças e agravos presentes nos ciclos de vida da população feminina atendida.

Desse modo, é essencial o reconhecimento da procura pelo cuidado da equipe de saúde como oportunidade para promoção, prevenção, diagnóstico, investigação e tratamento amplo e contínuo, contemplando todos os aspectos que possibilitem melhoria à saúde da mulher.

A fim de abordar estes temas de maneira mais aprofundada, queremos promover a identificação do papel da equipe multiprofissional no reconhecimento e no enfrentamento das queixas ginecológicas mais frequentes, dos cânceres ginecológicos mais frequentes e dos fatores de risco para carcinomas ginecológicos; o conhecimento e a implementação de medidas de busca ativa para a prevenção e a detecção precoce do câncer ginecológico; e o reconhecimento e a oportunização de situações que permitam identificar queixas ginecológicas associadas a eventos de violência contra a mulher.

Vamos ao primeiro tópico?

6.1 O Papel da Equipe Multiprofissional Face aos Principais Motivos de Consulta e às Queixas Ginecológicas Mais Comuns

Com foco na integralidade da atenção e nos conhecimentos dos aspectos fisiológicos presentes no ciclo de vida, os profissionais da equipe de saúde da família devem reconhecer que muitas mulheres procuram a equipe de saúde apenas por queixas ginecológicas.

“O sangramento uterino anormal, juntamente com a dismenorreia, a dor pélvica, a anticoncepção e a leucorreia, são os motivos mais frequentes de consulta em clínica ginecológica” (PESSINI, 2004, p. 452).

Contudo, este é um momento ímpar, que oportuniza uma avaliação mais abrangente da mulher. Tal avaliação pode identificar queixas e agravos não ginecológicos. Dentre esses, salientam-se os fatores de vulnerabilidade e risco, a associação entre queixas ginecológicas e violência de gênero e as comorbidades presentes nos ciclos de vida que devem delinear as escolhas terapêuticas.

Essa busca permite, ainda, a implementação de medidas de proteção, promoção e prevenção em saúde geral. Mas, como dissemos no primeiro parágrafo desta unidade, a maior procura pela equipe de saúde é, inicialmente, por queixas ginecológicas. E é sobre as principais queixas que falaremos a partir de agora.

6.1.1 Alterações do Ciclo Menstrual

A menstruação exerce um papel importante e sua experiência no ciclo de vida feminino sofre influência e, simultaneamente, é influenciada por inúmeros fatores que vão muito além do biológico, devendo ser compreendida pelos profissionais de saúde em sua complexidade.

Assim como a menarca implica transição importante, o climatério denota um momento que é, muitas vezes, carregado de estereótipos negativos. Além disso, dependendo como são vivenciadas as várias etapas do ciclo menstrual, a sintomatologia deve ser avaliada de forma consistente para maior resolutividade, quando esta se torna problemática.

Independentemente da queixa ginecológica estar associada a uma doença, você, como profissional da saúde, sempre deve dar apoio emocional, com discussão e orientação sobre o problema.

A menstruação é um fenômeno cíclico, que ocorre a cada 28 dias, com variação fisiológica de cinco dias para mais ou para menos na duração do ciclo, e cuja manifestação depende da integridade de um complexo mecanismo hormonal (o eixo hipotálamo-hipófise-ovário - HHO) e de um aparelho genital anatomicamente normal (útero e ovários).

A função ovariana (síntese hormonal e produção de gametas) é regulada por meio da secreção pulsátil do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) pelo hipotálamo e da secreção de gonadotrofinas folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH) pela hipófise.

Através dos conhecimentos obtidos pelos avanços da biologia molecular nos últimos anos, já está claro que várias moléculas e receptores estão envolvidos no **retrocontrole**¹, mas o conhecimento básico dos principais agentes envolvidos no ciclo menstrual normal já é suficiente para investigar e tratar as principais alterações do ciclo menstrual.

1 O retrocontrole é um mecanismo essencial que modula as várias etapas de produção e secreção hormonal.

As principais causas de sangramento uterino anormal são:

- a) sangramento disfuncional;
- b) leiomioma;
- c) adenomiose;
- d) endometrite;
- e) hiperplasia endometrial;
- f) pólipos endometrial;
- g) câncer do endométrio e de miométrio;
- h) anticoncepcionais hormonais e DIU.
- i) gravidez.

De acordo com Pessini (2004), apesar de ser o principal sinal do carcinoma genital, na maioria das vezes o sangramento não está associado à doença orgânica. A investigação e o tratamento do sangramento uterino anormal vão depender da idade e das condições gerais da paciente, dos dados de história e do exame físico, bem como dos achados de exames complementares.



Recomendamos a leitura do seguinte manual:

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. São Paulo: Artmed. 2003.

Vamos agora à segunda queixa ginecológica mais comum: o sangramento uterino disfuncional.

6.1.2 Sangramento Uterino Disfuncional

Conforme definição de Freitas et al. (2003), o sangramento uterino disfuncional (SUD) é a perda sanguínea oriunda da cavidade uterina na ausência de doenças orgânicas, determinada por alterações nos mecanismos neuroendócrinos que controlam a menstruação.

É uma queixa bastante frequente, que ocorre em toda a menacme. Cerca de 50% das pacientes com sangramento uterino disfuncional têm em torno de 45 anos de idade e 20% das pacientes acometidas são adolescentes.

Usualmente, o SUD está associado à função ovariana anormal e à anovulação, quando se manifesta mais frequentemente por uma hemorragia uterina irregular, indolor, abundante e fora de padrão. A origem é endometrial, atribuída às alterações nos mecanismos neuroendócrinos que controlam a menstruação.

Veja a classificação dos sangramentos, no quadro 12, a seguir:

SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL OVULATÓRIO	SANGRAMENTO UTERINO DISFUNCIONAL ANOVULATÓRIO
<p>Sangramento da ovulação (meio do ciclo): secundário à queda brusca dos estrogênios na rotura do folículo;</p> <p>Sangramento pré-menstrual: devido à produção insuficiente de progesterona, principalmente no climatério;</p> <p>Persistência do corpo lúteo (Halban): atraso menstrual seguido de perda sanguínea irregular;</p>	<p>Manifesta-se por alterações na quantidade, duração ou intervalo dos ciclos menstruais. A perda sanguínea normalmente é maior que 70 ml, a duração do fluxo é superior a sete dias e o intervalo pode ser menor que 21 ou maior que 35 dias. O mais importante é a queixa de mudança de padrão, pois usualmente uma paciente apresenta os mesmos parâmetros durante toda sua menacme.</p>

Quadro 12: Classificação dos sangramentos.

Fonte: do autor.

O diagnóstico do sangramento uterino disfuncional é de exclusão, essencialmente clínico, valorizando-se os dados observados na anamnese e nos exames físico e ginecológico. Deve-se ter em mente o diagnóstico de gestação, pois a causa mais comum de um sangramento de início abrupto e anormal é de uma gestação não diagnosticada.

Por múltiplos fatores (idade precoce, vergonha, medo da reação familiar ou do namorado, abuso sexual), muitas pacientes negarão a possibilidade de uma gestação. Por isso, o diagnóstico da existência ou não de gravidez deve fazer parte da investigação inicial nos casos de sangramento abrupto.

Deve-se excluir o diagnóstico de coagulopatias em crianças e adolescentes, responsáveis por 20% dos sangramentos nessa faixa etária, apesar de a principal causa ainda ser anovulação. O ginecologista deve oferecer à paciente uma avaliação diagnóstica custo-efetiva e minimamente invasiva, proporcionando um tratamento direcionado a cada caso.

6.1.3 Dismenorreia

A dismenorreia é uma dor em cólica no hipogástrio, acompanhada ou não de outras manifestações², que surge com o período menstrual.

2 Náuseas, vômitos, cefaleia, lombalgia, etc.

Também conhecida como algomenorreia ou cólica menstrual, acomete a maioria das mulheres. Em cerca de 10% a 15%, chega a interferir nas suas atividades. Incide nos diferentes grupos etários, sendo mais frequente na adolescência.

Esta queixa pode ser classificada como:

- a) primária, quando não existe patologia orgânica;
- b) secundária, quando for determinada por patologia orgânica, tais como endometriose, adenomiose, doença inflamatória pélvica, malformações uterinas, mioma uterino e pólipos endometriais.

Os fatores determinantes da dismenorreia primária não são totalmente conhecidos. As evidências sugerem como mais prováveis:

- a) fator psíquico ou emocional: baseado na convivência e história familiar de dismenorreia, tabus, falta de informações sobre a menstruação e imaturidade;

- b) prostaglandinas: estas substâncias estão elevadas, provocando aumento da contratilidade uterina com vasoespasma arteriolar, isquemia e dor.

Seu diagnóstico é fundamentalmente clínico e se baseia em uma acurada anamnese e exame físico geral e ginecológico.

Na anamnese, deve-se enfatizar a dor tipo cólica no hipogástrio, que surge e desaparece durante o período menstrual. Esse quadro inicia-se nos primeiros meses ou anos após a menarca, em concomitância com ciclos ovulatórios. É relevante a avaliação do perfil emocional.

O exame físico objetiva diagnosticar ou excluir doenças orgânicas.

Ainda se pode contar com exames complementares para o diagnóstico: ultrassonografia pélvica transabdominal ou transvaginal transabdominal para pacientes que não iniciaram a vida sexual; ultrassonografia transvaginal, preferencialmente, pois oferece melhor visualização das estruturas estudadas; e laparoscopia e histeroscopia, indicadas em casos selecionados.

Em adolescentes com dismenorreia intensa, que não melhora com as medidas habituais, e que se torna progressivamente mais intensa, não se deve excluir a possibilidade de endometriose. Em casos suspeitos, a melhor solução é encaminhar ao especialista, que poderá, eventualmente, indicar a laparoscopia diagnóstica/terapêutica.

6.1.4 Síndrome Pré-Menstrual

A síndrome pré-menstrual, também chamada tensão pré-menstrual, é um conjunto de sintomas e sinais físicos, psicológicos e/ou comportamentais que surgem durante a fase lútea, atenuando ou desaparecendo durante o período menstrual e com intensidade tal que interferem na vida da mulher.

Esta síndrome tem como características fundamentais a relação temporal com a menstruação e o caráter repetitivo.

Trata-se de queixa comum que ocorre em um grande número de mulheres. Com base em critérios rigorosos, apenas cerca de 5% devem ser caracterizadas como portadoras de síndrome pré-menstrual.

Várias etiologias se propõem a explicar a ocorrência da síndrome em questão: fatores hormonais (estrogênios, progesterona, PRL e androgênios), modificações hidroeletrólíticas (aldosterona, renina-angiotensina), deficiências de vitaminas, alterações dos neurotransmissores centrais e enzimas periféricas.

A síndrome pré-menstrual é classificada como:

- a) alteração relacionada ao metabolismo hidrossalino;
- b) alteração relacionada ao sistema nervoso central;
- c) sintoma álgico;
- d) modificação endócrina.

Assim como o diagnóstico da dismenorreia, o da síndrome pré-menstrual é fundamentalmente clínico, baseando-se na anamnese e no exame físico geral e exame ginecológico.

No exame físico, o principal objetivo é o diagnóstico ou a exclusão de doenças orgânicas que possam determinar manifestações semelhantes às da tensão pré-menstrual.

É importante salientar que, para caracterizar a síndrome pré-menstrual, o quadro deve apresentar caráter de repetição por mais de três ciclos consecutivos.

Veja, a seguir, no quadro 13, os principais sintomas e sinais físicos e psicológicos da tensão pré-menstrual.

FÍSICOS	Edema, ingurgitamento mamário, mastalgia, ganho de peso, distensão abdominal, cefaleia, fadiga, acne, alterações do hábito intestinal, dor nos membros inferiores e cólicas abdominais.
PSICOLÓGICOS	Irritabilidade, choro fácil, agressividade, ansiedade, depressão, insônia, dificuldades de concentração, alterações da libido, aumento do apetite, predileção por comidas doces ou salgadas, oscilação do humor, letargia, depreciação da autoimagem, perda do autocontrole e confusão.

Quadro 13: Sintomas e sinais físicos e psicológicos de tensão pré-menstrual.

Fonte: Do autor.

Na síndrome pré-menstrual, exames laboratoriais são indicados para o diagnóstico diferencial de pacientes com suspeita de patologias associadas e os exames são indicados de acordo com o provável diagnóstico clínico, são eles:

- a) distúrbios psicológicos e psiquiátricos;
- b) latrogenia;
- c) distúrbios neurológicos;
- d) distúrbios endócrinos;
- e) doenças da mama;
- f) doenças ginecológicas;
- g) distúrbios gastrintestinais;
- h) fadiga crônica.

Por ser uma moléstia de etiopatogenia ainda desconhecida, o tratamento específico da síndrome pré-menstrual se torna evidentemente difícil. Assim, o tratamento inicial consiste em tranquilizar, discutir e orientar a mulher sobre a síndrome em questão. Além disso, recomenda-se a prática de esportes e a redução de ingestão de sal, açúcar refinado e gordura animal.

Vamos, agora, à última queixa ginecológica mais comum: secreção vaginal e prurido vulvar. Siga adiante!

6.1.5 Secreção Vaginal e Prurido Vulvar

Uma das principais queixas ginecológicas na atenção primária é a presença de fluxo vaginal anormal. A anamnese e o exame físico, na maioria das vezes, são suficientes para o diagnóstico, sendo que a avaliação completa inclui, ainda, exame microscópico a fresco, mensuração do PH vaginal e cultura de secreção vaginal quando houver necessidade, sendo que a secreção vaginal anormal pode ser dividida em três grandes grupos: mucorreias, vulvovaginites e cervicites.

O quadro 14, a seguir, baseado em Naud et al. (2004), fala mais detalhadamente sobre cada um dos grupos. Leia-o.

MUCORREIAS	Quando há aumento sintomático da secreção vaginal fisiológica, denomina-se mucorreia. Este fluxo aumentado, que ocorre entre 5 e 10% das mulheres, não é acompanhado por odor, prurido ou outro sinal infeccioso, sendo as causas principais a ectopia e a gravidez, devendo o profissional de saúde tranquilizar a paciente, explicando que sua secreção vaginal é normal. Somente os casos de área de ectopia muito extensa ou presença de mucorreia intolerável devem ser encaminhados ao ginecologista para avaliar a necessidade de cauterização.
VULVOVAGINITES	As vulvovaginites têm como causa frequente a <i>Gardenerella vaginalis</i> (que, de fato, não produz sintomas inflamatórios, devendo ser classificada como vaginose), a <i>Candida albicans</i> (ambas podem habitar de maneira assintomática o meio vaginal) e a <i>Trichomonas vaginalis</i> (sempre classificada como doença sexualmente transmissível).
CERVICITES	O epitélio externo do colo do útero (a ectocérvice) é propenso a infecções que normalmente também acometem a vagina, como as vulvovaginites. Já o epitélio endocervical (que recobre o canal cervical), quando infectado, é acometido por organismos específicos, tais como <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> e, mais raramente, por <i>Trichomonas vaginalis</i> e <i>Herpes simplex</i> . A infecção do canal cervical é denominada cervicite ou endocervicite mucopurulenta. Em vista da escolha do tratamento, as cervicites podem ser divididas em gonocócicas e não gonocócicas.

Quadro 14: Classificação da secreção vaginal anormal.

Fonte: Do autor.

O prurido vulvar é outra queixa bastante presente, podendo se apresentar sozinho ou associado a outros sintomas crônicos, tais como queimação, dor, ou irritação, sendo então denominado vulvodinia.

Suas principais causas são de origem infecciosa, alérgica, traumática, neurológica, por doenças dermatológicas ou por neoplasias.

As detecções de hiperemia, lesões hipertróficas ou **acetobranças**³, são as principais causas para as quais é preciso fazer o diagnóstico diferencial a partir de uma anamnese detalhada e de um exame físico que permita tratamento ou encaminhamento para a colposcopia.

Estamos concluindo nossa visão sobre as principais queixas ginecológicas e podemos nos preparar para o próximo tópico: os tipos de cânceres ginecológicos mais frequentes.

Mas antes, leia atentamente o conteúdo do ícone a seguir, que fecha a discussão feita neste tópico.

De acordo com Faúndes et al (2000), diversos estudos evidenciam a associação entre história de violência sexual e algumas queixas

3 Um minuto após a aplicação de ácido acético 5%, evidenciam-se estas lesões, que são compatíveis com infecção por papilomavírus humano.

ginecológicas mais frequentes, tais como irregularidades menstruais, dor pélvica, dismenorreia, falta de libido e dispareunia, entre outros.

Você e sua equipe procuram discutir estratégias para identificar casos em que há possibilidade de esta associação estar ocorrendo?

6.2 Tipos de Cânceres Ginecológicos Mais Frequentes

O câncer de mama e o câncer de colo uterino são os cânceres ginecológicos que mais matam mulheres no país.

Entretanto, durante toda sua vida, apenas metade das mulheres realizam pelo menos um exame preventivo de câncer de colo uterino e apenas um terço delas serão submetidas a um único exame de mamografia.

No Brasil, a média geral de cobertura do exame de Papanicolau atinge apenas 13,5% das mulheres, e apenas cerca de 65% das amostras coletadas são consideradas aceitáveis. Assim, fica clara a importância dos serviços de atenção básica de saúde no esclarecimento, orientação e captação das mulheres para a realização de exames preventivos, e a necessidade da melhoria nas técnicas de coleta (BRASIL, 2007).



Saiba Mais

Acompanhe, a seguir, a ordenação dos cinco principais tipos de câncer nas regiões brasileiras, por 100 mil mulheres.

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. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

Retomando a informação dada anteriormente, que diz que os cânceres de mama e de colo uterino são os ginecológicos que mais matam mulheres no país, vamos falar especificamente sobre cada um deles.

6.2.1 Câncer de Mama

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2007), a cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Como foi discutido na Unidade 3, é preciso se atentar aos fatores de risco nos ciclos de vida. No caso do câncer de mama, os principais fatores de risco estão justamente 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. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco.

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, segundo dados do INCA (BRASIL, 2002), devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal.

As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente o mesmo se dá de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como Clemmesen's hook, (CLEMMENSEN, 1948) e tem sido atribuída à menopausa.

Alguns estudos apontam para dois tipos de câncer de mama associados à idade:

- a) o primeiro tipo ocorre na pré-menopausa e é caracterizado por ser mais agressivo e pelo estrogênio receptor (ER) negativo;
- b) o segundo ocorre na pós-menopausa e está associado com características indolentes e principalmente por ser ER positivo.

Segundo dados do INCA, em 2008, na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 68 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: 67 por 100 mil. No Centro-Oeste, 38 por 100 mil e, no Nordeste, 28 por 100 mil. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente, com estimativa de 16 por 100 mil (BRASIL, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda como principais estratégias de rastreamento populacional um 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.

O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independentemente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher.

Para mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos. Alguns preconizam que, para estas mulheres, seria recomendado que a primeira mamografia fosse realizada cerca de dez anos antes da idade em que a parente afetada foi diagnosticada (BRASIL, 2007).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

6.2.2 Câncer de Colo Uterino

Os achados clínicos relativos ao câncer de colo de útero dependem do estágio da doença. As suspeitas podem ser assintomáticas, ou podem partir dos seguintes sinais e sintomas: sangramento irregular, sinusiorragia, dor no baixo ventre, hematúria, enterorragia, secreção vaginal fétida e eventual achado de colo uterino heterogêneo ao ultrassom.

O exame de Papanicolau é um exame preventivo para o câncer de colo uterino, eventualmente se prestando a diagnosticar algumas infecções, como candidíase e vaginose. Preferencialmente, não deve ser colhido na vigência de infecções, que podem dificultar a análise citopatológica, gerar resultados inconclusivos e produzir insegurança na paciente frente a um diagnóstico incerto.

É essencial que o profissional que efetua a coleta esteja habilitado a fazer a aplicação de ácido acético a 5%, identificar lesões aceto-brancas suspeitas e realizar o teste de Schiller.

Pela incidência de exames preventivos falso-negativos, é fundamental que o profissional realize essa avaliação visual do colo,

que determinará, mesmo com preventivo normal, o seguimento e a investigação propedêutica adequada.

Um exame de fácil realização como o Papanicolau, feito por profissional treinado, possibilita o rastreamento de até 80% dos casos de câncer de colo uterino, e se as lesões iniciais forem tratadas de forma adequada, a redução da taxa de câncer cervical pode chegar a 90% (TAVARES; PRADO, 2006).

Sabe-se hoje que, para o surgimento do câncer do colo do útero, a condição necessária é a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Quase todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Outros fatores que contribuem para a etiologia deste tumor são o tabagismo, baixa ingestão de vitaminas, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce e uso de contraceptivos orais, conforme dados do INCA (BRASIL, 2002).

A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (BRASIL, 2007).

Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), em estudo realizado em Fortaleza, com mulheres entre 35 e 50 anos, portadoras de Carcinoma cervico-uterino, identificaram como causas impeditivas do diagnóstico precoce:

- a) sobrecarga de trabalho da mulher;
- b) superposição de tarefas;
- c) falta de atenção e cuidado com o próprio corpo;
- d) falta de noção da necessidade de prevenção nas diferentes fases da vida;
- e) dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Tais barreiras devem ser levadas em conta quando as equipe planejam estratégias de rastreamento para a prevenção do câncer de colo de útero.

É fato bem conhecido que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase

inicial. Diante desse fato, surge uma questão bastante instigante: por que o Brasil, apesar de ter sido um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolau) para a detecção precoce do câncer do colo do útero ou de suas lesões precursoras, ainda tem uma das mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer?

Uma das respostas possíveis para essa questão é que existe uma lacuna entre os avanços técnicos e o acesso da população a eles. É, portanto, fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidarem de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativa e qualitativamente capaz de suprir tal necessidade em todo o país.

O Ministério da Saúde possui uma série de programas e políticas para a prevenção e a detecção precoce do câncer ginecológico.

Até a década de 1990, o Papanicolau convencional era a principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento prioritariamente recomendada pelo Ministério da Saúde para mulheres de 25 a 59 anos. As recomendações do INCA são bastante esclarecedoras quanto à periodicidade dos exames preventivos (BRASIL, 2002, p. 28).



Saiba Mais

O INCA, que tem por missão realizar ações integradas para a prevenção e o controle do câncer, possui um site no qual os profissionais de saúde podem obter informações atualizadas nos aspectos gerais para discussão com os membros da equipe de saúde da família e com as mulheres atendidas, veja:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Perguntas e respostas sobre o câncer. 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=83>. Acesso em: 12 maio 2010.



Saiba Mais

Outra leitura recomendada é “Falando sobre Câncer de Mama: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>. Acesso em: 12 maio 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Chegamos ao final de mais uma unidade deste módulo. Começamos a discussão falando sobre as queixas ginecológicas mais frequentes e chamando sua atenção, como profissional da saúde, para a oportunidade de realizar diagnósticos mais profundos quando da busca por atendimento em função dessas queixas. Posteriormente, com a abordagem aos tipos de cânceres ginecológicos mais frequentes, concluímos uma discussão para dar início à última unidade do Módulo 6.

Vamos a ela? Estamos na reta final dos estudos relativos à saúde da mulher!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: 16 jan. 2010.

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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf. Acesso em: 10 fev. 2010.

CLEMMESSEN, J. Carcinoma of the breast: results from statistical research. **The British Institute of Radiology**, v. 21, p. 583- 590, 1948.

FAUNDES, A. et al. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v. 22, n. 3, p. 153-157, 2000.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

NAUD, P. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. São Paulo: Artmed, 2004.

OLIVERIA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cervico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2005.

PESSINI, S. A. Sangramento Uterino Anormal. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 2004, p. 452-459. Cap. 46.

TAVARES, C. M. A.; PRADO, M. L. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto, Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.578-586, out./dez. 2006.

UNIDADE 7

MÓDULO 6

7 ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO

É muito provável que você já tenha lido ou ouvido sobre o número de pessoas na terceira idade que está aumentando na população brasileira, que as mulheres têm maior expectativa de vida que os homens e que é necessário desenvolver atividades com esta parcela da população visando a uma vida mais saudável.

Ao mesmo tempo, certamente nas consultas e no diálogo com mulheres, elas informaram que estavam na menopausa ou que sentiam calorões devido à idade. Mas, você já estudou profundamente o tema? Já se questionou sobre os conceitos de menopausa e climatério? Tem alguma mulher próxima a você que esteja vivenciando estes períodos – vizinhas, tias, mães, colegas de trabalho? Na unidade de saúde, existe algum serviço que contemple esta questão? Na universidade, este tema já foi debatido? O que você leu a respeito?

Dialogue com alguma mulher na faixa dos 45 anos ou mais, a respeito e veja o que ela sabe sobre climatério e sobre os cuidados que pode realizar.

Depois disso, convidamos você a estudar um pouco mais e refletir acerca desta temática, a fim de identificar o climatério e conhecer a implicação dos aspectos socioculturais, psicológicos, sexuais e as possíveis repercussões clínicas das mudanças endócrinas nesta etapa do ciclo biológico de vida da mulher; conhecer os principais determinantes e o perfil epidemiológico relacionado à morbimortalidade das mulheres no período do climatério; e instrumentalizar você, profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), para acompanhamento multiprofissional sistemático das mulheres no período do climatério objetivando promover a saúde, efetuar diagnóstico precoce, tratar imediatamente os agravos e prevenir danos.

7.1. O Climatério no Ciclo de Vida da Mulher

Dados estatísticos revelam que o Brasil é um país que está envelhecendo: é o sexto país em número absoluto de pessoas com mais de 60 anos. Uma das principais consequências deste quadro é a dificuldade em planejar as ações no Sistema de Saúde (BRASIL, 2002). Isto se evidencia na população feminina (igual a 96.293.080 de mulheres em 2007, conforme informações do Ripsa, em 2008), por constituir a maioria dos usuários que procuram os serviços de saúde e possuir esperança de vida ao nascer de 72,9 anos. Nesse

universo, cerca de 30 milhões têm entre 35 e 65 anos, o que significa que 32% destas mulheres estão na faixa etária em que ocorre o climatério (BRASIL, 2008).

O climatério (do grego, *Klimáter*) é o período transicional, polêmico e crítico, compreendido entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, que geralmente ocorre entre os 37 e os 65 anos de idade, ocasião em que os ovários têm sua produção estrogênica reduzida e insuficiente para garantir a reprodução e a manutenção das características funcionais dos órgãos sexuais femininos (FEBRASGO, 2004; GONÇALVES; MERIGHI, 2007; ZAMPIERI et al, 2009).

Grande parte delas viverá um terço de suas vidas acima dos 50 anos (IBGE, 2010), gerando necessidade de atenção específica e esforços em direção ao viver melhor, devendo ser estabelecidas condições que permitam a elas melhor qualidade de vida.

É necessário capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para atender a esta parcela da população na atenção básica, aproveitando todas as ocasiões em que a mulher procura a unidade de saúde para desenvolver ações de promoção, prevenção e/ou recuperação, de acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional.

Em nível de gestão, é importante incluir rotinas, fluxos e protocolos para otimizar o atendimento e a utilização dos recursos do SUS e estabelecer parcerias com os diversos níveis de complexidade e setores de saúde para que se concretizem as referências e contrarreferências.

É fundamental que os profissionais compartilhem conhecimentos com as mulheres e os familiares sobre mudanças e cuidados necessários; propiciem espaços coletivos (grupos) que permitam a expressão de sentimentos, medos e dúvidas; promovam a reflexão sobre questões de gênero e o desenvolvimento de ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças com vistas à autonomia e ao protagonismo da mulher (ZAMPIERI, 2009).

O climatério é dividido em quatro etapas ou estágios, de acordo com o *Stages of Reproductive Aging Workshop*, de 2001:

- a) transição menopausal, que vai dos 37 aos 46 anos;
- b) perimenopausa, dos 46 aos 50 anos;
- c) pós-menopausa, dos 51 aos 65 anos;
- d) terceira idade, após os 65 anos (GONÇALVES; MERIGHI, 2007).

Popularmente, o termo menopausa é utilizado como sinônimo de climatério, mas ela é somente a parada espontânea das menstruações durante, pelo menos, 12 meses consecutivos, sem que haja causas patológicas ou psicológicas e intervenções médicas. Frequentemente ocorre durante o climatério, por volta de 51,4 anos, podendo variar dos 48 aos 55 anos (FEBRASGO, 2004, BORYSENKO, 2002). Temos, ainda, a menopausa artificial, que é a cessação permanente da função ovariana por remoção cirúrgica dos ovários ou radioterapia.

Você já parou para refletir sobre por que há tanta preocupação com o climatério? Qual é a razão desta parcela da população ser alvo de políticas na área da saúde?

O climatério não é apenas um marco temporal, mas um processo inerente ao desenvolvimento feminino que nem sempre se associa aos sinais e sintomas que caracterizam a síndrome climatérica. Assim, com o declínio dos níveis de estrógenos, podem ocorrer alterações hormonais, metabólicas, somáticas, psíquicas e sociais (INTERNATIONAL MENOPAUSE, 1999).

Ele é considerado um marco biológico, no qual a mulher passa por uma experiência existencial profunda no âmbito das relações sociais, na vida conjugal, profissional e espiritual, sofrendo influências do contexto sociocultural e, principalmente, da família em que vive. Pode passar despercebido em função das outras demandas da vida ou antigos conflitos podem emergir e serem revividos nesta fase. O climatério pode ser vivenciado de forma patológica, representando perdas e ameaças, necessitando, às vezes, de suporte médico e uso de medicamentos. O sentimento de perda do principal papel que exercia na sociedade com o fim dos anos que podia conceber pode levar a mulher, na velhice, à sensação de que já cumpriu seu papel, de que não tem mais condições de criar ou refazer sua vida, de que não tem mais poder de sedução e capacidade para exercer sua sexualidade, deixando de existir e perdendo sua identidade como mulher.

A menopausa pode representar, para algumas mulheres, a paralisação do próprio fluxo vital, levando-as à insatisfação e à desmotivação e provocando uma sensação de tragédia eminente (BRASIL, 2008).

Corroborando esta ideia o fato de a sociedade ocidental valorizar a aparência, o útil e o produtivo, o vigor e o ritmo acelerado da juventude, e deixar de valorizar qualidades que a maturidade permite conquistar: ponderação, experiência e serenidade.

Por outro lado, este período pode ser vivenciado de maneira saudável, constituindo-se em uma oportunidade de viver experiências gratificantes, favorecendo a reflexão sobre a trajetória de vida, a renovação, o crescimento, a maturidade e a realização (LANDERDALL, 1997, LOPES; COSTA, 2000).

O climatério traz para a mulher a oportunidade de viver experiências gratificantes que não podem ser sentidas e compreendidas da mesma forma por pessoas mais jovens. A mulher climatérica, ao passar por este processo, assume o compromisso com sua existência, toma consciência de suas limitações como existência finita, e busca a qualidade de vida e cuidar de sua saúde, atendendo o chamado do próprio ser (LOPES; COSTA, 2000, ZAMPIERI 2007).

Ainda dentro do assunto climatério, vamos acompanhar suas alterações no subtópico a seguir.

7.1.1 Alterações no Climatério a Curto, Médio e Longo Prazos

O climatério apresenta, em razão das modificações hormonais e metabólicas, as alterações, que podem ser classificadas como precoces, de médio prazo e tardias. Além dos fatores fisiológicos, interferem os fatores socioculturais, determinados pelo ambiente da mulher, e os fatores psicológicos, dependentes da estrutura do caráter da mulher (ZAMPIERI, 2007).

Com respeito aos fatores ambientais, fatores extrínsecos, como o estilo de vida (atividade física, dieta e tabagismo), podem influenciar diretamente os sintomas na perimenopausa.

As alterações de curto prazo são chamadas de alterações transitórias. Ocorrem distúrbios neuroendócrinos, que podem coincidir com a crise de identidade, caracterizadas pela perda da autoestima, insegurança e medo de rejeição. Nesta fase, as queixas mais frequentes são: ondas de calor ou fogachos, sudorese e calafrios; cefaleias, tonturas, parestesia e palpitações; labilidade emocional, depressão, insônia, fadiga, letargia, irritabilidade e perda de memória; diminuição da libido e alterações dos ciclos menstruais (BRASIL, 2008).

Acompanhe no quadro 15, abaixo, três alterações de curto prazo muito evidentes mais detalhadas:

ALTERAÇÃO MENSTRUAL	Durante a fase da transição menopausal, os ciclos menstruais apresentam variações na regularidade e nas características do fluxo. Podem ocorrer ciclos proio ou polimenorreicos (intervalos menores que 21 dias), com fluxo diminuído ou aumentado. Após esta fase inicial, comumente passam a ocorrer ciclos anovulatórios, que se entremeiam com os ovulatórios, ausência de menstruação ou hemorragias, podendo iniciar o maior espaçamento entre as menstruações (oligomenorreia: intervalos maiores que 35 dias) (FREITAS, 2001).
ALTERAÇÕES OVARIANAS	Há perda progressiva contínua dos folículos primordiais dos ovários durante a vida intrauterina e nos anos de reprodução até a menopausa. Na perimenopausa, o número de folículos ovarianos diminui substancialmente e os remanescentes respondem mal ao hormônio folículo estimulante (FSH) e ao hormônio luteinizante (LH). Como resultado, ocorrem ciclos irregulares por conta da ovulação errática. Há exaustão dos folículos ovarianos pela falência ovariana e redução de estrógenos.
FOGACHO OU "ONDA DE CALOR"	É um dos sintomas mais comum nas mulheres ocidentais, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério. Apresentada por 85% das mulheres, pode permanecer por cinco a dez anos pós-menopausa. Manifestam-se como sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face, seguida por rubor facial, que pode irradiar-se pelo pescoço e outras partes do corpo, acompanhada, na maioria das vezes, de sudorese. Além disso, pode ocorrer palpitação e, mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. Sua intensidade varia muito, desde muito leve a intenso, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia. A duração pode ser de alguns segundos a 30 minutos. A etiologia das ondas de calor é controversa, sendo atribuída, na maioria dos estudos, a alterações no centro termorregulador, provocadas pelo hipoestrogenismo, levando a um aumento na noradrenalina e aumento dos pulsos de GnRH e do hormônio luteinizante (LH).

Quadro 15: Alterações de curto prazo no climatério.

Fonte: Do autor.

O consumo de bebidas alcoólicas e de líquidos e alimentos quentes, ambientes com alta temperatura, estresse, emoções intensas, aglomerações de pessoas, ambientes abafados e uso de roupas quentes estão associados com o desencadeamento dos fogachos. Portanto, devem ser evitados (BRASIL, 2008).

As alterações de médio prazo consistem das manifestações atróficas do sistema geniturinário e alterações de pele. Estas, com as tardias, são chamadas de alterações não transitórias. As principais alterações de médio prazo que ocorrem no climatério estão organizadas no quadro 16, a seguir:

PELE E MUCOSAS	Ressecamento ou prurido, fragilidade, perda de elasticidade e flexibilidade da pele; cabelos secos e de fácil queda, hirsutismo secundário, boca seca, alterações de voz.
VULVA E VAGINA	Dispareunia, secreção sanguinolenta, prurido vulvar, secura vaginal, diminuição das rugas vaginais, diminuição de pêlos pubianos, redução de lubrificação pelas glândulas de Bartholin e os grandes lábios tornam-se menores. Ambiente alcalino favorece as infecções vaginais. Podem ocorrer sintomas de cistite ou uretrite, após coito demorado ou repetido em curto intervalo de tempo.
SISTEMA URINÁRIO	Polaciúria e/ou urgência; incontinência de esforço; síndrome uretral (caracterizada por sintomas como disúria, urgência urinária e aumento da frequência urinária); prolapso vesical e uretra; uretrite senil ou uretrite atrófica secundária, caracterizadas pela urgência e frequência urinária; disúria e dor suprapúbica, na ausência de infecção das vias urinárias.
ÚTERO	Prolapso de útero.
MAMAS	Reduzido, consistência mais flácida, queda.

Quadro 16: Alterações de médio prazo no climatério.

Fonte: Freitas, 2001; Brasil, 2008.

Por fim, as alterações tardias são resultantes de longa privação do efeito dos esteroides sexuais, que conduzem às modificações das lipoproteínas e do metabolismo ósseo mineral. Em consequência, o quadro pode ser acompanhado de doença cardiovascular e osteoporose: angina, cardiopatia coronariana; fratura de quadril ou punho, dor nas costas (ZAMPIERI, 2007).

A condição do hipoestrogenismo pode influenciar a elevação dos níveis de colesterol e triglicérides, ocorrendo aumento nas taxas de LDL e diminuição nas de HDL (BRASIL, 2008).

No período inicial, de até quatro ou cinco anos após a menopausa, ocorre perda acelerada de massa mineral óssea, sendo menor após este período. Esta perda óssea acarreta osteopenia, que é definida como redução na calcificação ou densidade óssea. Posteriormente, sobrevém a osteoporose menopáusicas, em geral dentro de 15 a 20 anos de menopausa. A osteoporose é a condição em que o esqueleto está suficientemente comprometido pela redução da massa por unidade de volume ósseo, de modo que há um aumento significativo do risco de insuficiência esquelética (fratura), mesmo na ausência de traumatismo (ZAMPIERI, 2007).

As mulheres no climatério podem apresentar diminuição acelerada da massa óssea após a última menstruação. Nos primeiros cinco a dez anos que seguem a última menstruação, essa perda pode ser de 2 a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso

cortical (BRASIL, 2008). As três fraturas mais comuns nas mulheres pós-menopáusicas são:

- a) de vértebras;
- b) do rádio ultradistal e;
- c) do colo do fêmur.

Por comprometer, em maior intensidade, os corpos vertebrais, a queixa mais frequente é a lombalgia.

Evidências sugerem que, se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair dramaticamente. A prevenção deve começar na infância com a realização regular de exercícios associada a uma dieta equilibrada e rica em cálcio e exposição regular ao sol (que converte a pró-vitamina D3 em vitamina D3), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão (BRASIL, 2008).

As vitaminas A, C e D, além de Cálcio, Magnésio, Boro, Manganês e vitamina K são imprescindíveis para a formação de massa óssea. As deficiências de sais minerais, vitaminas essenciais e proteínas na alimentação acarretam distúrbios na função osteoblástica.

A osteoporose e a densidade esquelética (calcificação) diminuída podem ser evitadas por tratamento profilático. Vale lembrar que elas são responsáveis por um milhão e meio de fraturas anuais.

7.2 Atividade Sexual no Climatério

A atividade regular sexual não se altera no climatério. No entanto, a interrupção prolongada da atividade sexual pode permitir um estreitamento significativo e atrofia da vagina, podendo levar à dispareunia ao retorno da prática do ato sexual.

A resposta sexual permanece íntegra, mas devido às alterações neuroendócrinas e circulatórias relacionadas, o padrão de resposta é mais lento e menos intenso (fase de excitação), mas nem por isso menos prazerosa ou satisfatória. O tempo para que haja lubrificação labial e vaginal, e elevação do tecido clitoriano aumentam. O número de contrações uterinas com o orgasmo diminui e podem ser dolorosas. A incidência do rubor cutâneo está diminuída e a

tensão muscular também. O tempo de orgasmo diminui e a fase de resolução é mais rápida.

As modificações que ocorrem no corpo da mulher afetam sua sexualidade em relação à experiência da juventude. O final do período reprodutivo deve ser visto como um aspecto positivo para a mulher, no exercício de sua sexualidade, ou seja, deve torná-la receptiva e relaxada e disposta a esta atividade, uma vez que está descartada a possibilidade de uma gravidez (LOPES; COSTA, 2000).

7.3 Abordagem Terapêutica: Tratamento Hormonal e Não Hormonal

Qualquer que seja a abordagem terapêutica, é essencial observar que a atenção integral à mulher no climatério inclui medidas gerais, orientação dietética e apoio psicológico. A mulher é protagonista de sua vida e a ela caberá, desde que devidamente informada e com apoio profissional, a opção de como vivenciar esta fase e que cuidados necessita tomar.

A instituição de tratamento específico, como a terapêutica medicamentosa hormonal ou não hormonal e/ou terapias não medicamentosas, pode ser necessária quando bem indicada.

A terapêutica hormonal (TH), quando adotada, deve ser individualizada às necessidades da mulher e é condicionada à fase em que ela se encontra, isto é, na transição menopausal (perimenopausa) ou após a menopausa (BRASIL, 2008), e é a partir dela que começaremos as abordagens terapêuticas.

7.3.1 Tratamento Hormonal

Na terapêutica de reposição hormonal no climatério, são empregados os estrogênios, os progestagênios associados ou isolados e, eventualmente, os androgênios. Nas mulheres que apresentam útero intacto, utilizam-se estrogênios em associação aos progestagênios. Pacientes histerectomizadas dispõem o emprego de progestagênios. Os estrogênios são utilizados, em terapia de reposição hormonal (TRH), em doses capazes de aliviar os sintomas vasomotores, prevenir ou tratar a atrofia urogenital e a osteoporose. Podem ser administrados por via oral ou não oral⁴.

Estas são representadas 4
pelas vias: vaginal, nasal,
transdérmica (adesivo
ou gel) e implantes e
subcutâneos.

O tratamento pela administração de hormônios visa, em especial, a combater os sintomas vasomotores, o ressecamento vaginal (que causa a dispareunia) e da pele, preservar a massa óssea, melhorar o sono, impedir a deterioração da função cognitiva e estimular a libido. Reduz significativamente, segundo estudos, o câncer de cólon retal (BRASIL, 2008).

Para implementar a TRH, de acordo com Pinto Neto e Lima (2000), afastadas as contraindicações e observados os riscos, tem que se considerar as diferentes vias de administração, analisando-as em função de sua eficácia, da sintomatologia apresentada, dos tipos de esteroides, da dose e esquema a serem empregados, da aceitação por parte da mulher, como também pelo aparecimento de efeitos colaterais.

Para Zampieri, et al (2007), é imprescindível que se faça uma boa anamnese, exame físico e laboratorial para decidir pelo uso da reposição hormonal e como fazê-la, sendo esta conforme a necessidade de cada mulher.

É importante enfatizar que os riscos e os benefícios dependerão de indicação correta, respeito às contraindicações, acompanhamento e uso da menor dose eficaz e por tempo menor possível, devendo ser interrompido assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios (BRASIL, 2008).

O estudo *Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial* (WHI), iniciado em 1997 nos Estados Unidos, com 16.680 mulheres que utilizavam a reposição hormonal combinada (Premelle, no Brasil), foi suspenso em virtude de os riscos ligados a este tratamento serem superiores aos benefícios. Entre os riscos, temos derrame cerebral, câncer de mama, enfarte e trombose (PORTAL DE GINECOLOGIA, 2010).

Em relação aos riscos da reposição, temos:

- a) aumento do câncer do endométrio e câncer epitelial de ovário (neste caso, uso por mais de dez anos), que diminui quando se associa um agente progestacional (FREITAS, 2001);
- b) aumento de câncer de mama, sendo comprovado por algumas pesquisas que o risco aumenta após cinco anos de uso, alertando para não repor hormônios como prevenção, e sim para tratar sinais e sintomas, observando o risco-benefício (ABREU; FRANCISCHETTI, 2001);
- c) aumento de formação de cálculos no colédoco.

Estudos apontam que parece não haver interferência em relação à hipertensão.

Os efeitos da reposição hormonal na doença de Alzheimer são ainda questionáveis, sobretudo após os resultados do estudo WHI. Mulheres em uso de terapia antirretroviral devem ser avaliadas com reserva em relação ao uso de TH.



Conheça melhor este assunto acessando:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2010.

Segundo o manual de atenção à mulher no climatério/menopausa (BRASIL, 2008), há contraindicações absolutas e relativas ao uso de terapia hormonal. Veja quadro 17.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
Gravidez; sangramento genital anormal não esclarecido; distúrbios tromboembólicos ativos; neoplasia de útero ou de mama, conhecida ou suspeita; doença hepática aguda e grave; câncer de endométrio; porfíria.	Diabetes mellitus não controladas; miomas uterinos; hipertensão arterial; antecedentes familiares de câncer de mama e de útero; endometriose; tabagismo.

Quadro 17: Contraindicações da terapia hormonal.

Fonte: Do autor.

7.3.2 Tratamento Não Hormonal

Este tratamento pode melhorar os sintomas vasomotores (especialmente quando leves ou moderados) e os quadros de ansiedade e depressão.

- a) ciclofenil: ação na redução do FSH e prolactina (200 a 400mg/dia);
- b) veraliprida: ação em nível central (100mg/dia);
- c) tranquilizantes ou ansiolíticos: de preferência diazepínicos;
- d) clonidina: atuação central (0,1 mg/2xdia) - Ação hipotensora, agonista alfaadrenérgico;
- e) nicergolina 300mg/dia: ativadora do metabolismo cerebral;
- f) propanolol 80mg/dia: ação beta-bloqueadora;
- g) antidepressivos (Carbonato de lítio 300mg/dia: ação central; Imipramina 25 a 50mg/dia: ação central, Nomifensina 25 a 50mg/dia: ação central);

- h) antidepressivos Tetracíclicos Cloridrato de fluoxetina 20mg/dia: ação central.

Os moduladores seletivos de receptores de estrogênio, denominados genericamente Serm, podem conferir os benefícios do estrogênio sem seus riscos. O raloxifeno, um Serm de segunda geração, diminui a perda óssea, não afeta o endométrio e tem efeito protetor quanto ao câncer de mama. Seu papel na prevenção secundária de doença cardiovascular ainda está sendo investigado, havendo estudos que indicam aumento de doenças tromboembólicas, em função da redução do colesterol total e de LDL-colesterol, e outros que contraindicam pelo risco de doença coronariana, o que necessita ser confirmado por estudos. Aumenta, ainda, a incidência de fogachos e câimbras. O tamoxifeno tem ação positiva na circulação, para osteoporose e proteção conta o câncer de mama (PORTAL DE GINECOLOGIA, 2010).

Dentro do tratamento não hormonal, pode-se falar também dos fitoestrógenos, que são substâncias presentes em plantas e possuem atividades biológicas semelhantes às dos estrogênios.

Em função do consumo de fitoestrógenos (50 a 150 mg diários), as mulheres asiáticas mostram incidência de fogachos bem menor que em mulheres americanas e europeias, sendo necessário realizar pesquisas para avaliar se o aumento de fitoestrogênios na dieta da mulher ocidental pode promover efeitos positivos na sua saúde (PORTAL DE GINECOLOGIA, 2010).

Estudos apontam que seu uso é benéfico para o sistema cardiovascular, pelo efeito favorável sobre o perfil lipídico e para a diminuição da intensidade e da frequência dos sintomas vasomotores. Eles podem ser consumidos como alimentos ou como medicamentos. As três principais classes de fitoestrogênios são:

- a) isoflavonas, que são as mais importantes e com maiores ações estrogênicas, destacando-se a genisteína e a daidzeína, presentes em grande quantidade na semente ou gérmen de soja, na ervilha verde, na lentilha, no feijão e seus derivados e em legumes;
- b) coumestanos, com destaque ao coumestrol, encontrado em brotos de feijão, da soja e, principalmente, da alfafa;
- c) llignanos, destacando-se o enterodiol e a enterolactona, encontrados em grãos oleosos como a linhaça, farelos de cereais, cereais integrais, vegetais, legumes e frutas.

Devido à dificuldade de se promover modificações dietéticas, um grande número de preparados comerciais com várias concentrações de fitoestrogênios de diferentes origens tem surgido. A eficácia e a segurança destes produtos precisam ser demonstradas por novas pesquisas, já que não existem estudos amplos e controlados sobre o uso de fitoestrógenos, no que se refere ao tipo, às doses, à duração e à frequência do uso (PORTAL DE GINECOLOGIA, 2010).

Os fitoestrogênios em suas formas originais e alguns derivados sintéticos já estão sendo comercializados. Dentre as isoflavonas produzidas sinteticamente, temos a ipriflavona, utilizada no tratamento da osteoporose (ARIE et al, 2001), porém sua eficácia precisa ser melhor avaliada por estudos controlados (PORTAL DE GINECOLOGIA, 2010).

Ainda nos tratamentos não hormonais, podemos incluir o uso de medicamentos fitoterápicos, que são aqueles que empregam, exclusivamente, matérias-primas ativas vegetais.

O tratamento fitoterápico é caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Sua eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações técnico-científicas em publicações ou ensaios clínicos fase 3 (BRASIL,2008).

As plantas medicinais e/ou fitoterápicos podem ser utilizados *in natura*, planta medicinal seca e como fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

A fitoterapia, na atualidade, tem se mostrado como importante opção terapêutica no climatério, especialmente no tratamento da sintomatologia associada. Os principais fitoterápicos utilizados no climatério são o *Glycine Max*, encontrado na soja, o *Trifolium pratense*, encontrado no trevo vermelho, e a *Cimicífuga racemosa*.

Por fim, podemos falar sobre a homeopatia e a acupuntura como tratamento não hormonal.

A homeopatia vem a ser uma relevante opção terapêutica para a diminuição dos sintomas indesejáveis do período do climatério, contribuindo para o bem-estar da mulher, possibilitando o re-

equilíbrio orgânico e emocional nesta fase, sendo seu uso disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

A acupuntura também é outra opção, sendo recomendada pela OMS. Nos dois casos, é necessário, segundo Brasil (2008), conhecimento especializado por parte do profissional para a devida utilização de tais terapias nesta fase de vida.

Vamos, agora, ao último tópico desta unidade, que também finaliza este módulo: os cuidados do profissional da equipe de saúde à mulher climatérica e na menopausa.

7.4 Cuidados do Profissional da Equipe de Saúde à Mulher Climatérica e na Menopausa

De acordo com Zampieri, et al (2007), são múltiplas as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, identificação precoce e tratamento de doenças crônicas comuns e manejo da sintomatologia climatérica precisam ser implementadas na atenção básica, no âmbito individual ou coletivo.

Dentre elas, algumas merecem destaque e, para isso, preparamos uma lista com estes cuidados que você, profissional da saúde, pode dispensar à mulher climatérica:

- a) realizar a avaliação nutricional por meio do IMC e orientar dietas, ressaltando a importância da mastigação adequada. Ver quadro 18;

DIETAS HIPOCALÓRICAS	DIETA PARA A REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE COLESTEROL	DIETA PARA A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE
Diminuir alimentos ricos em colesterol e aumentar alimentos com fibras vegetais (derivados de grãos, farelos, frutas e verduras) para pacientes com sobrepeso e obesidade, respeitando seus padrões culturais e econômicos, diversificando os alimentos.	Pobre em gorduras e rica em frutas e vegetais e grãos.	Rica em leguminosas (grãos de soja, farelos, óleo de linhaça, brotos de feijão), em cálcio (leite, queijo, requeijão, sorvete, sardinha, brócolis, couve) de forma fracionada, com a última ingestão no período noturno, próximo ao deitar.

Quadro 18: avaliação nutricional por meio do IMC.

Fonte: Do autor.

- b) na peri e pós-menopausa, a mulher deve ingerir 1000 mg/dia de cálcio. Por isso, orientar que se evite ingerir alimentos ricos em cálcio

em conjunto com fibras vegetais, pois estas diminuem a absorção do cálcio. Ainda, orientar ao uso de café e sal com moderação, uma vez que o sódio e a cafeína facilitam a excreção de cálcio;

- c) orientar a realização de exercícios, regulares, de baixo impacto, estando devidamente nutridas e hidratadas. Estimular atividades como caminhada (até as 10h e após as 16h, de preferência no sol, usando vestimenta e calçado adequados), corrida, natação, ciclismo e outros exercícios, entre eles a musculação após avaliação médica;
- d) orientar exercícios de Kegel para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática (BRASIL, 2008, p. 60);
- e) propiciar espaços de lazer e ocupações para mulheres nesta faixa etária. Orientar para a prática de atividades laborativas (escultura, tear, pintura, tricô), para escutar músicas, dançar, conversar com as amigas, ler bons livros, atualizar-se, entrar em contato com outras gerações e aprender com elas;
- f) manter um ritmo de vida adequado (hora para se alimentar e repousar). O importante não é tanto o número de horas de sono, mas a disposição com que se acorda;
- g) encaminhar ao especialista para identificar ou rastrear fatores de risco para doenças crônicas ou agravos e tratar, se necessário: doenças cardiovasculares; câncer de colo uterino, de ovário, de endométrio e de mama; hipertensão; hipotireoidismo; osteoporose; diabetes, etc;
- h) orientar para ficar atenta aos sinais que indicam doenças e depressão e procurar ajuda; encaminhar para psicoterapia, caso seja necessário;
- i) orientar sobre os riscos e benefícios da terapia hormonal, fitoestrógenos, fitoterápicos, homeopatia e acupuntura, indicações e contraindicações destes;
- j) orientar na perimenopausa com relação ao uso dos métodos contraceptivos: oral combinado ou com progesterona e injetável, DIU, métodos de barreira, camisinha feminina e masculina, espermicida, diafragma, anéis vaginais e os anticoncepcionais transdérmicos e implantes, sendo que qualquer método deve estar associado ao uso de preservativo para evitar DST;
- k) informar que podem viver sua sexualidade. Viver com intensidade

o prazer e a sua sexualidade, deixando de lado os tabus e as culpas. É necessário conversar com o companheiro, evitando conflitos conjugais, comuns neste período, decorrentes do desconhecimento deste sobre as transformações inerentes ao climatério, e solicitar mais carinho, mais aproximação, mais companheirismo, para viver a sexualidade plenamente.;

- l) encaminhar para os serviços de referência para avaliação, nos casos de indicação cirúrgica, doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão), em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento.



Saiba Mais

Para alívio de quadros leves e moderados de depressão e ansiedade, temos o Hipérico, a Valeriana e a Melissa. Dosagens, tempo de uso, acompanhamento e contraindicações podem ser esclarecidos na leitura em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

SÍNTESE DA UNIDADE

Com esta lista de cuidados, chegamos ao final da Unidade 7.

Nesta unidade, buscamos promover a identificação do climatério e o conhecimento da implicação dos aspectos socioculturais, psicológicos, sexuais e as possíveis repercussões clínicas das mudanças endócrinas nesta etapa do ciclo biológico de vida da mulher.

Mas, sobretudo, procuramos instrumentalizar você, profissional da saúde, para acompanhar essas mulheres, promovendo a saúde, efetuando diagnósticos precoces, tratando imediatamente os agravos e prevenindo danos.

Com a Unidade 7, encerramos também o Módulo 6 – Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

- ABREU, V. G.; FRANCISCHETTI, E. A. Reposição hormonal: controvérsias. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 58, n. 4, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/search.asp>>. Acesso em: 15 jun. 2002.
- ARIE, W. M. Y. et al. Fitoestrogênios. **Revista de Ginecologia e Obstetria**; v. 12, n. 1, p. 27-36, 2001.
- BORYSENKO, J. **A mulher de 0 a 90 (e além)**: os ciclos femininos sob o ponto da biologia, da psicologia e da espiritualidade. Rio de Janeiro: Nova Era, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Idoso. **Terceira idade - dados estatísticos sobre idosos**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília, 2008.
- FEBRASGO. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Climatério**: manual de orientação. São Paulo, 2004.
- FREITAS, F. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- PORTAL DE GINECOLOGIA. O site da mulher na internet. **Esclarecimentos às usuárias da terapêutica de reposição hormonal e a população em geral**. Disponível em: <<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=76>>. Acesso em: 21 fev. 2010.
- GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Climatério novas abordagens para cuidar. In: FERNANDES, R. Á. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007. cap.11, p.211-235.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**: primeiros resultados da amostra. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso: 20 jan. 2010.
- INTERNATIONAL MENOPAUSE. Menopause Terminology approved by the Board of MS on October 11, 1999, in Yokohama Japan Society. 1999. Disponível em: <http://www.imsociety.org/menopause_terminology.html> Acesso: 15 fev. 2007.
- LANDERDAHL, M. C. **Climatério**: perda, ameaça ou desafio ?. 1997. 147 f.

Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G. **Sendo mulher no climatério**: uma abordagem compreensiva. João Pessoa: Idéia, 2000.

ZAMPIERI, M. de F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**: Textos Fundamentais. Florianópolis: UFSC, 2007. v. 2.

ZAMPIERI, M. de F. M. et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres e o climatério. **Revista Anna Nery**, v. 13, n. 2, jun. 2009.

AUTORES

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), é especialista em Enfermagem em Saúde do Adulto, UFSC, (1981) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, MEC/FIOCRUZ (2006). É Mestre em Assistência de Enfermagem (1991) e Doutora em Enfermagem, na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2004). Exerce suas atividades docentes no Departamento de Enfermagem da UFSC desde 1977. Atualmente é Professora Associada II, DE, sendo docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Consultora do Ministério da Saúde Área da Criança e Aleitamento Materno de 1993 a 2005. É credenciada como consultora internacional em Aleitamento Materno pelo INTERNATIONAL BOARD OF LACTATION CONSULTANT EXAMINERS. É membro efetivo da International Baby Food Action Network desde 1993. É líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido - GRUPESMUR PEN/UFSC. É credenciada pelo MS/UNICEF como avaliadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança, atuando principalmente nas seguintes sub-áreas: amamentação, alimentação infantil, hospital amigo da criança, iniciativa unidade básica amiga da amamentação, mulher e trabalho, HIV/Aids e amamentação, gestão em saúde, enfermagem onco-ginecológica, educação em enfermagem, filosofia em enfermagem, fenomenologia e processo de viver humano.

Maria Conceição de Oliveira

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1982), mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996), doutorado em Interdisciplinar em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e doutorado em Psicologia Social - Université de Provence - Aix-Marseille I (2001). Atualmente é professor da Universidade do Planalto Catarinense. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: articulação antropologia e saúde coletiva, sistema cultural de saúde, itinerários terapêuticos, interdisciplinaridade, representações sociais, memória sociocultural, saúde indígena, currículo dos cursos de graduação na área da saúde.

Daniela Lemos Carcereri

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), Mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente é professora classe adjunto nível III, do Curso de Graduação em Odontologia e professora responsável pela área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: educação odontológica, saúde da família, atenção à criança com fissura labiopalatal, integralidade e interdisciplinaridade em saúde.

Heitor Tognoli

Médico graduado pela UFSC (2004), mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí (2006), especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde pela Fiocruz (2006), e doutorando em Saúde Coletiva na UFSC. Atualmente é coordenador e professor da disciplina de Medicina de Familiar e Comunitária da Universidade do Vale do Itajaí, e vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação Médica, Formação de Recursos Humanos para o SUS, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

O módulo Saúde da Mulher é parte integrante do material didático-pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Neste módulo vamos discutir e refletir sobre a atenção à Saúde da Mulher no âmbito da atenção básica com o intuito de instrumentalizar o trabalho dos profissionais da Equipe Saúde da Família para assistir a mulher nas diferentes fases do seu ciclo biológico vital com ênfase na promoção da saúde, incluindo o planejamento familiar, a gestação, o puerpério, as ações da clínica e do cuidado relacionados aos principais agravos de sua saúde, e o climatério, de forma integral e personalizada, considerando seu contexto social, cultural, econômico e político e determinantes de saúde.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina