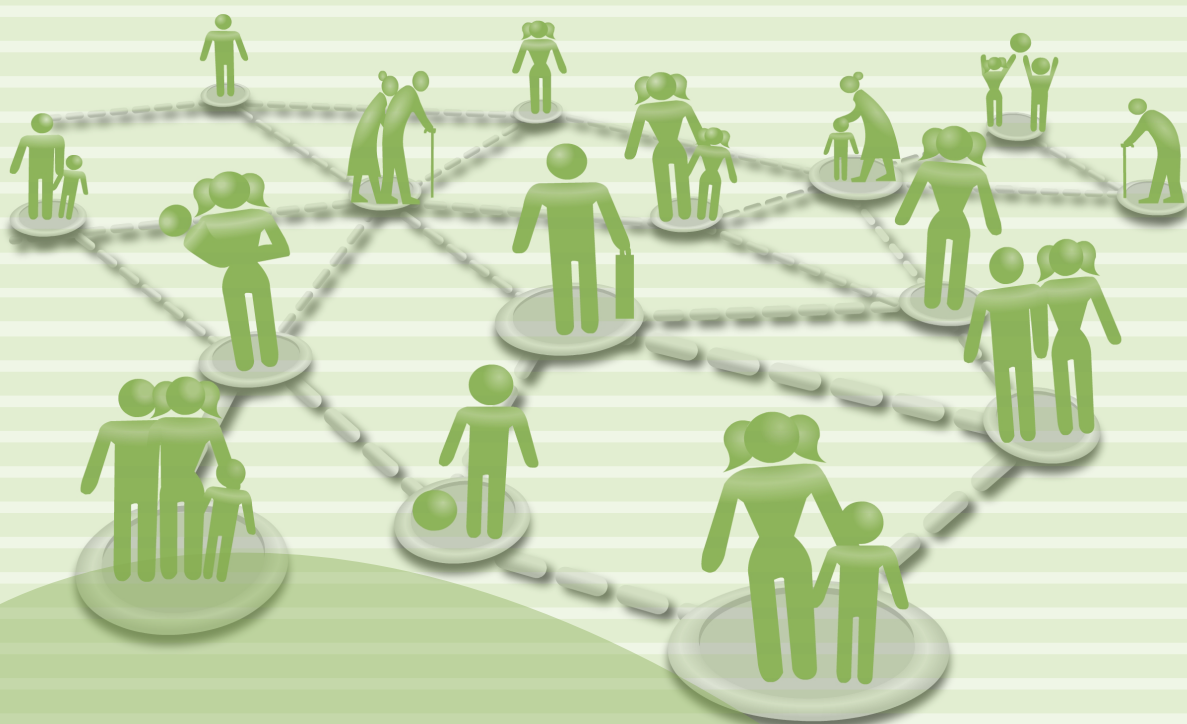


Especialização em

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
Enfermagem



SAÚDE DA MULHER: ENFERMAGEM

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

Maria Conceição de Oliveira

Daniela Lemos Carcereri

Ana Patrícia Correa

Heitor Tognoli

ORGANIZADORES

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Calvino Reibnitz Júnior

Heitor Tognoli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DA MULHER: ENFERMAGEM

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: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos... [et al]. – Florianópolis, 2010.

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

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte I. Pactos, políticas e programas 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: 978-85-61682-51-4

1. Saúde da mulher. 2. Atenção à saúde. 3. Planejamento familiar. 4. Climatério. 5. Pactos. I. UFSC. II. Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos. 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 Soraya Falqueiro

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 Volkmann Paschoal

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

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann 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 - ENFERMAGEM

UNIDADE 4	ATENÇÃO À MULHER NO PLANEJAMENTO FAMILIAR	61
4.1	Planejamento Familiar no Brasil: Considerações Históricas e Situação Atual	62
4.2	Indicadores de Taxa de Fecundidade no Brasil	66
4.3	Principais Eixos e o Papel do Enfermeiro da ESF no Planejamento Familiar	67
4.3.1	Principais Eixos	67
4.3.2	O Papel do Enfermeiro da ESF no Planejamento Familiar	69
4.4	Métodos Contraceptivos com sua Aceitabilidade, Eficácia, Reversibilidade, Inocuidade, Indicações e Contraindicações	70
4.5	Evidências Científicas de Critérios de Elegibilidade de Métodos Anticoncepcionais (OMS)	72
4.6	Recomendações Práticas Seleccionadas para Uso de Métodos Anticoncepcionais (OMS)	77
4.6.1	Anticoncepção Hormonal Combinada (ACHC)	77
4.6.2	DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	79
	REFERÊNCIAS	81

UNIDADE 5	ATENÇÃO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	83
5.1	Atenção Pré-Concepcional e Pré-Natal	84
5.2	Atividades Educativas e de Apoio às Gestantes, Puérperas e Seus Familiares e Visita Domiciliar	86
5.3	Fatores de Risco na Gestação e Pós-Parto: Riscos Clínicos e Sociais	87
5.4	Pré-Natal Normal (Análise Crítica dos Cuidados Prestados)	88
5.4.1	Consulta Pré-Natal	89
5.4.2	Ações na Consulta Pré-Natal	90
5.4.3	Primeira Consulta e Consultas Subsequentes	91
5.4.4	Exame Físico	93
5.4.5	Intercorrências clínicas mais frequentes	98
5.4.6	Preparação Para o Parto	99
5.4.7	Puerpério Normal e Patológico	99
5.4.8	Aleitamento Materno	100
5.4.9	Consulta Puerperal	101
5.4.10	Roteiro da Primeira Consulta	102
	REFERÊNCIAS	106

UNIDADE 6	AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NAS PRINCIPAIS QUEIXAS E AGRAVOS DA SAÚDE DA MULHER	109
6.1	O Papel da Equipe Multiprofissional Face aos Principais Motivos de Consulta e às Queixas Ginecológicas Mais Comuns ..	109
6.1.1	Alterações do Ciclo Menstrual.....	110
6.1.2	Sangramento Uterino Disfuncional	111
6.1.3	Dismenorreia	112
6.1.4	Síndrome Pré-Menstrual	114
6.1.5	Secreção Vaginal e Prurido Vulvar	116
6.2	Tipos de Cânceres Ginecológicos Mais Frequentes	117
6.2.1	Câncer de Mama	117
6.2.2	Câncer de Colo Uterino	119
REFERÊNCIAS		124
UNIDADE 7	ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO.....	127
7.1	Políticas para Atenção às Mulheres no Climatério	127
7.2	O Climatério: Considerações Gerais e Definição.....	128
7.3	Alterações no Climatério.....	131
7.3.1	Alterações de Curto Prazo	131
7.3.2	Alterações de Médio Prazo	132
7.3.3	Alterações Tardias.....	133
7.4	Atividade Sexual no Climatério	134
7.5	Cuidados de Enfermagem à Mulher Climatérica e na Menopausa	135
REFERÊNCIAS		139
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 2004, as mulheres são pouco mais da metade da população (50,77%), 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
Maria Conceição de Oliveira
Daniela Lemos Carcereri
Ana Patrícia Correa
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://bvsmms.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://bvsmms.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/proesf/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.icieg.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://bvsmis.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://bvsmms.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://bvsmms.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://bvsmis.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.



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://bvsmis.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://bvsmis.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).

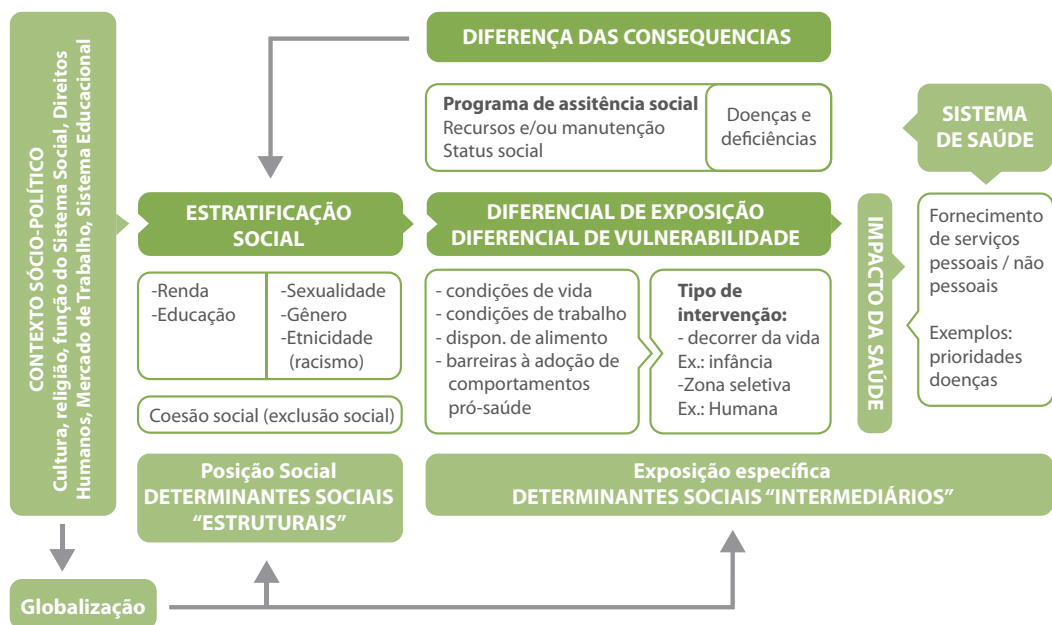


Figura 4: Modelo de determinantes da equipe de equidade da organização mundial de saúde.

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, e em especial do enfermeiro, 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 Constituição da República Federativa do Brasil, aborda o princípio da paternidade responsável e o direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais, sendo este dispositivo constitucional regulamentado pela Lei do Planejamento Familiar, nº 9.263/96 (BRASIL, 1996).

A assistência de enfermagem 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 não só do enfermeiro, mas de todos os profissionais de saúde, sendo determinado pelo Ministério da Saúde como **competência**¹ dos profissionais nos serviços de Planejamento Familiar a assistência em concepção e contracepção, cabendo ao Estado assegurar todos os métodos aceitos e seguros, respeitando a escolha de indivíduos.

Dessa forma, a rede de serviços de planejamento familiar, a partir da atenção básica, deve ofertar aos indivíduos os métodos anticoncepcionais que são autorizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro.

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 Amostra de Domicílios do IBGE (2009) evidenciam que esta **taxa**², em 2008, era da ordem

2 A taxa de fecundidade total corresponde ao número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

de 1,8 filhos por mulher. No entanto, tal redução não significa, necessariamente, que esteja havendo integralidade na assistência e que todos os direitos reprodutivos estejam presentes, isto é, que o **sistema de saúde esteja** sendo **responsivo** no que concerne a aspectos importantes da saúde reprodutiva, ou que as condições de vida sexual satisfatória e com segurança sejam atendidas nos grupos de maior vulnerabilidade.

Sendo assim, é fundamental que os enfermeiros e demais profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) se instrumentalizem para conhecer os determinantes sociais e biológicos da saúde, os principais riscos e vulnerabilidades das comunidades em que atuam.

Durante o estudo desta unidade, vamos aprofundar nossos conhecimentos para, então, perceber quais fatores nos levam a exercer a atenção integral em planejamento familiar nas equipes de saúde da família.

4.1 Planejamento Familiar no Brasil: Considerações Históricas e Situação Atual

O Planejamento Familiar no Brasil completou, em 2008, 50 anos de história. Desde 1968, quando a ONU reconheceu o direito de todas as pessoas terem liberdade de escolher responsavelmente o número de filhos que desejam ter e o momento das gestações como direito humano fundamental, várias ações passaram a ser desenvolvidas.

Você sabia que houve uma pressão do governo americano no início dos anos 60, do século passado, para que, como critério de empréstimo, o Brasil adotasse uma política demográfica?

O Brasil acabou cedendo às instituições de financiamento internacional. Em meio à crise político-econômica, em 1965 é criada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), igualmente, distribuindo gratuitamente pílulas anticoncepcionais, embora não tenha garantido acompanhamento médico. Em 1967, a BEMFAM se filiou à International Planned Parenthood Federation (IPPF). Além da BEMFAM, 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, subsidiando hospitais e clínicas, tendo sido criado neste período o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC).

No Brasil, somente a partir da elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, se modificam 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, incluindo a questão da concepção e da anticoncepção de forma conceitualmente distanciada de objetivos demográficos em relação à fecundidade. Como a implementação do PAISM ocorreu conjuntamente com o processo de construção do SUS, seguiu seus princípios e diretrizes, conforme discutido na Unidade 1 deste Módulo.



Saiba Mais

Para complementar seu estudo, recomendamos as seguintes leituras:

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/.../planejam_familiar_assistencia_1.pdf>. Acesso em: 4 maio 2010.

UNFPA. **Planejamento familiar no Brasil:** 50 anos de história. Brasília, 2008.

Um marco histórico mundial foi a Conferência do Cairo, realizada em 1994, intitulada Conferência Internacional de Direitos e Desenvolvimento (CIDD), também citada anteriormente, 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, é promulgada a Lei no 9.263, do Planejamento Familiar. 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).

Você já parou para pensar o quanto é fundamental que os enfermeiros saibam diferenciar três expressões que, muitas vezes, são utilizadas como sinônimos, mas que possuem significativas diferenças? Vejamos quais são:

- 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).

É importante ressaltarmos, também, mais um trecho da Lei. Acompanhe.

O Parágrafo único do Artigo 3º da Lei no 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 a 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. 1-2).

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

Os principais problemas tangem às dificuldades de muitos municípios para implantar o planejamento familiar de forma responsiva, no que se refere 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). Ademais, há uma série de problemas que vão desde a produção até a logística de distribuição de anticoncepcionais e a consequente continuidade de sua oferta.

Há, ainda, a pouca capacitação de gestores e de profissionais de saúde para a efetiva atuação em planejamento familiar, o que implica a precarização da atenção, gerando desigualdades no acesso, sobretudo para as mulheres e famílias mais pobres e do meio rural.

Um avanço nesse sentido ocorreu em 2005, quando o Ministério da Saúde brasileiro colocava na prática a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, resultante de trabalho conjunto com os Ministérios da Educação, Justiça, Desenvolvimento Agrário e 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.



Saiba Mais

Para outras informações, confira as recomendações de leitura:

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.

RAMOS, F. I. da S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil de 2008**. Disponível em: <http://www.thesesims.uerj.br/iildbi/docsonline/9/5/559-Tese_doutorado-Ramos,_Fernanda_.pdf>. Acesso em: 11 maio 2010.

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

Agora, antes de seguir para o próximo tópico de estudo desta Unidade, devemos fazer uma pausa e refletir sobre as seguintes questões:

REFLEXÃO

Como está a prática do Planejamento Familiar na Unidade de Saúde onde você atua? Você considera que este tema tem sido parte integrante do cotidiano das práticas de saúde de sua equipe? Quais as estratégias utilizadas para a sua implementação?

4.2 Indicadores de Taxa de Fecundidade no Brasil

No passado, os elevados valores das taxas brutas de natalidade, no Brasil, 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, refletiam a prevalência de uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas (IBGE, 2009). O gráfico 5, apresentado a seguir, mostra as taxas de fecundidade e a evolução da taxa de fecundidade total nas grandes regiões no Brasil, no período de 1940-2010 (IBGE, 2010).

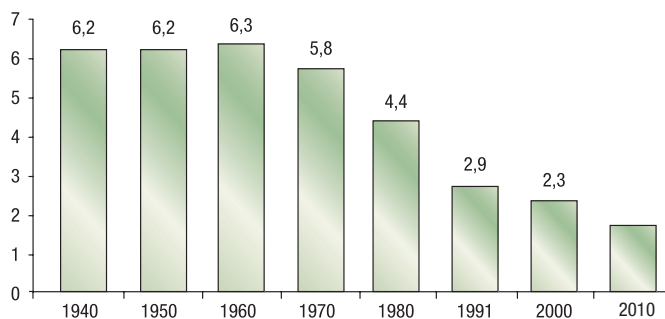


Gráfico 5: Taxas de fecundidade no Brasil, 1940-2010.

Fonte: IBGE, 2010.

Alguns autores salientam que a baixa fecundidade apenas não implica que todos os direitos reprodutivos estejam presentes, ou seja, que os sistemas de saúde estejam sendo responsivos no que concerne aos aspectos importantes da saúde reprodutiva, ou que as condições de vida sexual satisfatória e com segurança estejam sendo atendidas nos grupos de maior vulnerabilidade.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada no Brasil em 2006 e publicada em 2009, foi a terceira na sequência de duas edições anteriores:

- a) a primeira foi a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF), realizada em 1986;

- b) 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 foi de cerca de três filhos por mulher entre as 20% mais pobres a aproximadamente um filho por mulher entre as 20% mais ricas (PNAD, 2008).

Vimos que o Planejamento Familiar no Brasil completou, em 2008, 50 anos e que as taxas de fecundidade em nosso país, que já estavam em patamares baixos por volta do ano 2000, confirmam a tendência de declínio, no período de 2002 a 2006. Pesquisas sobre Demografia e Saúde focalizando a criança e a mulher vêm sendo realizadas sistematicamente a cada dez anos, e seus resultados permitem comparações nacionais e internacionais.

4.3 Principais Eixos e o Papel do Enfermeiro da ESF no Planejamento Familiar

Agora vamos conhecer os principais eixos e o papel do Enfermeiro no Planejamento Familiar. Acompanhe.

4.3.1 Principais Eixos

As ações de intervenção no 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.

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, o princípio da 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 essa garantia esteja assegurada.

Na base da assistência, está proposta pelo Ministério da Saúde brasileiro a reorganização dos serviços para orientar as mulheres

As ações educativas ³ mostram-se importantes, tendo em vista que as pesquisas têm evidenciado diferentes graus de arrependimento, no que se refere à laqueadura. A ideia é que, com mais informação e acesso aos métodos anticoncepcionais, muitas mulheres desistiriam da cirurgia e optariam por outros métodos contraceptivos.

e os casais. É o que o MS denomina de “Educação para escolha livre informada” – reconhecendo que as ações educativas³ são importantes para garantir à população uma escolha livre e informada do método anticoncepcional a ser usado.

Existe uma ampla disponibilidade de métodos anticoncepcionais (contraceptivos), tanto para homens quanto para mulheres, cuja variedade vai desde métodos mais simples, como os comportamentais, até métodos mais complexos que envolvem cirurgias. Atualmente, os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde são:

- a) os comportamentais ou naturais (Coito interrompido, Billings, Tabela, Temperatura, ducha pós-coital, sintotérmico, Método Amenorreico Lactacional – LAM);
- b) os de barreira (Camisinha masculina e feminina, Diafragma e Espermicida);
- c) o dispositivo intra-uterino (DIU) – medicado e não-medicado;
- d) os anticoncepcionais hormonais orais (pílula) e não-orais;
- e) os cirúrgicos (laqueadura e vasectomia), utilizados para a esterilização definitiva.

Desse modo, cabe aos profissionais da saúde da família efetuarem o encaminhamento para a rede de atenção de acordo com as necessidades de saúde, visto que a escolha do método anticoncepcional deve ser sempre personalizada.

Uma vez que cada um dos métodos têm suas limitações, é importante que os profissionais conversem com as usuárias sobre as vantagens e as limitações, para que haja a escolha adequada dos métodos.

A responsabilidade pela compra e fornecimento dos métodos anticoncepcionais passou a ser do MS no ano de 2005, ou seja, o gestor federal assume investimentos até então divididos com os estados e municípios.

Os contraceptivos disponíveis são:

- a) a pílula combinada;
- b) a minipílula;
- c) a pílula de emergência;
- d) o diafragma;
- e) o dispositivo intra-uterino (**DIU**);
- f) os preservativos masculinos e femininos.

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

4.3.2 O Papel do Enfermeiro da ESF no Planejamento Familiar

O Ministério da Saúde brasileiro, pautando-se no dispositivo da Lei no 9.623/96, do Planejamento Familiar, determina como competência dos profissionais de saúde assistir em concepção e contracepção empenhando-se em informar as pessoas acerca das opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis em nosso país (BRASIL, 1996).

O Enfermeiro, como membro da equipe da ESF, exerce papel muito importante nas ações que envolvem o Planejamento Familiar. Essas incluem ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. No que diz respeito ao aspecto privativo de sua atuação, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei 7.498, de 1986, estabelece como competência realizar “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas em instituições de saúde” (BRASIL, 1986, p. 2).

Como membro integrante da Equipe da Saúde da Família, cabe-lhe realizar ações educativas em saúde para a população, seja no âmbito individual como em grupo, orientando sobre os diferentes métodos contraceptivos disponíveis, esclarecendo sobre sua eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos colaterais e complicações, modo correto de usá-los, indicações e contra-indicações, prevenção de DST e custos. Tais orientações são importantes para garantir à população uma escolha livre e informada do método anticoncepcional a ser usado, aumentando as possibilidades de satisfação com a escolha e seu uso por mais tempo e com mais eficiência. Isto pode ser feito através de consultas de enfermagem, orientações em grupo, individualmente e/ou com o casal.

Relevante considerar ainda a participação do enfermeiro nos programas de educação permanente na rede de atenção básica, nas campanhas de caráter preventivo para a população em geral e, em especial, junto aos adolescentes, mulheres com abortos induzidos de forma recorrente, entre outros, bem como no estabelecimento de rotinas e protocolos de atendimento nesta situação específica.



Saiba Mais

Várias campanhas e materiais educativos têm sido produzidos pelo Ministério da Saúde em relação ao Planejamento Familiar. Acesse alguns arquivos relacionados no portal da Saúde, através do endereço:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 maio 2010.

4.4 Métodos Contraceptivos com sua Aceitabilidade, Eficácia, Reversibilidade, Inocuidade, Indicações e Contra-indicações

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 em geral, e em especial pelo Enfermeiro. Outro aspecto importante refere-se às questões socioeconômicas, culturais, religiosas e psicológicas, implicadas nas percepções de indivíduos, famílias e grupos e que determinam práticas de saúde

sobre a concepção, devendo ser compreendidos e respeitados pelas equipes de saúde na sua atuação junto às comunidades.

Podemos considerar que o método contraceptivo ideal é aquele que apresenta segurança, é efetivo, acessível, não relacionado ao ato sexual e não necessita de motivação especial para seu uso. Para populações de risco, deve, ainda, oferecer proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. Métodos de barreira, sobretudo o condom, são sempre recomendados para a prevenção de DST/HIV/DIP.

Para que o Enfermeiro eleja o método anticoncepcional mais adequado juntamente com as pessoas que estão sendo atendidas, é necessário, portanto, que **conheça** as características de cada um deles, em termos da elegibilidade de métodos anticoncepcionais, com base na:

- 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 às 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

os critérios básicos ao enfermeiro referentes aos fatores de risco e à elegibilidade dos anticoncepcionais, e deverá conter informações como:

- a) frequência das atividades sexuais;
- b) riscos de doenças sexualmente transmissíveis;
- c) uso de drogas;
- d) história reprodutiva pregressa;
- e) história mórbida pregressa e atual;
- f) história de anticoncepção.

Importante lembrar que a análise dos riscos e benefícios da contracepção deve levar em consideração as intercorrências clínicas como: diabetes; hipertensão; cardiopatia; e intercorrências ginecológicas: cervicite, leiomioma, câncer de mama, câncer de ovários e cirurgia prévia.

4.5 Evidências Científicas de Critérios de Elegibilidade de Métodos Anticoncepcionais (OMS)

Desde 1995, a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995) tem divulgado orientações no sentido de, além de garantir a livre escolha da mulher, apresentar Critérios de Elegibilidade Clínica que fornecem orientação acerca de quem pode usar métodos anticoncepcionais com segurança, assim como Recomendações Seleccionadas para a Prática Clínica, de como usar os métodos de modo seguro e eficaz. Tal orientação é baseada em evidências disponíveis sobre a segurança e o uso de anticoncepcionais. Ela amplia o acesso aos serviços de planejamento familiar, procurando garantir que não seja negado às pessoas um número variado de métodos adequados. O sumário de indicações e contraindicações dos métodos anticoncepcionais é exibido a seguir, na tabela 6, sintetizando o que está preconizado pela OMS a partir de **quatro categorias** relativas à utilização de cada um desses métodos, baseadas em evidências científicas, e que devem ser usados como referência e adaptados à realidade de cada país e/ou comunidade.

Categorias:

- 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 (**Tome cuidado**);
- c) os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens em usar o método nesta condição (**Evite**);
- d) o risco é inaceitável em usar o método nesta condição (**Nunca use**).

Na = não se aplica;

IMC = índice de massa corporal;

PA = pressão arterial;

AVC = acidente vascular cerebral.

Tabela 6: 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

CONDIÇÃO	CONTRACEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-CU	DIU-LVN
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
Trombose venosa superficial							
Veias varicosas	1	1	1	1	1	1	1
Tromboflebite 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

continua ...

Continuação

CONDIÇÃO	CONTRACEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-CU	DIU-LVN
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
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

Continua ...

Continuação

CONDIÇÃO	CONTRACEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-CU	DIU-LVN
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.



Saiba Mais

Mais informações sobre os Critérios de Elegibilidade Clínica e as Recomendações Seleccionadas para a Prática Clínica da OMS podem ser obtidas em:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and reproductive health. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html>. Acesso em: 10 maio 2010.

Conhecer e utilizar as abordagens baseadas em evidências científicas disponíveis permite aos profissionais oferecer um atendimento à saúde de melhor qualidade, de forma mais eficiente e eficaz. As diretrizes baseadas em evidências – normas, padrões, protocolos e recomendações de práticas – contribuem para a tomada de decisões acertadas a respeito de aspectos específicos do serviço, tais como o diagnóstico de problemas de saúde ou o fornecimento de métodos adequados de planejamento familiar.

4.6 Recomendações Práticas Seleccionadas para Uso de Métodos Anticoncepcionais (OMS)

Os principais métodos anticoncepcionais utilizados na atualidade são o condom masculino e os contraceptivos orais. Considera-se que progressivamente os enfermeiros e demais profissionais que atuam na ESF devam ser instrumentalizados para a adequada e segura técnica de inserção do Diafragma Intra-uterino (DIU). Alguns aspectos devem ser ressaltados.

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. A orientação de uso deste método contraceptivo deverá levar em consideração alguns fatores. Acompanhe:

- a) **Idade:** seu uso pode iniciar na menarca e continuar até a menopausa, a menos que existam doenças que contraindiquem seu uso. Deve-se considerar o aumento do risco de doenças cardiovasculares a partir dos 40 anos de idade, o que leva à necessidade de acompanhamento médico;
- b) **Lactação:** não devem ser utilizados antes de 6 semanas após o 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 6º mês após o parto;
- c) **Fumo:** o consumo de mais de 15 cigarros ao dia aumenta significativamente o risco de infarto agudo do miocárdio em mulheres. Tal risco é ainda maior quando associado ao uso de ACHC. Sua prescrição deve ser evitada em mulheres fumantes com mais de 35 anos;
- d) **Obesidade:** O risco de doença cardiovascular e tromboembolismo está significativamente aumentado em mulheres com **Índice de Massa Corporal (IMC)**⁴ acima de 40kg /m²; sendo o método proscrito nestas mulheres;
- e) **Hipertensão:** mulheres hipertensas e que fazem uso de ACHC têm risco 10 vezes maior de desenvolver isquemias e hemorragias. Mulheres com níveis pressóricos de 140/90 mmHg devem ser advertidas quanto ao uso deste método;

⁴ O índice de Massa Corporal é uma fórmula que indica se um adulto está acima do peso, se está obeso ou abaixo do peso ideal considerado saudável. A fórmula para calcular o Índice de Massa Corporal é: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$

- f) **Tromboembolismo:** mulheres com história pregressa ou atual de tromboembolismo não devem usar este método contraceptivo. Entretanto, aquelas com história familiar pregressa podem fazer uso do método, após exames de rastreamento para trombofilias negativos;
- g) **Enxaqueca:** a Sociedade Internacional de Cefaleia classifica enxaqueca como sintoma focal de isquemia. A OMS contraindica o uso do método em mulheres com enxaqueca com sintomas focais;
- h) **Uso de Fármacos:** alguns fármacos podem interferir com ACHC, como indutores das enzimas hepáticas (rifampicina, anticonvulsivantes e griseofulvina). Para essas mulheres, tal método contraceptivo deve ser evitado.

Contraindicações absolutas ao uso de ACHC:

- a) neoplasia hormônio-dependente;
- b) doença hepática ativa;
- c) porfiria;
- d) hipertensão pulmonar;
- e) hipertensão arterial sistêmica moderada ou grave;
- f) doença tromboembólica;
- g) doença isquêmica cardíaca, cerebral ou ocular;
- h) sangramento uterino anormal de origem desconhecida;
- i) diabetes insulino-dependente grave;
- j) lúpus eritematoso sistêmico.

São componentes da anticoncepção hormonal combinada (ACHC):

- a) o componente estrogênico nos anticoncepcionais orais mais utilizado é o etinilestradiol; enquanto que nos anticoncepcionais 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 e pelos derivados da 19-nortestosterona ou da espironolactona. Os progestágenos mais usados são: levonorgestrel, noretindrona, acetato de ciproterona, desogestrel e gestodeno.

4.6.2 DIU (Dispositivo Intra-Uterino)

O 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. Podem ser utilizados em dois tipos:

- a) o DIU de cobre é fornecido pelo Ministério da Saúde brasileiro. É prático, sem efeitos sistêmicos, pode ser usado pela maioria das mulheres, mesmo lactantes e nulíparas;
- b) o DIU T de cobre 380^a 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. O 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 10 anos.

No manuseio clínico, é importante observar a orientação à mulher, 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.

São efeitos colaterais:

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



Leituras 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.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria. **WebSite**. 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.

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

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

Nesta unidade, abordamos conteúdos relacionados à atenção à mulher no Planejamento Familiar no âmbito da ESF. Tecemos breves considerações históricas e conhecemos a situação atual do Planejamento Familiar no Brasil. Discutimos as taxas de fecundidade. Revisitamos os principais eixos das ações nesta área destacando o papel do Enfermeiro no Planejamento Familiar como integrante da ESF. Discutimos a rede de atenção e o fluxo de atendimento na comunidade e empreendemos uma análise crítica acerca dos métodos anticoncepcionais preconizados pelo Ministério da Saúde e os disponíveis nas unidades básicas de saúde. E, por último, conhecemos as evidências científicas de critérios de elegibilidade para o uso dos métodos anticoncepcionais e as recomendações práticas selecionadas para o uso de métodos anticoncepcionais.

REFERÊNCIAS

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. 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. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 30 jan. 2010.

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.

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**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 18 fev. 2010.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 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.

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

A complexidade que envolve o ser humano e a gestação, o parto, o puerpério⁵ e a amamentação, aponta para um novo paradigma na atenção à saúde, pautado na humanização, promoção da saúde, prevenção de doenças, autonomia da população. Também na adoção de atitude ética nas relações intersubjetivas existentes entre os diversos sujeitos envolvidos na produção em saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores.

Uma atenção pré-concepcional, pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada implica compreender o processo saúde/doença sob uma nova ótica. Uma ótica que compreenda a pessoa na sua integralidade, singularidade e multidimensionalidade, considere o ambiente na qual está inserida e valorize as pessoas, suas diferenças, identidades, crenças e demandas. Que perceba 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. Devem ser estimuladas redes de cooperação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade.

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?

Agora que você refletiu sobre suas atitudes pessoais, amplie a análise para o seu ambiente de trabalho. Quantas gestantes têm na sua

5 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.

unidade de saúde? Como cada membro da equipe pode contribuir? Quais suas atribuições?



Na Prática

Registre isto. Aproveite este momento e faça um levantamento das gestantes da unidade de saúde e da área de abrangência das Equipes de 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.

Estudos epidemiológicos demonstraram 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 (ENKIN, et al, 2004, p.11).

5.1 Atenção Pré-Concepcional e Pré-Natal

Recomendou-se, em 1989, no painel de especialistas multidisciplinares, sendo endossado pouco mais tarde (em 1997) pelo “*American College of Obstetricians and Gynecologists*” (ACOG), que o atendimento à mulher que deseja engravidar inicie na pré-concepção e se estenda até um ano depois do nascimento da criança.

Além disso, foi proposto que todos os encontros de profissionais com as mulheres em idade reprodutiva fossem considerados como uma oportunidade para o cuidado na pré-concepção e buscassem promover a saúde e o bem-estar da mulher grávida, do feto, do recém-nascido e também da família (GREGORY; DAVIDSON, 1999, ZAMPIERI, 2007).

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

Você pode colocar em prática os estudos deste módulo pesquisando quais as gestantes da sua área de abrangência que neste último ano completaram os critérios preconizados pelo PHPN. Identifique os critérios que não foram cumpridos e reflita sobre como são realizadas essas atividades na unidade de saúde.

Em consonância com o PHPN e a Política Nacional Obstétrica e Neonatal, a atenção pré-natal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006) deve ter os seguintes critérios:

- a) precocidade do atendimento, preferencialmente no primeiro mês;
- b) consultas periódicas mensais até a 36^a semana;
- c) consulta na 38^a semana e semanal a partir daí, totalizando no mínimo 6 consultas na gestação;
- d) 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); (BRASIL, 2005);
- e) atividade educativa;
- f) 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;
- g) registro dos dados no sistema informatizado de monitoramento do pré-natal (SISPRENATAL);
- h) finalizar com a consulta puerperal.

Além disso, deve ser solicitada uma bateria mínima de exames (ver exames e avaliação destes no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério), atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2006), que podem ser acrescidos de outros exames estabelecidos no protocolo do município de acordo com o seu perfil epidemiológico.

De acordo com o SISPRENATAL, em 2002 apenas 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o conjunto mínimo de ações preconizadas pelo Programa, e somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (BRASIL, 2006). Apenas 41,01% das gestantes receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica (BRASIL, 2004).

5.2 Atividades Educativas e de Apoio às Gestantes, Puérperas e Seus Familiares e Visita Domiciliar

A atenção à saúde no período pré-gestacional e gestacional não deve se restringir à consulta pré-natal, e sim estender-se também aos grupos educativos e de apoio à gestante e aos familiares, aos atendimentos em sala de espera e às visitas domiciliares.

Durante este atendimento, o profissional de saúde deveria avaliar não só o processo fisiológico, mas também o modo como a mulher está se adaptando à gestação, os suportes e recursos que dispõe, o seu estilo de vida, o sistema de crenças e valores pessoais da gestante e de sua família. Para tanto, é fundamental conhecer a realidade em que vivem. A **visita domiciliar** se constitui numa das estratégias para acompanhar a gestação, reforçar o vínculo com a unidade de saúde e os profissionais, captar gestantes não cadastradas no centro de saúde, buscar e reconduzir as gestantes faltosas, acompanhar as que não possam participar da consulta, reforçar a troca de experiências e conhecimentos, supervisionar e reavaliar as ações propostas.

O **encontro com o grupo de gestantes e/ou casais grávidos** consiste em um espaço de socialização de conhecimentos e troca de experiências sobre o ciclo grávido-puerperal. Visa fortalecer os potenciais da gestante e de seus familiares para que estes possam ter uma participação mais ativa no processo de nascimento e uma vivência mais tranquila, prazerosa e plena nesta etapa de suas vidas. É uma atividade interdisciplinar que propicia às gestantes e aos seus acompanhantes desmistificar tabus relativos à gestação, parto e puerpério. Estimula as gestantes a realizarem atividades físicas e exercícios respiratórios; compartilharem conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas. Possibilita aos membros do grupo criarem novos laços de amizade, conhecerem e interagirem com pessoas que estão vivenciando o mesmo processo; além de conhecer a maternidade, familiarizando-os com o ambiente em que o parto poderá acontecer. Os temas abordados no grupo devem emergir dos participantes e as estratégias utilizadas para conduzir as atividades devem ser avaliadas a cada encontro e, se possível, serem combinadas como os envolvidos (ZAMPIERI, 2007).

Devem ser valorizados os conhecimentos das gestantes, sua realidade, seus saberes e suas experiências prévias.

As **atividades educativas na sala de espera** propiciam o esclarecimento de dúvidas e o afastamento de medos que surgem no cotidiano em relação ao processo de gestar, parir e amamentar; oportunizam troca de conhecimentos e aquisição de novos saberes, estabelecimento de novas amizades, conhecimento dos membros da equipe de saúde, expressão de sentimentos e dúvidas e diminuição da ociosidade e ansiedade oriundas do longo tempo de espera para participar da consulta (ZAMPIERI, 2007).

O profissional de saúde da atenção básica atua como facilitador nas atividades educativas. Assim, recomenda-se que sejam evitadas as palestras com metodologias tradicionais e que sejam estimulados espaços para a troca de informações, experiências e expressão de sentimentos. Os grupos educativos para gestantes adolescentes devem ser preferencialmente exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo (BRASIL, 2006).



Na Prática

Você está convidado a organizar grupos educativos na sua unidade. Estimule as gestantes, puérperas e acompanhantes a participarem e também seus colegas de trabalho. Lembre-se: os temas a serem abordados devem emergir dos participantes.

5.3 Fatores de Risco na Gestaçã o e Pós-Parto: Riscos Clínicos e Sociais

O termo risco, em nível epidemiológico está relacionado com probabilidade de acontecimento, é oriundo de uma visão do processo saúde-doença denominada enfoque de risco. As gestações, segundo o enfoque de risco, são classificadas conforme 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**⁶ na atenção secundária e terciária, utilizando-se cuidados e equipe mais qualificados e especializados (BRASIL, 2006).

⁶ Representando percentual de 10 a 20%.

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 um acompanhamento adequado, voltar à condição de baixo risco. A possibilidade de medir o risco está relacionada com a identificação, a seleção e 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.



Saiba Mais

Os fatores geradores de risco, de modo geral, podem ser agrupados, conforme o Ministério da Saúde, em quatro grupos de risco. Para conhecê-los mais profundamente, acesse o site:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestão de alto risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.providaanapolis.org.br/gestao.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

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, 2006).

5.4 Pré-Natal Normal (Análise Crítica dos Cuidados Prestados)

Agora vamos acompanhar uma análise crítica sobre os cuidados prestados durante o período de pré-natal normal. Confira.

5.4.1 Consulta Pré-Natal

A consulta de pré-natal tem por finalidade as seguintes ações:

- 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 a adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- d) preparar para o parto e pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade (BRASIL, 2006).

As consultas às gestantes de baixo risco devem ser efetuadas de maneira alternada por enfermeiras e médicos da Equipe de Saúde da Família, devendo ser garantido que ambos as desenvolvam. Realizam também o acompanhamento pré-natal, de acordo com as especificidades da gestante, os demais membros da equipe de saúde: dentista, nutricionista, psicóloga, assistente social e demais profissionais, visando atender à gestante e sua família em sua integralidade.

Os profissionais exercem papel extremamente importante nesse processo, utilizando seus conhecimentos em prol da referida clientela, acolhendo as gestantes desde o início da gravidez, estando disponíveis e assumindo compromisso com sua saúde. Para tanto, a equipe de saúde deve estar capacitada e atualizada, ter segurança, competência técnica, embasamento científico, sensibilidade para compreender o ser humano, suas crenças e valores, seu estilo de vida e possuir habilidades de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. Deve estar sintonizada com novas propostas e experiências, com novas técnicas e, principalmente, reconhecer o protagonismo da gestante na condução do processo, sendo a sua participação fundamental.

De acordo com Enkin (2004), é importante saber se a adesão das mulheres ao cuidado pré-natal está associada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde.

Antes de falarmos da consulta, é relevante você fazer uma leitura sobre as modificações gerais e locais na gravidez, desconfortos gravídicos e diagnóstico da gravidez para facilitar o acompanhamento pré-natal. Consultar literatura e fazer uma síntese sobre o assunto.



Saiba Mais

Sugestão de leitura:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n.5). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

5.4.2 Ações na Consulta Pré-Natal

As atividades desenvolvidas no pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), 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 a data provável de parto e reforçar a importância do pré-natal;
- c) cadastrar a gestante no SISPRENATAL;
- d) fornecer o cartão da gestante;
- e) avaliar os aspectos fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos que envolvem a gravidez, e 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 a 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.

5.4.3 Primeira Consulta e Consultas Subsequentes

A consulta é constituída das seguintes etapas:

- a) histórico e anamnese;
- b) exame físico geral, bucal e exames complementares;
- c) levantamento de problemas ou dados;
- d) análise dos dados;
- e) plano de cuidados;
- f) 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 estabelecimento de indicadores de processo para o planejamento de saúde municipal, estadual e nacional.



Na Prática

Na unidade de saúde onde trabalha, você tem feito os registros no cartão da gestante, no prontuário e nos encaminhamentos que realiza? Seus colegas de equipe também fazem esse registro? Observe e avalie.

Conforme o Ministério da Saúde, fazem parte do histórico:

- a) dados de identificação da gestante;
- b) dados socioeconômicos, psicológicos e culturais;
- c) antecedentes familiares;
- d) antecedentes pessoais;
- e) antecedentes ginecológicos e obstétricos;
- f) dados sobre sexualidade e DSTs;
- g) intercorrências clínicas e cirúrgicas;
- h) exposição ambiental ou ocupacional de risco;
- i) história de violência;
- j) dados da gestação atual;
- k) motivo da consulta.

Todos os itens citados devem ser abordados na primeira consulta e aprofundados nas consultas subsequentes. Na gestação atual, você deve ficar atento ao comportamento e às informações da gestante quanto:

- a) às queixas;
- b) às necessidades e aos conhecimentos sobre o processo da gestação e do nascimento;
- c) ao planejamento e à aceitação da gravidez;
- d) aos sentimentos, aos medos e às dúvidas;

- e) à data da última menstruação (DUM);
- f) à idade gestacional (IG);
- g) à data provável de parto (DPP);
- h) aos hábitos;
- i) aos dados antropométricos;
- j) aos desconfortos gravídicos e sinais característicos de gravidez;
- k) aos exames realizados;
- l) à sexualidade;
- m) às alergias;
- n) aos medicamentos utilizados;
- o) ao uso de drogas lícitas ou ilícitas;
- p) às vacinas;
- q) à alimentação;
- r) aos movimentos fetais;
- s) aos fatores de risco;
- t) à queda do ventre;
- u) alterações ou infecções apresentadas;
- v) outros cuidados na gestação.

5.4.4 Exame Físico

O exame físico é subdividido em geral e obstétrico.

O **exame físico geral** deve obedecer as normas usuais da **propedêutica clínica**⁷, utilizando a palpação, ausculta, percussão e inspeção. Neme (2000) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) recomendam que, na primeira consulta de pré-natal, deve-se avaliar os sinais vitais, verificar o peso, a altura, as mucosas visíveis, a pele

⁷ Consiste em fazer uma correta História Clínica.

(cor, umidade, cicatrizes e temperatura), a coloração dos fâneros, a região cervical e axilar por meio da palpação, a presença do edema e realizar a ausculta cardiopulmonar. Também deve ser feito o exame do abdômen e dos membros inferiores.

Quanto ao **exame físico-obstétrico**, é imprescindível lembrar que medidas antropométricas e sinais vitais fazem parte de todas as consultas. A inspeção 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, verificação da altura uterina e avaliação de edema. Temos ainda ausculta dos batimentos cárdio-fetais.



Saiba Mais

Durante a consulta, são realizados vários procedimentos, e condutas para a avaliação da evolução da gravidez que podem ser estudadas com maior profundidade acessando:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 5). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

Destacamos alguns pontos indispensáveis em uma consulta:

- a) **determinação da idade gestacional (IG):** – número de semanas a partir do primeiro dia da última menstruação (DUM) até a data da consulta, visto por calendário ou disco;
- b) **determinação da data provável de parto (DPP):** calculada pela Regra de Naegele, que consiste em adicionar à data da DUM sete dias e somar nove meses (ou diminuir 3 meses). Exemplo: Data da última menstruação – 13/09/2008. Data provável do parto – 20/06/2009 ($13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$) e;

- c) **avaliação dos níveis tensionais:** segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), considera-se como hipertensão arterial na gestação níveis tensionais maiores ou iguais a 140 mmHg de pressão sistólica, maiores ou iguais a 90 mmHg de pressão diastólica, aferida de acordo com os padrões da Organização Mundial de Saúde. Se os valores encontrados estão dentro dos limites considerados normais, a gestante fará o controle de acordo com o cronograma normal. No caso de algum episódio de hipertensão arterial, deve-se confirmar a doença hipertensiva na gravidez;
- d) **avaliação da altura uterina:** consiste da medida da distância da borda superior da sínfise púbica até o fundo do útero, estando a mulher em decúbito dorsal, com a finalidade de observar o crescimento fetal, que é normalmente 4 cm por mês;
- e) **palpação obstétrica (Manobras de Leopold Zweifel):** visa à identificação da apresentação, posição e situação fetal. Temos a apresentação cefálica, pélvica ou córmica. Situação transversal, oblíqua ou longitudinal. Posição direita ou esquerda. Variedade de posição (anterior, posterior e transversa).

A medida da altura é registrada em um gráfico de acordo com a idade gestacional. Valor acima do percentil 90 é anormal, pode ser devido a erro da Idade Gestacional (IG), poliidrâmnio, macrossomia fetal, gemelaridade, mola hidantiforme, miomatose ou obesidade. Valor abaixo do percentil 10 é anormal; pode significar erro de cálculo da IG, oligoidrâmnio, feto morto e retardo de crescimento (Crescimento Intra-uterino Retardado – CIUR) Encaminhar ao serviço de alto risco (BRASIL, 2006). A suspeita de CIUR se confirma em 75% se os métodos forem combinados, ou seja, além da altura uterina menor que percentil 10, tivermos baixo peso de acordo com IMC.



Modos de realizar as manobras e achados, bem como as relações útero-fetais, conhecimentos fundamentais para se avaliar a apresentação, situação e posição, podem ser pesquisados:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

- f) **verificação da ausculta obstétrica:** Verifica-se com Pinard (a partir da 20^a ou 24^a semana) e com Sonar - Doppler (a partir da 10^a ou 11^a semana). São parâmetros normais 120 a 160 batimentos por minuto (bpm), não são isócronos com o pulso materno. Na gravidez múltipla, ouvem-se dois focos separados entre si por 10 cm, com batimentos diferentes, diferença de 10 ou 15 batimentos por minuto (bpm). Ficar alerta, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), se os batimentos não forem audíveis, quando a idade gestacional for igual ou maior que 24 semanas confirmada, após afastar condições que impeçam uma boa ausculta, devendo-se solicitar ultrassonografia e referenciar. Se a gestante não sentir os movimentos fetais e se o crescimento uterino estiver estacionado, referenciar imediatamente a um nível de maior complexidade de assistência. No caso de bradicardia, reavaliar em decúbito lateral esquerdo por 5 minutos, encaminhar para o médico da unidade e, se confirmado, referenciar. Após uma contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência indica boa vitalidade. Por outro lado, a desaceleração ou não alteração da frequência é sinal de alerta, necessitando acompanhamento e referenciamento;
- g) **avaliação do estado nutricional:** Pode ser feita pelo cálculo de índice de massa corporal ($IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$), ou seja, peso dividido por estatura ao quadrado e registrar em gráfico específico ou conferir na tabela (ver tabela e gráfico em Brasil, 2006a). Se a gestante apresentar baixo peso, investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes. No caso de sobrepeso, investigar a obesidade pré-gestacional, edema polidrâmnio, gravidez

múltipla. Nas duas situações, orientar hábitos alimentares saudáveis e remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual. A gestação não é um momento adequado para a correção da obesidade, não se aconselhando restrição alimentar rígida em nenhum caso;

As gestantes, de acordo com seu IMC inicial, deverão ter ganhos distintos de peso. Assim, as gestantes de baixo peso devem ganhar entre 12,5 e 18 kg; as gestantes com IMC adequado devem ganhar, ao fim da gestação, entre 11,5 e 16,0 kg; aquelas com sobrepeso devem acumular entre 7,0 e 11,5 kg e as obesas devem apresentar ganho em torno de 7,0 kg, com recomendação específica e diferente por trimestre. As adolescentes que engravidaram a menos de dois anos após a menarca, provavelmente, serão classificadas como gestantes de baixo peso. Nesses casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente. A altura das adolescentes deve ser avaliada a cada consulta (BRASIL, 2006).

- h) **avaliação do edema:** Pode ser avaliado relacionando-o com a hipertensão arterial e o aumento de peso. Deve-se considerar duas formas de edema: o oculto e o visível. O primeiro caracteriza-se pelo aumento súbito do peso igual ou superior a 500mg/ semana; e o segundo, pela compressão da região anterior da tibia determinando a formação de cacifo característico.

Para ser avaliado, costuma-se classificar o edema em graus:

na escala ascendente, ele atinge os membros inferiores até a tibia (+)

estendendo-se a coxa e também aos membros superiores (++)

alastra-se a todo o corpo excluindo as cavidades serosas (++++)

e, finalmente, constitui o derrame generalizado ou anasarca (++++)

Atenção: Edema em MMII pode ocorrer no final da gravidez normal, todavia é importante estar atento e fazer as avaliações necessárias.

- i) **exames complementares:** seguir a rotina do PHPN e protocolos municipais.

5.4.5 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:

- a) hiperemese;
- b) síndromes hemorrágicas (abortamento, ameaça de aborto ou abortamento evitável, gravidez ectópica, mola hidatiforme, descolamento cório-amniótico, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta);
- c) anemia;
- d) hipovitaminose A;
- e) hipertensão arterial e eclâmpsia;
- f) diabetes Mellitus;
- g) hepatite B;
- h) toxoplasmose;
- i) infecção do trato urinário;
- j) infecção por HIV e outras DST;
- k) gestação prolongada;
- l) varizes e tromboembolismo;
- m) parasitoses intestinais.
- n) amniorrexe prematura.



A definição de cada uma delas, sua caracterização, principais fatores de risco e tratamento estão descritos no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério. Para consulta, acesse o site:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 5). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

5.4.6 Preparação Para o Parto

Os sinais do verdadeiro trabalho de parto são: eliminação do tampão mucoso, contrações rítmicas (2 ou três em dez minutos) e rompimento da bolsa. Orienta-se a gestante, se possível junto com o acompanhante, para procurar a maternidade levando consigo todos os exames e a caderneta da gestante, caso apresente esses sinais.

Durante a gestação, oriente sobre os tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, enfatizando a importância do parto normal. Sobre o mecanismo do trabalho de parto e o momento de procurar a maternidade, reforce 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 a constatação da falta de movimentação fetal, sangramentos e da ausência de batimentos cardíaco-fetais, as gestantes devem ser encaminhadas à maternidade por escrito e com urgência.

5.4.7 Puerpério Normal e Patológico

É extremamente relevante que você revise os conteúdos acerca dos fenômenos regressivos do puerpério (involução uterina e loqueação) e fenômeno progressivo (lactação). Também sobre as modificações locais e sistêmicas, decorrentes da gestação e recuperação do parto, tempo de recuperação e cuidados no puerpério.

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, mudanças de estilo de vida, e também sobre a patologia puerperal.

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

- a) as infecções;
- b) as hemorragias;
- c) as perturbações urinárias;
- d) as tromboflebitas;
- e) as patologias mamárias, entre as quais destacamos a **mastite**⁸ puerperal.

Mastite consiste na ⁸ infecção da mama lactante, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patológicos. Ocorre com maior frequência após o décimo dia após o parto.



Saiba Mais

Para entender melhor o tema, leia estas publicações:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, 5). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

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

SANTOS, E. K. A. dos. Enfermagem na patologia puerperal. In: OLIVEIRA, M. E; MONTICELLI, M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002, p.259 – 281.

5.4.8 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 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. As evidências científicas que embasam as recomendações atuais da alimentação complementar de crianças em aleitamento materno, estarem devidamente capacitados para o manejo clínico da amamentação (conhecer a anatomia da mama, fisiologia da lactação, técnica da amamentação: posição e pega adequados, ordenha manual da mama, principais intercorrências da amamentação: trauma mamilar, ingurgitamento mamário, hipogalactia, mastite, entre outros).

Todos esses temas têm sido vastamente abordados na literatura nacional e internacional. O próprio Ministério da Saúde brasileiro tem produzido e publicado materiais evidenciando as diferentes dimensões dessa prática, todos podendo ser localizados na biblioteca virtual do MS.



Saiba Mais

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.

Quanto às políticas públicas de aleitamento materno voltadas para a atenção básica no Brasil, foi criada, em 2009, a Rede Amamenta Brasil com o objetivo de contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país. Certamente, mais cedo ou mais tarde, você será convidado para participar da oficina de sensibilização dessa rede. Aproveite esta oportunidade!

5.4.9 Consulta Puerperal

De acordo com o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), 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 menores de 10%, conforme levantamento realizado no SISPRENATAL em dois anos do estudo.

Podem ser realizadas nas UBS 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.

As consultas são constituídas de histórico de enfermagem, exame físico, levantamento de problemas, plano de cuidados e registro.

5.4.10 Roteiro da Primeira Consulta:

Na consulta, ficar atento (a) às necessidades da mulher, aos aspectos subjetivos e subliminares. Confira algumas dicas:

- a) demonstre disponibilidade, respeito à sua privacidade, aos seus conhecimentos prévios e valores;
- b) chame-a pelo nome;
- c) ouça-a com atenção;
- d) se for seu desejo, convide familiares ou companheiro para participar da consulta;
- e) estimule a expressão de sentimentos;
- f) fortaleça sua autoconfiança e reconheça suas capacidades para que assuma o controle de seu corpo, de sua vida e do bebê;
- g) evite palavras de julgamento;
- h) saiba elogiar.

Na consulta, registrar dados relativos ao **pré-natal**⁹ e ao **parto**¹⁰.

Com respeito ao puerpério: identificar o tempo de pós-parto, ficar atento as queixas; conhecer como foi a evolução e a intercorrências (sangramento, dores abdominais, vaginais e nos membros inferiores retração do útero, presença de temperatura e eliminações, depressão ou labilidade intensa). Indagar acerca da alimentação, higiene, atividade sexual, uso de métodos contraceptivos, sono, repouso e cuidados tomados.

Questionar sobre a história do aleitamento materno, anterior e atual, tipo de aleitamento (exclusivo ou misto) e intercorrências, uso de alimentação complementar inoportuna; verificar pega (adequada ou não) e sucção (facilidades e dificuldades); uso de chupeta e conhecimento sobre os riscos de seu uso; posição para amamentar. Identificar 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, como ingurgitamento mamário, traumas mamilares, formadas por fissuras, maceração escoriação e mastites. Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e continuado a partir daí, com a introdução de alimentação complementar, até dois anos ou mais.

Exame físico:

- a) realizar o exame no sentido céfalo-caudal, ficando atento ao estado geral (postura, expressão facial, humor e aparência geral), coloração e umidade da mucosa ocular. Verificar dados antropométricos e sinais vitais (pressão arterial e temperatura, principalmente);
- b) avaliar as condições das mamas (tamanho, consistência, simetria, dor e tipo de mamilos), presença de ingurgitamento, fissura, escoriações ou mastite; hipo ou hipergalactia;
- c) 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);
- d) observar involução uterina (altura, consistência e localização do útero) em relação à cicatriz umbilical; 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;

9 Número de consultas, intercorrências e orientações recebidas.

10 Tipo de parto, local e complicações.

- 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 pode indicar trombose profunda (SANTOS, 2002).

Orientações:

- a) sobre o intervalo inter-partal, recomendam-se no mínimo 2 anos;
- b) retorno às atividades sexuais (30 a 40 dias);
- c) uso de contraceptivos (durante a amamentação, pode-se usar a minipílula, o aleitamento como método (Método Amenorreico-Lactacional - Método LAM), preservativos feminino ou masculino, Injetável com progesterona, DIU após 6 ou 8 semanas pós-parto ou 8 a 12 semanas pós-cesariana);
- d) alimentação (rica em ferro, proteínas e vitaminas) e hidratação;
- e) higiene;
- f) atividade física;
- g) segurança no trânsito;
- h) direitos da mulher (120 dias de licença maternidade e uma hora por dia liberada pela licença amamentação) e do companheiro (5 dias - licença paternidade);
- i) atividades físicas e a deambulação de acordo com o período de puerpério;
- j) 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;
- k) encaminhar para nova consulta em 45 dias;
- l) avaliar esquema vacinal de tétano e rubéola (se necessário);
- m) agendar consulta com o médico;
- n) realizar exame ginecológico completo;

- o) coletar material para exame preventivo do câncer de colo uterino; quando houver transcorrido um ano ou mais da realização do último exame.



Saiba Mais

Para saber mais, sugerimos acessar 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 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Livros.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00a.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira

de Bancos de Leite Humano. Brasília: FIOCRUZ, 2010. Disponível

em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/Start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta etapa dos estudos, identificamos o estado gravídico e os possíveis fatores de risco, bem como as intercorrências clínicas mais frequentes e respectivos cuidados. Visamos o planejamento, a implementação e a avaliação da atenção à saúde da gestante. Conhecemos os aspectos sociais, psíquicos, biológicos e culturais que envolvem o processo de gestação, parto, pós-parto e amamentação. Também podemos perceber, através do conhecimento aprofundado, como os profissionais podem assistir à mulher/gestante/parturiente/puérpera e à família, destacando ações educativas durante fases tão importantes como a gestação, o parto e o pós-parto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada. **O recém-nascido de baixo-peso: método mãe canguru**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 17 jan. 2010.

ENKIN, M. W. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2005.

GREGORY, K. D; DAVIDSON, E. Prenatal care: who needs it and why? **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Baltimore, v. 42, n. 725-736, Dec. 1999.

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

SANTOS, M. L. dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. 2002. 247 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

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. de F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. 437 f. Tese (Doutorado em

Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0547.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

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

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 maneira ampla, percebendo-se que cada faixa etária apresenta problemas mais específicos. No entanto, o avaliador não deve se restringir a eles, tentando identificar os problemas e agravos à saúde da mulher em esferas mais amplas e abrangentes. A importância da detecção precoce dos carcinomas ginecológicos é fundamental, 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, no 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 as doenças e os agravos presentes nos ciclos de vida da população feminina atendida. Desse modo, é essencial o reconhecimento da busca do cuidado da Equipe de Saúde da Família como oportunidade para a promoção, prevenção, diagnóstico, investigação e tratamento amplo e contínuo, contemplando todos os aspectos que possibilitem uma melhoria à saúde da mulher.

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

Com o foco na integralidade da atenção e os conhecimentos dos aspectos fisiológicos presentes no ciclo de vida, os profissionais da equipe de saúde da família, e em especial o Enfermeiro, devem reconhecer que muitas mulheres procuram o serviço de saúde apenas por “queixas ginecológicas”. Este se torna um momento ímpar, que deve oportunizar uma avaliação mais abrangente, procurando-se identificar também queixas e agravos não ginecológicos e implementar medidas de proteção, promoção e prevenção em saúde geral.

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. “O sangramento uterino anormal, juntamente com a dismenorrea, a dor pélvica, a anticoncepção e a leucorreia, são os motivos mais frequentes de consulta em clínica ginecológica” (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2003, p. 452). As questões vinculadas à anticoncepção foram discutidas na Unidade 4 – Planejamento Familiar deste módulo.

6.1.1 Alterações do Ciclo Menstrual

Primeira menstruação da 11
mulher.

A menstruação exerce um papel importante e a 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**¹¹, implica uma transição importante, o **climatério**¹² denota uma fase muitas vezes impregnada de estereótipos negativos. Ademais, dependendo como são vivenciadas as várias etapas do ciclo menstrual, a sintomatologia deverá ser avaliada de forma consistente para uma maior resolatividade quando esta se torna problemática. Independentemente da queixa ginecológica estar associada a uma doença, os profissionais de saúde sempre deverão dar apoio emocional com discussão e orientação sobre o problema.

Climatério é a etapa da 12
vida da mulher que inicia
dois ou quatro anos antes
da última menstruação,
onde acontece a transição
do período fértil para o não
fértil e é caracterizado pela
diminuição dos hormônios
(estrogênio e progesterona),
irregularidade menstrual,
sendo acompanhado
de alguns sintomas
desagradáveis como
fogachos (ondas de calor),
irritabilidade e insônia.

Apesar de ser o principal sintoma do **carcinoma genital**¹³, 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 (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2003, p. 452 – grifos nossos).

Carcinoma genital refere-se 13
a todo tipo de câncer na
região genital.

A menstruação é um fenômeno cíclico, que ocorre a cada 28 dias, com variação fisiológica de 5 dias para mais ou para menos na duração do ciclo, e cuja manifestação depende da integridade de um complexo **mecanismo hormonal**¹⁴ e de um **aparelho genital**¹⁵ anatomicamente normal.

O eixo hipotálamo-hipófise- 14
ovário – HHO.

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.

Útero e ovários. 15

O retrocontrole é um mecanismo essencial que modula as várias etapas de produção e secreção hormonal, mas essencialmente o conhecimento básico dos agentes principais envolvidos no ciclo menstrual normal já é suficiente para a investigação e o tratamento das principais alterações do ciclo menstrual.

As principais causas de sangramento uterino anormal são: sangramento disfuncional, leiomioma, adenomiose, endometrite, hiperplasia endometrial, pólipos endometriais, câncer do endométrio

e do miométrio, anticoncepcionais hormonais e DIU, gravidez. A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) possui uma série de diretrizes pautadas nas queixas mais comuns relacionadas com o ciclo menstrual.



Saiba Mais

Recomenda-se a leitura do capítulo 46, de autoria de:

PESSINI, S. A. Sangramento uterino anormal. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. 2003. P. 452-459.

Além disso, a FEBRASGO possui uma série de manuais que estão disponíveis on-line, como este que orientou a elaboração desta unidade e que trabalha a questão da ginecologia endócrina:

FENASEG. Disponível em: <<http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View={33D36F6A-389D-45A2-88E8-C6561FC49312}&Team=¶ms=itemID={CCED6A85-3CC3-4F19-9F74-6DEC905148AD}%3B&UIPartUID={3822DBC5-4F58-44D6-B54F-C0D1C818CFDC}>>>. Acesso em: 10 maio 2010.

6.1.2 Sangramento Uterino Disfuncional

É a perda sanguínea oriunda da cavidade uterina na ausência de doenças orgânicas, determinada por alterações nos mecanismos neuroendócrinos que controlam a menstruação (FREITAS, et al, 2002).

Incidência: queixa bastante frequente, ocorrendo em toda a menacme. Cerca de 50% das mulheres com sangramento uterino disfuncional (SUD) têm em torno de 45 anos de idade e 20% das mulheres acometidas são adolescentes.

Etiologia: usualmente está associado à função ovariana anormal e 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 neuro-endócrinos que controlam a menstruação.

Classificação:

- a) sangramento da ovulação (meio do ciclo): secundário à queda brusca dos estrogênios na rotura do folículo;

- b) Sangramento pré-menstrual: devido à produção insuficiente de progesterona, principalmente no climatério;
- c) Persistência do corpo lúteo (Halban): atraso menstrual seguido de perda sanguínea irregular;
- d) Sangramento uterino disfuncional anovulatório: 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 a sua menacme.

Diagnóstico: é um diagnóstico 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.

Deve-se excluir o diagnóstico de coagulopatias em crianças e adolescentes, responsáveis por 20% dos sangramentos nessa faixa etária, apesar da 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.

Lembre-se: por múltiplos fatores (idade precoce, vergonha, medo da reação familiar ou do namorado, abuso sexual), muitas mulheres irão negar a possibilidade de uma gestação, e por isso o diagnóstico da existência ou não de gravidez deve fazer parte da investigação inicial nos casos de sangramento abrupto.

6.1.3 Dismenorreia

É a dor em cólica no hipogástrio acompanhada ou não de outras manifestações (náuseas, vômitos, cefaleia, lombalgia, etc.) que surge com o período menstrual. Sua sinonímia também atende por algomenorreia ou, conforme comumente conhecida, a cólica menstrual.

Incidência: 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.

Classificação:

- 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, pólipos endometriais.

Etiopatogenia: 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.

Diagnóstico: fundamentalmente clínico, baseando-se em uma acurada anamnese e exame físico geral e ginecológico. Na anamnese, devemos 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 o diagnóstico ou a exclusão de doenças orgânicas.

Exames complementares:

- a) ultrassonografia pélvica – transabdominal ou transvaginal transabdominal (pacientes que não iniciaram a vida sexual) ou transvaginal (preferencialmente, pois oferece melhor visualização das estruturas estudadas);
- b) laparoscopia e histeroscopia - indicadas em casos selecionados.

Lembre-se: em adolescente 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, encaminhar ao especialista, que poderá, eventualmente, indicar a laparoscopia diagnóstica/terapêutica.

6.1.4 Síndrome Pré-Menstrual

Também conhecida como tensão pré-menstrual. É o 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.

Incidência: trata-se de queixa comum ocorrendo em grande número de mulheres. Com base em critérios rigorosos, apenas cerca de 5% devem ser caracterizadas como portadoras de síndrome pré-menstrual.

Classificação:

- a) alterações relacionadas ao metabolismo hidrossalino;
- b) alterações relacionadas ao sistema nervoso central;
- c) sintomas algícos;
- d) modificações endócrinas.

Etiopatogenia: várias têm sido as etiologias propostas para explicar a ocorrência da síndrome em questão. Citam-se:

- a) fatores hormonais (estrogênios, progesterona, PRL e androgênios);
- b) modificações hidroeletrólíticas (aldosterona, renina-angiotensina);
- c) deficiências de vitaminas;
- d) alterações dos neurotransmissores centrais e enzimas periféricas.

Diagnóstico: é fundamentalmente clínico, baseando-se na anamnese e exame físico geral e exame ginecológico. É importante salientar que, para caracterizar a síndrome pré-menstrual, o quadro deve apresentar caráter de repetição por mais de três ciclos consecutivos.

Os principais sintomas e sinais físicos são: edema, ingurgitamento mamário, mastalgia, ganho de peso, distensão abdominal, cefaleia, fadiga, acne, alterações do hábito intestinal, dor nos membros inferiores, cólicas abdominais.

Os sintomas e os sinais psicológicos são: 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, confusão.

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

Exames complementares: na síndrome pré-menstrual, exames laboratoriais são indicados para o diagnóstico diferencial de pacientes com suspeita de apresentarem patologias associadas e os exames são indicados de acordo com o provável diagnóstico clínico.

Diagnóstico diferencial:

- 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.

Tratamento: por ser moléstia de etiopatogenia ainda desconhecida, torna-se evidentemente difícil o tratamento específico. Assim, pode-se dividi-lo em medidas gerais e tratamento medicamentoso.

Medidas gerais: o tratamento inicial consiste em tranquilizar, discutir e orientar a mulher sobre a síndrome em questão. Recomenda-se a prática de esportes, redução da ingestão de sal, açúcar refinado e gordura animal.

Diversos estudos evidenciam a associação entre história de violência sexual e algumas queixas ginecológicas mais frequentes, tais como irregularidades menstruais, dor pélvica, dismenorrea, falta de libido e dispareunia, dentre outros (FAÚNDES et al, 2000, BEDONE; FAÚNDES, 2007).

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

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 com características anormais pode ser dividida em três grupos principais: mucorreias, vulvovaginites e cervicites.

Quando há o aumento sintomático da secreção vaginal fisiológica, denomina-se mucorreia. Este fluxo aumentado, que ocorre em 5 a 10% das mulheres, não é acompanhado por odor, prurido ou outro sintoma infeccioso, sendo as causas principais a ectopia e a gravidez, devendo o profissional de saúde tranquilizar a mulher, 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. As vulvovaginites têm como causa frequente a *Gardenerella vaginalis* (que de fato não produz sintomas inflamatórios, devendo ser classificada como vaginose), a *Candida albicans* (ambas podem estar presentes de maneira assintomática no trato vaginal, e a *Trichomonas vaginalis* (classificada como doença sexualmente transmissível) (NAUD et al, 2004).

Quanto às cervicites, os autores explicam que, 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 *Neisseria gonorrhoeae*, *Chamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma hominis*. (...) Mais raramente por *Trichomonas vaginalis* e *Herpes simplex*. A infecção do canal cervical é denominada cervicite ou endocervicite mucopurulenta. Em vista da escolha do tratamento, as cervicites podem ser divididas em gonocócias e não-gonocócicas. (NAUD et al, 2004).

O prurido vulvar é outra queixa bastante presente, podendo estar sozinho ou associado:

a outros sintomas crônicos, tais como queimação, dor, ou irritação, sendo então denominado vulvodinia. As causas principais para as quais é preciso fazer o diagnóstico diferencial a partir de uma anamnese detalhada e de um exame físico que permita o tratamento ou o encaminhamento para colposcopia quando forem detectadas hiperemia, lesões hipertróficas ou acetobranças (após aplicação de ácido acético 5%, após um minuto evidenciam-se estas lesões que são compatíveis com infecção por papilomavírus humano) (NAUD et al, 2004, p. 461-462).

As principais causas são de origem: infecciosa; alérgica, traumática, neurológica, por doenças dermatológicas, por neoplasias.

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 realiza pelo menos um exame preventivo de câncer de colo uterino e apenas um terço das mulheres serão submetidas a um único exame de mamografia. No Brasil, a média geral de cobertura do exame de Papanicolaou atinge apenas 13,5% das mulheres, e apenas cerca de 65% das amostras coletadas são consideradas aceitáveis. Assim, fica clara, de forma contundente, 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 da qualidade nas técnicas de coleta (BRASIL, 2008).

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. No Brasil, a cada ano, em torno de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (BRASIL, 2008).

Conforme discutido na Unidade 3, deve-se estar atento 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, quais sejam: 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 Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2002),

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

O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2008 foi de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. 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 (67/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (28/100.000). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (16/100.000).



Saiba Mais

Para saber mais sobre esses dados, acesse o site do INCA:

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Acesso em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 10 maio 2010.

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, independente 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), recomendam-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 feita cerca de 10 anos antes da idade em que a parente afetada foi diagnosticada (BRASIL, 2008).

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 estádios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%.



Saiba Mais

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) possui um site no qual os profissionais de saúde poderão obter informações atualizadas. Nos aspectos gerais para discussão com os demais membros da equipe de Saúde da Família e com as mulheres atendidas, a respeito do câncer feminino, recomenda-se a leitura, que discute os principais aspectos referentes à rede de atenção e à organização do SUS quanto à assistência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Perguntas e respostas sobre o câncer**. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=83>. Acesso em: 14 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

6.2.2 Câncer de Colo Uterino

Os achados clínicos referentes ao câncer de colo uterino dependem do estágio da doença, podendo estar presentes os seguintes sinais e sintomas:

- a) assintomática;
- b) sangramento irregular;
- c) sinusiorragia;

- d) dor no baixo ventre;
- e) hematúria;
- f) enterorragia;
- g) secreção vaginal fétida;
- h) eventual achado de colo uterino heterogêneo ao ultrassom.

Há que se ter em mente que o exame de Papanicolaou é um exame preventivo para o câncer de colo uterino, eventualmente se prestando a diagnosticar algumas infecções (candidíase, 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 realizar a aplicação de ácido acético a 5% e identificar lesões acetobranças suspeitas e proceder o teste de Schiller. Pela incidência de exames preventivos falso-negativos, é imprescindível que o profissional proceda 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 Papanicolaou, 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 e 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). Aproximadamente 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 (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 (BENEDET, 2000).

Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), em estudo realizado em Fortaleza com mulheres entre 35 e 50 anos, portadoras de carcinoma cérvico-

uterino, identificaram como as causas impeditivas do diagnóstico precoce: sobrecarga de trabalho da mulher, superposição de tarefas, falta de atenção e cuidado com o próprio corpo, 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 (Papanicolaou) 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 a referida 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 cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o país” (BRASIL, 2002, p. 5).

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

Até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltadas 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 recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos.

Agora, acompanhe a figura 7, a seguir, e conheça as fases da abordagem do colo do útero.

FASES DA ABORDAGEM DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

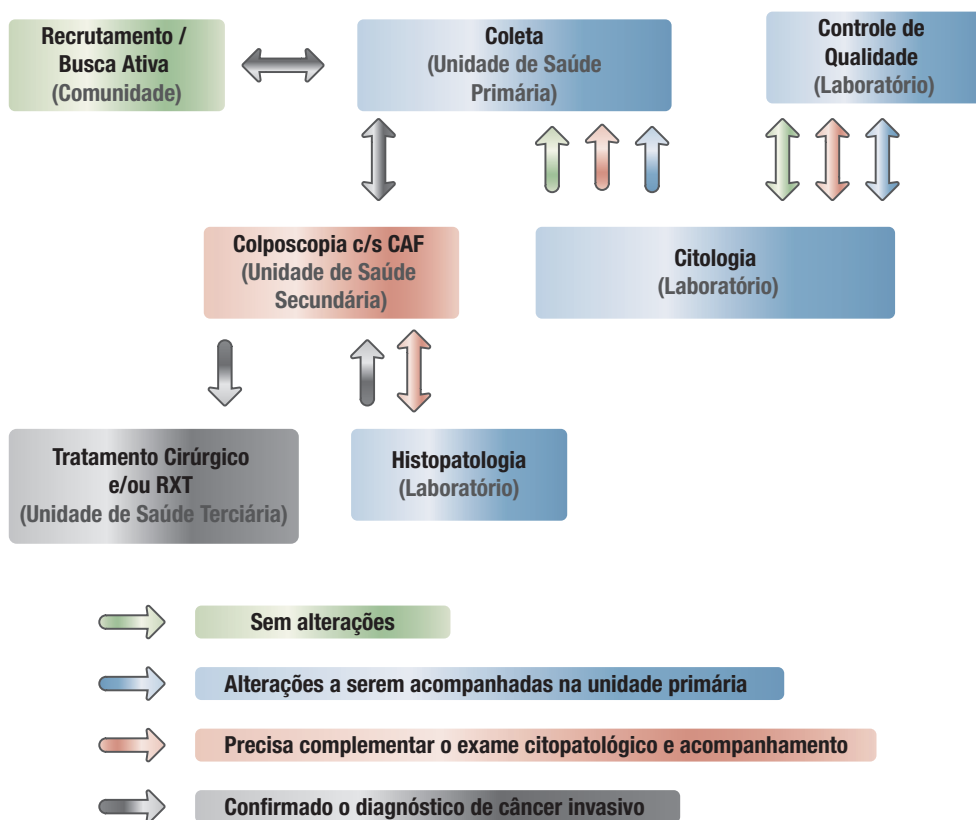


Figura 7: As fases de abordagem do câncer do colo do útero.
Fonte: Brasil, 2002, p. 28.



Saiba Mais

As recomendações do INCA são bastante esclarecedoras quanto à periodicidade dos exames preventivos. Acesse para saber obter outras informações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/normas.pdf>. Acesso em: 10 maio 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

No decorrer do estudo desta unidade, vimos como é importante o papel da equipe em especial do enfermeiro, para a observação dos aspectos fisiológicos normais nos vários ciclos de vida e no reconhecimento e enfrentamento dos principais motivos de consultas e das queixas ginecológicas mais comuns. Relembramos os tipos de cânceres ginecológicos mais frequentes, identificando mulheres de risco para carcinomas ginecológicos. Também vimos como podem ser feitas a prevenção e a detecção precoce do câncer ginecológico, e como essa detecção precoce é relevante para baixar os índices de mortalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama – viva mulher. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em: 14 fev. 2010.

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007.

BENEDET, J. L. et al. Staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. **International Journal Gynaecology and Obstetrics**, v. 70, n. 2, p. 209-62, 2000.

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

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

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

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.

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

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

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 150-155, 2005.

UNIDADE 7

MÓDULO 6

7 ATENÇÃO À MULHER NO CLIMATÉRIO

Certamente você já ouviu na mídia que, na população do Brasil, o número de pessoas na terceira idade está aumentando. Escutou, viu ou leu que as mulheres têm uma expectativa de vida maior que os homens; que é necessário desenvolver atividades com essa parcela da população com vistas a uma vida mais saudável.

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 sobre o tema?

Já se questionou acerca dos conceitos de menopausa e climatério? Tem alguma mulher próxima a você que esteja vivenciando esses períodos? Vizinhas, tias, mães, colegas de trabalho? Na unidade de saúde, existe algum serviço que contemple essa questão? Na universidade, este tema foi debatido? O que você leu a respeito?

Dialogue com alguma mulher na faixa de idade dos 45 anos ou mais, a respeito e veja o que ela sabe sobre climatério e sobre cuidados que pode realizar. Depois disso, convidamos você a estudar um pouco mais e refletir sobre essa temática.

7.1 Políticas para Atenção às Mulheres no Climatério

Embora a saúde da mulher, no Brasil, tenha sido incorporada às políticas nacionais no início do século XX, o tema climatério se insere neste contexto pela primeira vez e em caráter prioritário somente em 1984, quando é lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde.

A partir de então, passaram a ser desenvolvidas atividades de capacitação em atenção integral à saúde da mulher em vários estados brasileiros e em alguns deles, ações específicas direcionadas às mulheres no climatério. Em 1994, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Norma de Assistência ao Climatério, e em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incorpora, no seu planejamento, a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos. Entretanto, nenhuma ação específica foi de fato implementada naquela ocasião.

Em 2003, a área técnica assume a decisão política de iniciar ações de saúde voltadas à saúde da mulher e inclui um capítulo específico sobre esse tema no documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2008). Em

2008, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde da Mulher, publica o Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/ Menopausa, concretizando, assim, um dos objetivos da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2008).

REFLEXÃO

Mas por que esta preocupação com o climatério? Qual a razão desta parcela da população ser alvo de políticas na área da saúde?

7.2 O Climatério: Considerações Gerais e Definição

Dados estatísticos apontam que o Brasil é um país que está envelhecendo, sendo o sexto em número absoluto de pessoas com mais de 60 anos. Uma das principais consequências desse quadro é a dificuldade em planejar as ações no Sistema de Saúde (ZAMPIERI et al, 2009). Isto se evidencia na população feminina, 96.293.080 milhões de mulheres em 2007, por constituírem a maioria dos usuários que procuram os serviços de saúde e possuem uma 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% das referidas mulheres, no Brasil, estão na faixa etária em que ocorre o climatério (BRASIL, 2008).

Grande parte delas viverá um terço de suas vidas acima dos 50 anos (IBGE, 2003), gerando a necessidade de uma atenção específica e esforços em direção ao “viver melhor”, devendo ser estabelecidas condições que permitam uma melhor qualidade de vida.

Considerando a visão ampliada de saúde adotada neste curso, vale lembrar que diversos aspectos da vida estão a ela relacionados, como a alimentação, o lazer, as condições de trabalho, a moradia, a educação/informação e renda, as relações sociais e familiares, a autoimagem e a autoestima e o meio ambiente. Nessa perspectiva, a saúde transcende ao simples acesso aos serviços de saúde ou à ausência de doença. A discriminação e os preconceitos são variáveis que devem ser consideradas, uma vez que também compõem o processo de saúde-doença e aumentam a vulnerabilidade frente a determinados agravos que estão – para a população de mulheres – mais relacionados com as situações de discriminação que aos fatores biológicos.

É necessário capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para atender esta parcela da população na atenção básica. Aproveitar todas as ocasiões que a mulher busca a unidade de saúde procurando desenvolver ações de promoção, prevenção e ou recuperação, de

acordo com o perfil epidemiológico deste grupo populacional. Na 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 as contra referências.

É fundamental que os profissionais, e em especial o enfermeiro, tenham ações proativas como:

- a) compartilhar conhecimentos com as mulheres e familiares sobre as mudanças e cuidados necessários;
- b) propiciar espaços coletivos (grupos) que possibilitem a expressão de sentimentos, medos e dúvidas;
- c) promover a reflexão sobre as questões de gênero;
- d) desenvolver ações de promoção e recuperação da saúde;
- e) prevenir doenças com vistas à autonomia e ao protagonismo da mulher.

Agora que acompanhamos alguns aspectos introdutórios, vamos aprofundar nosso conhecimento sobre o climatério. Confira a sua definição a seguir.

O climatério é o período transicional, polêmico e crítico (do grego **klimáter**), compreendido entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, que geralmente ocorre entre 37 e 65 anos, 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 (GONÇALVES, MERIGHI, 2007).

O climatério é dividido em três 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 e; a 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 (doze) 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 de 48 a 55 anos (FEBRASGO, 2004). Temos ainda a menopausa artificial, que é a cessação permanente da função ovariana por remoção cirúrgica dos ovários ou radioterapia.

O climatério não é apenas um marco temporal, mas um processo inerente ao desenvolvimento feminino que nem sempre se associa aos sinais e aos 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).

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, suporte médico e uso de medicamentos. O sentimento de perda do suposto principal papel que exercia na sociedade, o fim dos anos que podia conceber, pode levar a mulher na velhice à sensação de que já cumpriu o seu papel, de que não tem mais condições de criar ou refazer sua vida, de que não tem mais o poder de sedução e capacidade para exercer a sua sexualidade, deixando de existir e perdendo sua identidade como mulher.

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

Corroborar com essa 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 (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 a 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).

7.3 Alterações no Climatério

O climatério não é uma doença, e sim uma fase natural da vida da mulher. Muitas passam por essa fase sem queixas ou necessidade de medicamentos, enquanto outras mulheres apresentam sintomas que variam em intensidade e diversidade em razão das modificações hormonais e metabólicas, alterações, que podem ser classificadas como precoces, de médio prazo e tardias. Além dos fatores fisiológicos, interferem os fatores sócio-culturais, determinados pelo contexto da mulher, e os fatores psicológicos, dependentes da estrutura do seu caráter. Em relação aos fatores ambientais, fatores extrínsecos, como o estilo de vida (atividade física, dieta e tabagismo), podem influenciar diretamente os sintomas na perimenopausa (BRASIL, 2008). O enfermeiro deve ter conhecimento e estar atento a essas alterações, para que possa intervir adequadamente no sentido de minimizar seus efeitos.

7.3.1 Alterações de Curto Prazo

São chamadas de alterações transitórias. Ocorrem distúrbios neuro-endócrinos que podem coincidir com a crise de identidade, caracterizada pela perda da autoestima, insegurança e medo de rejeição.

Nesta fase, as queixas mais frequentes são:

- a) ondas de calor ou fogachos;
- b) sudorese e calafrios;
- c) cefaleias, tonturas, parestesia e palpitações;
- d) labilidade emocional, depressão, insônia, fadiga, letargia, irritabilidade e perda de memória;
- e) diminuição da libido;
- f) alterações dos ciclos menstruais (BRASIL, 2008).

Agora vamos acompanhar detalhamentos das queixas mais frequentes. Acompanhe.

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, com fluxo diminuído ou aumentado (intervalos menores que 21 dias). 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 uma 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 resultados ocorrem ciclos irregulares por conta da ovulação errática. Há exaustão dos folículos ovarianos pela falência ovariana e redução de estrógenos.

O fogacho ou “onda de calor” é um dos sintomas mais comuns nas mulheres ocidentais, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério. Apresentado por 85% das mulheres, pode permanecer por 5 a 10 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 leves a intensos, 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 também dos pulsos de GnRH e do hormônio luteinizante (LH).

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

7.3.2 Alterações de Médio Prazo

Consistem das manifestações atróficas do sistema geniturinário e alterações de pele. Estas, junto com as tardias, são chamadas de

alterações não transitórias. As principais alterações estão presentes no quadro 9, 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 8: Principais alterações de médio prazo que ocorrem no climatério.

Fonte: Brasil, 2008.

7.3.3 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 um aumento nas taxas de LDL e diminuição nas de HDL (BRASIL, 2008).

Efeito ósseo: a osteoporose, densidade esquelética (calcificação) diminuída, pode ser evitada por tratamento profilático. Ela é responsável por um milhão e meio de fraturas anuais.

No período inicial, de até quatro ou cinco anos após a menopausa, ocorre uma 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**¹⁶ menopáusica, em geral dentro de 15 a 20 anos de menopausa.

As mulheres no climatério podem apresentar uma diminuição acelerada da massa óssea após a última menstruação. Nos primeiros 5 a 10 anos que seguem a última menstruação, essa perda pode ser

16 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).

de 2% a 4% ao ano para o osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical (BRASIL, 2008). As três fraturas são mais comuns nas mulheres pós-menopáusicas: as de vértebras, do rádio ultradistal e 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 de exercícios com frequência regular, 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 D, A e C, além do 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.

7.4 Atividade Sexual no Climatério

A atividade regular sexual não se altera. 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 neuro-endócrinas 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 a lubrificação labial e vaginal, e elevação do tecido clitoriano, aumenta. 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 a sua sexualidade em relação à experiência da juventude. Devem ser interpretadas como uma nova fase a ser experienciada e não o fim das possibilidades sexuais.

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).

7.5 Cuidados de Enfermagem à Mulher Climatérica e na Menopausa

De acordo com Zampieri (2007), as seguintes 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, na unidade de saúde ou nos domicílios, no âmbito individual ou coletivo.

As seguintes ações devem ser tomadas:

- a) desenvolver práticas educativas individuais ou grupais, compartilhando conhecimentos sobre esta fase, cuidados e tratamento e estimular a aquisição de informações em livros, revistas ou por outros recursos de mídia qualificada;
- b) prestar atendimento humanizado, demonstrando disponibilidade, oportunizando uma escuta atenta, que valoriza as necessidades, queixas, crenças, conhecimentos prévios, respeitando a privacidade da mulher, dando resolutividade às suas demandas e, sobretudo, estimulando a autonomia da mulher e participação desta nos cuidados;
- c) assistir de forma integral a mulher, observando-se as alterações mais frequentes em virtude da queda hormonal, processo natural da evolução biológica, fatores culturais e ambientais. Realizar ou encaminhar para consulta (anamnese, exame físico e exames). O diagnóstico é essencialmente clínico, acrescentado de exames complementares (exames laboratoriais de rotina, dosagem de gonadotrofina, esteroides sexuais, citologia hormonal; preventivo do câncer do colo do útero; ultrassonografia transvaginal; densitometria óssea; mamografia, solicitados pelo médico);
- d) estimular o autocuidado, que influencia positivamente na melhora da autoestima e da autoimagem. Cuidado com a aparência e com o corpo (pele, cabelos, dentes). Uso de protetor solar e higiene com água e sabonete neutro da face. Importante viver intensamente cada dia e dar valor às pequenas coisas; entrar em contato com a natureza e extrair dela o que há de mais belo; contemplar a vida, a natureza e as pessoas;
- e) orientar a adoção da alimentação saudável (alimentos variados, coloridos, de origem vegetal e animal, composto de 3 refeições principais, intercaladas de lanches), estímulo à atividade física regular, implementação de medidas antitabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, a não violência, os cuidados quanto ao tempo e à qualidade do sono, à saúde bucal, à pele. Para tal:

- a) realizar a avaliação nutricional, por meio do IMC, e orientar dietas, lembrando da importância da mastigação adequada. Dietas hipocalóricas, diminuir alimentos ricos em colesterol; 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; dieta para a redução dos níveis de colesterol, pobre em gorduras e rica em frutas e vegetais e grãos; dieta para a prevenção e tratamento de osteoporose – dieta rica em leguminosas (grãos de soja, farelos, óleo de linhaça, brotos de feijão), rica em cálcio (leite, queijo, requeijão, sorvete, sardinha, brócolis, couve) de forma fracionada, com a última ingestão no período noturno, próximo ao deitar. Evitar ingerir alimentos ricos em cálcio em conjunto com fibras vegetais, pois estas diminuem a absorção do cálcio. Na peri e pós-menopausa, a mulher deve ingerir 1000mg/dia de cálcio. Fazer uso de café e sal com moderação. O sódio e a cafeína facilitam a excreção de cálcio;
- b) orientar a realização de exercícios, regulares, de baixo impacto, estando devidamente nutridas e hidratadas. Estimular atividades como caminhada (das 10 horas e após 16 horas, de preferência no sol, usando vestimenta, calçado adequado), corrida, natação, ciclismo e outros exercícios, entre eles a musculação após avaliação médica;
- c) orientar exercícios de Kegel para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática (BRASIL, 2008, p. 60);
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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 e osteoporose; diabetes, etc;

- g) orientar para ficar atenta aos sinais que indicam doenças e depressão e procurar ajuda; encaminhar para psicoterapia, caso seja necessário;
- h) orientar sobre os riscos e benefícios da terapia hormonal, fitoestrógenos, fitoterápicos, homeopatia e acupuntura, indicações e contra-indicações destes;
- i) orientar na perimenopausa com relação ao uso dos métodos contraceptivos (contraceptivo 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;
- j) 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;
- k) 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

Consulte o material complementar deste Módulo e saiba mais sobre abordagem terapêutica: tratamento hormonal e cuidados da saúde da mulher.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no climatério/Menopausa**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta etapa, vimos como identificar o climatério e conhecer a implicação dos aspectos sócio-culturais, psicológicos, sexuais e as possíveis repercussões clínicas das mudanças endócrinas nesta etapa do ciclo biológico de vida da mulher. Relembramos os principais determinantes e o perfil epidemiológico relacionado à morbimortalidade das mulheres no período do climatério, e os cuidados de enfermagem à mulher climatérica e na menopausa. Tudo isso visando promover a saúde, efetuar diagnóstico precoce, tratamento imediato dos agravos e prevenção de danos associados à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no climatério/Menopausa**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2010.

FEBRASGO. Federação Brasileira Das Sociedades De Ginecologia e Obstetrícia Climatério. **Manual de orientação**. São Paulo (SP): FEBRASGO, 2004.

FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 2001.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Climatério novas abordagens para cuidar. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo (SP): Manole, 2007.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: síntese de indicadores 2002**. Rio de Janeiro, 2003.

INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY. Menopause terminology approved by the Board of IMS. 1999. Yokohama Japan Society, 1999. Disponível em: <http://www.imsociety.org/menopause_terminology.html>. Acesso em: 29 jan. 2010.

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

ZAMPIERI, M. F. M. et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 305-312, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%208.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2010.

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

AUTORES

Evangelia 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 de Fátima Mota Zampieri

Possui Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006) e Mestrado em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase na Atenção Básica-Saúde da Mulher. Tem especialização em Serviços de Saúde e Administração Hospitalar e de Saúde Pública e também é especialista em Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Obstetrícia Social, atuando principalmente nos seguintes temas: humanização, autocuidado, complexidade, educação, processo de nascimento (gestação, parto e pós-parto e cuidados com RN), cuidado pré-natal, grupo

de gestantes ou casais grávidos, planejamento familiar e climatério. Pesquisadora do grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém- Nascido (GRUPESMUR).

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.

Ana Patrícia Correa

Médica do Serviço de Tocoginecologia do Hospital Universitário da UFSC, na especialidade de gravidez de alto risco e ultrassom em ginecologia e obstetria.

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