

Especialização Multiprofissional em
Saúde da Família



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfermagem
2ª edição



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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

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

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES 1ª EDIÇÃO

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Maria de Fátima Mota Zampieri

Maria Conceição de Oliveira

Daniela Lemos Carcereri

Ana Patrícia Correa

Heitor Tognoli

2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Maria de Fátima Mota Zampieri

Maria Conceição de Oliveira

Daniela Lemos Carcereri

Ana Patrícia Correa

Heitor Tognoli

Tanise Gonçalves de Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde da Mulher Enfermagem

2ª edição

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 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

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção integral à saúde da mulher: enfermagem [Recurso eletrônico]
/ Universidade Federal de Santa Catarina; Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos; Maria de Fátima Mota Zampieri; Maria Conceição de Oliveira. 2. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

122 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Introdução. – Atenção Integral a Saúde da Mulher no Planejamento Familiar. – Atenção Integral a Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal. – Ações da Clínica e no Cuidado nas Principais Queixas e Agravos Ginecológicos. – Atenção Integral a Saúde da Mulher no Climatério e na Menopausa. – Experiências Exitosas do Trabalho Interdisciplinar na Atenção Básica.

ISBN: 978-85-8267-011-8

1. Saúde da mulher. 2. Atenção primária à saúde. 3. Medicina Preventiva. 4. Planejamento familiar. I. UFSC. II. Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos. III. Zampieri, Maria de Fátima Mota. IV. Oliveira, Maria Conceição de. V. Título. VI. Série.

CDU: 618.3

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Soraya Medeiros Falqueiro

Revisão Textual: Arielle Louise Barichello Cunha, Flávia Goulart

Design Gráfico: Maraysa Alves, Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Maraysa Alves

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO	13
REFERÊNCIAS	17
UNIDADE 2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO FAMILIAR	19
2.1 Planejamento familiar no Brasil: considerações históricas e situação atual	20
2.2 Indicadores de taxa de fecundidade no Brasil.....	24
2.3 Principais eixos e o papel do enfermeiro da ESF no planejamento familiar.....	25
2.3.1 Principais eixos	25
2.3.2 O papel do enfermeiro da ESF no Planejamento Familiar	27
2.4 Métodos contraceptivos com sua aceitabilidade, eficácia, reversibilidade, inocuidade, indicações e contraindicações.....	28
2.5 Evidências científicas de critérios de elegibilidade de métodos anticoncepcionais	29
2.6 Recomendações práticas selecionadas para uso de métodos anticoncepcionais	34
2.6.1 Anticoncepção Hormonal Combinada (AHC)	34
2.6.2 DIU (dispositivo intrauterino).....	36
REFERÊNCIAS	39
UNIDADE 3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	43
3.1 Atenção pré-concepcional e pré-natal	46
3.2 Atividades educativas e de apoio às mulheres e seus familiares	48
3.3 Fatores de risco na gestação e pós-parto: riscos clínicos e sociais	50
3.4 Pré-natal, parto e puerpério	51
3.4.1 Consulta pré-natal.....	52
3.4.2 Ações na consulta pré-natal	54
3.4.3 Primeira consulta e consultas subsequentes	55
3.4.4 Exame físico.....	57
3.4.5 Intercorrências clínicas mais frequentes	60
3.4.6 Preparação para o parto	61
3.4.7 Puerpério normal e patológico.....	63
3.4.8 Consulta puerperal	63
3.4.9 Roteiro da primeira consulta puerperal	64
3.4.10 Aleitamento materno	67
REFERÊNCIAS	70

UNIDADE 4 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NAS PRINCIPAIS QUEIXAS E AGRAVOS GINECOLÓGICOS	75
4.1 O papel da equipe multiprofissional.....	76
4.1.1 Alterações do ciclo menstrual	77
4.1.2 Sangramento uterino disfuncional	78
4.1.3 Dismenorreia.....	80
4.1.4 Síndrome pré-menstrual.....	81
4.1.5 Secreção vaginal e prurido vulvar.....	83
4.2 Tipos de Cânceres Ginecológicos Mais Frequentes	84
4.2.1 Câncer de mama.....	84
4.2.2 Câncer de colo uterino.....	86
REFERÊNCIAS	91
UNIDADE 5 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO E NA MENOPAUSA ...	95
5.1 Políticas para atenção às mulheres no climatério	95
5.2 O Climatério: considerações gerais e definição.....	96
5.3 Alterações no climatério	99
5.3.1 Alterações de curto prazo	99
5.3.2 Alterações de médio prazo	101
5.3.3 Alterações tardias.....	101
5.4 Atividade sexual no climatério	102
5.5 Cuidados de enfermagem à mulher no climatério e na menopausa	103
REFERÊNCIAS	106
UNIDADE 6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA — SAÚDE DA MULHER	109
6.1 A educação popular na Atenção Básica e a saúde da mulher.....	109
6.2 Violência contra a mulher, as práticas da Atenção Básica	113
6.3 Atenção integral à saúde da mulher na Atenção Básica	114
REFERÊNCIAS	116
SÍNTESE DO MÓDULO.....	117
AUTORES.....	118

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro aluno.

O presente Módulo pretende contribuir para o desenvolvimento de suas competências profissionais acerca da atenção integral à saúde da mulher, a partir do conceito ampliado de saúde, que inclui os diferentes olhares e saberes da equipe e da comunidade sobre questões de saúde da população feminina na perspectiva da integralidade do cuidado. Para isso, os conteúdos aqui apresentados estão estruturados de modo a facilitar a compreensão e atingir seus objetivos didático-pedagógicos. Com essa afirmação, reforçamos que a atenção integral à saúde da mulher, que é uma das áreas estratégicas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), possui caráter mais abrangente e, por este motivo, não deve ser compreendida como ações pontuais direcionadas apenas às doenças, agravos ou atendimentos isolados por ciclos de vida. A atenção a esta população deve ser desenvolvida conforme as necessidades apresentadas, considerando todo o processo saúde-doença, seus aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.

Neste sentido, visando trabalhar temas pertinentes a esta população, os conteúdos apresentam-se desenvolvidos da seguinte forma: atenção integral à saúde da mulher no planejamento familiar; atenção integral à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal; ações da clínica e do cuidado nas principais queixas e agravos ginecológicos; atenção integral à saúde da mulher no climatério e na menopausa; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na atenção básica – saúde da mulher.

Outro aspecto relevante a ser destacado neste módulo é a apresentação de exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Busca-se com isto reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar. Com a crescente ampliação e qualificação da rede de atenção básica, cada vez mais, o profissional da ESF pode contar com os outros profissionais que integram os demais serviços de atenção à saúde, seja na assistência ou na educação permanente.

A melhoria das condições de saúde da mulher depende de questões sociais, políticas, econômicas e culturais, mas também do planejamento, da execução e da avaliação das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, especialmente na atenção básica. É no âmbito da ESF que as equipes têm o potencial de promover a cidadania, a gestão compartilhada e a discussão com a comunidade de temas relativos à sua saúde. Esse diálogo permite direcionar as práticas de saúde de modo a atender demandas trazidas pelas usuárias, procurando fundamentar o atendimento individual e coletivo (grupos) a partir das necessidades da mulher, da família e da comunidade.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos sobre a Saúde da Mulher, na expectativa de reforçar a integralidade do cuidado e a humanização da assistência nos serviços de saúde, fortalecendo e qualificando a atenção básica, a Estratégia Saúde da Família e o SUS.

Seja bem-vindo(a)!

Ementa

Abordagem integral à saúde da mulher. Humanização da assistência. Trabalho interdisciplinar em equipe. Atenção integral à saúde da mulher no planejamento familiar. Atenção integral à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Ações da clínica e do cuidado nas principais queixas e agravos ginecológicos. Atenção integral à saúde mulher no climatério e na menopausa. Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na atenção básica.

Objetivo geral

Compreender a atenção integral à saúde da mulher de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à saúde da mulher na perspectiva do cuidado integral à saúde.

Objetivos específicos

- Contextualizar a Saúde da Mulher no cenário brasileiro e conhecer as questões históricas envolvidas na elaboração da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no país.
- Reconhecer a importância do papel da equipe na Atenção Integral à Saúde da Mulher frente à Política de Planejamento Familiar considerando indicadores em saúde, métodos contraceptivos e suas especificidades.
- Identificar as ações clínicas recomendadas para o Ciclo Gravídico-Puerperal e compreender a estruturação da atenção integral à saúde da mulher por meio do trabalho interdisciplinar dos profissionais da atenção básica.
- Identificar as ações clínicas recomendadas para as principais queixas e agravos ginecológicos.
- Compreender as principais alterações esperadas no climatério e na menopausa de modo a identificar o que é pertinente a este período, propondo ações que proporcionem o cuidado integral.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na atenção básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Introdução

Unidade 2: Atenção integral à saúde da mulher no planejamento familiar

Unidade 3: Atenção integral à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal

Unidade 4: Ações da clínica e do cuidado nas principais queixas e agravos ginecológicos

Unidade 5: Atenção integral à saúde da mulher no climatério e na menopausa

Unidade 6: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde da mulher

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo(a) a este módulo!

Agora você está sendo convidado a (re)visitar alguns conteúdos relacionados à Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como a entrar em contato com novos conhecimentos nesta área. Esperamos que você realize estas ações de modo crítico-reflexivo, articulando-as com suas práticas profissionais cotidianas. Nesta etapa de estudos, comprometemo-nos em trazer à tona elementos da atualidade embasados em evidências científicas que possam ser úteis para a reflexão e atuação dos profissionais de Atenção Básica 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, 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.

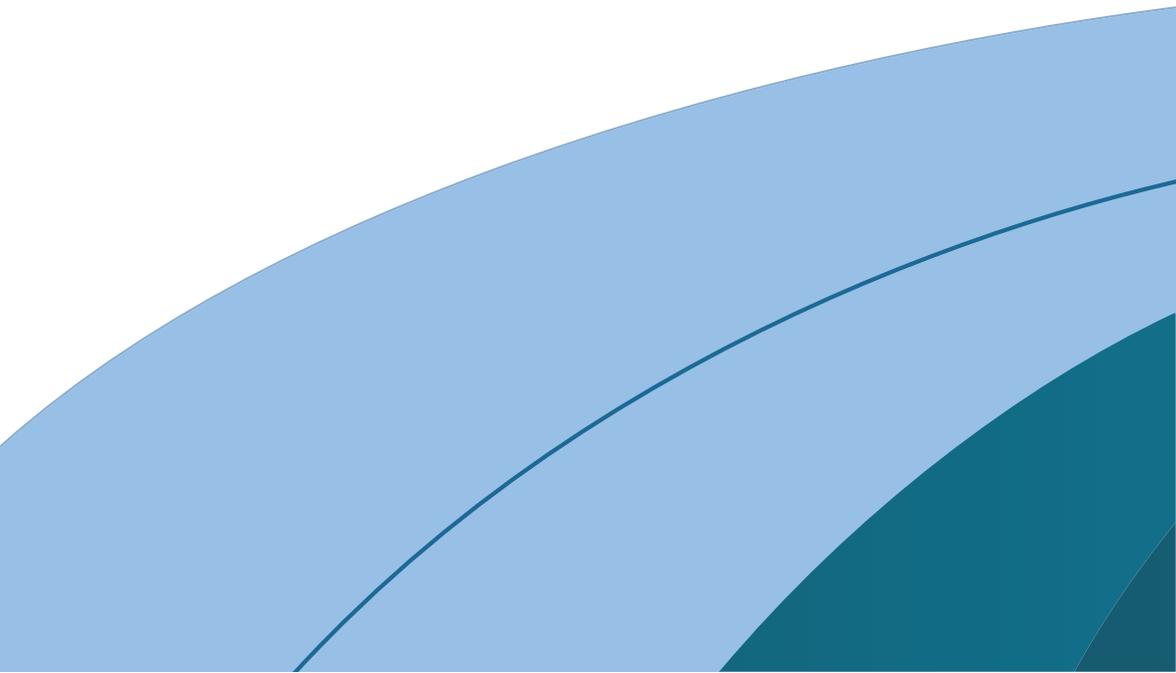
É sob essa perspectiva que abordaremos a Saúde da Mulher e seus determinantes sociais de saúde.

Bons estudos!

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

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfermagem

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO

Antes de darmos início aos estudos deste módulo, que tem como foco a atenção integral à saúde da mulher, é importante que nos aproximemos um pouco mais de questões essenciais que envolvem esta temática, considerando os diferentes cenários sociais, políticos, culturais e econômicos em que a mulher se insere na atual sociedade brasileira. Portanto, faz-se necessário aprofundar o entendimento acerca da representação social da mulher em nosso país, ou seja, que percepções estão envolvidas com o ser mulher, ou sentir-se mulher, e quais são os papéis associados à figura feminina no Brasil. Todos esses questionamentos são fundamentais quando desejamos trabalhar saúde sob a perspectiva da integralidade, compreendendo que as questões de vida e as singularidades interferem diretamente na produção social da saúde.

A fim de contextualizar o cenário nacional, apresentamos os dados oficiais do último censo do país, realizado em 2010, que aponta para a maioria feminina na população brasileira. Segundo o IBGE (2010), o Brasil está mais feminino: são 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens, existem quase 3,9 milhões de mulheres a mais que homens, seguindo a relação de 95,9 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010). Em 1980, havia 98,7 homens para cada cem mulheres, proporção que decresceu para 97% em 2000, e a perspectiva para 2050 será 95%. Em números absolutos, o excedente feminino, que era de 2,5 milhões em 2000, chegará a seis milhões em 2050 (IBGE, 2012).

As mulheres ainda possuem uma expectativa de vida maior que a dos homens, muito embora este quadro venha se transformando no decorrer dos anos. Segundo o IBGE (2010), a expectativa de vida de ambos os sexos vem aumentando, mas o ritmo de crescimento deste índice está mais acelerado entre a população masculina. A diferença entre a esperança de vida de homens e mulheres já atingiu 7,6 anos no ano 2000. Este número vem diminuindo progressivamente (BRASIL, 2012), de modo que os pesquisadores do Escritório Nacional de Estatísticas Nacionais da Grã-Bretanha apontam como padrão global, sua total equivalência até 2030 (GLOBO, 2012).

Diante desse panorama, a Saúde da Mulher é entendida como prioritária para as políticas públicas, tanto no cenário mundial como no contexto brasileiro. Em nosso país, é expressa por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no âmbito da gestão federal do SUS e é reafirmada por diferentes pactos firmados pelos gestores das três esferas governamentais: Pacto pela Saúde, pela Vida e de Gestão do SUS, e, mais recentemente, através das Redes de Atenção à Saúde, entre as quais destacamos a Rede Cegonha. Tal política visa fundamentalmente à implementação dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção da saúde e na integralidade da atenção, ampliando o escopo de atuação das equipes de saúde diante das ações propostas para a saúde da mulher.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), a Saúde da Mulher constitui-se em uma das áreas estratégicas nacionais para atuação no âmbito da atenção básica em saúde. Aliada a isso, a constituição da Secretaria de Políticas para as Mulheres contribui para a discussão e inclusão desta temática no contexto das políticas públicas gerais.

Historicamente, a priorização da mulher nas políticas públicas passa a ganhar maior visibilidade apenas em 1984. Nesse ano, a equipe da Divisão de Saúde Materno-Infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde brasileiro, formada por integrantes do movimento sanitarista, 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 com 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 até então, cede lugar a outra, mais abrangente, contemplando a mulher em todas as fases do seu ciclo biológico vital.

Os moldes atuais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes começaram a ser desenhados em 2003. A política foi instituída em 2004, a partir de um diagnóstico epidemiológico realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde acerca da situação da saúde da mulher no Brasil. 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.

Ressalta-se aqui a importância do movimento organizado de mulheres, que vem atuando de modo incisivo no campo da saúde. Tal organização ocupa uma posição de destaque por introduzir na agenda política brasileira temas até então não considerados na esfera pública, uma vez que eram compreendidos como circunscritos às relações privadas. Esses movimentos denunciam as desigualdades existentes nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, assim como apontam os problemas e dificuldades associados à sexualidade, 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 reivindicada pela organização social das mulheres é a 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. 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, 2009, p. 5).

Esta inovação, que incorpora o enfoque de gênero às políticas públicas, fundamenta-se pelos princípios norteadores da integralidade e da humanização da atenção à saúde. Traduz-se, sobretudo, como verdadeiro avanço no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, merecendo destaque a qualificação da atenção obstétrica, a Rede Cegonha, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro, o combate à violência sexual ou doméstica e o reconhecimento da população lésbica e bissexual como sujeitos de direitos a cuidados diferenciados em saúde. Esta nova forma de produzir saúde estimula, mundialmente, a busca pelas particularidades no atendimento das necessidades de atenção à saúde dessas mulheres.

Nesse particular, o Ministério da Saúde brasileiro, partindo do entendimento de que muitas pessoas se afastam do serviço de saúde em função da discriminação durante o atendimento e do despreparo de alguns profissionais de saúde diante da sexualidade das mulheres, passa a considerar a livre orientação sexual como pauta de políticas públicas de saúde. Deste modo, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publica em 2006 o livreto “Chegou a hora de cuidar da saúde”, fornecendo informações básicas voltadas para esse público.

No entanto, embora muitos avanços tenham ocorrido nos últimos trinta anos em relação às políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, tanto no âmbito mundial como 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 atenção à saúde da mulher encontra-se hoje municipalizada, partindo das três esferas de governo, de acordo com as pactuações de acesso aos serviços nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Entretanto, é de responsabilidade das equipes de atenção básica facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, acolhendo a mulher e suas demandas de saúde e doença no seu território, além de acompanhar os passos percorridos pelas usuárias em toda a rede de atenção.

Assim, reforçamos a importância do fortalecimento da atenção básica, não apenas do ponto de vista assistencial, mas também voltado para a manutenção e garantia dos direitos sociais já conquistados e para a promoção de discussões de tantos outros, de modo a atender às demandas reais da sociedade brasileira.

Esse **pensar-agir** no campo da saúde é fundamental para que se estabeleçam relações solidárias em um processo dinâmico de produção de saúde que se pautem pela participação cidadã e por princípios de equidade, integralidade e universalidade, na perspectiva de uma saúde verdadeiramente coletiva no SUS.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade você foi apresentado ao cenário histórico envolvido no processo de formulação das políticas públicas direcionadas para a mulher no Brasil. Foram discutidas as questões que nortearam os gestores, os profissionais de saúde e as mulheres pertencentes aos movimentos sociais na discussão de uma política de saúde que entenda a mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. Destacou-se, ainda, a importância de um olhar ampliado em saúde, a partir do qual os profissionais sejam capazes de perceber a mulher em toda a sua integralidade, não restringindo seu campo de atuação aos fatores biológicos de sua saúde.

Refleta: como a mulher é percebida pelos profissionais de saúde que trabalham com você? Você acredita que a mulher ainda é discriminada nos serviços de saúde? E na sua prática profissional, você acredita que a mulher que procura a sua unidade de saúde é percebida em sua integralidade? Pense nas possíveis maneiras de praticar a Atenção Integral à Saúde da Mulher no cotidiano de seu trabalho!

REFERÊNCIAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico de 2010:** primeiros resultados População e Domicílios recenseados. 2010. Slide. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000237.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Brasil já tem mais de 180 milhões de habitantes.** 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 17 maio 2012.

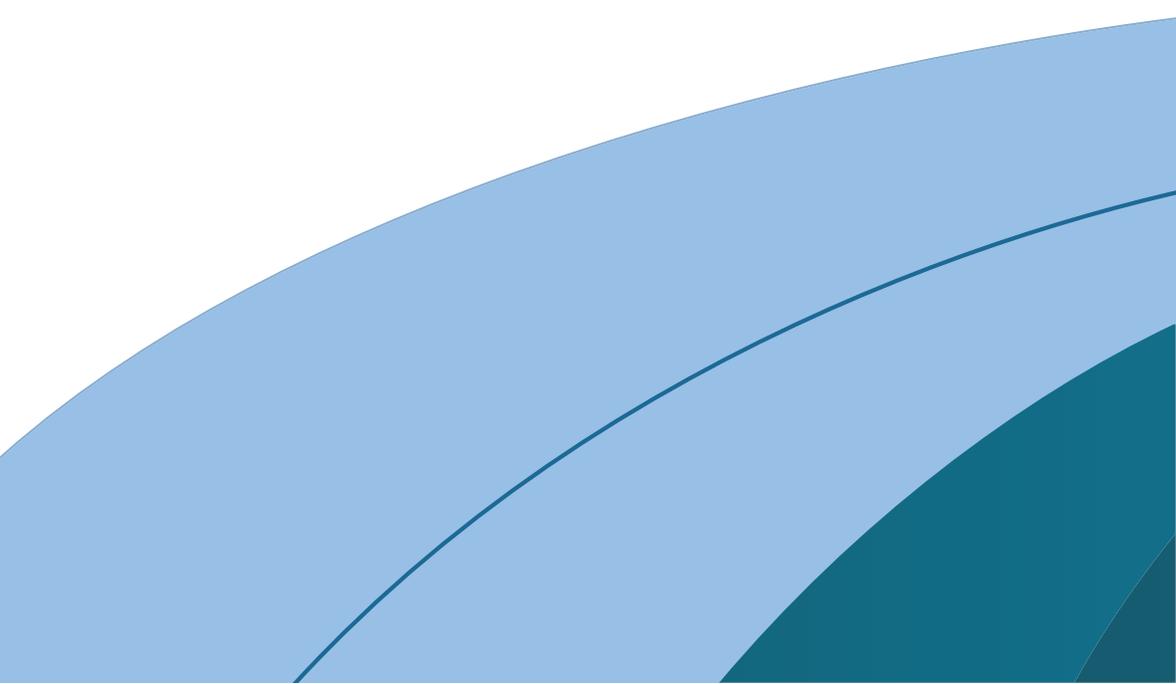
GLOBO. **Expectativa de vida de homens pode alcançar a de mulheres até 2030.** [s.l.]: Globo Comunicação e Participações S.A. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2012/04/expectativa-de-vida-de-homens-pode-alcancar-a-de-mulheres-ate-2030.html>>. Acesso em: 17 maio 2012.

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: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfermagem

Unidade 2



2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A atuação de todos os trabalhadores da saúde, especialmente daqueles que atuam na Atenção Básica, como os profissionais das Equipes de Saúde da Família e do NASF, deve estar pautada por princípios como a cidadania, o respeito aos direitos dos cidadãos e a integralidade da atenção.

Neste sentido, faz parte do escopo de trabalho destes profissionais conhecer a legislação vigente acerca de temas relacionados à saúde, como, por exemplo, o exercício da paternidade responsável e o direito de livre escolha dos indivíduos ou casais no que se refere ao planejamento familiar. Tais princípios são garantidos constitucionalmente pelo Artigo n. 226, Parágrafo n. 7 da Constituição da República Federativa do Brasil e regulamentados pela Lei do Planejamento Familiar n. 9.263/96 (BRASIL, 1996).

A assistência de enfermagem em planejamento familiar deve ser parte integrante do conjunto de ações da equipe de saúde da atenção básica, direcionadas à saúde da mulher, do homem, do casal e da família, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde. O respeito aos direitos sexuais e reprodutivos deve ser a base ética-política dessa assistência.

Tais princípios devem guiar a atuação não só do enfermeiro, mas de todos os profissionais de saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde define como competência dos profissionais nos serviços de Planejamento Familiar a assistência à concepção e contracepção, cabendo ao Estado assegurar todos os métodos contraceptivos seguros e eficazes, respeitando a escolha dos indivíduos.

Dessa forma, a rede de serviços de planejamento familiar deve ofertar aos indivíduos os métodos contraceptivos que são autorizados e disponibilizados pelo Sistema de Saúde brasileiro.

No Brasil, os principais métodos contraceptivos utilizados na atualidade, tanto por mulheres como por homens, são a pílula (hormonal combinada) e a camisinha masculina, o que evidencia uma mudança do padrão de anticoncepção, pois há uma década os anticoncepcionais orais combinados e a esterilização predominavam.

A progressiva redução da taxa de fecundidade total no Brasil impacta diretamente na mudança do perfil demográfico da população brasileira.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (IBGE, 2009a) evidenciam um decréscimo progressivo na taxa de **fecundidade**¹ que em 2008 era da ordem de 1,8 filhos por mulher. No entanto, tal redução não significa, necessariamente, que a atenção à saúde esteja ocorrendo na perspectiva da integralidade e que os direitos reprodutivos, resguardados por lei, estejam sendo respeitados. Ou seja, não significa que o sistema de saúde esteja sendo responsivo no que concerne aos aspectos importantes da saúde reprodutiva ou que as condições de vida sexual satisfatória e com segurança sejam atendidas nos grupos de maior vulnerabilidade.

1 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 e no ano considerado (IBGE, 2009b).

Sendo assim, é fundamental que os enfermeiros e demais profissionais da Atenção Básica conheçam os determinantes sociais e biológicos da saúde, assim como os principais riscos e vulnerabilidades das comunidades em que atuam.

Durante o estudo desta unidade, aprofundaremos nossos conhecimentos para, então, perceber quais fatores nos levam a exercer a atenção integral em planejamento familiar nas equipes de saúde da família e na rede de Atenção Básica.

2.1 Planejamento familiar no Brasil: considerações históricas e situação atual

Em 2008, o Planejamento Familiar no Brasil completou 50 anos de história. Desde 1968, quando a ONU reconheceu o direito de todas as pessoas terem liberdade de escolher responsabilmente 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 1960 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), que visava estabelecer o controle de natalidade por meio da distribuição maciça e gratuita de pílulas anticoncepcionais, mesmo sem garantir acesso a um 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, fomentando uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico e subsidiando a criação de hospitais e clínicas. É deste período o Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC).

Mas é com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que os princípios norteadores que guiavam as prioridades para a saúde da mulher e para o desenho da política são modificados. Além de ações educativas, de prevenção e de clínica ampliada, a assistência em planejamento familiar passou a figurar no desenho das políticas públicas que envolviam a saúde da mulher (BRASIL, 2002). Cabe ressaltar que a implementação do PAISM ocorreu paralelamente ao processo de construção do SUS e por isso seguiu seus princípios e diretrizes.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>.

UNFPA. Brasil. **Planejamento familiar no Brasil**: 50 anos de história. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf>>.

No âmbito mundial, o marco histórico que fomentou o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos foi a Conferência Internacional de Direitos e Desenvolvimento (CIDD), realizada em 1994 no Cairo. Neste evento, foram discutidas questões que envolviam 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.

Como reflexo desta discussão, foi promulgada no Brasil, em 12 de janeiro de 1996, a Lei do Planejamento Familiar n. 9.263. Os cidadãos brasileiros passaram a ter assegurados legalmente os seus direitos sexuais e reprodutivos. O texto legal reitera o direito dos indivíduos de participarem livremente da escolha do método contraceptivo mais adequado para a sua situação. 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, assim como todos os profissionais de saúde, saibam diferenciar três expressões que muitas vezes são utilizadas como sinônimos, mas que possuem significativas diferenças? Vejamos quais são:

- **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 do indivíduo) e a condenação moral dos casais de baixa renda que possuem mais de um filho;
- **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;
- **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 responsabilmente 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 mais um trecho da Lei. O Parágrafo único do Artigo 3º da Lei n. 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 cervicouterino, 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 (BRASIL, 2001).

Entretanto, mesmo após uma década, os municípios ainda enfrentam dificuldades para implantar o planejamento familiar de forma responsiva, especialmente no que se refere ao fornecimento de anticoncepcionais para a população, à introdução do enfoque educativo e do aconselhamento pautado pela escolha livre e informada e à garantia do acompanhamento dos usuários (BRASIL, 2004). Ademais, há uma série de problemas que vão desde a produção e logística de distribuição

de anticoncepcionais até a sua oferta continuada pelos serviços de saúde. Além disso, os municípios ainda precisam contornar problemas relativos ao despreparo de gestores e de profissionais de saúde para a efetiva atuação em planejamento familiar, o que implica na precariedade da atenção, gerando desigualdades no acesso, sobretudo para as mulheres e famílias mais pobres e do meio rural.

Neste sentido, um avanço ocorreu em 2005, quando o Ministério da Saúde colocava em 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 (BRASIL, 2005).



Leitura Complementar

BRASIL. Presidência da República. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>.

RAMOS, F. I. da S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil de 2008**. Disponível em: <www.thesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=559>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>.

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

- 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?
- Que estratégias têm sido utilizadas para a sua implementação?
- Quais as principais dificuldades encontradas para o desenvolvimento do processo de trabalho nessa área?

2.2 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, 2009a). O gráfico 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).

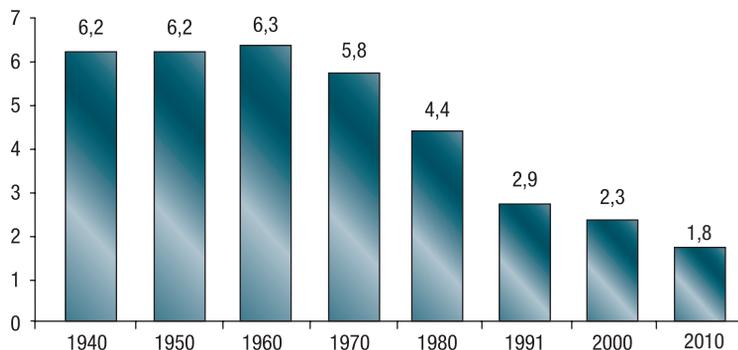


Figura 1 – Taxas de fecundidade no Brasil, 1940-2010.
Fonte: IBGE, 2010.

Alguns autores salientam que a baixa fecundidade isoladamente não significa que todos os direitos reprodutivos estejam presentes, nem que os sistemas de saúde sejam responsivos em relação à saúde reprodutiva (condições de vida sexual satisfatória e segura), mesmo daqueles grupos considerados mais vulneráveis.

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 primeira foi a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF), realizada em 1986;
- 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 (IBGE, 2008).

Vimos que o Planejamento Familiar no Brasil completou cinquenta anos em 2008 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 (IBGE, 2002). 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.

2.3 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.

2.3.1 Principais eixos

As ações de intervenção no planejamento familiar têm três eixos principais:

- o aumento da oferta de métodos anticoncepcionais;
- a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária;
- 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, p. 1047). 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 e a rede de Atenção Básica, o *locus* privilegiado para que essa garantia esteja assegurada.

Neste sentido, o Ministério da Saúde propõe, como base da assistência, a reorganização dos serviços para orientar mulheres e casais. É o que o MS denomina de “Educação para escolha livre informada”, reconhecendo que as **ações educativas**² são importantes para garantir à população uma escolha livre e informada do método anticoncepcional a ser usado.

2 As ações educativas 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.

Estão disponíveis contraceptivos, tanto para homens quanto para mulheres, e estes variam desde métodos comportamentais até métodos mais complexos, que envolvem cirurgias. Atualmente, os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde são:

- os comportamentais ou naturais (*Billings*, Tabela, Temperatura, Sintotérmico);
- os de barreira (Camisinha masculina e feminina, Diafragma com Espermicida);
- o dispositivo intrauterino (DIU) – medicado e não medicado;
- os anticoncepcionais hormonais orais (pílula) e não orais;
- os cirúrgicos (laqueadura e vasectomia), utilizados para a esterilização definitiva.

Devemos observar que, além dos métodos descritos acima, existem práticas sexuais que podem ser consideradas como métodos comportamentais, já que reduzem o risco de uma gravidez indesejada. São elas: a relação sexual sem penetração e a interrompida antes da ejaculação (coito interrompido). São práticas muito usadas, embora não sejam recomendadas como único método anticoncepcional. Podem ser especialmente úteis em situações de emergência, nas quais, por alguma razão, não se dispõe de outro método contraceptivo e não é possível evitar a relação sexual (BRASIL, 2002).

Cabe aos profissionais da saúde da família efetuar o encaminhamento para os demais serviços de atenção, de acordo com as necessidades de saúde e a opção do usuário (a)/casal, visto que a escolha do método anticoncepcional deve ser sempre personalizada. Quando houver indicação ou escolha por um método anticoncepcional não disponível na unidade de saúde ou que seja de competência de outro nível de atenção (cirurgias), a equipe de saúde da família fará o encaminhamento para os demais níveis da rede de atenção à saúde.

Uma vez que cada um dos métodos têm suas vantagens e limitações, é importante que os profissionais conversem com o casal, com a mulher ou com o homem sobre estas para uma escolha acertada do método a ser utilizado.

2.3.2 O papel do enfermeiro da ESF no Planejamento Familiar

O Ministério da Saúde, pautando-se pela Lei n. 9.623/96, do Planejamento Familiar, determina como competência dos profissionais de saúde a atenção à concepção e à 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, que incluem ações preventivas e educativas pela garantia do acesso igualitário às informações, aos meios, aos métodos e às técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. No que diz respeito ao aspecto privativo de sua atuação, a Lei n. 7.498, de 1986, do Exercício Profissional de Enfermagem, estabelece como competência do enfermeiro 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 a este profissional realizar ações educativas em saúde para a população, seja no âmbito individual ou 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 contraindicações, 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.



Na Prática

Isto pode ser feito por meio de consultas de enfermagem, orientações em grupo, individualmente ou com o casal.



Link

Várias campanhas e materiais educativos têm sido produzidos pelo Ministério da Saúde em relação ao Planejamento Familiar. Acesse e confira arquivos relacionados no portal da Saúde por meio do endereço: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/mulher_publicacao.php>.



Leitura Complementar

Você também pode ter acesso ao Manual Técnico – Assistência em Planejamento Familiar em:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>> e

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia2.pdf>>.

2.4 Métodos contraceptivos com sua aceitabilidade, eficácia, reversibilidade, inocuidade, indicações e contraindicações

Há inúmeros fatores determinantes para a adesão a cada um dos métodos contraceptivos, 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. 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 compreendidas e respeitadas pelas equipes de saúde na sua atuação junto às comunidades.

Podemos considerar que o método contraceptivo ideal é aquele que apresenta segurança, efetividade, acessibilidade, que não é relacionado ao ato sexual e não necessita de motivação especial para seu uso. Métodos de barreira, sobretudo o preservativo masculino, são sempre recomendados para a prevenção de DST/HIV/DIP.

Para que o Enfermeiro discuta os métodos contraceptivos mais adequados com as pessoas que estão sendo atendidas, é necessário que conheça as características de cada um deles, em termos da elegibilidade com base em:

- 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;
- efeitos secundários (ação no organismo; possíveis efeitos colaterais; riscos e benefícios para a saúde; sinais e sintomas que exijam retorno ao médico);

- aceitabilidade;
- disponibilidade;
- facilidade de uso;
- reversibilidade (tempo de retorno à fertilidade após a interrupção do método);
- proteção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV.

Nesse sentido, no momento de orientação pré-concepcional para eleger um método contraceptivo, o casal, a mulher ou o homem 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 métodos de contracepção, a anamnese deverá conter informações como:

- frequência das atividades sexuais;
- riscos de doenças sexualmente transmissíveis;
- uso de drogas;
- história reprodutiva pregressa;
- história mórbida pregressa e atual;
- história de anticoncepção.

É 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.

2.5 Evidências científicas de critérios de elegibilidade de métodos anticoncepcionais

Desde 1995, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) tem divulgado orientações no sentido de, além de garantir a livre escolha do casal, apresentar os Critérios de Elegibilidade Clínica (orientação acerca de quem pode usar métodos anticoncepcionais com segurança) e as Recomendações Seleccionadas para a Prática Clínica (modo de uso seguro e eficaz). Tais orientações são baseadas em evidências disponíveis sobre a segurança e o uso de anticoncepcionais. Elas ampliam o acesso aos serviços de planejamento familiar, procurando garantir a oferta de um número variado de métodos adequados a todas as pessoas que procurem as unidades de saúde. O sumário de indicações e contra-indicações dos métodos anticoncepcionais é exibido na Tabela abaixo, 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 ou comunidade.

Categorias:

1. a condição não restringe o uso do método contraceptivo;
2. as vantagens em usar o método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado (Tome cuidado);
3. os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens em usar o método nesta condição (Evite);
4. 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 1 – Sumário de indicações e contraindicações dos métodos anticoncepcionais.

CONDIÇÃO	CONTRA- CEPTIVO 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

Continua...

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
Trombocleite superficial	2	2	1	1	1	1	1
Doença coronária	4	4	3	3	3	1	3
AVC	4	4	3	3	3	1	2
Doença valvular							
Não Complicada	2	2	1	1	1	1	1
Complicada	4	4	1	1	1	2	2

Continua...

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 (inclui 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...

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: WHO, 1995.



Leitura Complementar

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://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf>.

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 planeamento familiar.

2.6 Recomendações práticas selecionadas para uso de métodos anticoncepcionais

Os principais métodos anticoncepcionais utilizados na atualidade são o condom masculino e os contraceptivos hormonais orais combinados. Considera-se que, progressivamente, os enfermeiros e demais profissionais que atuam na atenção básica devam ser instrumentalizados para a adequada e segura técnica de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU).

Lembre-se também que além de discutir com o casal a escolha do método mais adequado você poderá solicitar apoio a outros profissionais da sua própria equipe de saúde da família, assim como dos profissionais do NASF e de outras referências disponíveis na rede de atenção.

Neste sentido alguns aspectos relacionados a estes métodos são destacados.

2.6.1 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)**³ acima de 40kg/m²; sendo o método contraindicado nestas mulheres.

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

- 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.
- 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:

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

São componentes da anticoncepção hormonal combinada (ACHC):

- o componente estrogênico mais utilizado nos anticoncepcionais orais é o etinilestradiol, enquanto que nos anticoncepcionais injetáveis os estrogênios são naturais, como o valerato de estradiol;
- 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.

2.6.2 DIU (dispositivo intrauterino)

Atualmente, o DIU (dispositivo intrauterino) é parte do arsenal de métodos contraceptivos oferecidos pelos programas de Planejamento Familiar no Brasil. Podem ser utilizados em dois tipos:

- a) **DIU com Cobre:** é feito de polietileno e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre. Atualmente os modelos TCu - 380 A e MLCu - 375 são os mais usados.
- b) **DIU que libera hormônio:** é feito de polietileno e libera continuamente pequenas quantidades de levonorgestrel.

Os dispositivos intrauterinos são pequenos artefatos de polietileno aos quais são adicionados cobre ou hormônios. Uma vez inseridos na cavidade uterina, exercem função contraceptiva, impedindo a fecundação por dificultar a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino e reduzir a possibilidade de fertilização do óvulo.

Lembre-se de que o DIU com levonorgestrel causa supressão dos receptores de estradiol no endométrio, atrofia endometrial e inibição da passagem do espermatozoide através da cavidade uterina (BRASIL, 2002).

A taxa de falha do Tcu – 380 é cerca de 0,6 a 0,8% e do MLCu – 375 é de 1.4%, ambos calculados para o primeiro ano de uso. Já para o DIU com levonorgestrel é de 0,1% no primeiro ano de uso. O índice de gestações, expulsão e remoção por motivos médicos diminui a cada ano de uso (BRASIL, 2002).

As concentrações de cobre e de levonorgestrel no trato genital superior caem rapidamente após a remoção do DIU e a recuperação da fertilidade é imediata. O prazo de validade é definido na embalagem do produto e segue os critérios de cada fabricante. Após o vencimento do prazo de validade, é necessário a reesterilização do DIU com óxido de etileno (BRASIL, 2002).

No manuseio clínico, é importante observar as orientações à mulher em relação à inserção, aos efeitos colaterais e às 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. É necessário prática e treinamento adequados sob supervisão direta para aprender como inserir o DIU.



Na Prática

A mulher deve ser avaliada clinicamente antes da inserção do DIU, de forma a afastar infecções vaginais, cervicais e pélvicas. Lembre-se de que se houver infecção é preciso tratar e agendar o retorno para inserção no próximo período menstrual.

A usuária do método deve ser orientada para o uso de preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco de infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção).

São necessários retornos subsequentes para reavaliação do posicionamento tópico do DIU a cada 6 meses no primeiro ano de inserção. Os demais retornos são anuais.

São efeitos colaterais do DIU:

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



Leitura Complementar

Leituras recomendadas para o aprofundamento sobre as características dos métodos contraceptivos:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. Brasil. **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>.

UNIFESP. Brasil. **Anticoncepção hormonal.**

Disponível em: <http://www.unifesp.br/dgineco/planfamiliar/anticoncepcao/hormonais_content.htm>.

Antes de finalizarmos esta unidade, propomos uma reflexão contextualizada com a prática. Durante uma consulta de enfermagem, ao conversar com uma mulher que está sendo atendida, a enfermeira é informada que ela utiliza como método contraceptivo a anticoncepção oral hormonal combinada, há mais de 10 anos; é tabagista e fuma mais de 15 cigarros por dia; tem 35 anos de idade, é casada e tem dois filhos; tem histórico de trombose venosa profunda. Diante desta situação, a enfermeira discutiu sobre a importância de rever o método contraceptivo utilizado expondo as opções disponíveis e solicitando retorno, se possível com o companheiro, para discutirem conjuntamente a melhor opção contraceptiva para o casal. Durante o atendimento a mulher manifestou o interesse pelo uso do DIU.

Na reunião da equipe, a enfermeira discute este caso com os demais profissionais, a fim de ilustrar a necessidade de instrumentalização para a inserção de DIU direcionada à equipe de saúde da família, tendo em vista a ocorrência de outras situações semelhantes na área de abrangência. Como encaminhamento desta discussão, a equipe decide solicitar o apoio do ginecologista da equipe do NASF para promover esta ação junto à equipe.

Esta é uma situação que exemplifica como o trabalho em equipe interdisciplinar entre os profissionais da ESF/NASF pode ampliar a resolubilidade e o acesso, neste caso específico, da disponibilização de métodos contraceptivos.

E você já se deparou com uma situação como esta? Na sua unidade de saúde quais são os métodos contraceptivos disponíveis? O planejamento familiar é discutido com o casal? Em que situações você percebe a necessidade de ampliar a resolubilidade por meio da discussão e apoio de outros profissionais?

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, abordamos conteúdos relacionados à atenção integral à saúde da 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 os métodos anticoncepcionais preconizados pelo Ministério da Saúde e os disponíveis nas unidades básicas de saúde; também conhecemos as evidências científicas de critérios de elegibilidade e as recomendações práticas selecionadas para o uso dos métodos anticoncepcionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Portaria 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Portaria n. 95, de 26 de Janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2001.pdf>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>, <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia2.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

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: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/cartilha2.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **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: 19 mai. 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** PNAD. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1>. Acesso em: 19 mai. 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** PNAD. Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708>. Acesso em: 19 mai. 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010:** Resultados Gerais da Amostra. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfermagem

Unidade 3



3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A percepção da complexidade que envolve o ser humano – neste caso, em especial, a mulher durante o período gestacional, o parto, o **puerpério**⁴ e a amamentação – exige um novo modelo de atenção à saúde. Este deve estar pautado pela humanização, promoção da saúde, prevenção de doenças, autonomia do usuário e pela adoção de uma atitude ética nas relações intersubjetivas existentes entre os diversos sujeitos envolvidos na produção em saúde – profissionais, usuários (as) e gestores.

4 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.

Uma atenção integral à saúde da mulher implica compreender o processo saúde/doença sob uma nova ótica que perceba a pessoa na sua singularidade e multidimensionalidade, considerando, para tanto, o ambiente no qual está inserida, valorizando as diferenças, identidades, crenças e demandas.

Neste modelo, o cuidado deve centrar-se no ser humano, considerando seu contexto familiar, comunitário e laboral, atendendo as suas demandas em nível local bem como acompanhando sua trajetória nos diferentes níveis de atenção, de modo a estimular redes de cooperação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade.

O cuidado humanizado pressupõe um trabalho em equipe de forma interdisciplinar nos diferentes níveis de atenção confluindo os diversos saberes na direção da integralidade. Tal organização é condição necessária para o fortalecimento das potencialidades da mulher e da família preparando-os para a sua nova configuração familiar.

Além disso, ao mesmo tempo em que a equipe precisa fomentar o protagonismo familiar, deve munir-se de conhecimentos e competências que permitam sua atuação na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na diminuição da morbimortalidade materna e fetal (ZAMPIERI, 2006).

Em concordância a estas orientações, o Ministério da Saúde lança a Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Este documento institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS, que consiste numa iniciativa do Governo Federal que propõe um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança, organizando uma rede de atenção que garanta acesso com acolhimento e resolubilidade, com vistas à redução da mortalidade materna e neonatal. Esta

rede tem como propósito assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento à mulher em período pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha tem como diretrizes:

- garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolubilidade;
- garantia de acesso às ações do Planejamento Reprodutivo.

Por princípios:

[...] o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

E por objetivos:

- fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, centrando na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses;
- organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolubilidade;
- redução da mortalidade materna infantil com ênfase no componente neonatal.

Esta rede deve ser organizada gradativamente em todo o território nacional, respeitando critérios epidemiológicos regionais, e organizar-se a partir de quatro componentes (BRASIL, 2011):

1. Pré-Natal;
2. Parto e Nascimento;
3. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
4. Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação.

Estes componentes serão explorados no decorrer desta unidade. Mas antes vamos refletir sobre alguns pontos importantes para esta contextualização.

Você já refletiu sobre o seu papel na atenção integral à saúde da mulher em período gestacional e puerperal? Como tem sido o atendimento prestado por você? Ele se restringe à consulta, às aferições e às medidas em um pequeno lapso de tempo? É apenas algo rotineiro e técnico? Você respeita as crenças e os valores da mulher? Você consegue perceber o contexto em que ela vive?

Agora que você refletiu sobre suas atitudes pessoais, amplie a análise para o seu ambiente de trabalho. Quantas mulheres em período gestacional têm na sua unidade de saúde? Como cada membro da equipe da Atenção Básica pode contribuir para atenção à saúde da mulher? Quais suas atribuições neste cuidado? E os profissionais da equipe NASF, como podem contribuir na atenção integral à saúde da mulher? Em quais situações?

O município onde você atua já está organizando a assistência à saúde materno-infantil em consonância aos componentes da Rede Cegonha? E a Unidade de Saúde onde você está inserido tem conhecimento e vem reorientando a atenção a esta população conforme orientações estabelecidas pela Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011? Quais as modificações necessárias para essa configuração em sua realidade?



Na Prática

Registre as suas reflexões. Aproveite este momento para identificar nos registros de sua unidade as mulheres em período gestacional e puerperal para que você e sua equipe possam manter atualizada a matriz diagnóstica da situação de saúde e planejar ações direcionadas a esta população.

Características como qualificação, compromisso, disponibilidade e formação dos profissionais voltadas 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 impedir a ocorrência de mortes prematuras que podem ser prevenidas e 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 evoluções nos períodos gestacionais e puerperais (ENKIN et al., 2005).

3.1 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 et al., 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 mulheres em período gestacional da sua área de abrangência, neste último ano, completaram os critérios preconizados pelo PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. 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, 2000a; BRASIL, 2005a) tem os critérios abaixo:

- a) precocidade do atendimento, preferencialmente no primeiro mês;
- b) consultas periódicas mensais até a 36ª semana;
- c) consulta na 38ª 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 n. 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005b);
- 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; finalizar com a consulta puerperal.

Além disso, deve ser solicitado um conjunto mínimo de **exames**⁵, que podem ser acrescidos de outros exames estabelecidos no protocolo do município de acordo com o seu perfil epidemiológico.

5 Você pode consultar os exames e as avaliações destes municípios no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2012).

Você sabia que atualmente o pré-natal no SUS inclui 23 exames e destes 14 foram inseridos com a Rede Cegonha? As ações de atenção à saúde da mulher em período gestacional previstas no Componente Pré-Natal da Rede Cegonha são (BRASIL, 2011):

- a) realização de pré-natal na unidade de saúde com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites;
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

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). Procure conhecer a realidade em seu local de trabalho, quais as possibilidades de ampliação da assistência pré-natal e adesão das mulheres ao acompanhamento nesta fase.

3.2 Atividades educativas e de apoio às mulheres e seus familiares

A atenção integral à saúde da mulher 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 mulher gestante e aos familiares, aos atendimentos em sala de espera e às visitas domiciliares, assim como às consultas e ao acompanhamento puerperal.

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 mulher e de sua família. Para tanto, é fundamental conhecer a realidade em que vivem. A visita domiciliar constitui-se 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 incentivar as gestantes faltosas, preocupando-se em identificar as necessidades destas para a efetivação da adesão ao acompanhamento; 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 mulheres gestantes 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 mulher 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 mulheres e aos seus acompanhantes desmistificar tabus relativos à gestação, parto e puerpério, além de estimulá-las 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 conhecerem a maternidade, familiarizando-se 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 et al., 2007).

Essa é uma excelente oportunidade para solicitar apoio aos profissionais da equipe do NASF:

- o profissional de educação física poderá contribuir para a proposta de atividade física das mulheres em período gestacional e puerperal;
- o fisioterapeuta poderá orientar sobre as alterações posturais que ocorrem no período gestacional e alívio dos desconfortos, além de indicar os exercícios respiratórios e de preparação para o parto, dentre outros;

- o ginecologista-obstetra poderá apoiar nas ações ampliadas do acompanhamento clínico da mulher e da criança desde a gestação até o puerpério;
- o médico veterinário poderá discutir com as famílias a convivência com animais de estimação;
- o fonoaudiólogo pode reforçar a importância da amamentação e de se evitar o uso de bicos e mamadeiras para a saúde bucal e oral da criança;
- o nutricionista poderá auxiliar a equipe na orientação sobre uma alimentação saudável nos períodos gestacional e puerperal, além da alimentação da criança;
- o pediatra pode contribuir com orientações referentes aos cuidados com o recém-nascido e nos primeiros anos de vida;
- o assistente social pode orientar as mulheres que não desejam criar seus filhos colocando-os à adoção de modo legal.

Esses são alguns exemplos de como a equipe do NASF pode contribuir para a ampliação da resolubilidade, desde que articulada à equipe de Saúde da Família, ambas considerando a complexidade do processo saúde-doença na realidade onde estão inseridos e principalmente os usuários assistidos.

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 tempo de espera para a consulta (ZAMPIERI et al., 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). Os profissionais do NASF podem contribuir para ampliação das propostas educativas. Considerando a realidade local e o interesse da comunidade, neste caso as mulheres em período gestacional, pode ser desenvolvido, por exemplo, um Projeto de Saúde no Território. As atividades

podem ser desenvolvidas pelas ESF em associação aos profissionais do NASF e à comunidade, desde que as ações sejam discutidas e pactuadas por todos os envolvidos, nos espaços coletivos criados com este objetivo, na perspectiva da corresponsabilização e da gestão compartilhada do cuidado.



Na Prática

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

3.3 Fatores de risco na gestação e pós-parto: riscos clínicos e sociais

O termo risco, que 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 na atenção secundária e terciária, utilizando-se cuidados e equipes especializadas (BRASIL, 2006). É oportuno salientar que a Rede Cegonha orienta sobre a realização de acolhimento com classificação de risco a toda gestante durante todo o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar que uma gestação definida como de baixo risco pode se transformar em alto risco de um momento para o outro, como também é possível que uma gestação de alto risco, ao receber um acompanhamento adequado, volte à condição de baixo risco (BRASIL, 2000b). 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.



Leitura Complementar

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 Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>.

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) ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada. Além disso, antes de realizar o encaminhamento a outro nível de atenção, é interessante que o profissional da ESF discuta o caso com profissionais da equipe NASF, principalmente com o ginecologista obstetra. Juntos poderão avaliar a real necessidade de referenciar a assistência à mulher gestante a outro nível assistencial.

Ao identificar a necessidade de 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. Ao encaminhar a mulher em período gestacional que necessite de cuidado especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da atenção, podendo fazê-lo através de visitas domiciliares e mantendo contato com os familiares (BRASIL, 2006).

3.4 Pré-natal, parto e puerpério

Agora vamos acompanhar os cuidados necessários durante o período pré-natal, parto e puerpério. Confira.

3.4.1 Consulta pré-natal

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

- a) avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento;
- 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 estes as desenvolvam. Eles realizam também o acompanhamento pré-natal, de acordo com as especificidades da gestante, juntamente com os demais membros da equipe de saúde, a saber: dentista, nutricionista, psicóloga, assistente social e outros profissionais, visando atender à gestante e à família em sua integralidade.

Os profissionais exercem papel extremamente importante nesse processo, acolhendo as mulheres em período gestacional desde o início da gravidez, estando disponíveis e assumindo compromisso com sua saúde. Para tanto, a equipe de saúde deve estar munida de conhecimentos atualizados, 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. A equipe também deve estar sintonizada com novas propostas e experiências, com novas técnicas e principalmente deve reconhecer o protagonismo da mulher na condução do processo gestacional, tendo em vista sua importante e fundamental participação.

De acordo com Enkin et al. (2005), 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.

Sugere-se compartilhar o planejamento da assistência com as mulheres da comunidade onde os profissionais estão inseridos, pactuando as responsabilidades de cada um dos indivíduos que integram este processo.

Antes de falarmos da consulta, é relevante a 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 pode ser muito interessante e proveitoso. Outra atitude que possibilita a ampliação das possibilidades assistenciais no período reprodutivo da mulher são os momentos de discussão entre ESF e NASF, buscando compartilhar saberes técnicos específicos de cada profissional, na direção de uma assistência em consonância às necessidades das mulheres da comunidade.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/CAB_32.pdf>.

Outro ponto a ser ressaltado é que a Política Nacional de Saúde do Homem preconiza a inclusão deste nos atendimentos da equipe, viabilizando o seu acesso à promoção de saúde, à prevenção e à detecção precoce de doenças, bem como ao tratamento quando necessário (BRASIL, 2008). O convite para o companheiro se fazer presente nas orientações do pré-natal pode ser uma importante oportunidade a ser utilizada pela equipe para acessar a população masculina, que de forma geral pode não estar muito presente nos serviços de saúde da atenção básica, realidade que os profissionais de saúde trabalham para mudar.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde: Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>.

3.4.2 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 mulher gestante no SISPRENATAL;
- d) fornecer o cartão da gestante;
- e) avaliar os aspectos fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos que envolvem a gravidez e o bem-estar materno;
- f) estimular comportamentos saudáveis;
- g) detectar os fatores de risco e intercorrências;
- h) avaliar o crescimento e o desenvolvimento fetal e suas condições fisiológicas;
- i) adotar medidas preventivas do tétano;
- j) detectar tabagismo e de dependências químicas;
- k) detectar processos sépticos dentais, 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 mulher gestante em situação de risco e encaminhar para a maternidade quando esta entrar em trabalho de parto.

Conforme já foi comentado em outros momentos nesta unidade, a complementação da assistência à saúde da mulher em período gestacional pode ser realizada quando identificadas as competências de cada profissional que atua na atenção básica, isso inclui os profissionais das equipes da Saúde da Família e do NASF.

3.4.3 Primeira consulta e consultas subsequentes

A consulta é constituída das seguintes etapas:

- histórico e anamnese;
- exame físico geral, bucal e exames complementares;
- levantamento de problemas ou dados;
- análise dos dados;
- plano de cuidados;
- registro.

O registro da evolução do tratamento é importante para a proteção da usuária, comprovação da realização das ações, garantia do recebimento pelo município da verba prevista quanto ao atendimento aos critérios mínimos exigidos pela 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.

Na sua unidade de saúde ocorre uma atuação conjunta das equipes de Saúde da Família e NASF na assistência e acompanhamento às mulheres gestantes? Como estão os registros em sua unidade? O planejamento das ações e de suas consequentes implantações é registrado? É realizado o acompanhamento dessas intervenções com avaliação antes e após os processos, visando à melhoria em outras oportunidades? Faça esse reconhecimento e compartilhe essa busca e resultados com seus colegas e com a comunidade.

Conforme o Ministério da Saúde, fazem parte do histórico da usuária:

- dados de identificação da gestante;
- dados socioeconômicos, psicológicos e culturais;
- antecedentes familiares;
- antecedentes pessoais;
- antecedentes ginecológicos e obstétricos;

- dados sobre sexualidade e DSTs;
- intercorrências clínicas e cirúrgicas;
- exposição ambiental ou ocupacional de risco;
- história de violência;
- dados da gestação atual;
- 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:

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

3.4.4 Exame físico

O exame físico é subdividido em geral e obstétrico. O exame físico geral deve obedecer às normas usuais da **propedêutica clínica**⁶, 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 (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.

6 Consiste em fazer uma correta História Clínica.

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, abdômen, 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 cardíofetais.



Leitura Complementar

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/CAB_32.pdf>.

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);

- 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 de 4 cm por mês;
- e) **Palpação obstétrica (Manobras de Leopold Zweifel):** visa a 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 uterina 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), polidrâmnio, macrossomia fetal, gemelaridade, mola hidantiforme, miomatose ou obesidade. Valor abaixo do percentil 10 é anormal, pode significar erro de cálculo da IG, oligodrâmnio, feto morto e atraso de crescimento (crescimento intrauterino restrito – 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.



Leitura Complementar

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/CAB_32.pdf>.

- f) **Verificação da ausculta obstétrica:** verifica-se com Pinard (a partir da 20ª ou 24ª semana) e com Sonar - Doppler (a partir da 10ª ou 11ª 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), ou seja, peso dividido por estatura ao quadrado, e registrar em gráfico específico. 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 há menos de dois anos após a menarca provavelmente serão classificadas como gestantes de baixo peso. Nestes 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; o segundo, pela compressão da região anterior da tíbia determinando a formação de cacifo característico. Para ser avaliado, costuma-se classificar o edema em graus:

Na escala ascendente, atinge os membros inferiores até a tíbia.	(+)
Estendendo-se à coxa e também aos membros superiores.	(++)
Alastra-se a todo o corpo excluindo as cavidades serosas.	(+++)
Constitui o derrame generalizado ou anasarca.	(++++)

Quadro 1 – Avaliação de Presença de Edema

Atenção: edema em MMII pode ocorrer no final da gravidez normal; todavia, é importante estar atento e fazer as avaliações necessárias. Essas avaliações podem ser complementadas com indicações dos profissionais do NASF conforme seu saber técnico específico. Pode-se buscar essa interlocução com vistas à ampliação da avaliação sobre as condições de saúde da mulher em período gestacional, que por consequência pode aumentar a resolubilidade da assistência e a prevenção de agravos à saúde neste processo.

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

3.4.5 Intercorrências clínicas mais frequentes

O processo da gestação nem sempre evolui do modo esperado, 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.



Na Prática

Identifique em sua área de atuação profissional quais são as intercorrências clínicas mais frequentes e discuta com as equipes de atenção básica como aprimorar a assistência e reduzir tais ocorrências.

A equipe NASF também pode contribuir neste processo de reconhecimento e de aprimoramento assistencial.

3.4.6 Preparação para o parto

Os sinais do verdadeiro trabalho de parto são: contrações rítmicas (duas ou três em dez minutos) e rompimento da bolsa. Orienta-se a gestante, se possível junto com o acompanhante, a 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 cardíofetais, as gestantes devem ser encaminhadas à maternidade por escrito e com urgência.

Segundo a Portaria que institui a Rede Cegonha, o componente Parto e Nascimento orienta:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde de 1996, intitulado “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”;
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Algumas destas orientações não competem diretamente à atenção básica. Porém, é relevante observar que a assistência à saúde da mulher em período gestacional e a manutenção de um sistema de informação atualizado em sua área de abrangência pode orientar o planejamento e a consequente capacidade de assistência às usuárias sob responsabilidade de sua equipe. Lembre-se das orientações sobre acompanhamento longitudinal, do sistema configurado em rede do qual sua assistência faz parte e da corresponsabilização sobre a saúde dos usuários, conceitos e práticas profissionais importantes no dia a dia.

Busque conhecer melhor o componente do Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação da Rede Cegonha, que prevê a organização do transporte da gestante às consultas no pré-natal e à parturiente até a maternidade em associação com o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, disponível na própria Portaria (BRASIL, 2011). Na primeira consulta de pré-natal, a gestante deverá assinar o requerimento que autoriza o pagamento do apoio deslocamento. Procure informações junto à Secretaria Municipal de Saúde se seu município aderiu a esta política e como os valores e parcelas serão repassadas. Essas informações são importantes para você orientar as usuárias sobre seus direitos.

3.4.7 Puerpério normal e patológico

É extremamente relevante que você revise os conteúdos vistos em sua formação profissional acerca dos fenômenos regressivos do puerpério - involução uterina e loqueação – e fenômeno progressivo – lactação (SANTOS, 2011). Também sobre as modificações locais e sistêmicas, decorrentes da gestação e recuperação do parto, tempo de recuperação e cuidados no puerpério (SANTOS, 2011).

Fique atento às alterações emocionais e psicológicas, uma vez que neste período a mulher apresenta grande labilidade emocional em função das alterações hormonais, adaptações a novos papéis assumidos na família e sociedade e mudanças de estilo de vida, e também sobre a patologia puerperal (SANTOS, 2011).

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

- | | |
|--|--|
| a) infecções; | |
| b) hemorragias; | |
| c) perturbações urinárias; | |
| d) tromboflebites; | |
| e) patologias mamárias, entre as quais destacamos a mastite puerperal ⁷ . | |
-
- 7** Mastite consiste na infecção da mama lactante, causada pela invasão do tecido mamário por microorganismos patológicos. Ocorre com maior frequência após o décimo dia após o parto.
-

Na Portaria que institui a Rede Cegonha, em seu componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, estão descritas as seguintes orientações:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites;
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

3.4.8 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 unidades de saúde, 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.

As consultas puerperais podem ser realizadas nas unidades de saúde ou no domicílio. A abordagem multiprofissional e interdisciplinar no âmbito do domicílio tem se mostrado uma boa estratégia de ação, permitindo aos profissionais conhecerem a realidade concretamente vivida pela família. Tal estratégia também facilita o cuidado e evita os vários deslocamentos da família à unidade de saúde para o comparecimento às consultas com cada profissional.

Na primeira consulta, é preciso:

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

As consultas são constituídas de histórico de enfermagem, exame físico, levantamento de problemas, plano de cuidados e registro. Compartilhe este processo com outros profissionais da ESF e do NASF, assim poderá ampliar a assistência à saúde da mulher e da criança. Oportunize momentos de discussão sobre sua realidade local e de casos.

3.4.9 Roteiro da primeira consulta puerperal

Na consulta, fique atento às necessidades da mulher, aos aspectos subjetivos e subliminares. Confira e relembre 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, registre dados relativos ao pré-natal⁸ e ao parto⁹.

8 Número de consultas, intercorrências e orientações recebidas.

Com respeito ao puerpério:

- identificar o tempo de pós-parto;
- ficar atento às queixas;
- conhecer como foi a evolução e as 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 e repouso e cuidados tomados.

9 Tipo de parto, local e complicações.

Lembre-se também de questionar sobre a história do aleitamento materno, anterior e atual, tipo de aleitamento (exclusivo ou misto) e intercorrências, uso de alimentação complementar inoportuna. Verifique pega (adequada ou não) e sucção (facilidades e dificuldades); e oriente sobre posição para amamentar. Além disso, verifique o uso de chupeta e conhecimento sobre os riscos de seu uso. Identifique 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 acerca de complicações, como ingurgitamento mamário, traumas mamilares, formadas por fissuras, maceração, escoriação e mastites. Estimule o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e, a partir daí, continuado com a introdução de alimentação complementar até dois anos ou mais.

Sobre o exame físico, lembre-se de:

- 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);
- avaliar as condições das mamas (tamanho, consistência, simetria, dor e tipo de mamilos), presença de ingurgitamento, fissura, escoriações ou mastite; hipo ou hipergalactia;

- 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);
- observar involução uterina (altura, consistência e localização do útero) em relação à cicatriz umbilical; a diástase abdominal e possíveis herniações abdominais; retirar pontos, quando indicado, em caso de parto cesárea, avaliando o processo de cicatrização;
- avaliar a episiorrafia (processo de cicatrização, presença de secreção, sangramento e hematoma) e observar queixas de dor;
- 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, 2011; SANTOS, 2002).

Orientações:

- sobre o intervalo interpartal, recomendam-se no mínimo 2 anos;
- retorno às atividades sexuais (30 a 40 dias);
- uso de contraceptivos, durante a amamentação pode-se usar a minipílula e o aleitamento como método (Método Amenorreico - Lactacional - Método LAM associado), preservativos feminino ou masculino, injetável com progesterona, DIU após 6 ou 8 semanas pós-parto ou 8 a 12 semanas pós-cesariana;
- alimentação (rica em ferro, proteínas e vitaminas) e hidratação;
- higiene;
- atividade física;
- segurança no trânsito;
- direitos da mulher (120 dias de licença maternidade – estendida para 180 dias para as trabalhadoras dos órgãos públicos e de alguns setores privados – e uma hora por dia liberada pela licença amamentação) e do companheiro (5 dias - licença paternidade);
- atividades físicas e a deambulação de acordo com o período de puerpério;
- cuidados com o recém-nascido (banho, trocas, cuidados e queda do coto umbilical, testes diagnósticos realizados no período neonatal: teste do pezinho, triagem auditiva neonatal e teste do reflexo vermelho - do olho - imunizações, crescimento e desenvolvimento, caderneta de saúde), e sono e repouso; posturas adequadas nesse cuidado para não provocar alterações posturais e lesões;
- encaminhar para nova consulta entre o 7º e 10º dias após o parto;

- avaliar esquema vacinal de tétano e rubéola (se necessário);
- agendar consulta com o médico;
- realizar exame ginecológico completo;
- coletar material para exame preventivo do câncer de colo uterino; quando houver transcorrido um ano ou mais da realização do último exame.



Link

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/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.** Brasília: FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <<http://www.fio-cruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>.

3.4.10 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 da atenção básica devem conhecer a situação nacional e local da prevalência e duração do aleitamento materno, além das políticas públicas nacionais, estaduais e municipais. Os profissionais devem conhecer também as evidências científicas que embasam as recomendações atuais da alimentação complementar de crianças em aleitamento materno e estarem devidamente capacitados para o manejo clínico da amamentação (conhecer a anatomia da mama, fisiologia da lactação, técnica da amamentação: posição e pega adequados, postura confortável e adequada da mãe ao amamentar, 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. Procure discutir esses temas entre as ESF e NASF, busque ampliar a resolubilidade somando competências.



Link

No que se refere à 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). Disponível em: <<http://ms.midias.brasil.bvs.br/mediadetails.php?key=47f41c38e752174302b7>>

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 o aumento dos índices de aleitamento materno no país. Em 28 de abril de 2012, o Ministério da Saúde brasileiro lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. A estratégia é resultado da integração de duas importantes ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). A nova estratégia visa à qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para o fortalecimento das ações de promoção da alimentação saudável para esse público.

A iniciativa visa contribuir para a redução da mortalidade infantil e da ocorrência de agravos à saúde na infância como obesidade, diabetes, dentre outras, incentivando o aleitamento materno e uma alimentação complementar saudável.

A proposta de integração da Rede Amamenta com a ENPACS surgiu a partir de demandas dos próprios profissionais de saúde que atuam nos estados e municípios. Assim, iniciou-se um processo de análise da viabilidade de integração das duas redes. Como resultados alcançados pelas duas estratégias até o final 2011, somam-se mais de 4000 tutores formados e mais de 34 mil profissionais da Atenção Básica envolvidos em todo o Brasil. A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/DAPES/SAS/MS) juntamente com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) iniciaram, em abril de 2011, o processo de integração das duas estratégias. A Estratégia integrada é o resultado de uma construção conjunta entre as duas áreas do Ministério da Saúde com o apoio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP/SGETS/MS), além da participação de especialistas que acompanharam o processo de implementação da Rede Amamenta Brasil e da ENPACS. Até o final de 2013, o Ministério da Saúde pretende fomentar a realização de 50 oficinas de formação de novos tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Os tutores formados nessas oficinas devem preferencialmente ser de municípios que fazem parte do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ),

visto que a certificação acontecerá, posteriormente, por meio dessa ação. Após a realização da primeira oficina em cada estado, estes estarão aptos a multiplicar a oficina e assim envolver todos os municípios e por consequência todas as Unidades Básicas de Saúde. A oficina de formação de tutores da Amamenta e Alimenta Brasil terá duração de 4 dias.

Certamente, mais cedo ou mais tarde, você será convidado para participar da oficina dessa nova estratégia. Aproveite esta oportunidade!

Dando continuidade aos estudos, propomos uma reflexão. Em uma Unidade Básica de Saúde é desenvolvido um grupo de gestantes, porém a maioria das mulheres em período gestacional não participa dos encontros a que são convidadas. Conversando com as usuárias, o profissional de enfermagem recebe como principal justificativa o modo monótono como ocorrem os encontros, que não motivam as usuárias a participarem, além de não perceberem aplicabilidade prática das orientações propostas.

Compartilhando a questão com outros profissionais da ESF, identificam junto às usuárias como vantajosa a prática de atividade física orientada para a mulher em período gestacional. Para aplicar esta proposta, a ESF entra em contato com o NASF, que orienta para a complementação das ações educativas e de equipe assistencial durante os encontros com os profissionais da educação física e da fisioterapia.

Estes profissionais, atuando conjuntamente, contribuem para desenvolvimento de uma assistência que prepare a mulher para a condução de uma gestação que melhore ou mantenha suas condições cardiopulmonares, motoras e cinético funcionais. O fisioterapeuta pode orientar sobre os ajustes posturais e alívios de desconfortos consequentes a estas alterações; sobre as modificações no sistema geniturinário e prevenção de incontinências urinárias; preparação da musculatura do períneo para o trabalho de parto; alterações do sistema respiratório e desconfortos em decorrência da elevação do diafragma e coordenação da respiração nesta nova condição, para exemplificar. O educador físico pode contribuir principalmente associando a essas orientações atividades recreativas ou desportivas, motivando estas mulheres a manterem atividades físicas neste período e após o parto, e assim orientando para uma vida mais ativa e com qualidade que pode estender-se até mesmo após a gestação.

Esse é um exemplo de assistência compartilhada entre ESF e NASF. Você já pensou nessa e em outras possibilidades em sua prática assistencial à mulher em período gestacional? Existe a necessidade e possibilidade dessa assistência compartilhada? Quais os profissionais que compõe o NASF que apoia sua ESF? A composição profissional do NASF está em consonância com as necessidades locais?

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta etapa de 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, por meio 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. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000a. Disponível em: <http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

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: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Portaria n. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005a. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outras/031_portaria_1067_05.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 11 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/CAB_32.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2012.

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

GREGORY, K. D; DAVIDSON, E. Prenatal care: who needs it and why? **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Baltimore, v. 42, p. 725-736, dez. 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. Florianópolis, 2002.

SANTOS, E. K. A. dos. Cuidado de Enfermagem à mulher no período puerperal. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Ed. Progressiva, 2011.

SANTOS, E. K. A. dos. Hemorragias puerperais. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Ed. Progressiva, 2011.

SANTOS, E. K. A. dos. Infecções puerperais. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Ed. Progressiva, 2011.

SANTOS, E. K. A. dos. A enfermagem na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. In: BRÜGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. dos. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Ed. Progressiva, 2011.

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: 22 maio 2012.

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

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfermagem

Unidade 4



4 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NAS PRINCIPAIS QUEIXAS E AGRAVOS GINECOLÓGICOS

A saúde da mulher deve ser vista de maneira ampla, entendendo que as concepções sobre a mulher e sua saúde, incluindo os aspectos biológicos, variam de uma comunidade para outra e até mesmo dentro delas. Além disso, as questões relacionadas à saúde da mulher diferenciam-se ainda de acordo com cada faixa etária, apresentando situações específicas. No entanto, os profissionais da equipe de saúde não devem se restringir aos problemas e agravos à saúde da mulher, mas precisam compreendê-las inseridas em seus contextos familiares, sociais e laborais.

O objetivo da equipe deve ser contribuir para a melhoria das condições de vida das mulheres da sua área de abrangência, estando também atenta para as especificidades das populações negras, indígenas, para as questões de gênero e opção sexual, população urbana, rural e população carcerária, garantindo seus direitos de acesso aos serviços de saúde, incluindo-as nas ações de promoção a saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004).

O atendimento humanizado com escuta qualificada é o passo inicial para uma atenção integral.

O profissional da enfermagem poderá acionar os profissionais da equipe de Saúde da Família e do NASF para construção de projetos terapêuticos ou discussão dos casos que envolvam questões relacionadas à melhoria da autoestima, estados depressivos, situações de violência doméstica e outras de acordo com as demandas locais.

Na perspectiva do cuidado ampliado à saúde, é preciso estar ciente que, além da resolução dos problemas que levam as mulheres à unidade de saúde, é necessário estar alerta às queixas inespecíficas das usuárias que procuram os serviços, diversas vezes, referindo cefaleias, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Esta situação pode estar relacionada a questões de violência doméstica que estejam repercutindo na saúde e na qualidade de vida da mulher.

Dentre os motivos que levam as mulheres a procurar os serviços de saúde encontram-se as ações de prevenção e detecção do câncer ginecológico. Estes momentos, além de fundamentais para o diagnóstico precoce dos carcinomas ginecológicos (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), propiciam uma

maior aproximação entre a equipe e as usuárias e são oportunidades valiosas de efetivação do cuidado integral à saúde da mulher.

Neste sentido, 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 se pautar no conhecimento dos indicadores de morbimortalidade, 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. É essencial reconhecer na busca do cuidado por parte da mulher uma oportunidade para a promoção, prevenção, diagnóstico, investigação e tratamento amplo e contínuo, contemplando todos os aspectos que possibilitem uma melhoria à saúde e às condições de vida desta mulher.



Link

CAVALCANTI, L. F.; GOMES R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 31-9, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/04.pdf>>.

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a24.pdf>>.

4.1 O papel da equipe multiprofissional

Com o foco na integralidade da atenção e nos conhecimentos dos aspectos fisiológicos presentes no ciclo de vida, os profissionais da equipe de saúde da família, especialmente na enfermagem, 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 estes, 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 dismenorreia, a dor pélvica, a anticoncepção e a leucorreia, são os motivos mais frequentes de consulta em clínica ginecológica” (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004, p. 452) e serão abordados nesta Unidade. Acompanhe.

4.1.1 Alterações do ciclo menstrual

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**¹⁰ implica uma transição importante, o **climatério**¹¹ denota uma fase muitas vezes impregnada de estereótipos negativos. Ademais, dependendo de como são vivenciadas as várias etapas do ciclo menstrual, a sintomatologia deverá ser avaliada de forma consistente para uma maior resolubilidade 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 acerca do problema.

Apesar de ser o principal sintoma do **carcinoma genital**¹², na maioria das vezes o sangramento vaginal que ocorre fora do período de menstruação não está associado à doença orgânica. A investigação e o tratamento do sangramento uterino anormal vão depender da idade e das condições gerais da mulher, dos dados da história e do exame físico, bem como dos achados de exames complementares (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

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 e de um **aparelho genital**¹³ anatomicamente normal.

10 Primeira menstruação da mulher.

11 Climatério é a etapa da vida da mulher que inicia dois ou quatro anos antes da última menstruação, momento em que 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.

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

13 O eixo hipotálamo-hipófise-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 foliculo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH) pela hipófise. Por meio dos conhecimentos obtidos pelos avanços da biologia molecular nos últimos anos, já está claro que várias moléculas e receptores estão envolvidos no retrocontrole.

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 endometrial, 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.



Link

Além disso, a FEBRASGO possui uma série de manuais que estão disponíveis *online*, como este que orientou a elaboração desta unidade e que trabalha a questão da ginecologia endócrina. *Site*: <http://www.febasgo.org.br/>

FENASEG. Disponível em:

<http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View={33D36F6A-389D-45A2-88E8-C6561FC49312}&Team=¶ms=itemID={CCE6A85-3CC3-4F19-9F74-6DEC905148AD}%3B&UIPartUID={3822DBC5-4F58-44D6-B54F-C0D1C818CFDC}>.>

4.1.2 Sangramento uterino disfuncional

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

Sua incidência acontece com queixa bastante frequente, ocorrendo em toda a menacme. Cerca de 50% das mulheres com sangramento uterino disfuncional têm em torno de 45 anos de idade e 20% das mulheres acometidas são adolescentes.

Em sua 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 neuroendócrinos que controlam a menstruação.

Classificação:

- **Sangramento da ovulação (meio do ciclo):** secundário à queda brusca dos estrogênios na rotura do folículo;
- **Sangramento pré-menstrual:** devido à produção insuficiente de progesterona, principalmente no climatério;
- **Persistência do corpo lúteo (Halban):** atraso menstrual seguido de perda sanguínea irregular;
- **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 mulher apresenta os mesmos parâmetros durante toda a sua menacme.

Seu 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 médico ou o ginecologista do NASF (ou de outro nível de atenção à saúde) deve oferecer à mulher 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 podem 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.

4.1.3 Dismenorreia

A 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.

Sua 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:

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

Quanto à Etiopatogenia, os fatores determinantes da dismenorreia primária não são totalmente conhecidos. As evidências sugerem como mais prováveis:

- fator psíquico ou emocional - baseado na convivência e história familiar de dismenorreia, tabus, falta de informações sobre a menstruação e imaturidade;
- prostaglandinas - estas substâncias estão elevadas, provocando aumento da contratilidade uterina com vaso espasmo arteriolar, isquemia e dor.

Seu diagnóstico é 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:

- **Ultrassonografia pélvica:** transabdominal ou transvaginal; transabdominal (mulheres que não iniciaram a vida sexual) ou transvaginal (preferencialmente, pois oferece melhor visualização das estruturas estudadas);
- **Laparoscopia e histeroscopia:** indicadas em casos selecionados.

Lembre-se de que 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 ou discutir com o ginecologista da equipe NASF, se este fizer parte da equipe, que poderá apoiar no diagnóstico diferencial e, eventualmente, indicar a laparoscopia diagnóstica/terapêutica.

4.1.4 Síndrome pré-menstrual

A síndrome pré-menstrual também é conhecida como tensão pré-menstrual. É o conjunto de sintomas e sinais físicos, psicológicos 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.

Em sua 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:

- alterações relacionadas ao metabolismo hidrossalino;
- alterações relacionadas ao sistema nervoso central;
- sintomas algícos;
- modificações endócrinas.

Em sua etiopatogenia, várias têm sido as etiologias propostas para explicar a ocorrência da síndrome em questão. Citam-se:

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

O 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 mulheres com suspeita de apresentarem patologias associadas e os exames são indicados de acordo com o provável diagnóstico clínico.

Diagnóstico diferencial:

- distúrbios psicológicos e psiquiátricos;
- iatrogenia;
- distúrbios neurológicos;
- distúrbios endócrinos;
- doenças da mama;
- doenças ginecológicas;
- distúrbios gastrintestinais;
- fadiga crônica.

Por ser uma disfunção de etiologia ainda desconhecida, torna-se evidentemente difícil o tratamento específico. Assim, pode-se dividi-lo em medidas gerais e tratamento medicamentoso.

Medidas gerais podem ser tomadas, como o tratamento inicial, que consiste em tranquilizar, discutir e orientar a mulher sobre a disfunção em questão. Recomenda-se a prática de esportes, redução da ingestão de sal, açúcar refinado e gordura animal. Desta forma os profissionais do NASF como o psicólogo, o educador físico, o fisioterapeuta e o nutricionista poderão apoiar atividades junto às equipes de Saúde da Família.

Diversos estudos evidenciam a associação entre história de violência sexual e algumas queixas ginecológicas mais frequentes, tais como irregularidades menstruais, dor pélvica, dismenorreia, 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? Procuram discutir com profissionais de outros setores e áreas estas questões? Como os profissionais do NASF podem apoiar as necessidades da sua equipe para o cuidado integral à saúde da mulher?

4.1.5 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, estudos 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, podem ser acometidos 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 como queimação, dor ou irritação, que caracterizam vulvodinia. A anamnese detalhada deve ser realizada para um diagnóstico correto e conseqüentemente o tratamento e encaminhamento adequados, como indicar a 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 papiloma vírus humano) (NAUD et al., 2004, p. 461-462).

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

A seguir, para dar continuidade ao estudo, veremos os tipos de cânceres ginecológicos mais frequentes. Acompanhe.

4.2 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).

4.2.1 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 já discutimos, 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 destes, 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, 2002a), devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal.

As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente o mesmo se dá de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como *Clemmesen'shook*, (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 2012 foi de 52.680 (BRASIL, 2002c), com um risco estimado de 52 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 69 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 (65/100.000), Centro-Oeste (48/100.000) e Nordeste (32/100.000). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19/100.000).



Link

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

Brasil. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer.**

Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>.

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%.



Link

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>.

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>.

4.2.2 Câncer de colo uterino

Os achados clínicos referentes ao câncer de colo uterino dependem do estágio da doença, apesar de também serem assintomáticos, podem ser presentes os seguintes sinais e sintomas:

- sangramento irregular;
- sinusiorragia;
- dor no baixo ventre;
- hematúria;
- enterorragia;
- secreção vaginal fétida;
- eventual achado de colo uterino heterogêneo ao ultrassom.

Cabe ressaltar 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 mulher frente a um diagnóstico incerto.



Na Prática

É essencial que o profissional que efetua a coleta esteja habilitado a realizar a aplicação de ácido acético a 5% e identificar lesões aceto-brancas 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; PRADO, 2006).

Sabe-se hoje que a condição necessária para o surgimento do câncer do colo do útero 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, 2002b).

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 cervicouterino, 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 equipes 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 deste 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, 2002b, p. 5).

Lembre-se sempre de que 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 64 anos (BRASIL, 2011).

Agora, conheça as fases da abordagem do colo do útero na imagem a seguir:

FASES DA ABORDAGEM DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

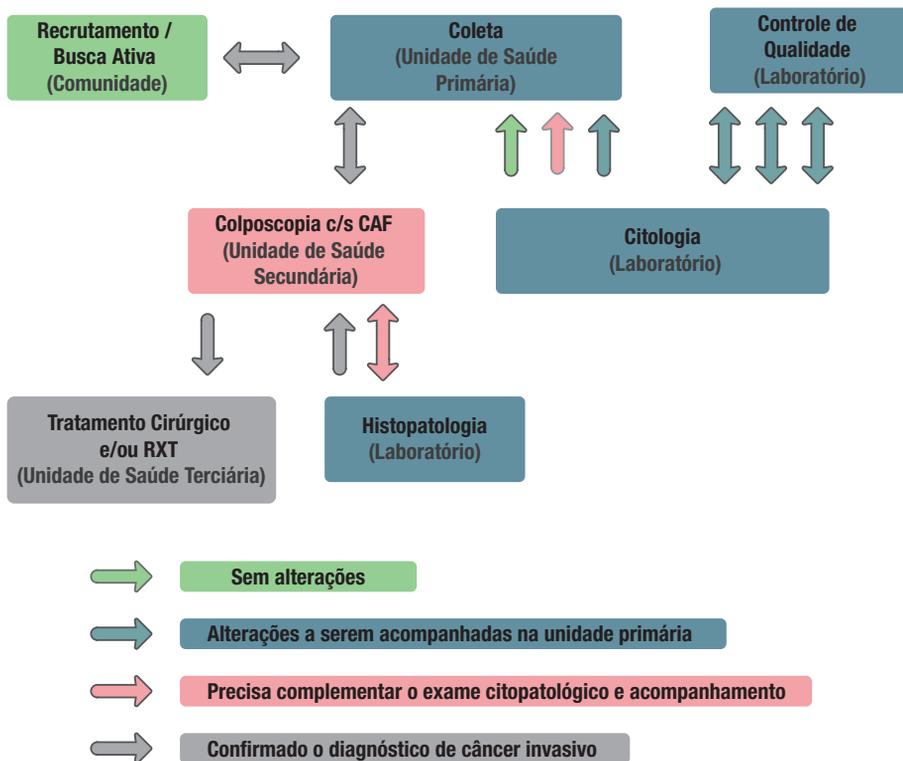


Figura 1 – As fases de abordagem do câncer do colo do útero
Fonte: Brasil (2002b, p. 28).



Leitura Complementar

As recomendações do INCA são bastante esclarecedoras quanto à periodicidade dos exames preventivos. Acesse para saber obter outras informações:
BRASIL. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 13-15, 2002.
Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/normas.pdf>.

Vamos fazer, então, uma reflexão sobre o que vimos nesta unidade por meio de um caso prático. Uma adolescente de 16 anos de idade procura a Unidade de Saúde com queixas de cólicas intensas durante o período menstrual. Durante a escuta no acolhimento detecta-se a necessidade de realização de atendimento individualizado. O enfermeiro faz uma avaliação clínica em conjunto com o médico da Saúde da Família e durante a anamnese e exame físico algumas hipóteses são levantadas diante das queixas e dos achados clínicos. Alguns exames complementares são solicitados e no retorno para avaliação dos resultados confirma-se o diagnóstico de dismenorrea primária. As opções terapêuticas são discutidas com a jovem e se estabelece um plano de abordagem que inclui a prática de esportes, redução da ingestão de sal, açúcar refinado e gordura animal. Nesse contexto a jovem foi encaminhada para o grupo de atividade física, conduzido pelo fisioterapeuta e educador físico da equipe NASF.



Na Prática

Analisando este caso podemos concluir que os profissionais do NASF, como o psicólogo, o educador físico, o fisioterapeuta e o nutricionista, podem apoiar atividades em casos semelhantes a este junto às equipes de Saúde da Família.

SÍNTESE DA UNIDADE

No decorrer do estudo desta unidade, vimos como é importante o papel da equipe, em especial da enfermagem, 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 esta detecção precoce é relevante para baixar os índices de mortalidade.

REFERÊNCIAS

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual. **Cadernos 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002a. Disponível em: <www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama: viva mulher**. Rio de Janeiro: INCA, 2002c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

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. São Paulo: Artmed, 2004.

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, 2002.

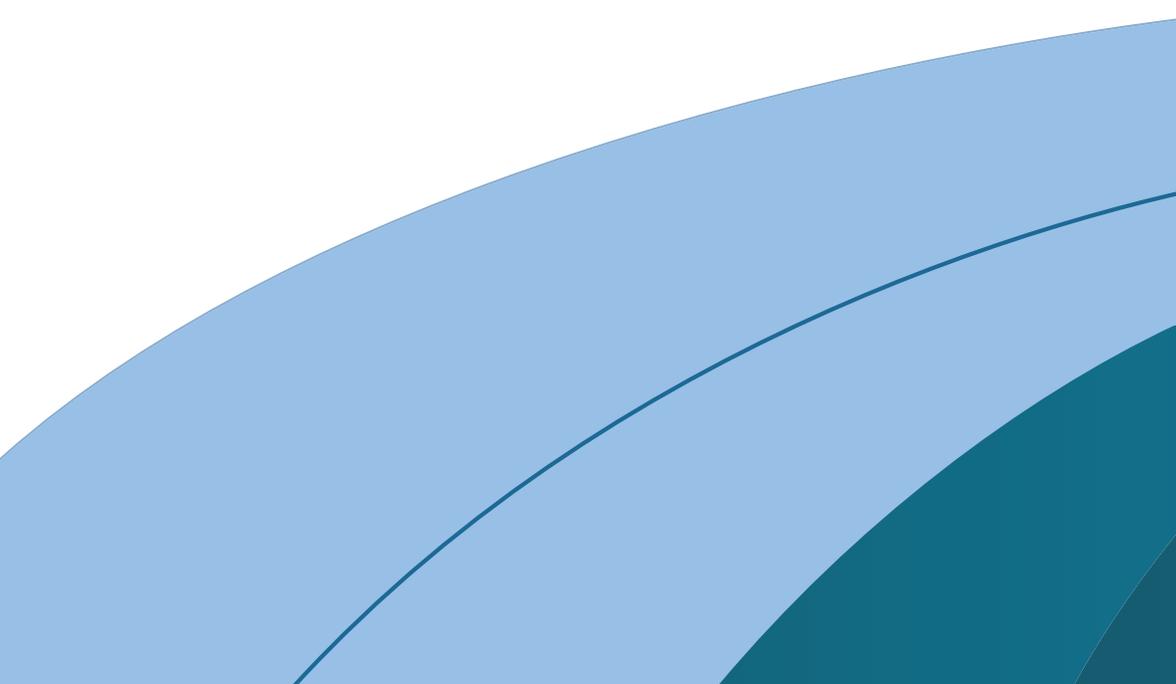
NAUD, P. et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseada em evidências. São Paulo: Artmed, 2004.

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

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.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfermagem

Unidade 5



5 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO E NA MENOPAUSA

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 à promoção da qualidade de vida no processo de envelhecimento, dando ênfase à atenção aos principais distúrbios físicos, psicossomáticos e socioculturais dessa faixa etária. Esses distúrbios devem ser abordados na perspectiva da vigilância à saúde, com necessária construção de protocolos de atividades (BRASIL, 2010).

No dia a dia da unidade de saúde, nas consultas e no diálogo com as mulheres, é comum o relato de menopausa ou que são frequentes os 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?



Na Prática

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 a refletir sobre essa temática.

5.1 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, 2004). Em 2008, o Ministério da Saúde, por meio 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). Em 2010, o tema é inserido no contexto do NASF, onde são apresentadas suas diretrizes na publicação Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010).

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

É o que veremos no conteúdo desta unidade. Acompanhe.

5.2 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). A atenção à saúde da mulher evidencia a dificuldade no planejamento das ações de saúde, pois a população feminina constitui a maioria dos usuários (96.293.080 de mulheres em 2007) que procuram os serviços e a maior esperança de vida ao nascer (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”, condições que permitam uma melhor qualidade de vida devem ser estabelecidas.

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. Nesta perspectiva, a saúde transcende o 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 com os 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 pró-ativas como:

- compartilhar conhecimentos com as mulheres e familiares sobre as mudanças e cuidados necessários;
- propiciar espaços coletivos (grupos) que possibilitem a expressão de sentimentos, medos e dúvidas;
- promover a reflexão sobre as questões de gênero;
- desenvolver ações de promoção e recuperação da saúde;
- 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 *klimátes*), 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:

- transição menopausal, que vai dos 37 aos 46 anos;
- perimenopausa , dos 46 aos 50 anos;
- pós-menopausa, dos 51 aos 65 anos;
- 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 mulher no climatério. Assim, com o declínio dos níveis de estrógenos, podem ocorrer alterações hormonais, metabólicas, somáticas, psíquicas e sociais (INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY, 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 a 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 com qualidade de vida, 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 no climatério, ao passar por este processo, assume o compromisso com a sua existência, toma consciência de suas limitações e de sua finitude, buscando uma maior qualidade de vida e de cuidado para a sua saúde (LOPES; COSTA, 2000; ZAMPIERI et al., 2007).

5.3 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 socioculturais, 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 profissional de enfermagem deve ter conhecimento e estar atento a estas alterações para que possa intervir adequadamente no sentido de minimizar seus efeitos.

A seguir, vamos acompanhar mais informações sobre as alterações de curto e médio prazo e tardias, acompanhe.

5.3.1 Alterações de curto prazo

As alterações de curto prazo são chamadas de alterações transitórias. Ocorrem distúrbios neuroendócrinos que podem coincidir com crise de identidade, caracterizada pela perda da autoestima, insegurança e medo de rejeição.

Nesta fase, as queixas mais frequentes são:

- ondas de calor ou fogachos;
- sudorese e calafrios;

- cefaleias, tonturas, parestesia e palpitações;
- labilidade emocional, depressão, insônia, fadiga, letargia, irritabilidade e perda de memória;
- diminuição da libido;
- alterações dos ciclos menstruais (BRASIL, 2008).

Agora vamos acompanhar detalhamentos das queixas mais frequentes. Confira.

Uma das queixas mais comuns é a 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 intercalam com os ovulatórios, ausência de menstruação ou hemorragias, podendo iniciar o maior espaçamento entre as menstruações - oligomenorreia, ou seja, intervalos maiores que 35 dias (FREITAS, 2001).

Também são queixas frequentes as alterações ovarianas, quando 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 resultado, 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 e pode permanecer por 5 a 10 anos pós-menopausa.

Manifesta-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).

5.3.2 Alterações de médio prazo

Consistem das manifestações atroficas 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 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 atrofica secundária, caracterizadas pela urgência e frequência urinária, disúria e dor suprapubiana, na ausência de infecção das vias urinárias.
ÚTERO	prolapso de útero.
MAMAS	reduzido, consistência mais flácida, queda.

Quadro 2 – Principais alterações de médio prazo que ocorrem no climatério
Fonte: Brasil, 2008.

5.3.3 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; osteoporose; angina; cardiopatia coronariana; fratura de quadril ou punho; dor nas costas (ZAMPIERI et al., 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).

Há também o 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 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 de 2% a 4% ao ano para o osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical (BRASIL, 2008). As três fraturas mais comuns nas mulheres pós-menopáusicas são: 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.

5.4 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 neuroendócrinas e circulatórias relacionadas, o padrão de resposta é mais lento e menos intenso (fase de excitação), mas nem por isso menos prazerosa ou satisfatória. O tempo para que haja 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 podem afetar 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 disposta a esta atividade, uma vez que está descartada a possibilidade de uma gravidez (LOPES; COSTA, 2000).

5.5 Cuidados de enfermagem à mulher no climatério e na menopausa

De acordo com Zampieri et al. (2007), 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, lembrando que você e sua ESF podem contar com o apoio dos profissionais do NASF:

- 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.
- Prestar atendimento humanizado, demonstrando disponibilidade, oportunizando uma escuta atenta, que valoriza as necessidades, queixas, crenças, conhecimentos prévios, respeitando a privacidade da mulher, dando resolubilidade às suas demandas e, sobretudo, estimulando a autonomia da mulher e a participação desta nos cuidados.
- Assistir de forma integral a mulher, observando 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.
- 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.
- Orientar a adoção da alimentação equilibrada (alimentos variados, coloridos, de origem vegetal e animal, composto de três 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:

- 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 mulheres 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, vegetais e grãos; dieta para a prevenção e tratamento de osteoporose – 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.

- Orientar a realização de exercícios, regulares, de baixo impacto, estando devidamente nutridas e hidratadas. Estimular atividades como caminhada (antes das 10 horas e após às 16 horas, de preferência no sol, usando vestimenta e calçado adequado), corrida, natação, ciclismo e outros exercícios, entre eles a musculação, que podem ser feitos após avaliação médica.
- Orientar exercícios de Kegel para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática (BRASIL, 2008, p. 60).
- 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 e dançar; para conversar com as amigas; para ler bons livros e atualizar-se; para entrar em contato com outras gerações e aprender com elas.
- 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.
- 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.
- Orientar para que fique atenta aos sinais que indicam doenças e depressão e que procure ajuda, encaminhando para psicoterapia, caso seja necessário.
- Orientar sobre os riscos e benefícios da terapia hormonal, fitoestrógenos, fitoterápicos, homeopatia e acupuntura, orientando quanto a indicações e contra-indicações destes.
- 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.

- 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 sobre as transformações inerentes ao climatério, e solicitar mais carinho, mais aproximação, mais companheirismo, para viver a sexualidade plenamente.
- 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.



Leitura Complementar

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>.

Agora, vamos refletir sobre um exemplo. No grupo de alongamento e relaxamento de uma localidade brasileira, Dona Maria procura o fisioterapeuta do NASF, de referência para este grupo, e relata estar sofrendo muito com calorões várias vezes ao dia, inclusive durante o sono. Relata também redução da atividade sexual, devido à perda de interesse e dor na relação. Durante a conversa o fisioterapeuta informa que essas situações podem estar relacionadas à fase do climatério e que muitas manifestações são esperadas. Informa que essas podem ser amenizadas com a adoção de algumas medidas e aproveita para fazer algumas orientações gerais, sugerindo também que ela procure a Unidade de Saúde para agendar um atendimento com o médico ou com o enfermeiro da ESF.

Esta situação demonstra como a equipe ESF/NASF precisa trabalhar de forma interdisciplinar e integrada para a busca do cuidado humanizado e integral.

E na sua equipe como acontece este trabalho interdisciplinar? Os profissionais do NASF referenciam os casos para a sua equipe de Saúde da Família? E questões relacionadas ao climatério são discutidas por toda equipe?

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta etapa, vimos como identificar o climatério e conhecer a implicação dos aspectos socioculturais, psicológicos, sexuais e as possíveis repercussões clínicas das mudanças endócrinas nesta etapa do ciclo biológico de vida da mulher. Relembramos os principais determinantes e o perfil epidemiológico relacionado à morbimortalidade das mulheres no período do climatério, e os cuidados de enfermagem à mulher no climatério 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. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria). **Climatério: manual de orientação**. São Paulo: FEBRASGO, 2004.

FREITAS, F. **Rotinas em obstetria**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 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: Manole, 2007.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD: síntese de indicadores 2002**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/default.shtm>>. Acesso em 17 maio 2012.

INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY. **Menopause terminology approved by the Board of IMS**. Yokohama Japan Society, 1999. Disponível em: <http://www.imsociety.org/menopause_terminology.html>. Acesso em: 15 fev. 2007.

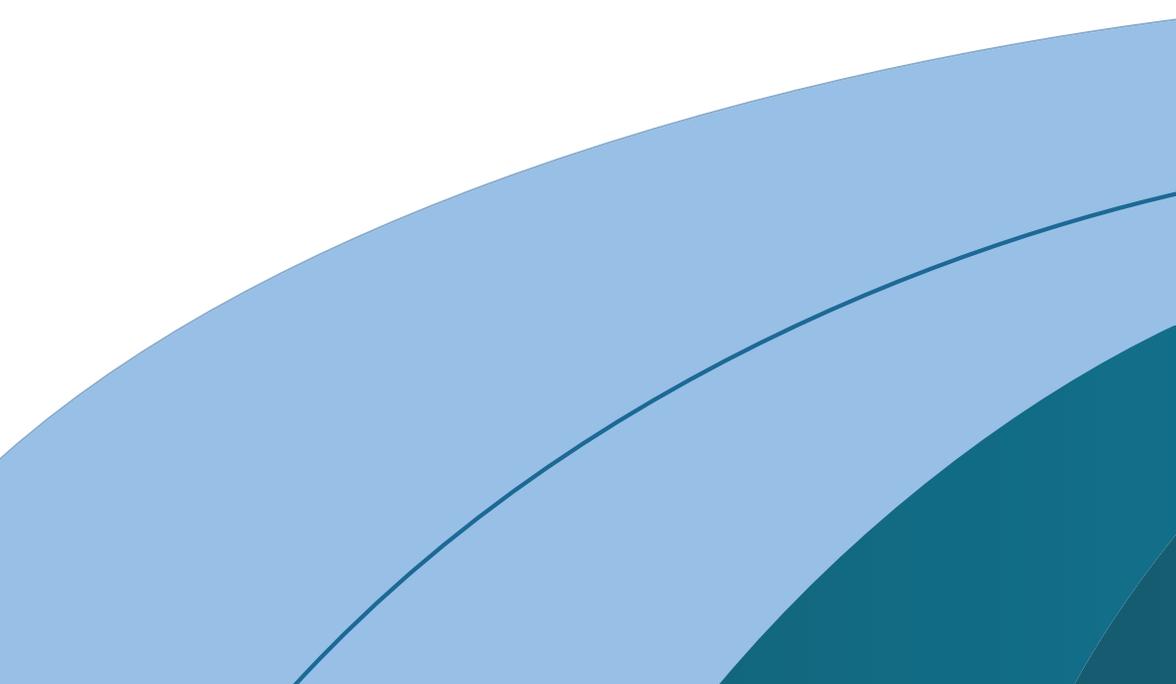
LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G. **Sendo mulher no climatério**: uma abordagem compreensiva. João Pessoa (PB): Ideia, 2000.

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

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: 17 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfermagem

Unidade 6



6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Nesta unidade serão apresentados estudos desenvolvidos a partir de experiências exitosas sobre a atenção integral à saúde da mulher com ações interdisciplinares na Atenção Básica. O objetivo é demonstrar que é possível manter uma assistência ampliada, ou seja, além do modelo biomédico e de uma forma que contemple os saberes de todos os envolvidos, usuários e profissionais. Aproveite e reflita sobre sua prática, as necessidades locais e as possibilidades assistenciais.

6.1 A educação popular na Atenção Básica e a Saúde da Mulher

Quando planejamos o trabalho na atenção básica e discutimos as estratégias de promoção da saúde, uma importante ferramenta de trabalho vem à tona: a educação em saúde.

A educação em saúde é uma prática fundamental para viabilizar as ações de promoção da saúde e de qualidade de vida da população, na perspectiva da atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Entretanto, os desenhos tradicionais de educação em saúde, pautados pela hegemonia do saber técnico dos profissionais de saúde e na culpabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à sua saúde, ainda influenciam as práticas desenvolvidas nos serviços da atenção básica (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Esta configuração de trabalho tem sido alvo de duras críticas. Muitos profissionais de saúde, preocupados com o caráter solidário, democrático e cidadão que permeiam o conceito de promoção da saúde, apostam na educação popular como uma alternativa capaz de romper com a lógica prescritiva dos grupos de educação em saúde. Compreendem, portanto, que as ações de promoção são mais amplas do que a prescrição de hábitos “saudáveis” ou desejáveis, uma vez que visam à incorporação de práticas em saúde que proporcionem os meios necessários para que todas as pessoas realizem seu potencial de saúde.

É neste sentido que a educação popular vem ganhando espaço e visibilidade. Entendida como uma alternativa potente para a transformação das práticas na atenção básica, sua concepção teórica valoriza o saber do outro e entende que o conhecimento é um processo dinâmico, fruto de uma construção coletiva e da interação entre todos os sujeitos envolvidos. Assim, nas ações educativas em saúde, tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam numa construção dialógica do conhecimento (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

No sentido de ilustrar como tais propostas de educação em saúde, com foco na educação popular, são desenvolvidas na prática, apresentamos o exemplo do município de Recife (PE), discutido no trabalho de Albuquerque e Stotz (2004) e que aborda de maneira mais ampla o tema em questão; e um relato de experiência de Oliveira et al. (2011) da cidade de Belo Horizonte (MG), direcionado à saúde da mulher, mais especificamente.

Direcionados pela gestão municipal do Recife, construiu-se coletivamente a proposta local de educação popular em saúde, inicialmente com a participação dos técnicos dos distritos sanitários e após passando pela discussão junto ao núcleo gestor e às comunidades e equipes envolvidas. A proposta desenvolvida teve como objetivo criar condições que favoreçam a participação crítica e criativa dos vários setores da sociedade na busca de melhoria da qualidade de vida e de saúde.

A tarefa era desencadear um processo de discussão amplo, enfocando a educação popular em saúde que culminasse por envolver as equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e agentes de saúde ambiental. Na sua versão final, a proposta integrou cinco projetos tendo como ações:

- o fortalecimento dos serviços de educação em saúde dos distritos sanitários;
- a implantação dos núcleos de educação e cultura popular em saúde (Nuceps);
- a capacitação continuada em educação popular em saúde;
- a articulação intrasetorial e articulação intersetorial.

A difusão e o desenvolvimento de metodologias e linguagens em educação popular em saúde, a produção de materiais educativos, a construção de parcerias com a comunidade e a garantia de infraestrutura e equipamentos para as ações educativas foram estratégias traçadas para a implantação da proposta. A experiência de implantação teve resultados positivos com a consolidação dos trabalhos em 19 equipes de Saúde da Família, nas quais os grupos de usuários têm uma identidade própria, com nome e autonomia, sendo constituídos de acordo com os ciclos da vida. Nestes, foram discutidas questões sociais de forma ampla e não apenas relacionadas à doença.

As equipes propõem técnicas corporais, como alongamento, relaxamento, exercícios leves e técnicas de estímulo à participação, trabalhando a saúde de uma forma mais abrangente. Atividades diversas como oficinas de alimentação enriquecida, organização de movimentos junto à comunidade para resolução de problemas de lixo e esgotamento sanitário, atividades esportivas de promoção da saúde, organização de grupos comunitários no combate à dengue, dentre outras, refletem os primeiros resultados do projeto. Os núcleos de educação popular em saúde assumiram diferentes faces de acordo com as necessidades da comunidade.

Os autores relatam que esse conjunto de resultados revelou uma maior integralidade das ações desencadeadas pela educação popular em saúde. O reconhecimento do usuário como cidadão nos grupos que não os estigmatizam como doentes, pois são ouvidos e estimulados a viver atividades de promoção da saúde (exercícios, alimentação, hábitos) e a lutar em defesa de melhores condições de vida, representa fato concreto dificilmente encontrado em equipes que não se referenciam na educação popular.

As equipes também revelaram uma visão mais integral no atendimento individual, com algumas delas trabalhando com terapias complementares e relacionando o atendimento diretamente com os grupos.

Na experiência de Minas Gerais a proposta de trabalho surgiu da parceria entre a universidade e equipe de saúde que, trabalhando em conjunto, realizaram como primeira ação a identificação das demandas locais. Para Oliveira et al. (2011), esse cenário retrata a importância do campo de estágio como dispositivo de interação entre o ensino e o serviço. O relato traz à discussão quais as repercussões da proposta para a saúde da mulher, assim como problematiza os reflexos desta atividade no processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde.

O planejamento inicial do estágio teve como objetivo a promoção de espaços para mobilização e discussões políticas entre mulheres moradoras da região do Centro de Saúde Lajedo. Os encontros foram delineados como um espaço em que as mulheres pudessem expressar suas demandas e visualizar interseções entre seu cotidiano e as políticas de saúde vigentes. Foram propostos encontros quinzenais com duração média de duas horas com participação aberta, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e lideranças comunitárias, com o propósito de que cada integrante se colocasse como multiplicador das ações.

Metodologicamente, inspirou-se na pesquisa-ação, sobretudo no que diz respeito à construção das ações com as mulheres integrantes da prática. A temática central norteadora foi a questão: “Pelo que você luta?”. Não foi elaborado um planejamento dos encontros, devido à própria especificidade da metodologia que norteou a prática, visando uma produção conjunta com as mulheres. Delineava-se apenas que o primeiro encontro promoveria a interação e algumas sugestões temáticas para os encontros seguintes como: as mulheres na atualidade; relações de gênero; saúde coletiva; participação das mulheres na saúde; empoderamento; o bairro em que vivem; e a participação no Conselho Local de Saúde.

No decorrer da prática, o grupo foi denominado pelas próprias integrantes como “Movimento de Mulheres”, direcionando-se as discussões para as questões de gênero.

Essa proposta de trabalho tem o conceito de autonomia como sua principal inspiração. Em coerência com essa perspectiva, foram adotadas metodologias participativas, operando com recursos teórico-metodológicos da pesquisa-ação e dos trabalhos de Paulo Freire. Tinha-se a franca intenção de que a intervenção deveria ser um ato político, na medida em que promovesse transformações nas lógicas de poder e opressões existentes. Neste sentido, evitou-se deliberadamente transformar a ação em grupo de mulheres, buscando discussões transversais, não se propondo à suspensão da vida cotidiana para discussões sobre a saúde da mulher.

Na prática em grupo, foi percebido que a história da saúde ainda se pauta no saber técnico como preponderante para a promoção de saúde. Com isto em vista, em muitos momentos o silêncio foi compartilhado entre os profissionais, na tentativa de não assumir esse lugar de portadores do “conhecimento que conta”. O único encontro do grupo que foi em formato de apresentação foi com uma convidada, também usuário do serviço de saúde local e com ampla trajetória de participação em conselhos de saúde.

Segundo os autores, a prática em questão possibilitou reflexões e reformulações sobre a atuação e a postura profissional. Sobretudo, as reflexões teóricas sobre gênero e empoderamento favoreceram discussões proveitosas e críticas importantes em relação às intervenções propostas.

Uma das percepções quanto à metodologia, segundo Oliveira et al. (2011), é que a pesquisa-ação inicialmente foi complicadora do processo, pois muitas das integrantes e das ACS esperavam que os encontros decorressem da maneira “tradicional”, na qual “donos do saber” estabelecem uma relação vertical com o grupo, sendo que “a proposta previa sair do lugar de ‘produzir para’ o grupo e buscar ‘produzir com’ o grupo”. Apesar desta horizontalidade ser muito complexa e utópica, gradualmente algumas integrantes se tornaram mais participativas e sugeriram ações.

Tal inovação representou uma experiência marcante e rica ao serviço, distinta das experiências que preveem a prescrição de métodos e comportamentos referentes à conquista e manutenção da saúde. Vivenciar um encontro em que o tema emerge do grupo e em que todos são iguais para falar, refletir e pontuar questões propiciou uma nova postura e novos envolvimento dos profissionais da saúde.

Tais momentos favoreceram a conquista do vínculo e a sensação de pertencimento ao grupo, como também influenciaram na postura das ACS, que foram mais ativas na construção e no planejamento das atividades. São elas que sinalizam as dificuldades das mulheres para estarem presentes, quanto ao local ideal para a

realização dos encontros, bem como para situações vivenciadas nas famílias das mulheres convidadas a participar. Os autores ressaltam que esta transformação foi gradativa e construída na medida em que os encontros foram acontecendo como promoção deste espaço de participação e fala.

O segundo semestre de realização da prática trouxe aspectos importantes, demonstrando o quanto as discussões evoluíram para a produção de diferentes e interessantes posicionamentos das mulheres envolvidas. A temática de direitos humanos, que emergiu nos últimos encontros, revelou, em certa medida, quanto às concepções iniciais de posicionamento no mundo, o quanto as mulheres foram se modificando para uma lógica de sujeitos de direitos e de ações. Acredita-se no potencial desta ação como disparador de um novo modelo de atuação em saúde, que promove a oportunidade de crescimento e transformação. A proposta é de continuidade da prática nos próximos semestres, por sugestão e interesse das integrantes, e a expectativa é de que se consiga envolver também homens em alguns momentos para a continuidade e o enriquecimento das discussões, pois surgiu a reflexão de que não é possível discutir gênero, enquanto algo relacional, sem convocar os homens para as discussões.

6.2 Violência contra a mulher, as práticas da Atenção Básica

Em uma comunidade em Porto Alegre (RS) descrita por Lucas e Silva (2008), a atuação dos ACS foi descrita a partir de uma atividade cujo objetivo foi o de informar e orientar as mulheres acerca de seus direitos, organizar grupos de pessoas com a finalidade de cuidar da comunidade e resgatar a autoestima das mulheres do mesmo local. As autoras informam que o trabalho foi realizado em parceria com a Delegacia da Mulher, a casa de amparo Madre Teresa de Jesus e a liderança comunitária do bairro, demonstrando o processo intersetorial e interdisciplinar para tratar de uma questão tão complexa.

Foram desenvolvidas oficinas de debates e troca de informações entre as mulheres participantes, na qual o facilitador relata dados de violência no bairro, cidade, estado, país. Em encenação, uma mulher do grupo narra as agressões por ela sofrida, o grupo se sensibiliza com a situação e durante dez minutos procura soluções em defesa da companheira; a seguir a atriz retira a maquiagem em frente ao grupo e faz a apresentação identificando-se. As diferentes emoções no rosto do grupo, o interesse em ajudar, procurar informações, relatar fatos acontecidos com vizinhas, parentes, amigas ficaram evidentes. Utilizaram como fundo musical a música “Maria da Penha”, cantada por Alcione. Em outro momento, reuniram-se as mulheres em pequenos grupos, onde listaram todas as variações conhecidas de violência sexual, física, psicológica, econômica, institucional. Novo debate, agora com fundo musical “Maria Maria”, de Renato Teixeira. Durante todo o debate ou encenação, os ACS foram jogando no chão, colando em paredes,

espelhos ou árvores placas com todas as palavras, tipos de agressões relatadas pelo grupo. No final elas se surpreendem com a coragem de terem verbalizado tantas situações por elas vividas.

Em relação aos resultados alcançados, observou-se que desde o início do trabalho um número crescente de mulheres têm procurado o serviço de saúde, relatando dentro dos consultórios as agressões sofridas, e os ACS em busca de auxílio. Do mesmo modo, as denúncias nas delegacias e postos policiais aumentaram e a solicitação por exames clínicos e preventivos tornou-se rotina para essas mulheres.

O Agente de Saúde está cada vez mais integrado dentro da comunidade, aumentando sua função de liderança, responsabilidade com o bem-estar da população. Aprendeu-se com este trabalho que em grupo e com todos fazendo a sua parte poderemos vencer mais este desafio. Trabalhar com mulheres que sofrem violência doméstica ou social requer paciência, respeito, disciplina, confiança e ética de toda equipe (LUCAS & SILVA, 2008).

6.3 Atenção integral à saúde da mulher na Atenção Básica

A experiência, relatada pelos profissionais da ESF/NASF do município de Urupema (SC), descreve as ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes ESF e NASF para aumentar o índice de cobertura dos exames citopatológicos de colo uterino em mulheres entre de 25 e 59 anos, junto à população feminina do município. A ação foi chamada Elas + Belas.

Num trabalho de equipe foi analisada a situação atual da saúde da mulher no município, constatando-se baixo índice de cobertura de exames citopatológicos de colo uterino, elevada prevalência de transtornos mentais comuns (depressão), baixa autoestima e ausência de atividades de lazer. Após discussão, a equipe realizou ação, desenvolvida na sede do município e nas comunidades do interior, que consistiu em um sábado ao mês voltado para o público feminino. Criou-se um ambiente acolhedor com respeito e privacidade, tendo em vista que para muitas mulheres o exame ginecológico ou simplesmente a coleta do Papanicolaou ainda causam constrangimento e preocupação. Nesta ação buscou-se envolver o público com a magia dos cuidados da beleza, dicas de maquiagem, cabelo e moda e uma foto delas do antes e do depois da participação do “espaço beleza”.

A amostra da população feminina com idade de 25 a 59 anos, no período de agosto de 2009 a julho de 2010, era de 668 mulheres e a quantidade de exames citopatológicos realizados no mesmo período foi de 128 procedimentos, caracterizando 19% da população. Após o desenvolvimento da ação Elas + Belas, foram realizados 346 exames citopatológicos no período de agosto de 2010 a julho de 2011, totalizando 52,5% da população. Dados dos referidos anos retirados do SIAB em 2011.

Segundo os autores, a equipe relata que esta ação oportunizou uma prática de atuação interdisciplinar com ações na prevenção das doenças e na promoção da saúde com desenvolvimento de práticas humanizadas e ampliação da formação de vínculo com a comunidade (PAGANI et al., 2011).



Leitura Complementar

Sugere-se a leitura destes trabalhos na íntegra:

LUCAS, Valdivia Gonçalves; SILVA, Margarete Castilhos da. Violência Contra a Mulher. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_premiados_internet.pdf>.

PAGANI, Cristiane Muniz et al. Elas + Belas: um relato de experiência na assistência à saúde da mulher. Revista Catarinense de Saúde da Família – dez. 2011 p. 13 - 18. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>.

Chegamos ao fim desta etapa de estudos, quando aprofundamos conhecimentos acerca da atenção integral à saúde da mulher, a partir do conceito ampliado de saúde. Continue seu aprendizado e revise este conteúdo sempre que necessário!

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na atenção básica sobre possibilidades de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família - ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Busca-se com isto reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar em que, cada vez mais, o profissional da ESF conta com o apoio de outros profissionais que integram os demais serviços de atenção à saúde, seja na assistência ou na educação permanente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.; STOTZ, E. N. A educação popular na Atenção Básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v. 8, n.15, p. 259-274, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012. Acesso em: 20 maio 2012.

LUCAS, V. G.; SILVA, M. C. da. Violência Contra a Mulher. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família**: trabalhos premiados. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_premiados_internet.pdf>. Acesso em: 12 maio 2012.

OLIVEIRA et al. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 21, out./dez, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/download/325/387>>. Acesso em: 12 maio 2012.

PAGANI, C. M. et al. Elas + Belas: um relato de experiência na assistência à saúde da mulher. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, 6. ed. Florianópolis, dez. 2011 p. 13-18. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 12 maio 2012.

SÍNTESE DO MÓDULO

Neste módulo você teve a oportunidade de rever a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de refletir sobre a influencia exercida pelo movimento social de mulheres para a construção das atuais políticas de saúde e para a reorientação do modelo de atenção, ampliando o entendimento do processo saúde-doença. Neste contexto trouxemos aspectos importantes, como a identificação das ações relacionadas ao acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, na atenção à saúde sexual e reprodutiva e ao período do climatério e da menopausa. Elencamos, ainda, as principais queixas que conduzem a mulher aos centros de saúde, e discutimos acerca da prevenção dos cânceres ginecológicos. Finalizamos trazendo exemplos de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica e da prática profissional fundamentada na integralidade do cuidado.

Esperamos ter contribuído para ampliar ainda mais sua prática profissional na Saúde da Família!

AUTORES

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), 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 subáreas: amamentação, alimentação infantil, hospital amigo da criança, iniciativa unidade básica amiga da amamentação, mulher e trabalho, HIV/Aids e amamentação, gestão em saúde, enfermagem oncológica, educação em enfermagem, filosofia em enfermagem, fenomenologia e processo de viver humano.

<http://lattes.cnpq.br/2011865930547809>

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).

<http://lattes.cnpq.br/1053979619053587>

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.

<http://lattes.cnpq.br/9252439041549829>

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.

<http://lattes.cnpq.br/2680120470556112>

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 obstetrícia.

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.

<http://lattes.cnpq.br/0924957139162042>

Tanise Gonçalves de Freitas

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002), possui especialização em Atenção Básica e Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (2006), é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Atualmente é pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva da UFSC, enfermeira da Prefeitura Municipal de Florianópolis e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente na área de Saúde da Família e Saúde Coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/2878518544634263>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina