

Especialização Multiprofissional na
Atenção Básica

Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde da Mulher
Medicina



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

Reitor Luís Carlos Cancellier de Olivo

Vice-Reitora Alacoque Lorenzini Erdmann

Pró-Reitor de Pós-graduação Sérgio Fernando Torres de Freitas

Pró-Reitor de Pesquisa Sebastião Roberto Soares

Pró-Reitor de Extensão Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

Vice-Diretor Ricardo de Souza Vieira

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Fabrício Augusto Menegon

Coordenadora do Curso Fátima Buchele Assis

COMITÊ GESTOR

Coordenadora 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

Daniela Lemos Carcereri

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Heitor Tognoli

Maria Conceição de Oliveira

3ª EDIÇÃO ADAPTADA

Daniela Lemos Carcereri

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Heitor Tognoli

Maria Conceição de Oliveira

Tanise Gonçalves Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde da Mulher Medicina

Versão adaptada do curso de
Especialização Multiprofissional em Saúde da Família

Eixo III
A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2016

© 2016 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 por Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade
a Distância.

Atenção integral à saúde da mulher: medicina [recurso eletrônico] /
Universidade Federal de Santa Catarina. Daniela Ramos Carcereri... [et al]
(Organizadores). 3. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa
Catarina, 2016.

120 p.

Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da
Família.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: 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 no trabalho interdisciplinar na atenção básica.

ISBN: 978-85-8267-095-8

1. Atenção básica em saúde. 2. Saúde da mulher. 3. Atenção integral
à saúde da mulher. I. UFSC. II. Carcereri, Daniela Ramos. III. Santos,
Evanguelia Kotzias Atherino dos. IV. Tognoli, Heitor. V. Oliveira, Maria
Conceição de. VI. Freitas, Tanise Gonçalves. VII. Título.

CDU: 618

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

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

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Jimena de Mello Heredia

Revisão Textual: Deise Joelen Tarouco de Freitas, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Fabrício Sawczen

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 e de uso de anticoncepcionais por grupo etário no Brasil	24
2.3. Papel dos membros da equipe da Saúde da Família	26
2.4 Principais métodos contraceptivos: aceitabilidade, eficácia, reversibilidade, inocuidade, indicações e contraindicações.....	29
2.5 Evidências de critérios de elegibilidade de métodos anticoncepcionais.....	31
2.6. Recomendações práticas para uso de métodos anticoncepcionais	35
2.6.1. Anticoncepção Hormonal Combinada (ACHC).....	35
2.6.2. Dispositivo Intrauterino (DIU)	36
REFERÊNCIAS	40
UNIDADE 3 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	43
3.1. Atenção pré-concepcional e pré-natal	46
3.2. Fatores de risco na gestação e pós-parto: riscos clínicos e sociais	49
3.3. Pré-natal.....	51
3.3.1. O objetivo do Pré-natal.....	51
3.3.2. Ações na consulta pré-natal	52
3.3.3. Primeira consulta e consultas subsequentes	53
3.3.4. Exame físico.....	54
3.4. Intercorrências clínicas mais frequentes.....	55
3.5. Preparação para o parto	55
3.6. Puerpério normal e patológico.....	57
3.7. Consulta puerperal	58
3.8. Aleitamento materno	60
REFERÊNCIAS	65

UNIDADE 4 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NAS PRINCIPAIS QUEIXAS E AGRAVOS GINECOLÓGICOS	69
4.1. O papel da Equipe Multiprofissional face aos principais motivos de consulta e às queixas ginecológicas mais comuns	70
4.1.1. Alterações do ciclo menstrual	71
4.1.2. Sangramento uterino disfuncional	72
4.1.3. Dismenorreia.....	73
4.1.4. Síndrome pré-menstrual	75
4.1.5. Secreção vaginal e prurido vulvar.....	76
4.2. Tipos de cânceres ginecológicos mais frequentes.....	78
4.2.1. Câncer de mama.....	78
4.2.2. Câncer de Colo Uterino.....	80
REFERÊNCIAS.....	84

UNIDADE 5 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO E NA MENOPAUSA ...	87
5.1. O climatério no ciclo de vida da mulher	87
5.1.1. Alterações no climatério a curto, médio e longo prazos.....	90
5.1.2. Atividade sexual no climatério	93
5.2. Abordagem terapêutica	94
5.2.1. Tratamento hormonal	94
5.2.2. Tratamento não hormonal.....	96
5.3. Cuidados do profissional da equipe de saúde com a mulher no climatério e na menopausa.....	99
REFERÊNCIAS.....	103

UNIDADE 6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA	107
6.1. A educação popular na Atenção Básica e a saúde da mulher	107
6.1.1. A proposta de educação popular do município de Recife	108
6.1.2. A experiência de Minas Gerais.....	109
6.2. Violência contra a mulher e as práticas da Atenção Básica	111
6.3. Atenção integral à saúde da mulher na Atenção Básica	112
REFERÊNCIAS.....	114

SÍNTESE DO MÓDULO.....	115
-------------------------------	------------

AUTORES.....	116
---------------------	------------

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

O presente módulo pretende contribuir para o desenvolvimento de suas competências profissionais para a atenção integral à saúde da mulher, a partir do conceito ampliado de saúde. Diferentes olhares e saberes da equipe e da comunidade sobre questões pertinentes à população feminina estão incluídos na perspectiva da integralidade do cuidado. Reforçamos que a atenção integral à saúde da mulher, uma das áreas estratégicas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem caráter mais abrangente e, por esse motivo, não deve ser compreendida como ações pontuais direcionadas apenas às doenças, agravos ou atendimentos isolados por ciclos de vida. A atenção a essa população deve ser desenvolvida conforme as necessidades apresentadas, porém considerando todo o processo saúde-doença, seus aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.

Nesse sentido, visando a trabalhar temas pertinentes a essa população, porém sem a expectativa de esgotá-los, 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.

Neste módulo, os conteúdos estão estruturados para facilitar a compreensão e atingir seus objetivos didático-pedagógicos. Dessa forma, apresentamos exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica que demonstram a possibilidade de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e o NASF, com o intuito de reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar. Com a crescente ampliação e qualificação da Atenção Básica, os profissionais da ESF podem contar com todos os seus integrantes, responsáveis pelos demais serviços de atenção à saúde, assistência ou educação permanente.

A melhoria das condições de saúde da mulher depende não só das 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 para atender as demandas das usuárias, procurando fundamentar o atendimento individual e coletivo a partir das suas necessidades e da sua família e comunidade.

Na expectativa de reforçar a integralidade do cuidado e a humanização da assistência nos serviços de saúde, os conhecimentos sobre a Saúde da Mulher serão aprofundados, fortalecendo e qualificando a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e o SUS.

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 ao tema 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 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 ao 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

PALAVRA DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo a este módulo!

Você está convidado a (re)visitar alguns conteúdos relacionados à Atenção Integral à Saúde da Mulher e a entrar em contato com novos conhecimentos dessa área. Esperamos que você o faça de modo crítico-reflexivo, articulando-os com suas práticas profissionais cotidianas. Não temos a pretensão de esgotar esse tema tão vasto, mas nos comprometemos em trazer à tona elementos da atualidade embasados em evidências científicas, os quais podem ser úteis para a reflexão e a atuação dos profissionais da Atenção Básica.

Alguns pressupostos teóricos e conceituais nortearão nossa abordagem. O primeiro deles refere-se ao conceito de saúde, compreendido aqui 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-o 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 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 pelas suas escolhas.

Considerando essas perspectivas, abordaremos a Saúde da Mulher e os seus determinantes sociais.

Bons estudos!

Daniela Lemos Carcereri
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Heitor Tognoli
Maria Conceição de Oliveira
Tanise Gonçalves Freitas

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Medicina

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 censo¹ 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

1 Censo: é uma pesquisa realizada pelo IBGE a cada 10 anos.

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). Na Projeção da população por sexo e idades simples, em 1º de julho 2013 – 2000/2060 – havia uma expectativa de que em 2016, no Brasil, haveriam 101.726.102 Homens e 104.355.330 Mulheres. Prevalendo a maioria mulheres, com uma diferença de 2.629.228 mulheres a mais que homens (IBGE, 2013).

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, através das Redes de Atenção à Saúde, entre as quais destacamos a Rede Cegonha. Tal política visa fundamentalmente a 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 Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) 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, 2011, p.7).

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 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: 24 mar. 2016

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/30082004projecaopopulacao.shtm>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

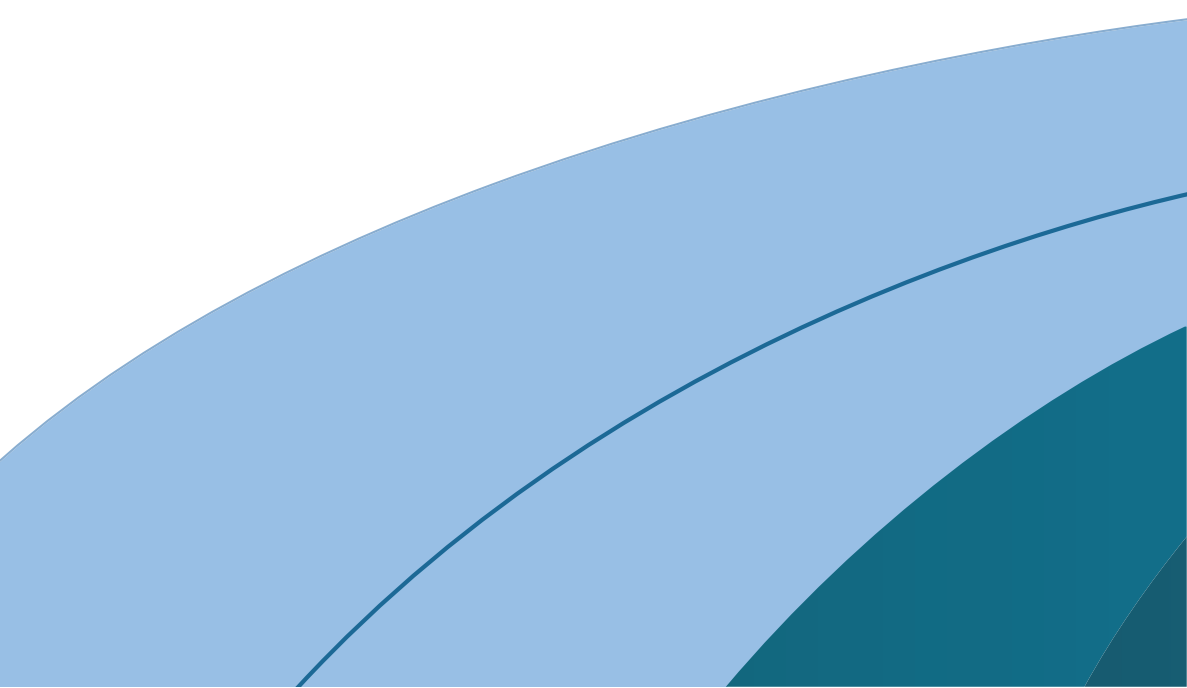
GLOBO. **Expectativa de vida de homens pode alcançar a de mulheres até 2030**. [s.l.]: Globo Comunicação e Participações S.A. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2012/04/expectativa-de-vida-de-homens-pode-alcancar-a-de-mulheres-ate-2030.html>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

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, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em 24 mar. 2016.

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 mar. 2016.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Medicina

Unidade 2



2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A atuação de todos os trabalhadores da saúde, especialmente aqueles 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.

Nesse sentido, faz parte do escopo de trabalho desses 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 e dos casais no que toca ao planejamento familiar. Tais princípios são garantidos constitucionalmente pelo Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil e regulamentada pela Lei do Planejamento Familiar, no 9.263/96 (BRASIL, 1996). A assistência 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, em uma visão de atendimento integral à saúde. O respeito aos direitos sexuais e reprodutivos deve ser a base ético-política dessa assistência.

Esses princípios devem guiar a atuação de todos os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção. No âmbito dos serviços de planejamento familiar, mais especificamente, o Ministério da Saúde atribui como competência dos profissionais que neles atuam a assistência em concepção e contracepção, devendo o Estado assegurar todos os métodos aceitos e seguros, respeitando a escolha dos indivíduos.

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

Atualmente, no Brasil, os principais métodos contraceptivos utilizados por mulheres e homens são a pílula (anticoncepcional oral combinado) e a camisinha masculina. Isso evidencia uma mudança no padrão de anticoncepção, pois, há uma década, os anticoncepcionais orais combinados e a esterilização predominavam.

Observa-se uma progressiva redução da fecundidade total no Brasil, e este é um dos principais fatores implicados nas mudanças do perfil demográfico da população brasileira (IBGE, 2013). Segundo os resultados do censo demográfico (IBGE, 2010), o número médio de filhos tidos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil, no Brasil, em 2010 foi de 1,90 filho. Diminuição de 69,2% em relação ao valor de 1940 (6,16 filhos). Na Projeção da População do Brasil,

2013, mostra que em 2015, a taxa de fecundidade total no Brasil é de 1,72 filhos por mulher. Tal redução não significa, necessariamente, uma assistência integral à saúde, em que todos os direitos reprodutivos estejam resguardados, nem que as condições para uma vida sexual satisfatória e com segurança sejam atendidas, especialmente nos grupos considerados de maior vulnerabilidade.

É fundamental que os profissionais da saúde, principalmente os que atuam na Atenção Básica, instrumentalizem-se para conhecer os determinantes sociais e biológicos da saúde e os principais riscos e vulnerabilidades das comunidades em que atuam e que exerçam a atenção integral em planejamento familiar na Atenção Básica.

Dessa forma, desenvolvemos essa unidade no Módulo Atenção Integral à Saúde da Mulher para que você possa aprimorar ou revisar o seu conhecimento acerca dos métodos contraceptivos existentes. Além disso, propomos discutir o planejamento familiar de maneira ampliada, entendendo que a problemática envolvida nesse assunto não deve se resumir ao atendimento exclusivo à mulher, pois consideramos que a responsabilidade do planejamento familiar é do casal. Da mesma forma, não deve se restringir aos aspectos biológicos, uma vez que é preciso levar em conta as questões sociais, políticas e culturais existentes neste contexto.

Para tanto, os elementos essenciais para você desenvolver uma visão crítica sobre a abordagem do planejamento familiar da ESF são:

- conhecer as atuais políticas de planejamento familiar, assim como seus aspectos históricos;
- identificar indicadores de saúde, como a taxa de fecundidade e de uso de anticoncepcionais por grupo etário no Brasil e na sua área de abrangência.

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

2.1 Planejamento familiar no Brasil: considerações históricas e situação atual

Historicamente, mais especificamente nas primeiras décadas do século XX, a política de saúde da mulher resumia-se a ações direcionadas à gravidez e ao parto. Entre os anos de 1930 e 1970, os programas materno-infantis enfatizavam apenas a questão biológica da mulher e seu papel de mãe e de cuidadora da família.

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

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

Além da BEMFAM, essas instituições internacionais financiaram a formação de profissionais de saúde para a realização de cirurgias de esterilização, fomentando uma ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico, assim como subsidiaram a criação de novos hospitais e clínicas – é desse período a criação do Centro de Pesquisa de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC).

Somente a partir de 1975 é que as políticas de assistência à saúde da mulher no Brasil começam a ser melhor delineadas. Esse movimento teve início com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil pelo governo federal.

Mas foi apenas 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 foram 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.

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 dessa discussão, foi promulgada no Brasil, em 12 de janeiro de 1996, a Lei do Planejamento Familiar nº 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).

É importante que os profissionais de saúde saibam diferenciar três expressões que, muitas vezes, ainda são utilizadas como sinônimas, embora possuam expressivas diferenças:

- a) **Controle de natalidade:** geralmente é associado ao controle da força reprodutiva de determinada parcela da população. São compreendidas também como ações de controle a laqueadura de trompas compulsória, ou seja, sem a necessidade de autorização prévia do indivíduo, bem como a condenação moral dos casais de baixa renda que possuam mais de um filho;
- b) **Planejamento familiar:** é a política pública que leva em consideração a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos da população como um todo. Seu foco é a prevenção e a orientação, e sua condução deverá ser pautada no respeito ao usuário;
- c) **Direitos reprodutivos:** abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (Plataforma de Ação do Cairo apud Brasil, 2005).

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

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

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

No entanto, os municípios ainda registram dificuldades de implantação de um serviço de planejamento familiar responsivo, que atenda às reais necessidades da população quanto ao fornecimento de anticoncepcionais, ao aconselhamento com enfoque educativo, pautado pela escolha livre e informada, e quanto à garantia de acompanhamento continuado das usuárias e dos casais (BRASIL, 2004).

Aliadas a essa questão, estão uma série de problemas que vão desde a produção e logística de distribuição de anticoncepcionais, até o despreparo de gestores e profissionais de saúde para a efetiva atuação em planejamento familiar. Esses fatores impactam diretamente na continuidade de sua oferta e na precarização da atenção, gerando desigualdades de acesso, principalmente para as famílias mais carentes e do meio rural.

Um indicador de avanço nesse sentido é a implantação, em 2005, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005). O desenho desta política resultou de um esforço coletivo envolvendo os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além das Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, de Direitos Humanos e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.



Na Prática

E então? Como está a prática do planejamento familiar na sua unidade de saúde? Você considera que esse tema tem sido parte integrante do cotidiano das práticas de saúde de sua equipe? Quais estratégias têm sido utilizadas para a sua implementação? Como o trabalho em equipe, direcionado para o planejamento familiar ocorre em sua unidade? E os profissionais do NASF? Eles participam dessa discussão? Quais as principais dificuldades encontradas para o desenvolvimento do processo de trabalho nessa área?

Estamos chegando ao final do primeiro tópico desta unidade. A seguir, falaremos sobre indicadores de saúde como as taxas de fecundidade e de uso de anticoncepcionais por grupo etário no Brasil.

Antes, porém, de partirmos para o novo conteúdo, veja as indicações de leitura a seguir, nas quais você poderá conhecer um panorama da construção das políticas de planejamento familiar e algumas reflexões sobre os principais avanços, conquistas e limites para a sua efetividade no SUS:



Leitura Complementar

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2037.pdf>>.

2.2 Indicadores de taxa de fecundidade e de uso de anticoncepcionais por grupo etário no Brasil

No Brasil, os elevados valores das taxas brutas de natalidade oscilavam entre 45 e 50 nascimentos por mil habitantes por ano e as taxas de fecundidade total variavam entre sete e nove filhos, em média, por mulher (figura 1). Tais indicadores refletiam a prevalência de uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas (IBGE, 2010).

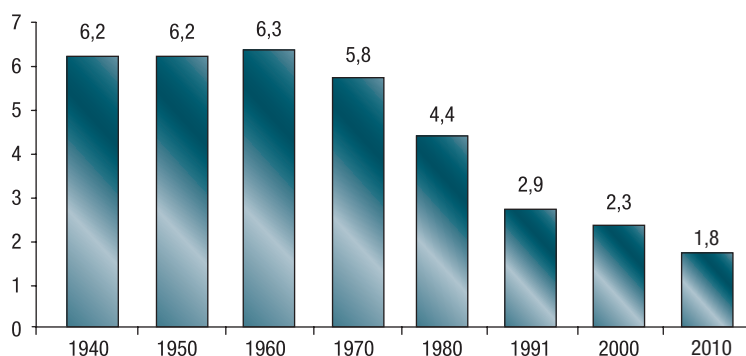


Figura 1 – Evolução da taxa de fecundidade total. Brasil e grandes regiões, 1940-2010
Fonte: IBGE, 2010.

No Brasil, foram realizadas três pesquisas: a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF), em 1986; a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996; e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006. Com base nelas, verificou-se que a taxa de fecundidade entre 1992 e 2008 sofreu decréscimo em todas as faixas de renda. Em 1992, essa taxa variava de quase cinco filhos por mulher entre as 20% mais pobres para pouco mais de um por mulher entre as 20% mais ricas. Em 2008, a variação foi ainda menor, cerca de três filhos por mulher entre as 20% mais pobres a aproximadamente um filho por mulher entre as 20% mais ricas (IBGE, 2008).

Tabela 1 – Número de mulheres entrevistadas, taxas específicas de fecundidade por idade, taxa de fecundidade total

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

Fonte: BRASIL, 2009.

Tabela 2 – Fecundidade do período correspondente aos cinco anos anteriores à data da pesquisa. Número de mulheres entrevistadas, taxas específicas de fecundidade por idade, taxa de fecundidade total

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

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

Fonte: BRASIL, 2009.

Concluída essa análise de dados, vamos nos aproximar mais da sua prática como profissional da saúde e compreender melhor o papel dos membros da equipe na saúde da família no planejamento familiar.

2.3. Papel dos membros da equipe da Saúde da Família

As ações de 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 (BRASIL, 2005).

O conceito de saúde reprodutiva é relativamente recente. Foi 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. 1074).

A integralidade deve ser o foco dos serviços de planejamento familiar, garantindo que a questão reprodutiva seja considerada prioritária, e a saúde da família seja o *locus* privilegiado para que tal garantia esteja assegurada. Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe como base da assistência a reorganização dos serviços para orientar mulheres e casais.

Essa política é denominada pelo Ministério da Saúde de “Educação para escolha livre informada”, reconhecendo que as ações educativas são fundamentais para garantir à população uma escolha livre e consciente do método anticoncepcional a ser utilizado.

As ações educativas mostram-se igualmente importantes, uma vez que o índice de arrependimento referente aos métodos definitivos, como a laqueadura e a vasectomia, ainda é uma realidade constatada pelas pesquisas que envolvem esse tema (BARBOSA et al., 2009). Com mais informação e acesso aos métodos anticoncepcionais, muitos casais elegeriam outros métodos contraceptivos em detrimento das cirurgias.

Atualmente, existe uma ampla disponibilidade de métodos anticoncepcionais, tanto para homens quanto para mulheres, variando desde métodos comportamentais até métodos os mais complexos, como as cirurgias.

Acompanhe, a seguir, os **métodos anticoncepcionais**¹ recomendados pelo Ministério da Saúde:

- Os comportamentais ou naturais (*Billings*, tabela, temperatura, sintotérmico);
- Os de barreira (camisinha masculina e feminina, diafragma com espermicida);
- O dispositivo intra-uterino (DIU) – medicado e não-medicado;
- Os anticoncepcionais hormonais orais (pílula) e não-orais;
- Os cirúrgicos (laqueadura e vasectomia), utilizados para a esterilização definitiva.

¹ Além desses métodos, 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).



Leitura Complementar

Para uma abordagem mais detalhada sobre os métodos contraceptivos, acesse: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 Disponível em:

Parte 1: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>

Parte 2: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia2.pdf>>.

Veja, agora, dados acerca da utilização de cada método contraceptivo, obtidos por meio da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006 (IBGE, 2009).

Tabela 3 – Uso atual de anticoncepcionais

MÉTODO**	USO ATUAL		
	TODAS AS MULHERES	MULHERES ATUALMENTE UNIDAS	MULHERES NÃO UNIDAS, SEXUALMENTE ATIVAS*
Algum método	67,8	80,6	75,2
Métodos modernos	65,2	77,1	73,3
Esterilização feminina	21,8	29,1	10,9
Esterilização masculina	3,3	5,1	0,1
Pílula	22,1	24,7	30,3
DIU	1,5	1,9	1,3
Injeção contraceptiva	3,5	4,0	4,4
Implantes	0,1	0,1	0,4
Camisinha masculina	12,9	12,2	26,0
Camisinha feminina	0,0	0,0	0,0
Diafragma	0,0	0,0	0,0
Creme, óvulos vaginais	0,0	0,0	0,0
Pílula do dia seguinte	0,0	0,0	0,1
Método tradicional	2,4	3,2	1,6
Tabela / abstinência periódica / <i>billings</i>	0,8	1,1	0,6
Coito interrompido	1,5	2,1	1,0
Outro método**	0,2	0,3	0,3
Não está usando método	32,2	19,4	24,8
Número de casos	15.575	9.989	2.838
* Mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses.			
** Se mais de um método é reportado, considera-se o método mais efetivo, conforme explicitado no questionário			
*** Inclui outros métodos modernos e tradicionais, não especificados no questionário, tais como adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas, ducha vaginal etc.			

Fonte: BRASIL, 2009

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

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



Na Prática

Cabe aos profissionais da saúde da família adequarem a escolha do método de acordo com as necessidades de saúde do casal, da mulher ou do homem. Ademais, uma vez que cada um dos métodos tem suas limitações, é importante que os profissionais conversem com os usuários sobre as vantagens e as limitações, para que o método mais adequado seja escolhido.

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

O atendimento à saúde reprodutiva dirige-se tanto aos homens como às mulheres, mas deve ser dirigido preferencialmente ao casal. Porém, devido à diferença de papéis biológicos no processo reprodutivo e, ainda, às questões de gênero e de papéis sociais que envolvem esse assunto, na grande maioria das vezes, o foco do atendimento na Atenção Básica ainda recai sobre as mulheres.

Cabe a você, assim como aos demais membros da equipe, orientar mulheres, homens e casais acerca dos diferentes métodos contraceptivos disponíveis e, ainda, expor os seus riscos e os seus benefícios, indicações e contraindicações, eficácia, modo correto de uso e custos.

Diante de toda responsabilidade que a equipe de Atenção Básica tem em relação ao planejamento familiar, desenvolvemos a próxima seção, que aborda mais especificamente os principais métodos contraceptivos, discutindo suas particularidades terapêuticas. Vamos a ela?

2.4 Principais métodos contraceptivos: aceitabilidade, eficácia, reversibilidade, inocuidade, indicações e contraindicações

Muitos são os fatores que determinam a adesão aos diferentes métodos contraceptivos. Nesse sentido, a equipe deve estar atenta tanto à indicação de uso, quanto à disponibilidade por parte do Estado do método escolhido pelo casal.

Outro aspecto relevante a ser considerado pela equipe refere-se às questões socioeconômicas, culturais, religiosas e psicológicas implicadas nas percepções de indivíduos, famílias e grupos. Esses aspectos determinam suas práticas em

saúde e, por isso, estão envolvidos também na escolha do método contraceptivo. Oppermann e Oppermann (2004, p. 343-4) explicam que “o método contraceptivo ideal é como aquele que seja seguro, efetivo, acessível, não relacionado ao ato sexual e que não necessite de motivação especial para seu uso”.

É conveniente lembrar que os métodos de barreira, especialmente o *condom*, são sempre recomendados para a prevenção de IST/HIV/DIP, incorporando ao planejamento familiar, o conceito de dupla proteção – contraceptiva e preventiva.

Para que os profissionais de saúde discutam com as pessoas durante o atendimento quais são os métodos anticoncepcionais mais adequados para a sua situação, é preciso conhecer não só as características específicas dos contraceptivos, mas também considerar as questões de vida daquele indivíduo ou casal que está sendo aconselhado.

Em termos da elegibilidade dos métodos anticoncepcionais, levamos em consideração os seguintes critérios:

- 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 contra infecções sexualmente transmissíveis (IST) e infecção pelo HIV.

Nesse sentido, no momento do aconselhamento pré-concepcional, o homem, a mulher ou o casal deve ser orientado acerca de todas essas informações, discutindo com o profissional de saúde o melhor método contraceptivo para a sua situação.

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

Antes de concluir esta seção, vale lembrarmos que a análise dos riscos e benefícios da contracepção deve levar em conta também as intercorrências clínicas (diabetes, hipertensão, cardiopatia, etc.) e as intercorrências ginecológicas (cervicite, leiomioma, câncer de mama, câncer de ovários, cirurgia prévia etc.).

2.5 Evidências de critérios de elegibilidade de métodos anticoncepcionais

Desde 1995, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) tem divulgado orientações no sentido de garantir a livre escolha do casal, da mulher ou do homem e fazer indicações adequadas à situação clínica das usuárias sem oferecer riscos à saúde.

O sumário de indicações e contraindicações dos métodos anticoncepcionais será apresentado a seguir, na tabela 5, que sintetiza o que está preconizado pela OMS a partir de quatro categorias relativas à utilização dos métodos baseada em evidências. Essas categorias devem ser usadas como referência e adaptadas à realidade de cada país e/ou comunidade. São elas:

1. A condição não restringe o uso do método contraceptivo;
2. As vantagens em usar o método nessa condição superam o risco teórico ou comprovado;
3. Os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens em usar o método nesta condição;
4. O risco em usar o método nessa condição é inaceitável.

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.

Nas tabelas, as siglas têm os seguintes significados:

Tabela 4 – Siglas

NA = Não se aplica;	PA = Pressão arterial;
IMC = Índice de massa corporal;	AVC = Acidente vascular cerebral.

Tabela 5 – 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
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

CONDIÇÃO	CONTRA- CEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-CU	DIU-LVN
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
Trombosebite superficial	2	2	1	1	1	1	1
Doença coronária	4	4	3	3	3	1	3
AVC	4	4	3	3	3	1	2
Doença valvular							
Não complicada	2	2	1	1	1	1	1
Complicada	4	4	1	1	1	2	2
Doença Neurológica							
Enxaqueca							
Sem sintomas focais							
Idade < 35 anos	3	3	2	2	2	1	2
Idade > 35 anos	4	4	2	2	2	1	2
Com sintomas focais	4	4	3	3	3	1	3
Alterações no Trato Reprodutivo							
Padrão menstrual							
Sangramento intenso e irregular	1	1	2	2	2	2	2
Endometriose	1	1	1	1	1	2	1
Dismenorreia	1	1	1	1	1	2	1
Neo intraepitelial colo	2	2	1	2	2	1	2

CONDIÇÃO	CONTRA- CEPTIVO ORAL	INJETÁVEL COMBINADO	MINIPÍLULA	MEDROXI DEPOT/ ENANTATO	NORPLANT	DIU-CU	DIU-LVN
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 IST (parceiros múltiplos ou parceiro com múltiplos parceiros)	1	1	1	1	1	3	3
HIV / AIDS							
Alto-risco para HIV	1	1	1	1	1	3	3
HIV - positivo	1	1	1	1	1	3	3
AIDS	1	1	1	1	1	3	3
Alterações Endócrinas							
Diabetes							
Diabetes gestacional prévio	1	1	1	1	1	1	1
Nefropatia retinopatia neuropatia	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Outra doença vascular ou diabetes > 20 anos de duração	3/4	3/4	2	3	2	1	2

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

2.6. Recomendações práticas para uso de métodos anticoncepcionais

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

Paralelamente, considera-se que os profissionais que atuam na Atenção Básica devam ser instrumentalizados para a adequada e segura técnica de inserção do dispositivo intrauterino (DIU). Nesse sentido, os profissionais do NASF, como o ginecologista, podem apoiar a equipe de saúde da família, promovendo ações de educação continuada e de capacitação técnica para a inserção do DIU. Você e sua equipe podem, ainda, discutir com o gestor sobre a necessidade desses espaços formativos e de aquisição de métodos contraceptivos como o DIU, fundamentando-se pelo diagnóstico situacional da sua área de abrangência e pelas demandas que forem identificadas em sua comunidade.

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

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.

Acompanhe os fatores que devem ser considerados na orientação do uso desse método contraceptivo.

IDADE	Seu uso pode iniciar na menarca e continuar até a menopausa (categoria 2), a menos que existam doenças que contraindiquem seu uso. Deve-se levar em consideração o aumento do risco de doenças cardiovasculares a partir dos 40 anos de idade, o que leva à necessidade de acompanhamento médico.
LACTAÇÃO	Não devem ser utilizados antes de seis semanas pós-parto pelo aumento do risco de trombose materna e exposição do recém nascido aos esteroides sexuais. Para mulheres em amamentação exclusiva, esta restrição persiste até o sexto mês pós-parto.
FUMO	O consumo de mais de 15 cigarros ao dia aumenta significativamente o risco de infarto agudo do miocárdio em mulheres. Este risco está ainda maior quando associado ao uso de ACHC. Sua prescrição deve ser evitada em mulheres fumantes com mais de 35 anos.
OBESIDADE	O risco de doença cardiovascular e tromboembolismo está significativamente aumentado em pacientes com IMC acima de 40kg/m ² .
HIPERTENSÃO	Pacientes com hipertensão e uso de ACHC têm risco dez vezes maior de desenvolver isquemias e hemorragias. Mulheres com níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg devem ser advertidas quanto ao uso deste método.

TROMBOEMBOLISMO	Pacientes com história pregressa ou atual de tromboembolismo não devem usar este método contraceptivo. Entretanto, pacientes com história familiar pregressa podem fazer uso do método, após exames de rastreamento para trombofilias negativos.
ENXAQUECA	A Sociedade Internacional de Cefaleia classifica enxaqueca como sintoma focal de isquemia. A OMS contraindica o uso do método em pacientes com enxaqueca com sintomas focais.
USO DE FÁRMACOS	Alguns fármacos podem interferir com ACHC, como indutores das enzimas hepáticas (rifampicina, anticonvulsivantes e griseofulvina). Nestas pacientes, este método contraceptivo deve ser evitado.

Quadro 1 – Orientação para utilização de métodos anticoncepcionais

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

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

- O componente estrogênico nos anticoncepcionais orais são etinilestradiol, enquanto nos 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, da 19-nortestosterona ou da espironolactona.

Os progestágenos mais usados são: levonorgestrel, noretindrona, acetato de ciproterona, desogestrel e gestodeno.

2.6.2. Dispositivo Intrauterino (DIU)

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. 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 necessária a reesterilização do DIU com óxido de etileno (BRASIL, 2002).

Atualmente, o DIU 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.

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

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

São necessários prática e treinamento adequados, sob supervisão direta, para aprender como inserir o DIU.

A mulher deve ser avaliada clinicamente antes da inserção do DIU de forma a afastar infecções vaginais, cervicais e pélvicas. Se houver infecção, 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 infecções 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 anuais.

Os principais efeitos colaterais da adoção deste método contraceptivo são:

- Aumento do fluxo menstrual;
- Sangramento de escape;
- Cólicas durante a menstruação e inserção do DIU;
- Dismenorreia;
- Cólicas ou dores pélvicas.



Leitura Complementar

Critérios médicos para elegibilidade da concepção hormonal. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42907/7/9241562668_por_B.pdf>.



Na Prática

Durante uma consulta, ao conversar com a mulher que está sendo atendida, o médico da ESF é informado que ela utiliza como método contraceptivo anticoncepção oral hormonal combinada, há mais de 10 anos. Ela refere também que é tabagista e fuma mais 15 cigarros por dia. Tem 35 anos de idade, é casada e tem dois filhos e tem histórico prévio de trombose venosa profunda. Diante da situação, o médico 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 paciente manifestou o interesse pelo uso do DIU.

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

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

E você, já se deparou com uma situação como essa? 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

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

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

Boa leitura!

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. F.; LEITE, L. C.; NORONHA, M. F. Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n2/a07v9n2.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Norma operacional da assistência à saúde**: NOAS-SUS0-1/2001. 2001. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arc_doc/noas_sus2001.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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, ano?. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/pnds2006>>. Acesso em 25 mar. 2016.

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

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2016.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo demográfico 2000: taxa de fecundidade no Brasil, 1940-2000**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: PNAD**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso em 25 mar. 2016.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: PNAD**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>. Acesso em 25 mar. 2016.

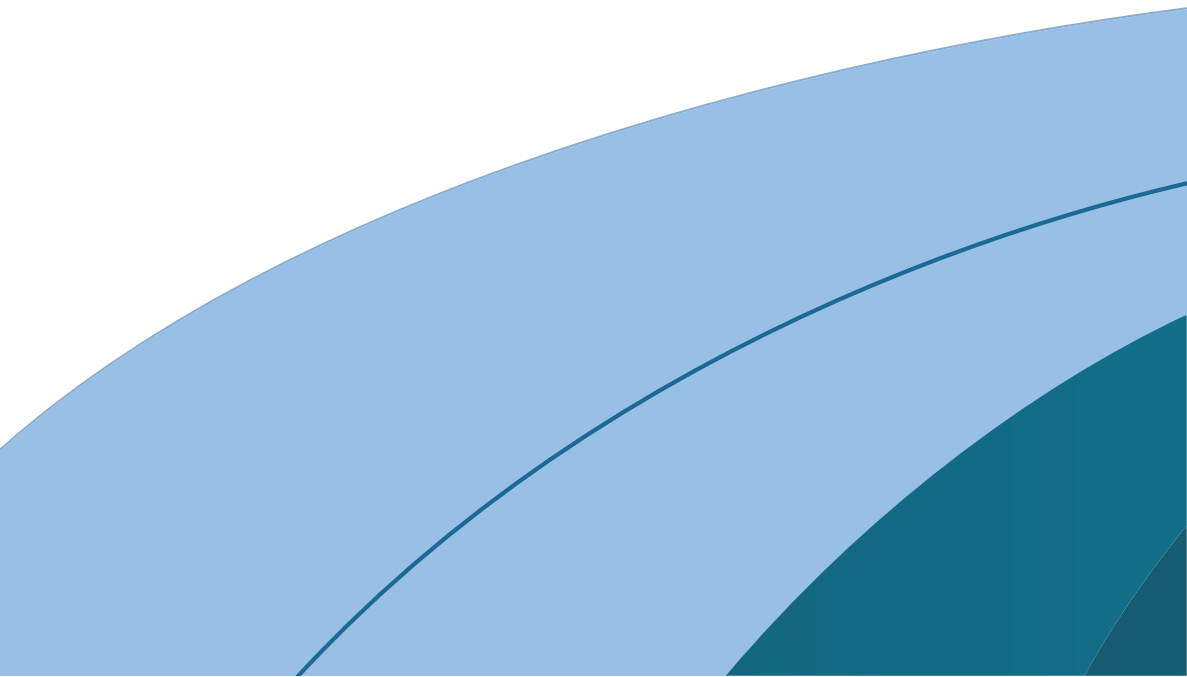
IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010: Resultados Gerais da Amostra**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/default_resultados_gerais_amostra.shtm>. Acesso em 25 mar. 2016.

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

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

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Medicina

Unidade 3



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

A atenção à saúde da mulher em período pré-concepcional, pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada implica compreender o processo saúde-doença sob uma nova ótica. É preciso compreender a pessoa na sua integralidade, singularidade e multidimensionalidade, considerar o ambiente em que ela está inserida e valorizar as suas diferenças, identidades, crenças e demandas. Nesse modelo, o cuidado deve centrar-se no ser humano e no respeito à integridade e dignidade do outro, além de fomentar redes de cooperação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade (ZAMPIERI, 2006).

O cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento mais seguros. São condições indispensáveis para a prevenção de agravos:

- a diminuição da morbimortalidade materna e fetal;
- o fortalecimento dos potenciais da gestante, estimulando a sua autonomia e o seu protagonismo;
- a preparação para a maternidade e paternidade;
- a tranquilidade e segurança na vivência do processo de nascimento, compreendido desde a pré-concepção até o pós-parto;
- a formação da nova família (ZAMPIERI, 2006).

Em concordância com essas orientações, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Esse 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, 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. Essa 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 resolatividade;
- garantia de acesso às ações do **planejamento reprodutivo**.

Seus princípios são:

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, p.1)

Os objetivos da Rede Cegonha são:

- a) 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;
- b) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade;
- c) reduzir a mortalidade materna infantil com ênfase no componente neonatal.

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

- pré-natal;
- parto e nascimento;
- puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

Esses componentes serão explorados no decorrer desta unidade.



Na Prática

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 medidas em um pequeno lapso de tempo? É apenas algo rotineiro e técnico? Você respeita as crenças e os valores da mulher? Quantas mulheres em período gestacional têm na sua unidade de saúde? Como cada membro da equipe pode contribuir? Quais suas atribuições? Você percebe necessidade de ampliar ou atualizar seus conhecimentos para prestar melhor atendimento a essa população? Já pensou em solicitar capacitação ou orientações a especialistas, como, por exemplo, profissionais do NASF?

Registre isso. Aproveite este momento e faça um levantamento das mulheres em período gestacional da sua unidade de saúde e da área de abrangência de sua equipe de saúde da família. De posse dessas informações, procure os demais profissionais de sua equipe e ou do NASF e verifiquem coletivamente quais ações são desenvolvidas em sua unidade de saúde e no território direcionadas às “famílias grávidas”. Qualificação, compromisso, disponibilidade e formação dos profissionais voltada para a promoção da saúde no período pré-concepcional e pré-natal, para a lógica do SUS, para o trabalho coletivo e participativo, são fundamentais para impedir a ocorrência de mortes prematuras, preveníveis e evitáveis. 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., 2004).

As ações de atenção à saúde da mulher em período gestacional previstas no Componente Pré-natal da [Rede Cegonha](#)² são (BRASIL, 2011):

² Você sabia que atualmente o Pré-natal no SUS inclui 23 exames e, desses, 15 foram inseridos com a rede cegonha?

- realização de pré-natal na unidade de saúde com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;

- qualificação do sistema e da gestão da informação;
- implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites;
- 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.

Foi pensando em todas essas questões que envolvem o ciclo gravídico-puerperal, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação da atenção à saúde integral à mulher na gestação, parto e pós-parto e para que você reflita sobre as ações de educação em saúde à mulher, acompanhante e/ou família que desenvolvemos este módulo.

3.1. Atenção pré-concepcional e pré-natal

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

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



Na Prática

Quais mulheres em período gestacional da sua área de abrangência que neste último ano atenderam os critérios mínimos preconizados pelo PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento? Identifique os critérios que não foram cumpridos. Reflita sobre isso.

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

- precocidade do atendimento, preferencialmente no primeiro mês;
- consultas periódicas mensais até a 36ª semana, consulta na 38ª semana e semanal a partir daí, totalizando, no mínimo, seis consultas na gestação;
- 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, 2005);

- atividade educativa;
- 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;
- registro dos dados no sistema informatizado de monitoramento do pré-natal (Sisprenatal);
- finalização com a consulta puerperal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

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

No ano de 2015 o país foi acometido pelo Zika vírus que foi associado à casos de microcefalia em crianças geradas por mães que foram atingidas pelo vírus durante a gestação, especialmente nos primeiros meses. Desta forma, com objetivo de respeitar o direito de autonomia e sigilo da mulher, além de fornecer todas as orientações e apoio necessários antes e depois do diagnóstico de gravidez, o Ministério da Saúde liberou R\$ 4,8 milhões para custear testes rápidos de gravidez por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil. A ação reforça a atenção e o cuidado com as mulheres gestantes que vivem nos 5.509 municípios aderidos à Estratégia Rede Cegonha. A autorização dos repasses, que foram pagos em parcela única aos gestores locais, foi publicada no Diário Oficial da União por meio da portaria nº 323 (Brasil, 2016a).

Para os profissionais de saúde, este é um importante resultado, pois a partir do teste podem iniciar o atendimento pré-natal em tempo oportuno, identificar situações para uso de anticoncepção de emergência (caso tenha havido relação desprotegida em até cinco dias), orientar sobre o planejamento reprodutivo e acolher as mulheres adultas, jovens, adolescentes e casais que estão em situação de gravidez indesejada. Além disso, é um bom momento para detectar gestação de risco, identificar situações de exposição a infecções sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites virais e também para oferecer testes rápidos de HIV e sífilis à mulher e ao parceiro (Brasil, 2016b).

Outro ponto a ser ressaltado é de que a Política Nacional de Saúde do Homem preconiza a inclusão do homem nos atendimentos da equipe viabilizando o seu acesso à promoção de saúde, prevenção e detecção precoce de doenças bem como de 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, não é muito presente nos serviços de saúde da Atenção Básica.

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 IST/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.



Leitura Complementar

Identifique quais são esses exames e veja a avaliação nos seguintes manuais:
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>.

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>. Acesso em: 25 mar.2016.

As evidências científicas atuais relacionam a realização da ultrassonografia no início da gravidez como a melhor forma para a determinação da idade gestacional e a detecção precoce de gestações múltiplas e de malformações fetais. Clínica e cientificamente não se comprova efetividade nesse momento acerca da redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. Contudo, a ultrassonografia realizada tardiamente por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, gestação de alto risco ou notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto resultam na redução da morbimortalidade perinatal (ENKIN et al., 2004).

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

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

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

Ressaltamos que uma gestação definida como de baixo risco pode se transformar de alto risco de um momento para o outro, como também é possível uma gestação de alto risco, ao receber acompanhamento adequado, voltar à condição de baixo risco. A possibilidade de medir o risco, de acordo com Sarue et al. (1984), está associada com a identificação, 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, sobretudo pelas diferenças socioeconômicas e culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para cada região. Os fatores geradores de risco, de modo geral, podem ser agrupados, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), em quatro categorias, que são:

CATEGORIAS	FATORES
Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	Incluem idade menor que 15 e maior que 35 anos, baixa escolaridade, condições inadequadas e insalubres no trabalho, condição ambiental desfavorável, peso menor que 45 e maior que 75 kg, altura menor que 1,45 m, dependência de drogas, situação conjugal insegura e não aceitação da gravidez, em especial dos adolescentes.
História reprodutiva anterior à gestação atual com morte perinatal explicada ou inexplicada	Recém-nascido com atraso de crescimento, pré-termo ou malformado, abortamento, esterilidade e infertilidade, intervalo intrapartal inferior a dois anos, nuliparidade ou multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia uterina anterior, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e macrosomia.
Doença obstétrica na gravidez atual	Destacam-se: desvios de crescimento uterino, gemelaridade, hidrânios, trabalho de parto prematuro e gravidez serotina, ganho ponderal inadequado, diabete gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, isoimunização e óbito fetal.
Intercorrências clínicas	Cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e epilepsias.

Quadro 2 – Fatores Geradores de Risco

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 à unidade básica de saúde, ela deve continuar responsável pelo seguimento da atenção, podendo fazê-lo através de visitas domiciliares e mantendo contato com os familiares (BRASIL, 2006).

3.3. Pré-natal

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

3.3.1. O objetivo do Pré-natal

A consulta pré-natal tem por finalidade:

- avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento;
- 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;
- favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período, preparando-os para o parto e pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade (BRASIL, 2006, ZAMPIERI et al., 2007).

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

Os profissionais têm papel extremamente importante nesse processo para o acolhimento das mulheres desde o início da gravidez, estando disponíveis e assumindo o compromisso compartilhado pela sua saúde.

Para tanto, a equipe de saúde deve estar munida de conhecimentos atualizados, ter segurança, competência técnica, embasamento científico e sensibilidade para compreender o ser humano, suas crenças e valores, seu estilo de vida e ter habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. Esses profissionais devem também estar sintonizados com novas propostas, experiências e técnicas e, principalmente, reconhecer o protagonismo da mulher na condução do processo gestacional, tendo em vista sua importante e fundamental participação (ZAMPIERI et al., 2007).

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



Leitura Complementar

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

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>.

3.3.2. Ações na consulta pré-natal

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

- confirmar a gravidez – amenorreia ou atraso menstrual até 12 semanas em mulheres sexualmente ativas e outros sinais de presunção;
- avaliar a idade gestacional e data provável de parto e reforçar a importância do pré-natal;
- cadastrar a mulher gestante no Sisprenatal;
- fornecer o cartão da gestante;
- avaliar os aspectos fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos que envolvem a gravidez e o bem-estar materno;
- estimular comportamentos saudáveis;
- detectar os fatores de risco e intercorrências;
- avaliar o crescimento e o desenvolvimento fetal e suas condições fisiológicas;
- adotar medidas preventivas do tétano;
- detectar a utilização de tabagismo e de dependências químicas;
- detectar processos sépticos dentais e prestar orientações para a promoção e prevenção de problemas dentários e encaminhar para avaliação;
- detectar precocemente intercorrências ginecológicas mais comuns e doenças de transmissão sexual;
- prevenir e identificar os sinais de infecções;
- avaliar a situação, posição e apresentação fetal;
- desenvolver práticas sobre o ciclo grávido puerperal e cuidados;

- registrar dados no cartão e prontuário;
- definir um cronograma das consultas;
- referenciar a mulher gestante em situação de risco e encaminhar para a maternidade quando entrar em trabalho de parto.

Conforme já tratamos em outros momentos desta 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.

3.3.3. Primeira consulta e consultas subsequentes

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

O registro da evolução do tratamento é importante para a proteção da usuária, a comprovação da realização das ações garante o recebimento de verba para o município, repasse previsto quando o atendimento aos critérios mínimos exigidos pela PHPN são alcançados e para estabelecimento de indicadores de processo para o planejamento de saúde municipal, estadual e nacional (ZAMPIERI et al., 2007).

Em 2014, a Coordenação Geral da Saúde das Mulheres em parceria com o Departamento de Atenção Básica trabalhou na elaboração da Caderneta de Saúde da Gestante, que foi distribuída no final de 2014.

Em fevereiro de 2016, visto a situação do país com a dengue, o chikungunya e o vírus Zika, o Ministério da Saúde lançou a nova Caderneta da Gestante, que traz, entre outras novidades, informações sobre prevenção e proteção contra o mosquito *Aedes aegypti*. O documento contempla as diretrizes de boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e nascimento e as propostas da Estratégia Rede Cegonha, devidamente alinhadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Trata-se de um instrumento interativo, que contém espaços para a gestante e seu/sua parceiro/a fazerem anotações e registrarem impressões sobre o momento que estão vivendo, além de ajudar a esclarecer as dúvidas mais frequentes. Na nova caderneta, os profissionais de saúde podem registrar todos os dados das consultas e informações clínicas da gestante. Para as gestantes e seus familiares, trata-se de um documento útil, uma vez que traz orientações sobre como será o acompanhamento pré-natal, informações importantes sobre os cuidados na gestação, sinais de trabalho de parto, fisiologia do parto humanizado e cuidados com o puerpério (período de 42 dias após o parto) e amamentação (Brasil, 2016c).



Na Prática

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

Na sua unidade de saúde ocorre uma atuação conjunta das equipes de Saúde da Família e NASF às mulheres gestantes? Como estão os registros em sua unidade? O planejamento das ações e de sua consequente sua implantação são registrados? 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.

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

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

3.3.4. Exame físico

O exame físico é subdividido em geral e obstétrico.

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

Já no exame físico-obstétrico, medidas antropométricas e sinais vitais fazem parte de todas as consultas. A inspeção geral abrange os aspectos gerais, as alterações no corpo da mulher, a estática e a avaliação da pele. Contempla todos os segmentos do corpo: couro cabeludo, face (mucosas oculares e orais,

cavidade oral, olhos, nariz, dentes), pescoço, tórax, glândula mamária, abdome, extremidades inferiores e órgãos reprodutores. A palpação obstétrica inclui as manobras de Leopold, a verificação da altura uterina e a avaliação de edema. Temos ainda ausculta dos batimentos cardíofetais.



Ambiente virtual

Destacamos algumas questões indispensáveis em uma consulta pré-natal, disponíveis para leitura no ambiente virtual. Acesse-o já e leia o texto “Questões indispensáveis em uma consulta pré-natal”.

3.4. Intercorrências clínicas mais frequentes

O processo da gestação nem sempre evolui de modo esperado, podendo a gestante apresentar intercorrências clínicas indesejáveis. As mais frequentes são: hiperêmese, síndromes hemorrágicas – que incluem abortamento, ameaça de aborto ou abortamento evitável, gravidez ectópica, mola hidatiforme, descolamento cório-amniótico, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta –, anemia, hipovitaminose A, hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia, *Diabetes mellitus* na gestação, hepatite B, toxoplasmose, infecção do trato urinário, infecção por HIV, outras IST's, gestação prolongada, varizes e tromboembolismo, parasitoses intestinais e aminiorexe prematura.

Identifique em sua área de atuação profissional quais as intercorrências clínicas mais frequentes e discuta com as equipes de Atenção Básica como aprimorar a assistência, de modo a reduzir a incidência desses casos. Lembre que a equipe NASF poderá contribuir nesse processo de reconhecimento e de aprimoramento assistencial.

3.5. Preparação para o parto

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

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

Orienta-se a gestante, se possível com o acompanhante, a procurar a maternidade, levando consigo todos os exames e a sua caderneta de gestante, caso apresente um desses sinais.

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

Vale lembrar que, na maternidade, os profissionais podem orientar sobre os exercícios respiratórios e os métodos não farmacológicos para o alívio das sensações dolorosas, tais como, o uso do chuveiro e da bola, massagens, música e deambulação.

A Portaria que institui a Rede Cegonha no Componente Parto e Nascimento recomenda:

- a) a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) a ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) as práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento;
- d) a garantia de acompanhante, de escolha da mulher, durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- g) o estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

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



Na Prática

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 essa política e como os valores e parcelas serão repassadas. Essas informações são importantes para você orientar as usuárias sobre seus direitos.

3.6. Puerpério normal e patológico

É extremamente relevante que você revise os conteúdos sobre fenômenos regressivos do puerpério (involução uterina e loqueação), fenômeno progressivo (lactação) (SANTOS, 2011). Também sobre as modificações locais e sistêmicas decorrentes da gestação e recuperação do parto, o tempo de recuperação e os cuidados no puerpério³ (SANTOS, 2011).

³ Período que inicia logo após a expulsão total da placenta e das membranas ovulares e se estende até o retorno das condições normais pré-gravídicas, durando em torno de seis a oito semanas ou mais, dependendo da duração da lactação.



Na Prática

Fique atento às alterações emocionais e psicológicas da paciente: elas podem estar relacionadas à patologia puerperal. Muitas vezes esse diagnóstico não é realizado, tendo em vista a grande labilidade emocional apresentada pelas mulheres no período, decorrentes da modificação dos níveis hormonais, da adaptação aos novos papéis assumidos na família e sociedade e das mudanças de estilo de vida.

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

- infecções;
- hemorragias;
- perturbações urinárias;
- tromboflebites;
- patologias mamárias, dentre as quais destacamos a mastite.

Na Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, 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 equilibrada;
- 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 IST/HIV/AIDS e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

3.7. 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 desse [indicador](#)⁴ foram inferiores a 10%, conforme levantamento realizado no Sisprenatal em dois anos do estudo.

4 Refere-se à consulta puerperal e seis ou mais consultas de pré-natal.

Essa consulta pode ser feita 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 apropriarem-se da 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 o seu desejo, convidar um familiar ou o companheiro para participar da consulta; estimular a expressão de sentimentos; e fortalecer suas capacidades para que assuma o cuidado de seu corpo, de sua vida e do bebê (ZAMPIERI et al., 2007).

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

Em relação ao puerpério, identifique o tempo de pós-parto e fique atento às possíveis **queixas**⁵; conheça como foram a evolução e as intercorrências. Indague sobre alimentação, higiene, atividade sexual, uso de métodos contraceptivos, sono, repouso e cuidados tomados.

5 Por exemplo, sangramento, dores abdominais, vaginais e em MMII, retração do útero, presença de temperatura e eliminações, depressão ou labilidade intensa.

Nessa consulta, você deverá verificar:

- a história do aleitamento materno – anterior e atual;
- o tipo de aleitamento – se exclusivo ou misto;
- as intercorrências;
- o uso de alimentação complementar inoportuna;
- a pega – se correta ou incorreta;
- a sucção – facilidades e dificuldades;
- se há uso de chupeta;
- a posição para amamentar;
- a ocorrência de manejo inadequado no aleitamento – se há queixas de que o leite secou, é pouco, é fraco, se o bebê se recusa a mamar, se há dor etc.;
- se há possíveis complicações – ingurgitamento mamário ou traumas mamilares, como fissuras, maceração, escoriação e mastites.

Lembre-se que, nessa oportunidade, você deverá estimular o **aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado a partir daí**, com a introdução de alimentação complementar, até dois anos ou mais.

Quanto ao exame físico, realize-o no sentido céfalo-caudal, prestando atenção:

- ao estado geral – postura, expressão facial, humor e aparência geral;
- à coloração;
- à umidade da mucosa ocular.

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

- 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 (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;
- retirar pontos, 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 indica trombose profunda (SANTOS, 2002).

Por fim, encerramos esta seção com algumas orientações que você, profissional da saúde, deve dar à mulher:

- intervalo interpartal recomendado de, no mínimo, dois anos;
- retorno às atividades sexuais 30 a 40 dias após o parto;
- uso de contraceptivos – durante a amamentação, pode-se usar o aleitamento como método (Método LAM), minipílula, preservativos feminino ou masculino, injetável com progesterona, DIU após seis ou oito semanas pós-parto ou oito a 12 semanas pós-cesariana;
- alimentação – rica em ferro, proteínas e vitaminas;
- hidratação;
- higiene;
- 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;
- direitos do companheiro – cinco dias de 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;
- sono e repouso – posturas adequadas nesse cuidado para não provocar alterações posturais e lesões.

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

3.8. Aleitamento materno

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

Os profissionais da Atenção Básica devem conhecer a situação nacional e local acerca do aleitamento materno e de sua duração, as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais de aleitamento materno e as evidências científicas que embasam as recomendações atuais da alimentação complementar de crianças em aleitamento materno. Além disso, devem estar devidamente capacitados para o manejo clínico da amamentação – conhecer a anatomia da mama, fisiologia da lactação, técnica da amamentação, posição e pega adequadas, postura confortável e adequada da mãe ao amamentar, ordenha manual da mama, principais intercorrências da amamentação, trauma mamilar, ingurgitamento mamário e mastite, entre outros.

Todos esses temas têm sido vastamente abordados⁶ na literatura nacional e internacional. O próprio Ministério da Saúde brasileiro tem produzido e publicado materiais evidenciando as diferentes dimensões dessa prática, todos disponíveis na biblioteca virtual do MS. Procure discutir esses temas entre as ESF e NASF, busque ampliar a resolubilidade somando competências.

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 do índice de aleitamento materno no país. Em 28 de abril de 2012, o Ministério da Saúde brasileiro lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação equilibrada 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). E tem como base legal a Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, que institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil como a estratégia para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde, em consonância com as políticas e programas que norteiam as ações na saúde: a Política de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

6 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: <<https://www.youtube.com/watch?v=i31VEa--XpE>>.

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

A estratégia visa o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade contribuindo para o aprimoramento de competências e habilidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Esta iniciativa visa contribuir para a redução da mortalidade infantil e da ocorrência de agravos à saúde na infância, como obesidade e diabetes, dentre outras, incentivando o aleitamento materno e uma alimentação complementar equilibrada.

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. No ano de 2011, somavam-se mais de 4500 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.

Em 2013, o Ministério da Saúde realizou 50 oficinas de formação de novos tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Os tutores formados nessas oficinas são, preferencialmente, de municípios que fazem parte do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, visto que a certificação, acontece por meio dessa ação. Após a realização da primeira oficina em cada Estado, eles estão aptos a multiplicá-la, envolvendo todos os municípios e, por consequência, todas as Unidades Básicas de Saúde. A oficina de formação de tutores da Amamenta e Alimenta Brasil tem duração de quatro dias.

Finalmente, em 5 de setembro de 2013, através da Portaria nº 1.920, instituiu-se a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (BRASIL, 2013). A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil foi construída de forma conjunta entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica (CGAN/DAB) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Departamento de Ações Programáticas e Estratégias (CRIALM/DAPES), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

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

Em 2015, o Ministério da Saúde publicou o Protocolos da atenção Básica - Saúde das mulheres. Você pode ter acesso ao material através do link: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>.



Na Prática

Em uma Unidade Básica de Saúde, é desenvolvido um grupo para gestantes, porém, a maioria das mulheres em período gestacional não participa dos encontros para que são convidadas. Conversando com as usuárias, a enfermeira recebe como principal justificativa o modo monótono como ocorrem os encontros, que não as motiva a participarem; além disso, as gestantes informam que não percebem aplicabilidade prática das orientações propostas.

Compartilhando a questão com outros profissionais da ESF, a enfermeira e os demais profissionais identificam junto a essas usuárias como vantajosa a prática de atividade física orientada. Para aplicar essa proposta, a ESF entra em contato com o NASF que orientam para a complementação das ações educativas e de equipe assistencial durante os encontros com os profissionais da educação física e da fisioterapia.

Esses 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 cardiorrespiratórias, motoras e cinético funcionais.

O fisioterapeuta pode orientar sobre os ajustes posturais e alívios de desconfortos consequentes dessas alterações; sobre as modificações no sistema genitourinário 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 também pode contribuir, principalmente, associando atividades recreativas ou desportivas a essas orientações, motivando essas mulheres a manterem atividades físicas nesse período e após o parto; ele orientará 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 a possibilidade dessa assistência compartilhada? Quais os profissionais que compõem o NASF que apoia sua ESF? A composição profissional do NASF está em consonância às necessidades locais?

SÍNTESE DA UNIDADE

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

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2016.

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.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11108, 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: 25 mar. 2016.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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 25 mar. 2016.

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

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

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

SARUE, E. et al. **O conceito de risco e programação dos cuidados à saúde: manual básico de aprendizagem inicial.** Brasília?, 1984. [Tradução adaptada: Instituto Interamericano del Niño, Publ. Cient, 883 e Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano, Publ. Cient. 1007].

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

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

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Medicina

Unidade 4



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

A saúde da mulher deve ser vista de forma ampla, entendendo que as concepções sobre a mulher, incluindo os aspectos biológicos, variam de uma comunidade para outra e até dentro delas. Além disso, as questões relacionadas à saúde da mulher diferenciam-se ainda de acordo com a faixa etária, apresentando situações específicas em cada ciclo de vida. No entanto, os profissionais da equipe de saúde não devem se restringir aos problemas e agravos da 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. Para tanto, é preciso atentar para as especificidades das populações urbanas, rurais, negras, indígenas e carcerárias, assim como para as questões de gênero e opção sexual, garantindo os direitos de acesso aos serviços de saúde de todas elas, incluindo às 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 médico 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.

Nessa perspectiva do cuidado ampliado à saúde, é preciso estar ciente de que, além da resolução dos problemas pelos quais as usuárias procuram os serviços de saúde, é necessário também estar alerta para as queixas inespecíficas – principalmente as das pacientes que procuram os serviços diversas vezes, referindo cefaleias, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Essa situação pode estar relacionada a questões de violência doméstica que estejam repercutindo na saúde e na qualidade de vida desta mulher.

Dentre os motivos que levam as mulheres a procurarem os serviços de saúde, encontram-se as ações de prevenção e detecção do **câncer ginecológico**⁷. Esses momentos, além de fundamentais para o diagnóstico precoce dos carcinomas ginecológicos, propiciam maior aproximação entre a equipe e as usuárias, sendo oportunidades valiosas de efetivação do cuidado integral da saúde da mulher.

7 O diagnóstico tardio é um fator que ainda determina o grande número de óbitos de mulheres no Brasil e no mundo.

Nesse sentido, as equipes, em seu processo de planejamento, devem contemplar estratégias de educação, informação e de busca ativa, visando ao rastreamento

de carcinomas. Os eixos norteadores centrais devem se pautar no conhecimento dos indicadores de morbimortalidade, que são a base para o planejamento do cotidiano das ações, contribuindo para reduzir doenças e agravos presentes nos ciclos de vida da população feminina. É essencial o reconhecimento da procura pelo cuidado da equipe de saúde na busca da promoção, da prevenção, do diagnóstico, da instigação e do tratamento amplo e contínuo, contemplando todos os aspectos que possibilitem melhoria à saúde e as condições de vida da mulher.

A fim de abordar esses temas de maneira mais aprofundada, queremos promover:

- a identificação do papel da equipe multiprofissional no reconhecimento e no enfrentamento das queixas ginecológicas mais frequentes, dos cânceres ginecológicos e suas especificidades;
- o conhecimento e a implementação de medidas de busca ativa para a prevenção e a detecção precoce do câncer ginecológico;
- o reconhecimento e a viabilização de situações que permitam identificar queixas ginecológicas associadas a eventos de violência contra a mulher.

Vamos ao primeiro tópico?

4.1. O papel da Equipe Multiprofissional face aos principais motivos de consulta e às queixas ginecológicas mais comuns

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

“O sangramento uterino anormal, juntamente com a dismenorreia, a dor pélvica, a anticoncepção e a leucorreia, são os motivos mais frequentes de consulta em clínica ginecológica.” (PESSINI, 2004, p. 452). Contudo, este é um momento ímpar, que oportuniza uma avaliação mais abrangente da mulher. Tal avaliação pode identificar queixas e agravos não ginecológicos. Dentre eles, salientam-se os fatores de vulnerabilidade e risco, a associação entre queixas ginecológicas e violência de gênero e as comorbidades presentes nos ciclos de vida, que devem delinear as escolhas terapêuticas.

Essa busca permite, ainda, a implementação de medidas de proteção, promoção e prevenção em saúde geral. Mas, como dissemos anteriormente, a grande maioria das mulheres ainda procura a equipe de saúde inicialmente, por queixas ginecológicas. E é sobre as principais queixas que falaremos a partir de agora.

4.1.1. Alterações do ciclo menstrual

A menstruação exerce um papel importante na regulação hormonal e manutenção da saúde no corpo da mulher e sua experiência no ciclo de vida feminino é influenciada por inúmeros fatores que vão muito além do biológico, devendo ser compreendida pelos profissionais de saúde em sua complexidade.

Assim como a menarca implica em uma transição importante na vida da mulher, o climatério denota um momento que é, muitas vezes, carregado de estereótipos negativos. Além disso, dependendo de como são vivenciadas as várias etapas do ciclo menstrual, a sintomatologia deve ser avaliada de forma consistente para maior resolubilidade.

Independentemente da queixa ginecológica estar associada a uma doença, você, como profissional da saúde, sempre deve dar apoio emocional, com discussão e orientação sobre o problema. Lembre-se também que o apoio, a discussão e a orientação podem ser trabalhados em grupos, podendo ser solicitado o apoio dos profissionais do NASF na sua implementação e desenvolvimento.

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

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

Através dos conhecimentos obtidos pelos avanços da biologia molecular nos últimos anos, já está claro que várias moléculas e receptores estão envolvidos no **retrocontrole**⁸, mas o conhecimento básico dos principais agentes envolvidos no ciclo menstrual normal já é suficiente para investigar e tratar as principais alterações do ciclo menstrual.

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

As principais causas de sangramento uterino **anormal** são:

- sangramento disfuncional;
- leiomioma;
- adenomiose;
- endometrite;
- hiperplasia endometrial;
- pólipos endometrial;
- câncer do endométrio e de miométrio;
- anticoncepcionais hormonais e DIU;
- gravidez.

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

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

4.1.2. Sangramento uterino disfuncional

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

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

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

Veja a classificação dos sangramentos a seguir:

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

Quadro 3 – Classificação dos sangramentos

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

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

Deve-se excluir o diagnóstico de coagulopatias em crianças e adolescentes, responsáveis por 20% dos sangramentos nessa faixa etária, apesar de a principal causa ainda ser anovulação. O médico e ou 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.

4.1.3. Dismenorreia

A dismenorreia é uma dor em cólica no hipogástrio, acompanhada ou não de outras manifestações⁹, que surge com o período menstrual.

9 Náuseas, vômitos, cefaleia, lombalgia, etc.

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

Essa queixa pode ser classificada como:

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

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

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

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

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

O exame físico objetiva diagnosticar ou excluir doenças orgânicas.

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

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

4.1.4. Síndrome pré-menstrual

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

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

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

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

A síndrome pré-menstrual é classificada como:

- alteração relacionada ao metabolismo hidrossalino;
- alteração relacionada ao sistema nervoso central;
- sintoma álgico;
- modificação endócrina.

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

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

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

Veja, a seguir, os principais sintomas e sinais físicos e psicológicos da tensão pré-menstrual.

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

Quadro 4 – Sintomas e sinais físicos da tensão pré-menstrual

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

- 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, o tratamento específico da síndrome pré-menstrual se torna evidentemente difícil. Assim, o tratamento inicial consiste em tranquilizar, discutir e orientar a mulher sobre a disfunção em questão. Além disso, recomenda-se a prática de esportes e a redução de ingestão de sal, açúcar refinado e gordura animal. É dessa forma também que os profissionais do NASF – psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e nutricionista – poderão apoiar atividades junto às equipes de saúde da família.

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. A secreção vaginal anormal pode ser dividida em três grandes grupos: mucorreias, vulvovaginites e cervicites.

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

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

Quadro 5 – Classificação da secreção vaginal anormal

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

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

As detecções de hiperemia, lesões hipertróficas ou acetobranças¹⁰, são as principais causas para as quais é preciso fazer o diagnóstico diferencial a partir de uma anamnese detalhada e de um exame físico que permita tratamento ou encaminhamento para a colposcopia.

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

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

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



Na Prática

De acordo com Faundes et al. (2000), 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, entre outros.

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

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 realizam pelo menos um exame preventivo de câncer de colo uterino e apenas um terço delas serão submetidas a um único exame de mamografia.

No Brasil, a média geral de cobertura do exame de Papanicolau atinge apenas 13,5% das mulheres, e apenas 65% das amostras coletadas são consideradas aceitáveis. De acordo com estimativa realizada em 2013, em 2014 haveriam 15.590 novos casos de câncer de colo de útero, em mulheres no Brasil (INCA, 2013). Assim, fica clara a importância dos serviços de Atenção Básica de saúde no esclarecimento, orientação e captação das mulheres para a realização de exames preventivos, e a necessidade da melhoria nas técnicas de coleta (BRASIL, 2007).

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. Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA (BRASIL, 2013), a cada ano, cerca de 25% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Como foi discutido anteriormente, é preciso atentar para os riscos relacionados aos ciclos de vida da mulher. No caso do câncer de mama, os principais fatores de risco estão justamente relacionados à vida reprodutiva da mulher: menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco.

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, segundo dados do INCA (BRASIL, 2013), 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; 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 associados à idade:

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

O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil, em 2016, foi de 57.960 (BRASIL, 2015), com um risco estimado de 57 casos a cada 100 mil mulheres. No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 12,66 óbitos/100.000 mulheres em 2013. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 14,25 e 13,70 óbitos/100.000 mulheres em 2013, respectivamente (BRASIL, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda como principais estratégias de rastreamento populacional um exame mamográfico, realizado pelo menos a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos, e o exame clínico anual das mamas para mulheres de 40 a 49 anos.

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

Para mulheres de grupos populacionais considerados de **risco elevado**¹¹ para câncer de mama recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia anualmente, a partir de 35 anos. Alguns preconizam que, para essas mulheres, seria recomendado que a primeira mamografia fosse realizada cerca de dez anos antes da idade em que a parente afetada foi diagnosticada (BRASIL, 2016).

11 Com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau.

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

4.2.2. Câncer de Colo Uterino

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

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

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

Pela incidência de exames preventivos falso-negativos, é fundamental que o profissional realize essa avaliação visual do colo, que determinará, mesmo com preventivo normal, o seguimento e a investigação propedêutica adequada.

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

Sabe-se hoje que, para o surgimento do câncer do colo do útero, a condição necessária é a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV). Quase todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Destes, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Outros fatores que contribuem para a etiologia desse tumor são: infecção pelo Vírus do Papiloma Humano, Tabagismo, Imunossupressão, Infecção por Clamídia, Dieta, Pílulas Anticoncepcionais, Dispositivos Intrauterinos, Múltiplas Gestações, Idade, Situação Econômica, Dietilestilbestrol, histórico familiar, conforme dados do Inca (ONCOGUIA, 2015).

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

Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja: o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizada (Brasil, 2015).

Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), em estudo realizado em Fortaleza, com mulheres entre 35 e 50 anos, portadoras de Carcinoma cérvico-uterino, identificaram como 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;
- dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

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

É fato bem conhecido que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial. Diante desse fato, surge uma questão bastante instigante: por que o Brasil, apesar de ter sido um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolau) para a detecção precoce do câncer do colo do útero ou de suas lesões precursoras, ainda tem uma das mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer?

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

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

Até a década de 1990, o Papanicolau convencional era a principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico

é a estratégia de rastreamento prioritariamente recomendada pelo Ministério da Saúde para mulheres de 25 a 64 anos. As recomendações do INCA são bastante esclarecedoras quanto à periodicidade dos exames preventivos (BRASIL, 2011).



Leitura Complementar

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

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

Outra leitura recomendada é “Falando sobre Câncer de Mama”:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf>.



Na Prática

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 dismenorreia 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. Os profissionais do NASF – psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e nutricionista – podem apoiar atividades em casos semelhantes a esse junto às equipes de saúde da Família.

Como acontece a atenção à saúde da mulher na sua área de abrangência? Existem grupos terapêuticos organizados? Você, nos seus atendimentos, orienta as mulheres a participarem desses grupos? Os profissionais do NASF apoiam esses grupos?

SÍNTESE DA UNIDADE

Chegamos ao final de mais uma unidade. Começamos a discussão falando sobre as queixas ginecológicas mais frequentes e chamando a sua atenção, como profissional da saúde, para a oportunidade de realizar diagnósticos mais profundos quando as mulheres procuram os serviços de saúde em função dessas queixas. Posteriormente, com a abordagem dos tipos de cânceres ginecológicos mais frequentes, concluiremos uma discussão para dar início à última unidade deste Módulo.

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uteropdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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, 2013. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

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_uteropdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama: viva mulher**. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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

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

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

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

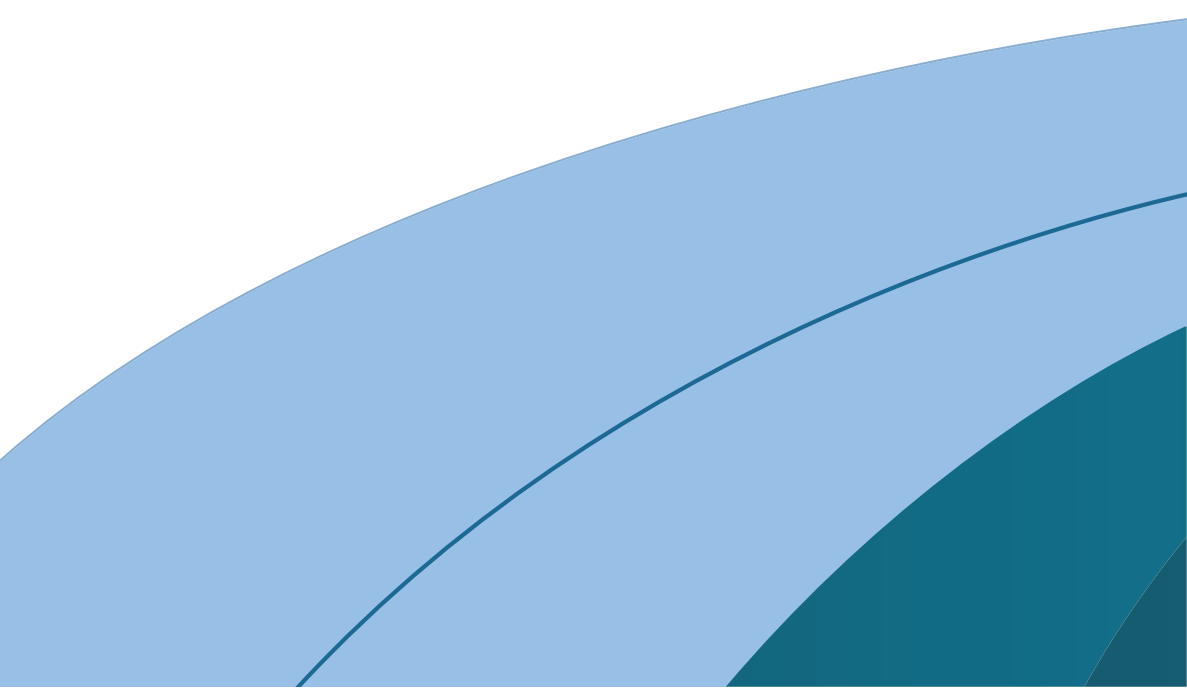
OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cervico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2005.

PESSINI, S. A. Sangramento uterino anormal. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

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

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Medicina

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 visando 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).

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

Procure dialogar com mulheres na faixa dos 45 anos ou mais a respeito das mudanças e veja o que elas percebem e relatam sobre climatério e sobre os cuidados que podem realizar.

Depois disso, convidamos você a estudar um pouco mais e a refletir acerca dessa temática, a fim de identificar o climatério e conhecer as suas implicações – aspectos socioculturais, psicológicos, sexuais e possíveis repercussões clínicas das mudanças endócrinas desta etapa do ciclo biológico de vida da mulher; conhecer os principais determinantes e o perfil epidemiológico relacionado à morbimortalidade das mulheres no período do climatério. Dessa forma, queremos instrumentalizar você, profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), para o acompanhamento multiprofissional sistemático das mulheres no período do climatério para promover a saúde, realizar o diagnóstico precoce quando necessário, intervir nos agravos e prevenir possíveis danos.

5.1. O climatério no ciclo de vida da mulher

Embora a saúde da mulher, no Brasil, tenha sido incorporada às políticas nacionais no início do século XX, o tema climatério insere-se nesse 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 ao 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, através da Área Técnica da Saúde da Mulher, publica o Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/ Menopausa, concretizando, assim, um dos objetivos da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2008). 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).

Dados estatísticos revelam que o Brasil é um país que está envelhecendo: é o sexto país em número absoluto de pessoas com mais de 60 anos. Uma das principais consequências desse quadro é a dificuldade em planejar as ações no Sistema de Saúde (BRASIL, 2002). Isso se evidencia na população feminina¹², por constituir a maioria dos usuários que procuram os serviços de saúde e ter esperança de vida ao nascer de 78,6 anos (BRASIL, 2014).

12 Igual a 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população (BRASIL, 2015).

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

Grande parte das mulheres viverá um terço de suas vidas acima dos 50 anos (IBGE, 2012), gerando necessidade de atenção específica e esforços em direção ao viver melhor, devendo ser estabelecidas condições que permitam a elas melhor qualidade de vida.

É necessário sensibilizar os profissionais de saúde por meio da educação permanente, para atender a essa parcela da população na Atenção Básica, aproveitando todas as ocasiões em que a mulher procura a unidade de saúde para desenvolver ações de promoção, prevenção ou recuperação, de acordo com o perfil epidemiológico desse grupo populacional.

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

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

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

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

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

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

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

Ele é considerado um marco biológico, no qual a mulher passa por uma experiência existencial profunda no âmbito das relações sociais, na vida conjugal, profissional e espiritual, sofrendo influências do contexto sociocultural e, principalmente, da

família em que vive. Pode passar despercebido em função das outras demandas da vida ou antigos conflitos podem emergir e serem revividos nessa fase. O climatério pode ser vivenciado de forma patológica, representando perdas e ameaças, necessitando, às vezes, de suporte médico e uso de medicamentos. O sentimento de perda do principal papel que exercia na sociedade com o fim dos anos que podia conceber pode levar a mulher, na velhice, à sensação de que já cumpriu seu papel, de que não tem mais condições de criar ou refazer sua vida, de que não tem mais poder de sedução e capacidade para exercer sua sexualidade, deixando de existir e perdendo sua identidade como mulher.

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

Corroborar 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, esse período pode ser vivenciado com qualidade, 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 (LANDERDAHL, 1997, LOPES; COSTA, 2000).

O climatério traz para a mulher a oportunidade de viver experiências gratificantes que não podem ser sentidas e compreendidas da mesma forma por pessoas mais jovens. A mulher no climatério, ao passar por esse processo, assume o compromisso com sua existência, toma consciência de suas limitações e finitude e busca qualidade de vida e o cuidado de sua saúde (LOPES; COSTA, 2000, ZAMPIERI et al., 2007).

5.1.1. Alterações no climatério a curto, médio e longo prazos

O climatério apresenta, 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 ambiente da mulher, e os fatores psicológicos, dependentes da estrutura do caráter da mulher (ZAMPIERI et al., 2007).

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

As alterações de curto prazo são chamadas de alterações transitórias. Ocorrem distúrbios neuroendócrinos, que podem coincidir com a crise de identidade, caracterizadas pela perda da autoestima, insegurança e medo de rejeição. Nessa fase, as queixas mais frequentes são (BRASIL, 2008):

- ondas de calor ou fogachos, sudorese e calafrios;
- cefaleias, tonturas, parestesia e palpitações;
- labilidade emocional, depressão, insônia, fadiga, letargia, irritabilidade e perda de memória; diminuição da libido e alterações dos ciclos menstruais.

Acompanhe, no quadro a seguir, três alterações de curto prazo muito evidentes mais detalhadas:

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

Quadro 6 – Alterações de curto prazo no climatério

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

As alterações de médio prazo consistem das manifestações atróficas do sistema geniturinário e alterações de pele. Essas, com as tardias, são chamadas de alterações não transitórias. As principais alterações de médio prazo que ocorrem no climatério estão organizadas 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 atrófica secundária, caracterizadas pela urgência e frequência urinária; disúria e dor suprapúbica, na ausência da infecção das vias urinárias.
ÚTERO	Prolapso de útero.
MAMAS	Reduzido, consistência mais flácida, queda.

Quadro 7 – Alterações de médio prazo no climatério
Fonte: Freitas, 2001; Brasil, 2008.

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

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

No período inicial, de até quatro ou cinco anos após a menopausa, ocorre perda acelerada de massa mineral óssea, sendo menor após esse período. Essa 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 da menopausa. A osteoporose é a condição em que o esqueleto está suficientemente comprometido pela redução da massa por unidade de volume ósseo, de modo que há um aumento significativo do risco de insuficiência esquelética, ou seja, fratura, mesmo na ausência de traumatismo (ZAMPIERI et al., 2007).

Nos primeiros cinco a dez anos que seguem a última menstruação, essa perda pode ser de 2 a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical (BRASIL, 2008). As três fraturas mais comuns nas mulheres pós-menopáusicas são:

- de vértebras;
- do rádio ultradistal;
- do colo do fêmur.

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

Evidências sugerem que, se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair dramaticamente. A prevenção deve começar na infância, com a realização regular de exercícios associada

13 Converte a pró-vitamina D3 em vitamina D3.

a uma dieta equilibrada e rica em cálcio e [exposição regular ao sol¹³](#), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão (BRASIL, 2008).

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

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

5.1.2. Atividade sexual no climatério

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

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

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

5.2. Abordagem terapêutica

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

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

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

5.2.1. Tratamento hormonal

Na terapêutica de reposição hormonal no climatério, são empregados os estrogênios, os progestagênios associados ou isolados e, eventualmente, os androgênios. Nas mulheres que apresentam útero intacto, utilizam-se estrogênios em associação aos progestagênios. Mulheres histerectomizadas dispensam o emprego de progestagênios. Os estrogênios são utilizados, em terapia de reposição hormonal (TRH), em doses capazes de aliviar os sintomas vasomotores, prevenir ou tratar a atrofia urogenital e a osteoporose. Podem ser administrados por via oral ou não oral¹⁴.

14 Via vaginal, nasal, subcutânea, transdérmica, por meio de adesivo ou gel, e implantes.

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

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

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

Em função das diferentes doses e vias de administração, as contraindicações são muito poucas, os benefícios dependerão de indicação correta, respeito às contraindicações, acompanhamento e uso da menor dose eficaz, pois os riscos são cumulativos com o tempo de uso, devendo interromper o tratamento assim que os benefícios desejados tenham sido alcançados ou os riscos superem os benefícios (PARDINI, 2014).

O estudo *Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial* (WHI), iniciado em 1997 nos Estados Unidos, com 16.680 mulheres que utilizavam a reposição hormonal combinada (Premelle, no Brasil), foi suspenso em virtude de os riscos ligados a esse tratamento serem superiores aos benefícios. Entre eles estão o derrame cerebral, o câncer de mama, o enfarte e a trombose (WENDER, POMPEI, FERNANDES, 2014).

Em relação aos riscos da reposição, temos:

- aumento do câncer do endométrio e câncer epitelial de ovário – neste caso, no uso por mais de dez anos –, que diminui quando se associa um agente progestacional (FREITAS, 2001);
- aumento de câncer de mama, sendo comprovado por algumas pesquisas que o risco aumenta após cinco anos de uso, alertando para não repor hormônios como prevenção, e sim para tratar sinais e sintomas, observando o risco-benefício (ABREU; FRANCISCHETTI, 2001);
- aumento de formação de cálculos no colédoco e ainda tromboembolismo agudo, hepatopatia aguda e/ou grave, cardiopatia grave e sangramento uterino sem causa diagnosticada (PARDINI, 2014)..

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

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



Leitura Complementar

Conheça melhor a respeito desse assunto acessando:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, 2008.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf>.

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

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

Quadro 8 – Contraindicações da terapia hormonal

5.2.2. Tratamento não hormonal

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

- Ciclofenil: ação na redução do FSH e prolactina (200 a 400mg/dia);
- Veraprida: ação em nível central (100mg/dia);
- Tranquilizantes ou ansiolíticos: de preferência, diazepínicos;
- Clonidina: atuação central (0,1 mg/2xdia): ação hipotensora, agonista alfaadrenérgico;
- Nicergolina, 300mg/dia: ativadora do metabolismo cerebral;
- Propanolol, 80mg/dia: ação beta-bloqueadora;
- Antidepressivos: Carbonato de lítio 300mg/dia: ação central; Imipramina 25 a 50mg/dia: ação central, Nomifensina 25 a 50mg/dia: ação central;
- Antidepressivos tetracíclicos: Cloridrato de fluoxetina 20mg/dia: ação central.

Os moduladores seletivos de receptores de estrogênio, denominados genericamente Serm, podem conferir os benefícios do estrogênio sem seus riscos. O raloxifeno, um Serm de segunda geração, diminui a perda óssea, não afeta o endométrio e tem efeito protetor quanto ao câncer de mama. Seu papel na prevenção secundária de doença cardiovascular ainda está sendo investigado,

havendo estudos que indicam aumento de doenças tromboembólicas, em função da redução do colesterol total e de LDL-colesterol, e outros que contraindicam pelo risco de doença coronariana, o que necessita ser confirmado por estudos. Aumenta, ainda, a incidência de flogachos e câimbras. O tamoxifeno tem ação positiva na circulação para osteoporose e proteção conta o câncer de mama (WENDER, POMPEI, FERNANDES, 2014).

No âmbito do tratamento não hormonal, pode-se falar também dos fitoestrógenos, que são substâncias presentes em plantas e possuem atividades biológicas semelhantes às dos estrogênios.

Em função do consumo de fitoestrógenos (50 a 150 mg diários), as mulheres asiáticas mostram incidência de flogachos bem menor que em mulheres americanas e europeias, sendo necessário realizar pesquisas para avaliar se o aumento de fitoestrógenos na dieta da mulher ocidental pode promover efeitos positivos na sua saúde (WENDER, POMPEI, FERNANDES, 2014).

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

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

Devido à dificuldade de se promover modificações dietéticas, um grande número de preparados comerciais com várias concentrações de fitoestrógenos de diferentes origens tem surgido. A eficácia e a segurança destes produtos precisam ser demonstradas por novas pesquisas, já que não existem estudos amplos e controlados sobre o uso de fitoestrógenos, no que se refere ao tipo, às doses, à duração e à frequência do uso (WENDER, POMPEI, FERNANDES, 2014).

Os fitoestrógenos em suas formas originais e alguns derivados sintéticos já são comercializados. Dentre as isoflavonas produzidas sinteticamente, temos a ipriflavona, utilizada no tratamento da osteoporose (ARIE et al., 2001), porém sua eficácia precisa ser melhor avaliada por estudos controlados (WENDER, POMPEI, FERNANDES, 2014).

Neste contexto, as divergências quanto aos benefícios dos fitoestrogênios podem ocorrer pelo processamento da soja. Pois de forma natural, na composição do grão da soja existem proteínas que são importantes na manutenção do estado nutricional e evitam a perda de cálcio pela urina; carboidratos e fibras solúveis que combatem a obstipação intestinal; probióticos e ácidos graxos de cadeia curta que mantêm a saúde intestinal; lipídeos gordura poli e monoinsaturada que diminuem o colesterol total, LDL colesterol e triglicérides, reduzindo os riscos de doenças cardiovasculares; sais minerais, vitaminas e os compostos bioativos os fito-hormônios (FONSECA, et al., 2014).

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

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

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

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

Por fim, podemos falar sobre a homeopatia e a acupuntura como tratamentos não hormonais.

A homeopatia vem a ser uma relevante opção terapêutica para a diminuição dos sintomas indesejáveis do período do climatério, contribuindo para o bem-estar da mulher. Ela possibilita o reequilíbrio orgânico e emocional nessa fase, estando inclusive disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

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

5.3. Cuidados do profissional da equipe de saúde com a mulher no climatério e na menopausa

De acordo com Zampieri et al. (2007), são múltiplas as ações que precisam ser implementadas na Atenção Básica para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a identificação precoce e o tratamento de doenças crônicas comuns e o manejo da sintomatologia climatérica.

Dentre essas ações, algumas merecem destaque e, para isso, preparamos uma lista com os cuidados que você, profissional da saúde, pode dispensar à mulher no climatério, lembrando que você e sua equipe ESF podem contar com o apoio dos profissionais do NASF:

- a) Realizar a avaliação nutricional por meio do IMC e orientar dietas, ressaltando a importância da mastigação adequada.

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

Quadro 9 – Dietas e alimentos relacionados

- b) período pós-menopausa, a mulher deve ingerir 1000 mg/dia de cálcio. Por isso, orientar que evite ingerir alimentos ricos em cálcio em conjunto com fibras vegetais, pois elas diminuem a sua absorção. Ainda, orientar ao uso de café e sal com moderação, uma vez que o sódio e a cafeína facilitam a excreção de cálcio.

- c) Orientar a realização de exercícios, regulares, de baixo impacto, estando devidamente nutridas e hidratadas. Estimular atividades, como **caminhada**¹⁵, corrida, natação, ciclismo e outros exercícios, entre eles a musculação após avaliação médica.
- d) Orientar exercícios de Kegel para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática (BRASIL, 2008, p. 60).
- e) Propiciar espaços de lazer e ocupações para mulheres nesta faixa etária. Orientar para a prática de atividades laborativas, como escultura, tear, pintura, tricô, para escutar músicas, dançar, conversar com as amigas, ler bons livros, atualizar-se, entrar em contato com outras gerações e aprender com elas.
- f) Manter um ritmo de **vida adequado**¹⁶. O importante não é tanto o número de horas de sono, mas a disposição com que se acorda.
- g) Encaminhar ao especialista para identificar ou rastrear fatores de risco para doenças crônicas ou agravos e tratar, se necessário: doenças cardiovasculares; câncer de colo uterino, de ovário, de endométrio e de mama; hipertensão; hipotireoidismo; osteoporose; diabetes etc.
- h) Orientar para ficar atenta aos sinais que indicam doenças e depressão e procurar ajuda; encaminhar para psicoterapia, caso seja necessário.
- i) Orientar sobre os riscos e benefícios da terapia hormonal, fitoestrógenos, fitoterápicos, homeopatia e acupuntura, indicações e contra-indicações destes.
- j) Orientar na perimenopausa com relação ao uso dos métodos contraceptivos – oral combinado ou com progesterona e injetável, DIU, métodos de barreira, camisinha feminina e masculina, espermicida, diafragma, anéis vaginais e os anticoncepcionais transdérmicos e implantes. Lembre que qualquer método deve estar associado ao uso de preservativo para evitar IST.
- k) Informar que podem viver sua sexualidade. Viver com intensidade o prazer e a sua sexualidade, deixando de lado os tabus e as culpas. É necessário conversar com o companheiro, evitando conflitos conjugais, comuns nesse período, decorrentes do desconhecimento dele sobre as transformações inerentes ao climatério, e solicitar mais carinho, mais aproximação, mais companheirismo, para viver a sexualidade plenamente.

15 Até as 10 h e após as 16 h, de preferência no sol, usando vestimenta e calçado adequados.

16 Hora para se alimentar e repousar.

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



Na Prática

No grupo de alongamento e relaxamento, Dona Maria procura o fisioterapeuta do NASF, referência para esse grupo, e relata estar sofrendo muito com calorões várias vezes ao dia, inclusive durante o sono. Relata também a 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 ao climatério e que muitas manifestações são esperadas. Informa que elas 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.

Essa 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 a climatério são discutidas por toda equipe?

SÍNTESE DA UNIDADE

Com essa lista de cuidados, chegamos ao final da Unidade 5, em que buscamos promover a identificação do climatério e o conhecimento da implicação dos aspectos socioculturais, psicológicos, sexuais e as possíveis repercussões clínicas das mudanças endócrinas nesta etapa do ciclo biológico de vida da mulher. Mas, sobretudo, procuramos instrumentalizar você, profissional da saúde, para acompanhar essas mulheres, promovendo a saúde, efetuando diagnósticos precoces, tratando imediatamente os agravos e prevenindo danos.

REFERÊNCIAS

ABREU, V. G.; FRANCISCHETTI, E. A. Reposição hormonal: controvérsias. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 58, n. 4, abr. 2001. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1417>. Acesso em: 25 mar. 2016.

ARIE, W. M. Y. et al. Fitoestrogênios. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2001.

BORYSENKO, J. **A mulher de 0 a 90 (e além)**: os ciclos femininos sob o ponto da biologia, da psicologia e da espiritualidade. Rio de Janeiro: Nova Era, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Climatério**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004.

FONSECA, Angela Maggio da, et al., Fitoestrogênios no tratamento da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Medicina**. Mai 2014. p. 148-151. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5772>. Acesso em 26 mar. 2016.

FREITAS, F. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

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

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**: primeiros resultados da amostra. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_prim_resultados.shtm>. Acesso em: 25 mar. 2016.

INTERNATIONAL MENOPAUSE. **Menopause Terminology**. Yokohama, 1999. Disponível em: <http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php>. Acesso em: 26 mar. 2016.

LANDERDAHL, M. C. **Climatério**: perda, ameaça ou desafio? 1997. 147 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

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

LIMA-JÚNIOR, et. al. Variação no índice de massa corporal em usuárias de terapia de reposição hormonal. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 229-233, mai. 2000.

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2014;p.172-181. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n2/0004-2730-abem-58-2-0172.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

WENDER, Maria Celeste Osório; POMPEI, Luciano de Melo; FERNANDES, César Eduardo. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC) – São Paulo. *Leitura Médica*, 2014.

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

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

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Medicina

Unidade 6



6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Nesta unidade serão apresentados estudos desenvolvidos a partir de experiências exitosas relacionadas à 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 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).

Essa configuração de trabalho têm sido alvo de duras críticas. Muitos profissionais de saúde, preocupados com o caráter solidário, democrático e cidadão que permeia 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, pois elas visam à incorporação de práticas em saúde que proporcionem os meios necessários para que todas as pessoas alcancem o seu potencial de saúde.

É nesse 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;
- Um relato de experiência de Oliveira et al. (2011), da cidade de Belo Horizonte/MG, direcionado à saúde da mulher, mais especificamente.

6.1.1. A proposta de educação popular do município de Recife

Direcionada pela gestão municipal do Recife, foi construída coletivamente a proposta local de educação popular em saúde. Iniciou com a participação dos técnicos dos distritos sanitários e, após, passou pela discussão junto ao núcleo gestor e às comunidades e equipes envolvidas. A proposta desenvolvida teve como objetivo criar condições que favorecessem 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 que tinham como objetivos:

- 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 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 o ciclo da vida. Nesses grupos, 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 a dengue, dentre outras, refletem os primeiros resultados do projeto. Os núcleos de educação popular em saúde assumiram diferentes faces de acordo com as necessidades de cada comunidade.

Os autores relatam que esse conjunto de resultados revelou uma maior integralidade das ações desencadeadas pela educação popular em saúde. O reconhecimento dos usuários como cidadãos nos grupos representa fato concreto dificilmente encontrado em equipes que não se referenciam na educação popular. Dessa forma, os usuários não são estigmatizados como doentes, pois eles são ouvidos e estimulados a viver atividades de **promoção da saúde**¹⁷ e a lutar em defesa de melhores condições de vida. 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.

17 Exercícios, alimentação, hábitos.

6.1.2 A experiência de Minas Gerais

Nessa experiência, 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 dessa 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. Para tanto, foram propostos encontros quinzenais com duração média de duas horas, com participação aberta à comunidade e incluindo agentes comunitários de saúde (ACSs) e lideranças comunitárias, com o propósito de que cada integrante se colocasse como multiplicador(a) das ações.

Metodologicamente, inspirou-se na pesquisa-ação, sobretudo no que diz respeito à construção conjunta 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 a 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;
- 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 das opressões existentes. Nesse 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.

Pela prática, foi percebido, inclusive pelo formato de grupo, que a história da saúde ainda se pauta pelo saber técnico como aquele preponderante para se promover a saúde. Com isso em vista, em muitos momentos, o silêncio foi compartilhado, na tentativa de não assumir esse lugar de portadoras do “conhecimento que conta”. O único encontro do grupo que foi em formato de apresentação foi com uma convidada, também usuária 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 uma dificultadora do processo. Muitas das integrantes e das ACS esperavam que os encontros decorressem da maneira tradicional, na qual os supostos donos do saber estabelecem uma relação vertical com o grupo. A proposta previa sair do lugar de **produzir para** o grupo e buscar **produzir com** o grupo. Apesar dessa horizontalidade ser muito complexa e utópica, gradualmente, algumas integrantes se tornaram mais participativas e passaram a

sugerir ações. Essa inovação representou uma experiência marcante e rica ao serviço, distinta das 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, assim como influenciaram também na postura das ACS, que foram mais ativas na construção e no planejamento das atividades. São elas que sinalizam para as dificuldades das mulheres em estarem presentes, quanto ao local ideal para a realização dos encontros e para situações vivenciadas nas famílias das mulheres convidadas a participar. Os autores ressaltam que essa transformação foi gradativa e construída na medida em que os encontros foram acontecendo como promoção desse espaço de participação e fala.

No segundo semestre de realização da prática, houve 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, as concepções iniciais de posicionamento no mundo e o quanto as mulheres se foram modificando para uma lógica de sujeitos de direitos e de ações. Alguns aspectos precisam ainda ser mais bem compreendidos, como o esvaziamento na prática de mulheres da comunidade, o alto índice de presença de ACS e o envolvimento e desejo dos participantes em continuar a desenvolver a prática. Acredita-se no potencial dessa ação como disparador de um novo modelo de atuação em saúde, que promove a oportunidade de crescimento e transformação. A proposta é a de continuidade dessa 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. Surgiu a reflexão de que não é possível discutir gênero como algo relacional sem convocar os homens para as discussões.

6.2. Violência contra a mulher e as práticas da Atenção Básica

Em uma comunidade em Porto Alegre – RS, a atuação do ACS foi descrita por Lucas e Silva (2008) 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 desse 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 sensibiliza-se 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 sua 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. Foi utilizada como fundo musical “Maria da Penha”, cantada por Alcione.

Em outro momento, reuniram-se as mulheres em pequenos grupos para listarem todas as variações conhecidas de violência – sexual, física, psicológica, econômica, institucional. Novo debate com fundo musical: Maria Maria, de Renato Teixeira. Durante todo o debate e a encenação, o ACS foi 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 para relatar, nos consultórios, as agressões sofridas. Elas também procuram 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, p.109).

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 por eles 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 um 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 a ação que consistiu em um sábado por mês, voltado para o público feminino, desenvolvida na sede do município e nas comunidades do interior. Criou-se um ambiente acolhedor com respeito e privacidade, tendo em vista que, para muitas mulheres, o exame ginecológico ou simplesmente a coleta do papanicolau, ainda causa 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 (PAGANI et al., 2011), a equipe relata que essa 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.



Leitura Complementar

Sugerimos a leitura deste trabalho na íntegra:

LUCAS, V. G.; SILVA, M. C. 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>.

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). Com isso, objetivamos 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, 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: 25 mar. 2016.

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: 25 mar. 2016.

OLIVEIRA et al. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 21, out./dez, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/download/325/387>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 25 mar. 2016.

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 influência 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 no período do climatério e na 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

Daniela Lemos Carcereri

É graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), tem Mestrado em Odontologia, área de Odontopediatria, pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991) e Doutorado em Engenharia de Produção, área de Mídia e Conhecimento, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Pós-doutorado junto ao Departamento de Organização e Didática Educativa da Faculdade de Pedagogia da Universidade de Barcelona, Espanha, bolsista do CNPq (2013). É Professora Associada, nível II do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua como professora no Curso de Graduação em Odontologia; no Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e no Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ministrado em parceria pela Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Atualmente exerce a função de Coordenadora do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro da Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO. Representante da ABENO na Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - REDE APS/ ABRASCO. Membro do Grupo de Trabalho GT Saúde Bucal Coletiva da ABRASCO. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva. É líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Interdisciplinaridade, Educação e Saúde e desenvolve projetos e pesquisas principalmente sobre os temas ensino na saúde e atenção primária à saúde.

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

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), é especialista em Enfermagem em Saúde do Adulto, UFSC, (1981) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, MEC/ FIOCRUZ (2006). É Mestre em Assistência de Enfermagem (1991) e Doutora em Enfermagem, na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC (2004). Exerce suas atividades docentes no Departamento de Enfermagem da UFSC desde 1977. Atualmente é Professora Titular II, DE, 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 e de 2012 até a presente data. 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 onco-ginecológica, educação em enfermagem, filosofia em enfermagem, fenomenologia e processo de viver humano.

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

Heitor Tognoli

Médico graduado pela UFSC, mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família, especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde, e especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. Atualmente é consultor de inovação de modelos de atenção à saúde e médico de família na Unimed Santa Bárbara do Oeste e Americana. Tem experiência na Atenção Primária, atuando principalmente nos seguintes temas: formação de recursos humanos para atuação em Atenção Primária, gestão de modelos de atenção voltados para a Atenção Primária.

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

Maria Conceição de Oliveira

É graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1982), tem mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996) e doutorado em Interdisciplinar em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003), com período sanduíche na *Université de Provence - Aix-Marseille I* (2001). Atualmente é docente adjunto A da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva e de Saúde da Família e Comunidade, com ênfase em Socioantropologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: interdisciplinaridade, currículo dos cursos de graduação da saúde, formação interprofissional, promoção da saúde e ambiente, representações sociais e redes de atenção à saúde. Foi Conselheira do Conselho Municipal de Saúde do Município de Lages - 2011-2014. Integrante do Fórum Parlamentar da Agricultura Agroecológica e Sustentável de Santa Catarina.

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

Tanise Gonçalves de Freitas

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002); possui Pós-graduação em Saúde Coletiva: Atenção Básica e Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (2006); e Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (2008-2010). Atualmente é pesquisadora do NÚCLEO DE PESQUISA EM BIOÉTICA E SAÚDE COLETIVA da UFSC, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e enfermeira da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Tem experiência como enfermeira junto ao Programa Saúde da Família nos municípios de Palmares do Sul (2002-2004) e Gravataí (2006) e no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A (2006-2008). Atuou como enfermeira no Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2005-2012) Atua como enfermeira na Prefeitura Municipal de Florianópolis (Ensino): Atuou como professora substituta do Curso de Enfermagem - UFSC. Foi Monitora nas disciplinas de Histologia, Embriologia e Anatomia Humana do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS (1998-1999); e realizou supervisão e orientação no Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (2006-2008). Supervisão de estágios curriculares e extra-curriculares no Curso de Enfermagem da UFRGS e outras IES no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2005-2012). (Pesquisa): Iniciação científica pelo projeto de pesquisa sobre os efeitos de planta na reprodução humana e desenvolvimento embrionário do Laboratório de Reprodução Humana do Departamento de Ciências Morfológicas da UFRGS (1998-1999); e em diversos projetos de pesquisa sobre o cuidado em enfermagem do Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (1998-2000). Atualmente é membro do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva da UFSC (Gerenciamento): Bolsista na Coordenação do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2000) e na Assessoria de Planejamento e Programação da Prefeitura de Porto Alegre (2001-2002); e implementação e coordenação de Unidades de Saúde da Família pela Estratégia de Saúde da Família do Governo Federal nos municípios de Palmares do Sul (2002-2004) e Gravataí (2006).

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



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina