



CÓD: SL-028DZ-21
7908433214359

HCPA-RS

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Técnico de Enfermagem
(Centro Obstétrico e Internação Obstétrica)

EDITAL Nº 07/2021

CUIDADO HUMANIZADO À MULHER, AO RECÉM-NASCIDO E À FAMÍLIA DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL. CUIDADO DE ENFERMAGEM: - À GESTANTE EM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA - À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA EM SITUAÇÕES DE RISCO HABITUAL E DE ALTO RISCO (SÍNDROMES HIPERTENSIVAS, SÍNDROMES HEMORRÁGICAS, DIABETES, TRABALHO DE PARTO PREMATURO, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO, INFECÇÃO PUERPERAL) NO ALEITAMENTO MATERNO

SAÚDE DA MULHER

Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

– O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

– A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

– A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as

fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

– A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.

– As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

– A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

– O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

– A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

– A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de

qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

– As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.

– No processo de elaboração, execução e avaliação das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.

– Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer

– cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.

– No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.

– As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

– Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:

– fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;

– ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:

– ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;

– garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;

– ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS TÉCNICO DE ENFERMAGEM (CENTRO OBSTÉTRICO E INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA)

– estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes:

– construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; – qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;

– organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; – fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; – elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo

– qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;

– apoiar a expansão da rede laboratorial; – garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;

– melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna

– Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:

– organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;

– articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids

– promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina:

– prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres;

– ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:

– organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;

– garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;

– oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/ câncer invasor. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:

– melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;

– qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; – incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério:

– ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade:

– incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS; – incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS. Promover a atenção à saúde da mulher negra:

– melhorar o registro e produção de dados; – capacitar profissionais de saúde; – implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; – incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde ;

– estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:

– implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;

– introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde. Promover a atenção à saúde da mulher indígena:

– ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população:

– ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres:

– promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher, no âmbito do SUS;

Assistência aos Casais Fértéis

É o acompanhamento dos casais que não apresentam dificuldades para engravidar, mas que não o desejam. Desta forma, estudaremos os métodos contraceptivos mais conhecidos e os oferecidos pelas instituições.

Durante muitos anos, a amamentação representou uma alternativa exclusiva e eficaz de espaçar as gestações, pois as mulheres apresentam sua fertilidade diminuída neste período, considerando que, quanto mais frequentes são as mamadas, mais altos são os níveis de prolactina e consequentemente menores as possibilidades de ovulação.

Os fatores que determinam o retorno da ovulação não são precisamente conhecidos, de modo que, mesmo diante dos casos de aleitamento exclusivo, a partir do 3º mês é recomendada a utilização de um outro método. Até o 3º mês, se o aleitamento é exclusivo e ainda não ocorreu menstruação, as possibilidades de gravidez são mínimas.

Atualmente, com a descoberta e divulgação de novas tecnologias contraceptivas e a mudança nos modos de viver das mulheres em relação a sua capacidade de trabalho, o seu desejo de maternidade, a forma como percebe seu corpo como fonte de prazer e não apenas de reprodução foram fatores que incentivaram o abandono e o descrédito do aleitamento como método capaz de controlar a fertilidade.

Outro método é o coito interrompido, sendo também uma maneira muito antiga de evitar a gravidez. Consiste na retirada do pênis da vagina e de suas proximidades, no momento em que o homem percebe que vai ejacular. Desta forma, evitando o contato do sêmen com o colo do útero é que se impede a gravidez.

Seu uso está contraindicado para os homens que têm ejaculação precoce ou não conseguem ter controle sobre a ejaculação.

Os métodos naturais ou de abstinência periódica são aqueles que utilizam técnicas para evitar a gravidez e se baseiam na auto-observação de sinais ou sintomas que ocorrem fisiologicamente no organismo feminino, ao longo do ciclo menstrual, e que, portanto, ajudam a identificar o período fértil.

Quem quer ter filhos, deve ter relações sexuais nos dias férteis, e quem não os quer, deve abster-se das relações sexuais ou nestes dias fazer uso de outro método – os de barreira, por exemplo.

A determinação do período fértil baseia-se em três princípios científicos, a saber:

A ovulação costuma acontecer 14 dias antes da próxima menstruação (pode haver uma variação de 2 dias, para mais ou para menos);

O óvulo, após a ovulação, tem uma vida média de 24 horas;

O espermatozoide, após sua deposição no canal vaginal, tem capacidade para fecundar um óvulo até o período de 48-72 horas.

Os métodos naturais, de acordo com o Ministério da Saúde, são:

a) Método de Ogino-Knaus

Esse método é também conhecido como tabela, que ajuda a mulher a descobrir o seu período fértil através do controle dos dias do seu ciclo menstrual. Logo, cada mulher deverá elaborar a sua própria tabela.

Sabemos que a tabela foi vulgarizada, produzindo a formulação de tabelas únicas que supostamente poderiam ser utilizadas por qualquer mulher. Isto levou a um grande número de falhas e consequente descrédito no método, o que persiste até os dias de hoje.

Para fazer a tabela deve-se utilizar o calendário do ano, anotando em todos os meses o 1º dia da menstruação. O ciclo menstrual começa no 1º dia da menstruação e termina na véspera da menstruação seguinte, quando se inicia um novo ciclo.

A primeira coisa a fazer é certificar-se de que a mulher tem os ciclos regulares. Para tal é preciso que se tenha anotado, pelo menos, os seis últimos ciclos.

Como identificar se os ciclos são regulares ou não?

Depois de anotados os seis últimos ciclos, deve-se contá-los, anotando quantos dias durou cada um. Selecionar o maior e o menor dos ciclos.

Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for igual ou superior a 10 dias, os ciclos desta mulher serão considerados irregulares e, portanto, ela não deverá utilizar este método. Além do que, devem procurar um serviço de saúde, pois a irregularidade menstrual indica um problema ginecológico que precisa ser investigado e tratado.

Se a diferença entre eles for inferior a 10 dias, os ciclos são considerados regulares e esta mulher poderá fazer uso da tabela.

Como fazer o cálculo para identificar o período fértil?

Subtrai-se 18 dias do ciclo mais curto e obtém-se o dia do início do período fértil.

Subtrai-se 11 dias do ciclo mais longo e obtém-se o último dia do período fértil.

Após a determinação do período fértil, a mulher e seu companheiro que não desejam obter gravidez, devem abster-se de relações sexuais com penetração, neste período, ou fazer uso de outro método. Caso contrário, devem-se intensificar as relações sexuais neste período.

Recomendações Importantes:

O parceiro deve sempre ser estimulado a participar, ajudando com os cálculos e anotações.

Após a definição do período fértil, a mulher deverá continuar anotando os seus ciclos, pois poderão surgir alterações relativas ao tamanho do maior e menor ciclo, mudando então o período fértil, bem como poderá inclusive surgir, inesperadamente, uma irregularidade menstrual que contraindique a continuidade do uso do método.

Não se pode esquecer que o dia do ciclo menstrual não é igual ao dia do mês.

Cada mulher deve fazer sua própria tabela e a tabela de uma mulher não serve para outra.

No período de 6 meses em que a mulher estiver fazendo as anotações dos ciclos, ela deverá utilizar outro método, com exceção da pílula, pois esta interfere na regularização dos ciclos.

Os ciclos irregulares e a lactação são contraindicações no uso desse método.

Os profissionais de saúde deverão construir a tabela junto com a mulher e refazer os cálculos todas as vezes que forem necessárias, até que a mulher se sinta segura para tal, devendo retornar à unidade dentro de 1 mês e, depois, de 6 em 6 meses.

b) Método da Temperatura Basal Corporal

É o método que permite identificar o período fértil por meio das oscilações de temperatura que ocorrem durante o ciclo menstrual, com o corpo em repouso.

Antes da ovulação, a temperatura do corpo da mulher permanece em nível mais baixo. Após a ovulação, com a formação do corpo lúteo e o consequente aumento da produção de progesterona, que tem efeito hipertérmico, a temperatura do corpo se eleva ligeiramente e permanece assim até a próxima menstruação.

Como construir a Tabela ou Gráfico de Temperatura?

A partir do 1º dia do ciclo menstrual, deve-se verificar e anotar a temperatura todos os dias, antes de se levantar da cama, depois de um período de repouso de 3 a 5 horas, usando-se sempre o mesmo termômetro.

A temperatura deve ser verificada sempre no mesmo local: na boca, no reto ou na vagina. A temperatura oral deve ser verificada em um tempo mínimo de 5 minutos e as temperaturas retal e vaginal, no mínimo 3 minutos, observando-se sempre o mesmo horário para que não haja alteração do gráfico de temperatura.

Caso a mulher esqueça-se de verificar a temperatura um dia, deve recomeçar no próximo ciclo.

Registrar a temperatura a cada dia do ciclo em um papel quadriculado comum, em que as linhas horizontais referem-se às temperaturas, e as verticais, aos dias do ciclo. Após a marcação, ligar os pontos referentes a cada dia, formando uma linha que vai do 1º ao 2º, do 2º ao 3º, do 3º ao 4º dia e daí por diante.

Em seguida, verificar a ocorrência de um aumento persistente da temperatura basal por 3 dias seguidos, no período esperado da ovulação.

O aumento da temperatura varia entre 0,2°C a 0,6°C. A diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas indica que a ovulação ocorreu e a temperatura se manterá alta até a época da próxima menstruação.

O período fértil termina na manhã do 3º dia em que for observada a temperatura elevada. Portanto, para evitar gravidez, o casal deve abster-se de relações sexuais, com penetração, durante toda a primeira fase do ciclo até a manhã do 3º dia de temperatura elevada.

Após 3 meses de realização do gráfico da temperatura, pode-se prever a data da ovulação e, a partir daí, a abstinência sexual poderá ficar limitada ao período de 4 a 5 dias antes da data prevista da ovulação até a manhã do 3º dia de temperatura alta. Os casais que quiserem engravidar devem manter relações sexuais neste período.

Durante estes 3 meses, enquanto estiver aprendendo a usar a tabela da temperatura, deverá utilizar outro método contraceptivo, com exceção do contraceptivo hormonal.

A ocorrência de qualquer fator que pode vir a alterar a temperatura deve ser anotada no gráfico. Como exemplo, tem-se: mudança no horário de verificação da temperatura; perturbações do sono e/ou emocionais; algumas doenças que podem elevar a temperatura; mudanças de ambiente e uso de bebidas alcoólicas.

Esse método é contraindicado em casos de irregularidades menstruais, amenorreia, estresse, mulheres com períodos de sono irregular ou interrompido (por exemplo, trabalho noturno).

Assim como no método do calendário, para a construção do gráfico ou tabela de temperatura, a mulher e/ou casal deverá contar com a orientação de profissionais de saúde e neste caso em especial, no decorrer dos três primeiros meses de uso, quando, a partir daí, já se poderá prever o período da ovulação. O retorno da cliente deverá se dar, pelo menos, em seis meses após o início do uso do método. Em seguida, os retornos podem ser anuais.

c) Método da ovulação ou do muco cervical ou Billings

É o método que indica o período fértil por meio das características do muco cervical e da sensação de umidade por ele provocada na vulva.

O muco cervical é produzido pelo colo do útero, tendo como função umidificar e lubrificar o canal vaginal. A quantidade de muco produzida pode oscilar ao longo dos ciclos

Para evitar a gravidez, é preciso conhecer as características do muco. Isto pode ser feito observando-se diariamente a presença ou ausência do muco através da sensação de umidade ou seca no canal vaginal ou através da limpeza da vulva com papel higiênico, antes e após urinar. Esta observação pode ser feita visualizando-se a presença de muco na calcinha ou através do dedo no canal vaginal.

Logo após o término da menstruação, tem-se, em geral, uma fase seca (fase pré-ovulatória). Quando aparece muco nesta fase, geralmente é opaco e pegajoso.

Na fase ovulatória, o muco, que inicialmente era esbranquiçado, turvo e pegajoso, vai-se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo, podendo-se puxá-lo em fio. Isto ocorre porque neste período os níveis de estrogênio estão elevados e é nesta fase que o casal deve abster-se de relações sexuais, com penetração, pois há risco de gravidez.

O casal que pretende engravidar deve aproveitar este período para ter relações sexuais.

O último dia de muco lubrificante, escorregadio e com elasticidade máxima, chama-se dia ápice, ou seja, o muco com a máxima capacidade de facilitar a espermomigração. Portanto, o dia ápice só pode ser identificado a posteriori e significa que em mais ou menos 48 horas a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer.

Na fase pós-ovulatória, já com o predomínio da progesterona, o muco forma uma verdadeira rolha no colo uterino, impedindo que os espermatozoides penetrem no canal cervical. É um muco pegajoso, branco ou amarelado, grumoso, que dá sensação de seca no canal vaginal.

No 4º dia após o dia ápice, a mulher entra no período de infertilidade.

As relações sexuais devem ser evitadas desde o dia em que aparece o muco grosso até quatro dias depois do aparecimento do muco elástico.

No início, é bom examinar o muco mais de uma vez ao dia, fazendo o registro à noite, preferencialmente, no mesmo horário. É importante anotar as características do muco e os dias de relações sexuais.

Quando notar, no mesmo dia, mucos com características diferentes, à noite, na hora de registrar, deve considerar o mais indicativo de fertilidade (mais elástico e translúcido).

No período de aprendizagem do método, para identificar os dias em que pode ou não ter relações sexuais, o casal deve observar as seguintes recomendações:

Só deve manter relações sexuais na fase seca posterior à menstruação e, no máximo, dia sim, dia não, para que o sêmen não interfira na avaliação.

Evitar relações sexuais nos dias de muco, até três dias após o dia ápice.

É importante ressaltar que o muco não deve ser examinado no dia em que a mulher teve relações sexuais, devido à presença de esperma; depois de utilizar produtos vaginais ou duchas e lavagens vaginais; durante a excitação sexual; ou na presença de leucorreias.

É recomendável que durante o 1º ciclo, o casal se abstenha de relações sexuais. Os profissionais de saúde devem acompanhar semanalmente o casal no 1º ciclo e os retornos se darão, no mínimo, uma vez ao mês do 2º ao 6º ciclo e semestral a partir daí.

d) Método sintotérmico

Baseia-se na combinação de múltiplos indicadores de ovulação, conforme os anteriormente citados, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade.

Associa a observação dos sinais e sintomas relativos à temperatura basal corporal e ao muco cervical, levando em conta parâmetros subjetivos (físicos ou psicológicos) que possam indicar ovulação, tais como sensação de peso ou dor nas mamas, dor abdominal, variações de humor e da libido, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, pequeno sangramento intermenstrual, dentre outros.

Os métodos de barreira são aqueles que não permitem a entrada de espermatozoides no canal cervical.

e) Condôm Masculino

Também conhecido como camisinha, camisa de vênus ou preservativo, é uma capa de látex bem fina, porém resistente, descartável, que recobre o pênis completamente durante o ato sexual.

Evita a gravidez, impedindo que os espermatozoides penetrem no canal vaginal, pois retém o sêmen ejaculado. O condôm protege contra as doenças sexualmente transmissíveis e por isso seu uso deve ser estimulado em todas as relações sexuais.

Deve ser colocado antes de qualquer contato do pênis com os genitais femininos, porque alguns espermatozoides podem escapar antes da ejaculação.

Deve ser colocado com o pênis ereto, deixando um espaço de aproximadamente 2 cm na ponta, sem ar, para que o sêmen seja depositado sem que haja rompimento da camisinha.

As camisinhas devem ser guardadas em lugar fresco, seco e de fácil acesso ao casal. Não deve ser esticada ou inflada, para efeito de teste. Antes de utilizá-la, certifique-se do prazo de validade. Mesmo que esteja no prazo, não utilizá-la quando perceber alterações como mudanças na cor, na textura, furo, cheiro diferente, mofo ou outras. A camisinha pode ou não já vir lubrificada de fábrica.

A colocação pode ser feita pelo homem ou pela mulher. Sua manipulação deve ser cuidadosa, evitando-se unhas longas que podem danificá-la. Deve-se observar se o canal vaginal está suficientemente úmido para permitir uma penetração que provoque pouca fricção, evitando-se assim que o condôm se rompa.

Lubrificantes oleosos como a vaselina não podem ser utilizados. Caso necessário, utilizar lubrificantes a base de água. Cremes, geleias ou óvulos vaginais espermicidas podem ser utilizados em associação com a camisinha. Após a ejaculação, o pênis deve ser retirado ainda ereto. As bordas da camisinha devem ser pressionadas com os dedos, ao ser retirado, para evitar que o sêmen extravase ou que o condôm se desprenda e fique na vagina. Caso isto ocorra, é só puxar com os dedos e colocar espermicida na vagina, com um aplicador. Caso não consiga retirar a camisinha, coloque espermicida e depois procure um posto de saúde para que a mesma seja retirada. Nestes casos, não faça lavagem vaginal pois ela empurra ainda mais o espermatozoide em direção ao útero. Após o uso, deve-se dar um nó na extremidade do condôm para evitar o extravasamento de sêmen e jogá-lo no lixo e nunca no vaso sanitário. O uso do condôm é contraindicado em casos de anomalias do pênis e de alergia ao látex.

f) Condôm feminino ou camisinha feminina

Feita de poliuretano, a camisinha feminina tem forma de saco, de aproximadamente 25 cm de comprimento, com dois anéis flexíveis, um em cada extremidade. O anel menor fica na parte fechada

do saco e é este que, sendo introduzido no canal vaginal, irá se encaixar no colo do útero. O anel maior fica aderido às bordas do lado aberto do saco e ficará do lado de fora, na vulva. Deste modo, a camisinha feminina se adapta e recobre internamente toda a vagina.

Assim, impede o contato com o sêmen e conseqüentemente tem ação preventiva contra as DST.

Já está sendo disponibilizada em nosso meio. Sua divulgação tem sido maior em algumas regiões do país, sendo ainda pouco conhecida em outras.

g) Espermaticida ou Espermicida

São produtos colocados no canal vaginal, antes da relação sexual. O espermicida atua formando uma película que recobre o canal vaginal e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozoides no canal cervical e, bioquimicamente, imobilizando ou destruindo os espermatozoides, impedindo desta forma a gravidez.

Podem se apresentar sob a forma de cremes, geleias, óvulos e espumas.

Cada tipo vem com suas instruções para uso, as quais devem ser seguidas. Em nosso meio, a geleia espermicida é a mais conhecida. A geleia espermicida deve ser colocada na vagina com o auxílio de um aplicador. A mulher deve estar deitada e após a colocação do medicamento, não deve levantar-se mais, para evitar que esta esorra. O aplicador, contendo o espermaticida, deve ser inserido o mais profundamente possível no canal vaginal. Da mesma forma, quando os espermaticidas se apresentarem sob a forma de óvulos, estes devem ser colocados com o dedo ou com aplicador próprio no fundo do canal vaginal. É recomendável que a aplicação da geleia seja feita até, no máximo, 1 hora antes de cada relação sexual, sendo ideal o tempo de 30 minutos para que o agente espermaticida se espalhe adequadamente na vagina e no colo do útero. Deve-se seguir a recomendação do fabricante, já que pode haver recomendação de tempos diferentes de um produto para o outro. Os espermaticidas devem ser colocados de novo, se houver mais de uma ejaculação na mesma relação sexual. Se a ejaculação não ocorrer dentro do período de segurança garantido pelo espermicida, deve ser feita outra aplicação. Deve-se evitar o uso de duchas ou lavagens vaginais pelo menos 8 horas após o coito. Caso se observe algum tipo de leucorréia, prurido e ardência vaginal ou peniana, interromper o uso do espermaticida. Este é contra-indicado para mulheres que apresentem alto risco gestacional

h) Diafragma

É uma capa de borracha que tem uma parte côncava e uma convexa, com uma borda de metal flexível ou de borracha mais espessa que pode ser encontrada em diversos tamanhos, sendo necessária avaliação pelo médico e/ou enfermeiro, identificando a medida adequada a cada mulher

A própria mulher o coloca no canal vaginal, antes da relação sexual, cobrindo assim o colo do útero, pois suas bordas ficam situadas entre o fundo de saco posterior da vagina e o púbis.

Para ampliar a eficácia do diafragma, recomenda-se o uso associado de um espermaticida que deve ser colocado no diafragma em quantidade correspondente a uma colherinha de café no fundo do mesmo, espalhando-se com os dedos. Depois, colocar mais um pouco por fora, sobre o anel.

O diafragma impedirá, então, a gravidez por meio da barreira mecânica e, ainda assim, caso algum espermatozoide consiga escapar, se deparará com a barreira química, o espermaticida.

Para colocar e retirar o diafragma, deve-se escolher uma posição confortável (deitada, de cócoras ou com um pé apoiado sobre uma superfície qualquer), colocar o espermaticida, pegar o diafragma pelas bordas e apertá-lo no meio de modo que ele assuma o formato de um 8.

Com a outra mão, abrir os lábios da vulva e introduzi-lo profundamente na vagina. Após, fazer um toque vaginal para verificar se está bem colocado, ou seja, certificar-se de que está cobrindo todo o colo do útero.

Se estiver fora do lugar, deverá ser retirado e recolocado até acertar. Para retirá-lo, é só encaixar o dedo na borda do diafragma e puxá-lo para fora e para baixo.

É importante observar os seguintes cuidados, visando o melhor aproveitamento do método: urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma (a bexiga cheia poderá dificultar a colocação); antes do uso, observá-lo com cuidado, inclusive contra a luz, para identificar possíveis furos ou outros defeitos; se a borracha do diafragma ficar enrugada, ele deverá ser trocado imediatamente.

O espermaticida só é atuante para uma ejaculação. Caso aconteça mais de uma, deve-se fazer uma nova aplicação do espermaticida, por meio do aplicador vaginal, sem retirar o diafragma.

O diafragma só deverá ser retirado de 6 a 8 horas após a última relação sexual, evitando-se o uso de duchas vaginais neste período. O período máximo que o diafragma pode permanecer dentro do canal vaginal é de 24 horas. Mais que isto, poderá favorecer infecções.

Após o uso, deve-se lavá-lo com água fria e sabão neutro, enxaguar bem, secar com um pano macio e polvilhar com amido ou talco neutro. Não usar água quente. Guardá-lo em sua caixinha, longe do calor e da luz.

Será necessário reavaliar o tamanho do diafragma depois de gravidez, aborto, ganho ou perda de peso (superior a 10 kg) e cirurgias de períneo. Deverá ser trocado rotineiramente a cada 2 anos.

As contra-indicações para o uso desse método ocorrem no caso de mulheres que nunca tiveram relação sexual, configuração anormal do canal vaginal, prolapso uterino, cistocele e/ou retocele acentuada, anteversão ou retroversão uterina acentuada, fístulas vaginais, tônus muscular vaginal deficiente, cervicites e outras patologias do colo do útero, leucorreias abundantes, alterações psíquicas graves, que impeçam o uso correto do método.

i) Os contraceptivos hormonais orais

Constituem um outro método muito utilizado pela mulher brasileira; são hormônios esteroides sintéticos, similares àqueles produzidos pelos ovários da mulher.

Quando a mulher faz opção pela pílula anticoncepcional, ela deve ser submetida a uma criteriosa avaliação clínico-ginecológica, durante a qual devem ser realizados e solicitados diversos exames, para avaliação da existência de possíveis contra-indicações.

O contraceptivo hormonal oral só impedirá a gravidez se tomado adequadamente. Cada tipo de pílula tem uma orientação específica a considerar.

j) DIU (Dispositivo Intrauterino)

É um artefato feito de polietileno, com ou sem adição de substâncias metálicas ou hormonais, que tem ação contraceptiva quando posto dentro da cavidade uterina.

Também podem ser utilizados para fins de tratamento, como é o caso dos DIUs medicados com hormônios.

Podem ser classificados em DIUs não medicados aqueles que não contêm substâncias ativas e, portanto, são constituídos apenas de polietileno; DIUs medicados que além da matriz de polietileno possuem substâncias que podem ser metais, como o cobre, ou hormônios.

Os DIUs mais utilizados são os T de cobre (TCu), ou seja, os DIUs que têm o formato da letra T e são medicados com o metal cobre.

O aparelho vem enrolado em um fio de cobre bem fino.

A presença do DIU na cavidade uterina provoca uma reação inflamatória crônica no endométrio, como nas reações a corpo estranho. Esta reação provavelmente determina modificações bioquímicas

cas no endométrio, o que impossibilita a implantação do ovo. Outra ação do DIU é o aumento da contratilidade uterina, dificultando o encontro do espermatozoide com o óvulo. O cobre presente no dispositivo tem ação espermicida.

A colocação do DIU é simples e rápida. Não é necessário anestesia. É realizada em consultório e para a inserção é utilizado técnica rigorosamente asséptica.

A mulher deve estar menstruada. A menstruação, além de ser uma garantia de que não está grávida, facilita a inserção, pois neste período o canal cervical está mais permeável. Após a inserção, a mulher é orientada a verificar a presença dos fios do DIU no canal vaginal.

Na primeira semana de uso do método, a mulher não deve ter relações sexuais. O Ministério da Saúde recomenda que após a inserção do DIU a mulher deva retornar ao serviço para revisões com a seguinte periodicidade: 1 semana, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 12 meses. A partir daí, se tudo estiver bem, o acompanhamento será anual, com a realização do preventivo.

O DIU deverá ser retirado quando a mulher quiser, quando tiver com a validade vencida ou quando estiver provocando algum problema.

A validade do DIU varia de acordo com o tipo. A validade do DIU Tcu, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, varia de 3 a 7 anos.

Os problemas que indicam a retirada do DIU são dor severa, sangramento intenso, doença pélvica inflamatória, expulsão parcial, gravidez (até a 12ª semana de gravidez, se os fios estiverem visíveis ao exame especular, pois indica que o saco gestacional está acima do DIU, e se a retirada não apresentar resistência).

Assistência aos Casais Portadores de Esterilidade e Infertilidade

A esterilização cirúrgica foi maciçamente realizada nas mulheres brasileiras, a partir das décadas de 60 e 70, por entidades que sob o rótulo de “planejamento familiar” desenvolviam programas de controle da natalidade em nosso país. O reconhecimento da importância e complexidade que envolve as questões relativas à esterilização cirúrgica tem se refletido no âmbito legal. A Lei do Planejamento Familiar de 1996 e as Portarias 144/97 e 48/99 do Ministério da Saúde normatizam os procedimentos, permitindo que o Sistema Único de Saúde (SUS) realize, em acesso universal. Os critérios legais para a realização da esterilização cirúrgica pelo SUS são: ter capacidade civil plena; ter no mínimo 2 filhos vivos ou ter mais de 25 anos de idade, independente do número de filhos; manifestar, por escrito, a vontade de realizar a esterilização, no mínimo 60 dias antes da realização da cirurgia; ter tido acesso a serviço multidisciplinar de aconselhamento sobre anticoncepção e prevenção de DST/AIDS, assim como a todos os métodos anticoncepcionais reversíveis; ter consentimento do cônjuge, no caso da vigência de união conjugal.

No caso do homem, a cirurgia é a vasectomia, que interrompe a passagem, pelos canais deferentes, dos espermatozoides produzidos nos testículos, impedindo que estes saiam no sêmen. Na mulher, é a ligadura de trompas ou laqueadura tubária que impede o encontro do óvulo com o espermatozoide.

O serviço que realizar o procedimento deverá oferecer todas as alternativas contraceptivas visando desencorajar a esterilização precoce.

Deverá, ainda, orientar a cliente quanto aos riscos da cirurgia, efeitos colaterais e dificuldades de reversão. A lei impõe restrições quanto à realização da laqueadura tubária por ocasião do parto cesáreo, visando coibir o abuso de partos cirúrgicos realizados exclusivamente com a finalidade de realizar a esterilização.

A abordagem desta problemática deve ser sempre conjugal. Tanto o homem quanto a mulher podem possuir fatores que contribuam para este problema, ambos devem ser investigados.

A esterilidade é a incapacidade do casal obter gravidez após pelo menos um ano de relações sexuais frequentes, com ejaculação intravaginal, sem uso de nenhum método contraceptivo. Pode ser classificada em primária ou secundária. A esterilidade primária é quando nunca houve gravidez. Já a secundária, é quando o casal já conseguiu obter, pelo menos, uma gravidez e a partir daí passou a ter dificuldades para conseguir uma nova gestação.

A infertilidade é a dificuldade de o casal chegar ao final da gravidez com filhos vivos, ou seja, conseguem engravidar, porém as gestações terminam em abortamentos espontâneos ou em natimortos.

A infertilidade também pode ser classificada em primária ou secundária. A infertilidade primária é quando o casal não conseguiu gerar nenhum filho vivo. A secundária é quando as dificuldades em gerar filhos vivos acontecem com casais com filhos gerados anteriormente.

De acordo com o Ministério da Saúde, para esta classificação não são consideradas as gestações ou os filhos vivos que qualquer dos membros do casal possa ter tido com outro(a) parceiro(a).

A esterilidade/infertilidade, com frequência, impõe um estresse e tensão no inter-relacionamento. Os clientes costumam admitir sentimentos de culpa, ressentimentos, suspeita, frustração e outros. Pode haver uma distorção da autoimagem, pois a mulher pode considerar-se improdutiva e o homem desmasculinizado.

Portanto, na rede básica caberá aos profissionais de saúde dar orientações ao casal e encaminhamento para consulta no decorrer da qual se iniciará a investigação diagnóstica com posterior encaminhamento para os serviços especializados, sempre que necessário.

Assistência de Enfermagem à Gestante

Diagnosticando a Gravidez

Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de gravidez, mais fácil será o acompanhamento do desenvolvimento do embrião/feto e das alterações que ocorrem no organismo e na vida da mulher, possibilitando prevenir, identificar e tratar eventuais situações de anormalidades que possam comprometer a saúde da grávida e de sua criança (embrião ou feto), desde o período gestacional até o puerpério.

Este diagnóstico também pode ser feito tomando-se como ponto de partida informações trazidas pela mulher. Para tanto, faz-se importante sabermos se ela tem vida sexual ativa e se há referência de amenorreia (ausência de menstruação). A partir desses dados e de um exame clínico são identificados os sinais e sintomas físicos e psicológicos característicos, que também podem ser identificados por exames laboratoriais que comprovem a presença do hormônio gonadotrofina coriônica e/ou exames radiográficos específicos, como a ecografia gestacional ou ultrassonografia.

Os sinais e sintomas da gestação dividem-se em três categorias que, quando positivas, confirmam o diagnóstico. É importante lembrar que muitos sinais e sintomas presentes na gestação podem também aparecer em outras circunstâncias. Visando seu maior conhecimento, identificaremos a seguir os sinais e sintomas gestacionais mais comuns e que auxiliam o diagnóstico.

Sinais de presunção – são os que sugerem gestação, decorrentes, principalmente, do aumento da progesterona:

a) **Amenorreia** - frequentemente é o primeiro sinal que alerta para uma possível gestação. É uma indicação valiosa para a mulher que possui menstruação regular; entretanto, também pode ser re-