

SAÚDE DA MULHER: A ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS NO PERÍODO DE 1984 A 2009

WOMEN'S HEALTH NURSING AND NATIONAL PUBLIC PROGRAMS AND POLICIES BETWEEN 1984 AND 2009

SALUD DE LA MUJER: LA ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES ENTRE 1984 Y 2009

Ludmilla Taborda Moreira Assis¹
Betânia Maria Fernandes²

RESUMO

Neste estudo, trata-se das ações da enfermagem nos programas e políticas públicos nacionais direcionados à saúde da mulher. Os objetivos foram identificar e analisar a atuação da enfermagem nas políticas públicas e programas para as mulheres no período de 1984 a 2009. Adotou-se uma abordagem metodológica qualitativa e a técnica de coleta de dados foi por meio da análise documental. Os resultados encontrados das ações da enfermagem nos programas foram categorizados nas quatro dimensões do cuidar: Assistência direta, Educação, Administração e Investigação. As ações propostas para a atuação da enfermagem não tiveram nenhuma modificação expressiva, entretanto as enfermeiras passaram a realizar, de fato, algumas das atividades determinadas nos documentos. Identificou-se que nos documentos publicados após a década de 1980 houve o fortalecimento e o reconhecimento da prática, da autonomia e da competência técnica-científica da enfermagem.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Enfermagem; Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify and analyze women's health nursing actions in national health programs and public policies from 1984 to 2009. We adopted a qualitative methodology approach and data collection used document analysis. The study resulted in the nursing actions on national programs being divided into four scopes of care: direct care, education, administration and investigation. Although the nursing actions proposed by the national health programs and policies presented no significant changes nurses started to actually perform some of the measures specified in them. The documents published after the 80's acknowledged the nursing practice, its autonomy and the profession's technical and scientific competence.

Keywords: Women's Health; Nursing; Health Policy.

RESUMEN

Este trabajo estudia las acciones de la enfermería en los programas y políticas nacionales dirigidos a la salud de la mujer. Tiene por objetivo identificar y analizar la actuación de la enfermería en las políticas públicas y programas para las mujeres entre 1984 y 2009. Fue utilizado el enfoque metodológico cualitativo y la técnica de recogida de datos a través del análisis documental. Los resultados de las acciones de la enfermería en los programas fueron divididos en las cuatro dimensiones del cuidado: Atención directa, Educación, Administración e Investigación. Las acciones propuestas para la actuación de la enfermería no tuvieron ninguna modificación significativa; sin embargo, las enfermeras comenzaron a realizar, de hecho, algunas de las actividades determinadas en los documentos. En los documentos publicados después de los años 80 se observó mayor fortalecimiento y reconocimiento de la práctica, autonomía y competencia técnica-científica de la enfermería.

Palabras clave: Salud de la Mujer; Enfermería; Políticas de Salud.

¹ Enfermeira graduada e licenciada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)-MG.

² Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Docente da UFJF-MG, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Endereço para correspondência – Avenida Portugal, nº 5.365, bloco 3, apto. 301 – Belo Horizonte-MG.. CEP: 31710-400, E-mail: ludtabordinha@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença é resultante da atuação de fatores ambientais, sociais, econômicos, como o acesso à alimentação, renda, condições de trabalho e moradia, culturais e históricos. Isso significa que a morbimortalidade varia segundo o tempo, o espaço e o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região. As mulheres adoecem mais frequentemente, fato mais relacionado com a situação de discriminação e desigualdade do que com fatores biológicos de vulnerabilidade.¹

Os homens estão em melhores condições de inserção no mercado de trabalho que as mulheres e recebem salários maiores. A morte materna está entre as dez primeiras causas de óbito feminino e entre as causas da mortalidade materna. O abortamento realizado em condições inseguras representa um grave problema de saúde pública. O acesso a anticoncepção não é amplamente oferecido. As mulheres são mais vulneráveis ao acometimento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e aids e à violência sexual e doméstica. São também marginalizadas nos meios de vida do campo, tendo seu ofício considerado como apenas ajuda aos homens. O acesso ao pré-natal é um problema significativo para as mulheres da população rural, das regiões Norte e Nordeste e o parto domiciliar em muitas situações é a única opção disponível para atendê-las. Jovens e idosas têm menores oportunidades de inserção no mercado de trabalho. As presidiárias cumprem pena em espaços inadequados e em situações insalubres, além de serem abandonadas pelos seus parceiros, não terem garantia plena de visitas íntimas e sofrerem repressão nos casos de relações homossexuais.²

As mulheres constituem a maioria da população brasileira (50,77%) e são tradicionalmente as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para acompanhar os filhos ou as pessoas que estejam sob seus cuidados, como pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos, seja para cuidarem de si mesmas. Constituem, portanto, um importante segmento social para as políticas de saúde pública, pela importância numérica e porque as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam forte impacto nas condições de saúde feminina.³

As políticas públicas e programas de saúde podem ser definidos como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. Integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção,

proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.⁴

As políticas e os programas voltados para a assistência à saúde da mulher foram formulados, no Brasil, no bojo das políticas nacionais de saúde na primeira metade da década de 1930. Nesse período, estiveram limitados às demandas relativas à gravidez e ao parto. Foram atualizados nas décadas de 1950 e 1970, porém mantiveram a visão precária sobre a mulher, dando conta apenas da sua especificidade biológica. Sem exceção, eram políticas e programas verticalizados e sem integração com outras ações propostas do governo federal. As metas eram definidas em nível central e sem qualquer avaliação das necessidades de saúde da população local, por isso não geravam maior impacto nos indicadores de saúde da mulher.⁵

Em 1984, o Ministério da Saúde publicou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Pela primeira vez, a mulher foi considerada sujeito ativo da sua própria saúde e todas as etapas da sua vida foram consideradas.⁶ Porém, embora tenha trazido uma conotação diferente, o enfoque reprodutivo com práticas assistenciais tradicionais persistiu.

Decorridos vinte anos da publicação do PAISM, foi formulada uma nova política pública de assistência à saúde da mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004, que ampliou as ações de saúde para grupos historicamente alijados das políticas públicas, como as trabalhadoras rurais, as mulheres negras, mulheres na menopausa e na terceira idade, mulheres com transtornos mentais e deficiências, mulheres lésbicas, indígenas e presidiárias.³

Em 2008, quatro anos depois, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi aprovado e incluiu seis novas áreas estratégicas para se somar àquelas abordadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.² São elas:

Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; Direito a terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; Cultura, comunicação e mídia não discriminatórias; Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e Enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas.^{2:20}

Quanto à enfermagem, observamos que a história da enfermagem brasileira acompanhou a política de saúde adotada pelo País.

A primeira escola de enfermagem do Brasil foi criada em 1890. Entretanto, apenas em 1920, com o esboço da primeira política de saúde do Estado, é que surgiu a necessidade de normatizar o trabalho de enfermagem. A princípio, a fiscalização da profissão ficou a cargo

do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, cujo quadro de pessoal não possuía enfermeiras.^{3*} Em 1975, com a criação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), enfermeiras do órgão passaram a disciplinar e a fiscalizar o exercício profissional da própria categoria.⁷

Na década de 1960, com o golpe militar de 1964, o Estado interveio na saúde. O regime autoritário privilegiou a prática especializada centrada na cura e no indivíduo, em prejuízo das medidas de prevenção e promoção do bem-estar da coletividade. A enfermagem seguiu essa orientação nacional, e tanto os profissionais de nível superior como os de nível médio passaram a se concentrar no ambiente hospitalar.⁸

No que diz respeito à saúde da mulher, desde as primeiras políticas, a enfermagem foi caracterizada pela execução de tarefas e procedimentos tradicionais.⁸

As ações de enfermagem estavam presentes em diversas atividades, como: inscrição, consulta de enfermagem, vacinação, visita domiciliar, pré-consulta, pós-consulta, suplementação alimentar e nutricional, encaminhamentos de rotina, exames laboratoriais, preventivo de câncer, educação para a saúde, orientação e controle de partos legais. A assistência ao parto poderia ser realizada pela enfermeira obstetra, segundo a Lei do Exercício Profissional (LEP), porém o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) não o reconhecia. Assim, quem recebia pelo procedimento eram os médicos.⁸

Na enfermagem existiam divergências quanto à realização da consulta. Algumas enfermeiras a realizavam e compreendiam seu valor e outras, não. A consulta de enfermagem constava de: recepção da usuária; levantamento das queixas, idade, antecedentes obstétricos, critérios de risco, medidas antropométricas e da pressão arterial, coloração das mucosas; pesquisa de edema; medida de fundo de útero; ausculta fetal; orientação de acordo com a situação encontrada; pedido de exames complementares de rotina; prescrição e fornecimento de sulfato ferroso a partir do início do terceiro trimestre da gestação; encaminhamentos necessários; agendamento do comparecimento seguinte e registro em formulário próprio.⁸

As enfermeiras permaneceram subutilizadas nas políticas e programas de saúde para a população feminina até que no PAISM “se atribuísssem responsabilidades à equipe multiprofissional, não mais reforçando a hegemonia médica no fazer ou executar as atividades de proteção à mulher”.^{8:227} Porém, embora todos os trabalhadores tenham sido considerados fundamentais na atenção à saúde das mulheres, na prática cotidiana, ainda há tratamento diferenciado entre as categorias profissionais quanto ao nível de autoridade, à jornada de trabalho e ao salário.

Entretanto, a relevância da atuação da enfermagem nas políticas públicas e programas nacionais destinados às mulheres tem sido colocada por instituições e entidades internacionais e nacionais – por exemplo, o Ministério da Saúde (MS) que desenvolveu um programa de educação

continuada para a categoria numa estratégia de resgatar o compromisso social das profissionais e para valorizar o seu trabalho, já que no quantitativo da força de trabalho empregada, a contribuição dessas trabalhadoras é majoritária.⁹

O conhecimento das políticas e programas públicos destinados à população feminina e à assistência à mulher na atenção primária à saúde despertou o desejo de pesquisar como é a “atuação da enfermagem nas políticas e programas nacionais para a saúde da mulher” e teve como objetivos identificar e analisar a atuação da enfermagem nessas políticas e programas no período de 1984 a 2009.

METODOLOGIA

Como proposta metodológica, optou-se por uma abordagem qualitativa e a coleta das informações se deu por meio da análise documental.

A pesquisa documental consiste na análise de materiais visando a uma interpretação além das que podem existir. Assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença entre ambas está apenas no fato de que na pesquisa bibliográfica utilizam-se fontes produzidas por diversos autores sobre determinado assunto e na pesquisa documental a fonte consiste em documentos que podem ou não já terem sido explorados. As vantagens são a riqueza e a estabilidade dos dados, a possibilidade do conhecimento do passado e a obtenção de dados com menor custo e sem o contato com os sujeitos da pesquisa.¹⁰

As fontes primárias utilizadas foram: documentos de âmbito governamental que atendiam aos critérios de inclusão: políticas e programas nacionais de saúde da mulher publicados pelo Ministério da Saúde no período de 1984 a 2009. As fontes secundárias, constituídas de livros, artigos e dissertações, utilizados para auxiliar na análise e compreensão do contexto histórico, social e econômico no qual as políticas e programas nacionais de saúde da mulher, assim como a atuação da enfermagem neles, estão inseridas no período referido.

As fontes primárias utilizadas estão listadas na TAB. 1.

Com base na coleta de informações, os dados foram digitados e analisados. A identificação das ações realizadas pela enfermagem, inicialmente, foi coletada em cada um dos documentos citados acima, separadamente, e posteriormente foram agrupadas em categorias nas quatro dimensões do cuidar: Assistir; Educar; Administrar; e Investigar.

A coleta das informações nas fontes primárias foi alcançada na página eletrônica do Ministério da Saúde, na área específica de saúde da mulher, durante o mês de junho e julho de 2009. A leitura e a análise dos documentos foram realizadas no período compreendido entre julho e outubro e o relatório do estudo foi elaborado no mês de novembro do referido ano.

TABELA 1 – Fontes primárias utilizadas para a coleta de dados da pesquisa

PUBLICAÇÃO	ANO
1. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	1984
2. Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: assistência de enfermagem à mulher, criança e adolescentes em serviços locais de saúde	1994
3. Assistência pré-natal	1998
4. Assistência pré-natal: manual técnico	2000
5. Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco	2001
6. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada	2001
7. Falando sobre câncer do colo do útero	2002
8. Falando sobre câncer de mama	2002
9. Assistência em planejamento familiar: manual técnico	2002
10. Planejamento Familiar: manual para o gestor	2002
11. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres	2003
12. Programa Nacional de Aleitamento Materno	2003
13. Plano Nacional: diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas	2003
14. Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004 a 2007	2003
15. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes	2004
16. Atenção à saúde das mulheres negras	2005
17. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica	2005
18. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde	2005
19. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama	2006
20. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico	2006
21. HIV/aids, hepatites e outras DST	2006
22. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis	2006
23. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DSTs	2007
24. Conversando com a gestante	2008
25. Manutenção de atenção à mulher no climatério/menopausa	2008
26. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	2008
27. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço	2008
28. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica sexual: matriz pedagógica para formação de redes	2009

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidar é a essência da prática da enfermagem e não pode ser compreendido apenas como a realização de uma tarefa ou atividades relacionadas ao assistir direto. Deve ser entendido numa visão ampla, numa ótica multidimensional, abrangendo ações de assistência, educação, administração e investigação.¹¹ As categorias apresentadas a seguir foram elaboradas com base nessa concepção, sendo classificadas em: Assistir; Educar; Administrar; e Investigar.

Assistir

A assistência direta à usuária, primeiramente, necessita de uma prática denominada "acolhimento". O acolhimento

é incentivado e enfatizado nas políticas e manuais destinados à atenção à saúde da população feminina publicados pelo MS.

O acolhimento, na prática cotidiana dos serviços, se expressa na relação estabelecida entre os trabalhadores e as trabalhadoras de saúde com as usuárias por meio de atitudes como: a profissional se apresentar, chamar as usuárias pelo nome, informar as condutas e os procedimentos que serão realizados e adotados, escutar e valorizar o que é dito por elas, garantir a privacidade e a confidencialidade, dentre outros. Não consiste em uma etapa do processo, mas em uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.¹²

O assistir realizado pela enfermeira, proposto nos documentos analisados, pode ser agrupado no que se denomina "Consulta de Enfermagem":

A consulta de enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional de enfermagem com a finalidade de promover a saúde mediante diagnóstico e tratamento precoces. De acordo com a Resolução Cofen n. 272/2002, em seu artigo 1º, ao enfermeiro incube privativamente a consulta de enfermagem, a qual deve compreender histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.^{13:93-94}

Na anamnese, a coleta de dados direciona-se não somente para a queixa principal da mulher, mas também para sua história de vida pessoal e de trabalho. Inclui, dentre outros, a identificação (nome, idade, número do prontuário, estado civil, profissão, ocupação, data de nascimento, naturalidade, escolaridade); o motivo da consulta; os antecedentes pessoais (gerais, ginecológicos e obstétricos) e familiares; o uso de medicação; os problemas mamários e/ou intestinais e/ou urinários; a religião; a profissão; a ocupação atual; a renda familiar; o autoexame das mamas (AEM); as condições de moradia; os dados sobre sono e repouso; a sexualidade (libido e prazer sexual); o uso de métodos contraceptivos; e o estado nutricional.

O exame físico geral, cefalocaudal deve ser realizado em seguida, verificando os sinais vitais, glândula tireoide, mucosas, dentição, aspecto da pele, turgor, membros inferiores, higienização, tipo morfológico, distribuição de pelos, ausculta cardiopulmonar e medidas antropométricas.

O exame físico ginecológico diz respeito ao exame das mamas (inspeção estática e dinâmica, palpação e expressão papilar, bem como coletar a secreção sempre que for necessário), do abdome e da genitália feminina. O exame clínico anal também deve ser realizado com o toque retal.

Na etapa do desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem, a enfermeira deve atentar para: interferência do método contraceptivo utilizado na espontaneidade sexual; práticas que dificultam a reprodução e doenças que interferem negativamente nela; uso adequado do método anticoncepcional; desenvolvimento de condições que contraindiquem o uso da anticoncepção de escolha; detecção precoce das mulheres que estão no climatério/menopausa; déficit de conhecimento sobre amamentação; riscos que a gestante possa estar exposta; risco para distúrbios nutricionais, para o desenvolvimento de câncer de colo de útero e de mama; presença de corrimento vaginal e aparecimento de infecções; fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação; vulnerabilidade para sofrer violência doméstica e sexual e para contrair DST/aids; risco para abortamento provocado; risco de agravos das patologias já existentes; risco para o abandono

da lactação e realizar o diagnóstico gravidez, dentre outros.

Antes de finalizar a consulta de enfermagem, a enfermeira realiza o processo de tomada de decisão, prescrevendo cuidados e adotando condutas. Para a assistência integral à saúde da mulher, é imprescindível que sejam adotados nesse momento: estimular o autocuidado, o autoconhecimento, a auto-imagem; solicitar de exames, orientando o retorno da usuária para conhecimento de resultados dos exames solicitados e para o controle de cura; prevenir, identificar e tratar as intercorrências; orientar sobre o uso do preservativo e sobre a importância da dupla proteção; oportunizar diagnóstico de DST/aids; orientar sobre a fisiologia da reprodução; prescrever a quantidade suficiente do método contraceptivo utilizado até a consulta de retorno; orientar e incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis; fornecer cartão para convocação dos parceiros das mulheres nas quais foi detectada a infecção por alguma DST; esclarecer dúvidas sobre métodos contraceptivos, terapêuticos e medicamentosos (ênfasis na importância da adesão e conclusão do tratamento); realizar visita domiciliar quando necessário; encaminhar para os serviços de referência quando for necessário e realizar busca ativa das mulheres que não comparecerem às consultas nesses serviços; fornecer nome do hospital de referência no cartão da gestante; acompanhar óbito fetal segundo protocolo; realizar aconselhamento pré- e pós-teste HIV; estimular a participação do parceiro no cuidado à saúde da mulher; orientar direitos sociais e trabalhistas; orientar ordenha, armazenamento e doação de leite humano; realizar avaliação pré-concepcional; fazer a detecção precoce, o acolhimento, a atenção e o encaminhamento adequados nos casos de violência doméstica; diagnosticar anemia falciforme e o cuidado precoce desta; encaminhar acidentes de trabalho; orientar preparo e administração de fórmulas infantis e outros alimentos; captar a gestante; auxiliar parto de risco; prestar cuidados imediatos e mediatos ao recém-nascido; orientar inibição da lactação; iniciar amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido; facilitar permanência de um acompanhante no trabalho de parto; orientar métodos para alívio de dor; incentivar a prática do controle social; prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.

Há, ainda, na assistência direta, inúmeros procedimentos técnicos executados pela enfermagem, dentre os quais: aplicação do método hormonal injetável; medição do diafragma; retirada de pontos; coleta de exame preventivo; vacinação para prevenção da hepatite B e tétano; administração de quimioterapia e opiáceos; administração de medicação oral, parenteral e vaginal; realização de curativo do coto umbilical no recém-nascido e administração da vitamina A quando prescrita pelo médico; coleta de sangue; tricotomia como opção da parturiente; enteroclistma, valorizando a opinião da parturiente; cateterismo vesical; oxigenoterapia; monitorização, controle de volemia, infusão de líquidos

e acompanhamento de perdas sanguíneas durante o parto de alto risco; sinais vitais; tamponamento de vagina e massagem uterina; dentre outros.

De todas as ações de planejamento familiar para as mulheres, somente não é da competência da enfermagem prescrever métodos contraceptivos hormonais e, na assistência à infertilidade, realizar pedido e avaliar espermograma, dosagem de progesterona sérica, biópsia de endométrio, teste pós-coito, fator uterino, fator tuboperitoneal e histerossalpingografia.

Ações como inserção e retirada do dispositivo intrauterino (DIU), mamografia, episiotomia, punção por agulha fina, biópsia por agulha grossa e tratamento de lesões mamárias benignas, segundo a literatura pesquisada, devem ser realizadas por profissional treinado, porém não especifica qual categoria deve executá-las.

As lesões mamárias identificadas devem ser avaliadas pelo médico; as medicações antiácidas, antirretrovirais e a dosagem de insulina ficam a critério desses trabalhadores (que deve intercalar as consultas pré-natais com a enfermeira), bem como o tratamento de hemorroidas, mastite, náuseas, vômitos, tonturas e cefaleias permanentes.

A elevação da pressão arterial e a diabetes *mellitus*, muito comum na população negra, devem ser controladas por prescrição médica, bem como o tratamento para DST/aids e a opção pela cesariana.

Durante o pré-natal de alto risco, a enfermagem integra a equipe de atendimento à mulher, sendo, porém, do médico obstetra o papel decisivo no acompanhamento da gestante e na atuação da equipe.

Educar

É importante que os serviços de saúde promovam grupos educativos com espaços de escuta qualificada que esclareçam as dúvidas das mulheres. Os temas devem ser sugeridos pelas próprias usuárias para alimentar as discussões em grupo sob a coordenação de enfermeiras ou outras categorias profissionais sensibilizadas e qualificadas para essa ação. O compartilhamento de experiências possibilita a construção de saberes e oportuniza a expressão de sentimentos e sensações muitas vezes não elaborados conscientemente.¹⁴

Essas atividades devem ser realizadas preferencialmente em grupos e reforçadas pela ação educativa individual, adequando a disponibilidade de recursos humanos, de tempo, de estrutura física e as características desse grupo. Devem, ainda, possuir caráter participativo, com linguagem acessível, simples e precisa, podendo contar com o auxílio de dramatizações e dinâmicas, começando desde a infância, passando pela pré-adolescência e adolescência, chegando à vida adulta para, finalmente, findar-se na terceira idade.¹⁵ "As ações educativas devem estimular as mulheres, adultas e adolescentes, ao autoconhecimento e ao auto-cuidado, fortalecendo a auto-estima e a auto-determinação das mesmas".^{16:63}

O aconselhamento é citado nas propostas educativas apresentadas pelos manuais e políticas públicas publicados a partir de 2002, pelo governo, como um conceito e uma metodologia de trabalho para essas ações.

Aconselhamento é um

processo de escuta ativa individualizado e centrado no indivíduo. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.^{16:12}

Dentre os assuntos que devem ser abordados nas ações de educação à saúde com as usuárias, sempre respondendo suas dúvidas e indagações, temos: significado da menopausa; vivência da sexualidade (esclarecimento de dúvidas e tabus); alterações fisiológicas, corporais e emocionais em todas as faixas etárias; fisiologia da reprodução; vivência do envelhecer; hábitos e estilos de vida saudáveis (alimentação, hidratação e atividade física); exercícios de Kegel e fortalecimento do assoalho pélvico; uso de drogas lícitas e ilícitas; métodos contraceptivos (acesso, taxa de falha, técnica de uso, vantagens e desvantagens, efeitos secundários e critérios de elegibilidade); resgate do parto normal como algo fisiológico (sinais do início do trabalho de parto, vantagens do parto normal para a parturiente e o bebê, caráter eletivo da cesariana, práticas de relaxamento para o trabalho de parto, técnicas respiratórias que minimizam a dor, posicionamentos que auxiliam a dilatação e saída do bebê); importância do pré-natal; desenvolvimento da gestação (modificações corporais e emocionais, medos e fantasias relacionados a esse período do ciclo reprodutivo); cuidados no pós-parto com a mulher e com a criança recém-nascida; impacto do trabalho na saúde integral da mulher em todas as faixas etárias e momentos do ciclo reprodutivo; vacinação da mulher e da criança; direitos sociais (lei do acompanhante, licença maternidade e alojamento conjunto), políticos, econômicos, reprodutivos e sexuais; amamentação (vantagens para a mãe, bebê, família e sociedade; padrões de aleitamento; composição e característica do leite humano; colostro, leite de transição, leite maduro, leite de pré-termo; preparo das mamas para aleitamento; ordenha: partes envolvidas na lactação, produção e ejeção de leite materno, pega, sucção, posicionamento da criança, ciclo de sucção/deglutição/respiração, confusão de bicos, cuidados com a mama e práticas que prejudicam a iniciação e manutenção da amamentação; armazenamento e doação de leite materno; início da amamentação na primeira hora de vida; triagem neonatal; prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama e das DST/aids; autoexame das mamas; uso do preservativo para a dupla proteção; controle social; autocuidado (inclusive com a higiene bucal); autovalorização; limites, riscos e vantagens das terapias; adesão às terapias e conclusão dos tratamentos; retorno para busca de resultados e

tratamentos necessários, bem como acompanhamentos de rotina.

As atividades educativas extrapolam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos de saúde que possam ser desenvolvidos pelas usuárias. Está incluída nessa categoria a capacitação profissional. A enfermagem deve desenvolver oficinas e cursos de reciclagem para o domínio dos conhecimentos listados acima e para a transformação da prática, de forma que o profissional realize as orientações sem juízo de valor, por exemplo. As profissionais devem ser sensibilizadas para adotarem imagens não estereotipadas e discriminatórias das mulheres nas questões de gênero, etnia e orientação sexual. A enfermagem ainda é encarregada do treinamento profissional das parteiras e da capacitação de indivíduos que ocupam “cadeiras” nos conselhos de saúde, incentivando a monitoração e fiscalização da qualidade e eficiência dos serviços prestados às mulheres, bem como a efetivação das políticas públicas de saúde desenvolvidas para as mesmas.

Administrar

Administrar é transformar a informação em conhecimento e este em ação. Dessa forma, ao administrar, os objetivos propostos pela organização são interpretados e transformados em ação organizacional, utilizando-se o planejamento como estratégia a fim de alcançar tais objetivos de maneira mais adequada.¹⁷

O planejamento é a predeterminação do que deve ser feito, como deve ser feito e dos métodos e tipos de controle necessários para que os objetivos determinados sejam alcançados.¹⁸ A enfermeira deve utilizar o planejamento para programar, executar e avaliar as atividades de enfermagem com base em prioridades, objetivos e metas propostas para o controle da saúde da mulher.

A enfermagem faz: provisão e previsão de material e recursos para consultas e atividades educativas (por exemplo, instrumental para coleta de citologia oncológica e para o parto; instrumentais mínimos para o atendimento ao recém-nascido para proporcionar condições ótimas que os auxiliem a adaptação à vida extrauterina; material para prática do abortamento farmacológico, curetagem uterina etc.), bem como manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos necessários para realizar as ações propostas pelas políticas públicas e manuais publicados pelo MS; previsão, aquisição, distribuição, dispensação e cálculo de estoque reserva para garantir o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos; pedido de medicações, conferindo-as ao recebê-las e verificando as embalagens e validade delas, devolvendo-as quando não adequadas; revisão quantitativa e logística dos insumos para controle de transmissão vertical do HIV e sífilis e para prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/aids; organização do material, equipamentos e insumos, bem como do espaço físico do estabelecimento de saúde; correção preventiva dos equipamentos.

Em relação à área física, a enfermagem deve proporcionar, na medida do possível, um espaço físico adequado. Isto

é, um ambiente que favoreça o inter-relacionamento entre equipe de saúde e usuárias; que possua equipamentos e materiais permanentes mínimos para o credenciamento das unidades de saúde; que seja limpo, confortável, acolhedor e ventilado; que seja seguro, onde a privacidade seja garantida; a medicação e os métodos contraceptivos também necessitam de espaço adequado para a armazenagem e a distribuição corretas; prevenção de instalações físicas para o alojamento conjunto, para as casas abrigos e para a execução de atividades didáticas e de serviços previstos para a capacitação profissional.

A enfermeira define normas, funções e organiza rotinas, utilizando procedimentos comprovadamente benéficos e evitando intervenções desnecessárias; divulga os serviços prestados nas instituições de saúde em escolas, centros comunitários e clubes; facilita o acesso das usuárias de drogas lícitas e ilícitas ao atendimento nas instituições; elabora protocolos e fluxos de atenção integral para redes e serviços especializados com tratamento universal e gratuito; notifica acidentes de trabalho; notifica as síndromes genitais, sífilis na gestação, sífilis congênita e HIV na gestante; identifica e desenvolve ações em parceria com os serviços existentes na comunidade, como casas de apoio e de passagem; informa, processa, analisa e interpreta dados para conhecer características de nível local, realizando ações de vigilância epidemiológica pertinentes a cada caso; acompanha fluxo de referência e contra-referência; organiza o processo de trabalho da unidade para atendimento da demanda identificada na comunidade; coordena e supervisiona as atividades realizadas pela equipe de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) sob sua responsabilidade; garante a observância das normas de precaução universal a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico; fiscaliza propagandas e fornecimento de produtos que competem com a amamentação, bem como recusa brindes e amostras de fórmulas infantis e outros alimentos para lactantes, além de retirar cartazes dos mesmos das instituições de saúde; produz e distribui materiais educativos; faz relatório programático mensal de atividades e registro diário de consultas e procedimentos.

A enfermagem, na dimensão administrativa, ainda realiza reuniões periódicas para avaliar, monitorar e reprogramar condutas sempre que necessário e também a atenção prestada na instituição. A enfermagem deve saber avaliar o desempenho global de cada trabalhador e do grupo, por meio de um processo contínuo que tenha por base padrões e objetivos predeterminados e que devem ser satisfeitos.

Investigar

Várias são as possibilidades para a enfermagem nessa dimensão. A pesquisa acadêmica é sempre estimulada nas políticas públicas e nos manuais publicados pelo Estado. Temas como saúde mental e gênero, saúde das mulheres lésbicas e negras, saúde das mulheres indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural e

saúde da mulher em situação de prisão ainda são pouco explorados, o que dificulta a evolução nas práticas assistenciais destinadas a essas mulheres, uma vez que há escassez de dados para organizar políticas e ações de saúde para a melhoria da qualidade da assistência integral para esses grupos populacionais.

Mesmo nas situações mais divulgadas pela literatura, como as doenças crônico-degenerativas, climatério/menopausa, saúde das mulheres adolescentes, violência doméstica e sexual, mulheres com DSTs/HIV/aids, planejamento familiar, abortamento, atenção obstétrica e mortalidade materna, inúmeras são as possibilidades de desenvolvimento de pesquisas por enfermeiras – por exemplo, práticas já realizadas ou propostas de ações para melhorar a atenção integral à saúde da mulher e fortalecer o conhecimento científico da referida categoria profissional.

Todavia, como essa dimensão não se refere apenas às produções acadêmicas, a enfermagem precisa praticá-la diariamente durante seu trabalho. A enfermeira deve investigar condições sociais, prevalência de DSTs e outras doenças, pessoas com queixas sugestivas de DST, problemas de saúde mais prevalentes nas mulheres e áreas críticas que interferem na organização dos serviços de enfermagem na área de abrangência dos serviços de saúde. Deve, ainda, investigar se as gestantes estão sendo acompanhadas no pré-natal e se foram realizados testes para HIV, hepatite B e sífilis durante este e no momento da internação para o parto ou curetagem uterina por abortamento ou outra intercorrência na gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A “impressão/sensação” de que a atuação mais autônoma da enfermagem na saúde da mulher tem relação intrínseca com a publicação das políticas e programas públicos nacionais despertou-nos o interesse em realizar este estudo.

Foi possível verificar que, no campo da discussão e no campo conceitual, ocorreram avanços significativos nas políticas e programas de saúde da mulher. Nas políticas outrora verticalizadas, definidas em nível central e

sem qualquer avaliação das necessidades de saúde da população local, foram adotadas a regionalização e a descentralização proposta pela Constituição Federal de 1988, no âmbito da criação do SUS.

As ações propostas para a atuação da enfermagem não tiveram nenhuma modificação expressiva, entretanto as enfermeiras passaram a realizar, de fato, algumas das atividades determinadas nos documentos. A publicação das políticas e programas nacionais de saúde da mulher indicando, em linhas gerais, as ações que deveriam ser desenvolvidas e os limites de responsabilidade de cada categoria profissional possibilitaram o fortalecimento da prática da enfermagem, da sua autonomia e da sua competência técnico-científica.

Na maioria dos documentos analisados, observou-se a descrição apenas das ações que devem ser desenvolvidas, o que “dá abertura” para que a enfermagem avance na sua prática, de acordo com o proposto pela lei do exercício profissional. Esse avanço só poderá ser efetivado por meio da união e da organização da classe para tornar a atuação da enfermagem ainda mais resolutiva, mediante a elaboração de protocolos assistenciais.

A enfermagem organizada deve interferir, também, na realidade construída histórica, cultural, econômica e socialmente, que vem impedindo a mulher de ser sujeito de sua própria história e saúde. Uma atuação humanizada no atendimento às mulheres, garantindo uma atenção com o respeito e a confiança que merece um ser integral (inteligente e sensível), bem como considerando sua individualidade, fará com que a enfermagem esteja contribuindo para que haja pessoas e comunidades atuantes que sabem utilizar os serviços públicos à sua disposição com critério e discernimento e que têm responsabilidade pela promoção e proteção da sua saúde; ou seja, que exerçam de forma plena sua cidadania.

Vale colocar, ainda, que as possibilidades de discussão sobre o tema tratado neste trabalho não termina neste momento. Sem dúvida alguma, a pesquisa configura-se como um quadro referencial, uma vez que se pretende dar continuidade à investigação do tema em estudos mais avançados para que se possa contribuir efetivamente para o progresso da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca RMGS. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da Mulher. São Paulo: Manole; 2007. p. 30-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. II Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Brasília: MS; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2004.
4. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. 2006 jul/dez; 16(8): 20-45.
5. Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. Rev Bras Méd Farm e Com. 2005 out/dez; 3(1): 72-80.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher: bases programáticas. Brasília: MS; 1984.
7. Conselho Regional de Enfermagem De Minas Gerais (COREN-MG). Legislação e Normas. Belo Horizonte: COREN; 2009.
8. Tyrrel MAR, Carvalho V de. Programas Nacionais e Saúde Materno-Infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EELAN/UFRJ; 1993.

9. Brasil. Ministério da saúde. Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: Assistência de Enfermagem à Mulher, Criança e Adolescentes em Serviços Locais de Saúde. Brasília: MS; 1994.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
11. Gonçalves AM, Sena RR. Assistir/cuidar na enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 1998; 2(1):2-7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília: MS; 2006.
13. Gerk MAS. Consulta de enfermagem à mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da Mulher. São Paulo: Manole Ltda; 2007.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manutenção de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: MS; 2008.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3ª ed. Brasília: MS; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Brasília: MS; 2002.
17. Donosco MTV. O gênero e as suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. REME - Rev Min Enferm. 2000; 4(1/2):67-9.
18. Almeida MIR. Manual de planejamento estratégico. São Paulo: Atlas; 2001.

Data de submissão: 23/3/2011

Data de aprovação: 16/6/2011