

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO



Saúde da Mulher

Questões da prática assistencial para enfermagem



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

www.unasus.ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de
Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - UFMA

Diretor – ***Othon de Carvalho Bastos Filho***

Coordenador Pedagógico – ***Reinaldo Portal Domingo***

Saúde da Mulher

Questões da prática assistencial para enfermagem

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2011

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

CRÉDITOS:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13a Região NO Registro – 453.

Revisão técnica:

João Carlos Raposo Moreira, Judith Rafaelle Oliveira Pinho e Luana Karonine Cordeiro Castro.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Saúde da mulher: questões da prática assistencial para enfermagem /Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes, Dayana Dourado de Oliveira Costa, Mayara Pereira da Silva (Org.). - São Luís, 2013.

87f. : il.

1. Saúde da mulher. 2. Enfermagem. 3. Promoção à saúde.
4. UNASUS/UFMA. I. Moreira, João Carlos Raposo. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Castro, Luana Karonine Cordeiro. IV. Título.

613.9-055.2

SUMÁRIO

UNIDADE 1

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	7
Saúde sexual na Atenção Básica	8
Disfunções sexuais.....	10
Planejamento familiar.....	12
Atuação do profissional enfermeiro no planejamento familiar.....	13
Métodos contraceptivos	14
Direito sexual e reprodutivo.....	19
DST/AIDS	19
Atenção Básica no Manejo do HIV e outras DSTs.....	21
Equipe de Saúde da Família no manejo de DSTs e HIV.....	22
Câncer de mama e colo de útero.....	25
Atenção Básica no controle e acompanhamento do câncer de colo de útero e mama.....	25
Câncer de colo uterino	26
História natural do câncer de colo de útero	27
Câncer de mama	28
Prevenção.....	29

UNIDADE 2

O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL.....	33
Assistência ao pré-natal de baixo risco.....	33
Diagnóstico da gravidez	35
Consultas	37
Riscos para a gestação.....	45
Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação	49
Cálculo da Idade Gestacional.....	50
Data provável do parto.....	51
Medida da altura uterina.	51
Palpação obstétrica	51

Ausculda dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF).....	52
Verificação da presença de edema	52
Ações educativas	52
Vantagens do aleitamento materno.....	57
Manejo clínico da amamentação.....	58
Dificuldades mais frequentes.....	65

UNIDADE 3

HUMANIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE DA MULHER	69
Atenção humanizada ao puerpério	69
Atenção humanizada no climatério.....	73
Alterações fisiológicas do climatério.....	74
Abordagem clínica de Enfermagem.....	75
Promoção da saúde	76
Alimentação saudável.....	76
Atividade física	78
Atenção integral à mulher em situação de violência doméstica e sexual	79
Traumas físicos	80
Questões éticas e legais	80
A atuação do enfermeiro na anticoncepção de emergência.	82
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXOS.....	92

UNIDADE 1

UNIDADE 1

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A história da anticoncepção data da antiguidade, entretanto o controle da fertilidade é uma necessidade da sociedade moderna, tendo em vista o acelerado crescimento populacional neste século, que coloca em risco a qualidade de vida e a saúde de todos. Em países pobres e subdesenvolvidos, o crescimento populacional desordenado torna-se ainda mais grave devido às condições socioeconômicas precárias em que a maioria da população vive.

Nesta Unidade, vamos estudar questões que influenciam na saúde sexual e reprodutiva da mulher e discutir as ações dos profissionais da Enfermagem acerca dos principais agravos relacionados ao assunto.

A sexualidade envolve não somente a prática sexual vai além do físico, perpassando os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura; é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, e abarca aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.



De acordo com as definições da OMS, a sexualidade é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (BRASIL, 2010).

Desta forma, é fundamental que profissional de saúde valorize o diálogo com o cliente, promovendo e incentivando o autoconhecimento, que implicará na busca do conhecimento de seu próprio corpo, o entendimento de seus valores, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros.

Saúde sexual na Atenção Básica

A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na Atenção Básica, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas. Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas.

REFLITA COMIGO!

Você, como profissional de saúde, sente dificuldade de abordar aspectos relacionados à sexualidade?

As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

A resposta sexual saudável definida pela Associação Psiquiátrica Americana (2002) possui 4 etapas:



Fase de desejo sexual

As fontes que estimulam o desejo sexual variam; porém, muito fatores podem influenciar negativamente no desejo sexual, como estar doente, deprimido(a), ansioso(a), achar que sexo é errado, estar com raiva do(a) parceiro(a), sentir-se explorado(a) de alguma forma pelo(a) outro(a), ter medo do envolvimento afetivo, entre outros.

Fase de excitação

Fase de preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo. Estímulos psicológicos e físicos que podem levar à excitação.

Fase de orgasmo:

No homem, junto com o prazer, ocorre a sensação de não conseguir mais segurar a ejaculação e, então, ela ocorre. Na mulher, ocorrem contrações musculares rítmicas em volta da entrada da vagina.

Fase de resolução

Período em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais normais



REFLITA COMIGO!

Todas essas fases também podem ser vivenciadas na masturbação, que é um componente da sexualidade. Como você trabalha o assunto “sexualidade e saúde sexual” na unidade de saúde atua?

Disfunções sexuais

As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual como, por exemplo, homens que não tenham ereção ou tenham ejaculação precoce, mulheres que nunca tiveram ou frequentemente não tenham orgasmo. Diante desses problemas, o profissional da Atenção Básica deve estar preparado para avaliar, diagnosticar e orientar o cliente ao tratamento adequado, de acordo com seu problema.

IMPORTANTE:

Muitas vezes disfunções sexuais deixam de ser diagnosticadas porque a pessoa não apresenta a queixa ou porque o profissional de saúde não aborda a questão, seja por sentir dificuldade em realizar essa abordagem, seja por não se sentir suficientemente preparado.

O diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto à identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas. De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2002) durante a consulta, devem ser investigados aspectos como:



- Os dados da anamnese;
- Condições do (a) parceiro(a) e o contexto da relação;
- Distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada, presente com qualquer parceria, e situacional, presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias;
- Uso de álcool e drogas;
- Aspectos psicológicos - tabus sobre a própria sexualidade, associações de sexo com pecado, com desobediência ou com punições, baixa autoestima, fobias relacionadas ao ato sexual, a não aceitação da própria orientação sexual, entre outros;
- Dificuldades no relacionamento com o parceiro;
- Questões decorrentes de trauma;
- Condições gerais de saúde.

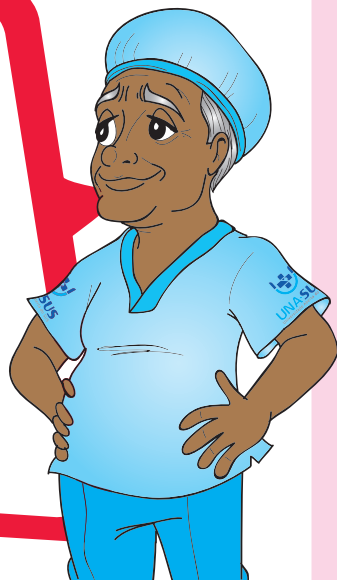
A Associação Psiquiátrica Americana (2002) classifica as disfunções sexuais em:

- Desejo sexual hipoativo - diminuição, ausência ou perda do desejo de ter atividade sexual;
- Aversão sexual;
- Falha na fase de excitação sexual - incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual;
- Ejaculação precoce;
- Anorgasmia ou disfunção orgásmica - grande retardo ou ausência do orgasmo;
- Dispaurenia.

REFLITA COMIGO!

Como o profissional da Atenção Básica pode contribuir para oferecer uma assistência de qualidade no campo da saúde sexual?

A Estratégia Saúde da Família em seu município trabalha as ações do programa Saúde na Escola? De que forma sua unidade de saúde se envolve neste programa? Como é planejada a abordagem das temáticas de saúde sexual e reprodutiva com o público escolar?



Para saber mais, leia: “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009.

Planejamento familiar

O artigo 226 da Constituição Federal cita a família como base da sociedade, que deve ter especial proteção do Estado; no parágrafo 7º deste mesmo artigo, cita: “a paternidade responsável e o planejamento familiar são de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito” (BRASIL, 1988).

Com base neste artigo, a Lei 9.263, de janeiro de 1996, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República, regulamenta o planejamento familiar como direito de todo cidadão, estabelecendo instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, a garantir assistência

à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 1996).

FIQUE SABENDO:

A Lei 9.263, de janeiro de 1996 define as práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

Portanto, o planejamento familiar está dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o de ter ou não filhos/as.

Saiba mais: Veja a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Acesse:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm

Atuação do profissional enfermeiro no planejamento familiar

Os fatores que afetam a ocorrência de gravidez incluem a fecundidade dos parceiros, o momento do coito em relação à ovulação, o método usado, sua efetividade e seu uso correto. A atuação do profissional da Enfermagem tem grande importância nos fatores que afetam a ocorrência da gravidez.

A atuação destes profissionais na Atenção Básica envolve atividades educativas, atividades clínicas, atividades de acompanhamento e aconselhamento. Estas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada com a equipe da Estratégia Saúde da Família, de forma a oportunizar práticas de ações educativas e outras práticas que abrangem todos os aspectos da saúde integral da mulher.

REFLITA COMIGO!

Como são planejadas as atividades educativas em sua unidade de saúde? Existe um planejamento prévio? Toda equipe participa?

Métodos contraceptivos

O Sistema Único de Saúde (SUS) reforçou a assistência ao planejamento familiar em 2007, com a Política de Planejamento Familiar, aumentando o acesso a vasectomias e laqueaduras, ampliando a distribuição de preservativos e facilitando a venda de anticoncepcionais orais e injetáveis através da Farmácia Popular. Atualmente, as mulheres em idade fértil podem contar como oito métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS.



PARA REFLETIR:

Em sua unidade básica existe teste rápido de gravidez? Se existir, no momento do resultado são feitas as devidas orientações para que a mulher tenha acesso a cuidados?

Para saber mais, leia: “Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha”. Acesso: <<http://portal.saude.gov.br>>

A assistência de enfermagem no planejamento familiar na Atenção Básica pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde,

bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de prescrição e uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte.



Para saber mais sobre a atuação do enfermeiro na Atenção Básica, leia: Informe da Atenção Básica nº16 publicado pelo Ministério da Saúde em 2002. Acesse: http://dab.saude.gov.br/informe_ab.php.

Para decisão do método anticoncepcional a ser utilizado, deve-se levar em consideração: eficácia do método, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e infecção pelo HIV, condições econômicas, características da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, medo, dúvidas e vergonha, estado de saúde e critérios clínicos (BRASIL, 2002).



Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS, são :



Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg)



Minipílula (noretisterona 0,35 mg)



Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg)



Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg)



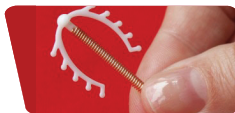
Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg)



Preservativo masculino



Diafragma



DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)

Fonte: BRASIL, 2011.

Saiba mais! Leia:

“Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011.

“Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011.

IMPORTANTE:

Interação medicamentosa - Certas drogas são capazes de reduzir a eficácia anticonceptiva da pílula, principalmente os tratamentos prolongados. Exemplo: Antirretrovirais, fungicidas (griseofuvina), antibióticos (rifampicina), anticonvulsivantes (carbamazepina).

VAMOS PRATICAR?

Que tal testar seus conhecimentos? Visualize o quadro abaixo com os métodos contraceptivos mais usados e preencha as colunas em branco; lembre-se de usar os conhecimentos que você já adquiriu no módulo de saúde do adolescente, vai lhe ajudar bastante!



Quadro 1 – Métodos contraceptivos.

MÉTODO	VANTAGEM	DESvantAGEM	RISCOS	BENEFÍCIOS
Tabelinha (Ogino-Knaus)	Ausência de efeitos sistêmicos			
Hormonal- injetável				
Minipílula				
Pílula combinada	Redução da incidência de câncer de ovário			
Diafragma				

Pílula de emergência				
Dispositivo Intrauterino (DIU)				
Preservativo feminino	Redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis (DST)			Possivelmente auxiliar na prevenção do câncer de colo uterino
Preservativo masculino	Redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis (DST)			Redução da incidência das complicações causadas pelas DSTs
Laqueadura				
Vasectomia				

REFLITA COMIGO!

É possível avaliar a efetividade de um método contraceptivo sem levar em consideração o perfil socioeconômico, cultural e estado de saúde do cliente?



Direito sexual e reprodutivo

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. A Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 1948, vem firmando uma série de convenções internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados Direitos Humanos (BRASIL, 2010).

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitar esses direitos é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Alguns marcos internacionais definem os direitos sexuais e os direitos e reprodutivos:

- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994.
- IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995.

Para saber mais, leia:

“Saúde sexual e saúde reprodutiva” publicada pelo Ministério da Saúde em 2010.

DST/AIDS

A Atenção Básica à Saúde é o ponto de partida para as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, devendo assistir à população de forma contínua e resolutiva, e referenciando os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas DSTs, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito (BRASIL, 2006).

REFLITA COMIGO!

Em um contexto socioeconômico de extraordinário acúmulo e concentração de bens e oportunidades, como promover os serviços de Saúde Pública com vistas à redução das desigualdades, especialmente quanto à qualidade da saúde da população? A organização dos serviços de seu município promove bom acesso àqueles que buscam o serviço de saúde, procurando identificar os clientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo atendimento humanizado e resolutivo? Como funciona esse fluxo em relação às DSTs e HIV/AIDS?



Os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/AIDS e hepatites às unidades de referência.



As ações da Atenção Básica devem incluir: atividades educativas para promoção à saúde e prevenção, aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência, diagnóstico precoce das DSTs, infecção pelo HIV e hepatites, tratamento adequado da grande maioria das DSTs,

encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto, prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas (BRASIL, 2006).

IMPORTANTE:

As atividades informativo-educativas, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nas comunidades e pelos profissionais das UBS, deverão despertar os indivíduos para a realização do teste anti-HIV e suspeita de outras DST's.

Atenção Básica no Manejo do HIV e outras DSTs

A equipe de Estratégia Saúde da Família deve realizar uma abordagem multidisciplinar integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico e assistência, para os pacientes, seus familiares e a comunidade. As ações devem incluir promoção à saúde, prevenção e assistência, garantindo o acesso a aconselhamento, abordagem clínico-diagnóstica, cuidados de enfermagem, apoio emocional e suporte social. Para isso, a Atenção Básica deve (BRASIL, 2006):

Papéis e funções para cada nível de atendimento

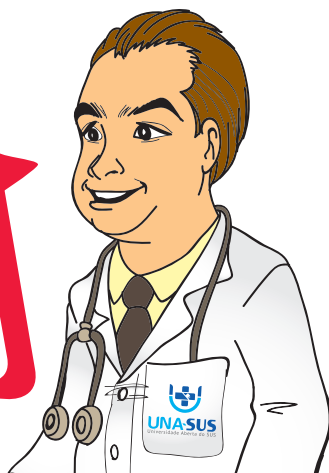
Estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência

Disponibilizar os insumos necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento

Garantir a qualificação dos profissionais para identificar e atender às necessidades da população

REFLITA COMIGO!

Quais as atribuições da ESF no atendimento aos portadores de HIV/aids e outras DSTs. Qual a relação que sua equipe estabelece com a vigilância epidemiológica do município?



Equipe de Saúde da Família no manejo de DSTs e HIV.

De acordo com o Ministério da Saúde, as atribuições da equipe de ESF no atendimento aos portadores de HIV/AIDS e outras DSTs se apoiam nas seguintes diretrizes:

- Contribuir para a superação do preconceito e discriminação que envolve as questões relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas etc.;
- Promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- Aumentar a conscientização da população com relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos;
- Garantir acesso e atendimento às populações mais vulneráveis para essas infecções;
- Atuar de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados no tratamento de pessoas com esses agravos;
- Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade (casas de apoio, casas de passagem, etc.) (BRASIL, 2006).

VAMOS PRATICAR?

Com base nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e nos dados da vigilância epidemiológica de seu município, trace o perfil epidemiológico da população da área de abrangência de sua equipe de ESF.



VAMOS PRATICAR?

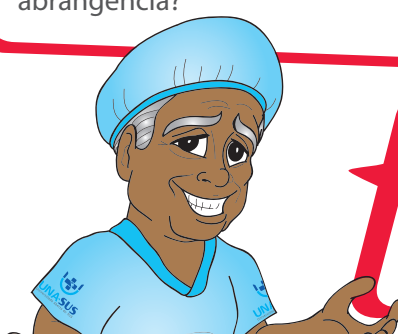
Como a ESF pode organizar adequadamente a prevenção e a assistência às DSTs/HIV/AIDS?

Como a equipe construirá um elo de confiança com a população para desenvolver as ações relativas às DSTs, HIV/AIDS, hepatites e HTLV?

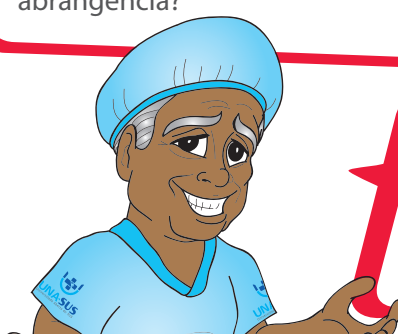


Existe um sistema de referência/contrarreferência? Em caso de resposta negativa, como estabelecer esse sistema para garantir a integralidade da atenção as DSTs, HIV/AIDS, hepatites e HTLV?





Qual a contribuição da equipe para melhorar a vigilância epidemiológica na sua área de abrangência?



Como a equipe pode usar a vigilância epidemiológica para melhorar a sua atuação?

O atendimento do paciente portador de DSTs e/ou HIV na Atenção Básica tem por objetivo tentar prover na primeira consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequados. O Ministério da Saúde orienta a conduta terapêutica para esses agravos através de instrumentos específicos já desenvolvidos e testados, como os fluxogramas contidos nos manuais, que auxiliam a equipe a realizar o atendimento na tomada de decisões para o diagnóstico das DSTs. Seguindo os passos dos fluxogramas, a equipe estará habilitada a fazer o diagnóstico sindrômico, iniciar o tratamento imediatamente, realizar aconselhamento para a testagem para o HIV (anti-HIV) e sífilis (VDRL), estimular a adesão ao tratamento, orientar uso de preservativos (masculino ou feminino) com vistas à redução de riscos de reinfeção e transmissão para o(s) parceiro(s) sexual(is), convocar o(os) parceiro(s) para o diagnóstico e o tratamento de DST e infecção pelo HIV (BRASIL, 2005).

Para maiores informações, leia:

“Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis”.
Acesse: <http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-controle-das-doencas-sexualmente-transmissiveis>.

Para saber mais, leia: “HIV/Aids, hepatites e outras DST” publicada pelo Ministério da Saúde em 2006.

Câncer de mama e colo de útero

A incidência e a mortalidade por câncer nas mulheres é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico deste agravo, desde os aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna.

informações - acesse o site do Instituto Nacional de Câncer (INCA) www.inca.gov.br

Atenção Básica no controle e acompanhamento do câncer de colo de útero e mama

A equipe multiprofissional é de extrema importância no planejamento e execução de ações que impactem sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama. A integração da equipe multiprofissional possibilita a construção de práticas e novos saberes a partir da prática do outro. São atribuições do enfermeiro na Atenção Básica:

Realizar atenção integral às mulheres;

Realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;

Realizar atenção domiciliar, quando necessário;

Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de Enfermagem;

Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações de promoção, prevenção, rastreamento/deteccção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;

Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe;

Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, Siscolo e outros) para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama.

Câncer de colo uterino

Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais que as mulheres que não apresentam DST. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer do colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) (BRASIL, 2006).

IMPORTANTE:

Apresença de colpites, corrimentos ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da citopatologia. Nesses casos, a mulher deve ser tratada e retornar para coleta.

Para saber mais, leia:

“Controle dos cânceres do colo do útero e da mama” publicado pelo Ministério da Saúde em 2006.

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos.

História natural do câncer de colo de útero

Os estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e, para NIC III, de 12 meses. Em geral, estima-se que a maior parte das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (BRASIL, 2006).



REFLITA COMIGO!

Você, como enfermeiro (a), recebe resultado de um citopatológico com lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III). Qual a sua conduta?

Dentre os fatores de risco associados ao câncer de colo de útero, citam-se: Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV, sendo esse o principal fator de risco; Início precoce da atividade sexual; Multiplicidade de parceiros sexuais; Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados; Baixa condição socioeconômica; Imunossupressão; Uso prolongado de contraceptivos orais; Higiene íntima inadequada (BRASIL, 2002).

A efetividade da detecção precoce através

do exame citopatológico cérvico-vaginal ou “Papanicolaou”, associado ao tratamento em seus estágios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BRASIL, 2002).

REFLITA COMIGO!

Em seu município, a oferta de exame Papanicolaou é satisfatória? Como é feita a organização da demanda de mulheres para o exame em sua unidade?

Câncer de mama

O câncer de mama, segundo o INCA (2012), é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. A estimativa de novos casos no Brasil para o ano de 2012 era de 52.680 novos casos. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%.

Para saber mais, acesse: www.inca.gov.br



Desde o início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (tumor subclínico), isto é, a partir de 01 cm de diâmetro, passam-se, em média, 10 anos. Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início, quando o nódulo é impalpável, tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. São tidos como fatores de risco para o surgimento do câncer de mama: histórico familiar, idade, menarca precoce, menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade (BRASIL, 2006).

Prevenção

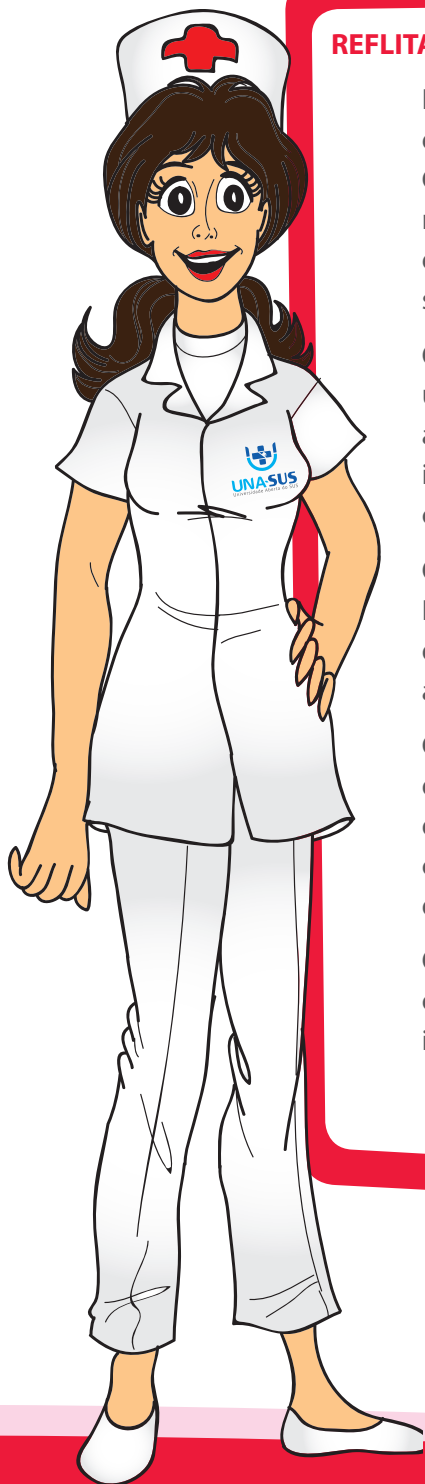
- Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual - Exame Clínico das Mamas (ECM) é um procedimento realizado por um médico ou enfermeiro treinado para esta ação. No exame, podem ser identificadas alterações na mama e, se for indicado, serão realizados exames complementares.
- Exame Clínico das Mamas e mamografia anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama, e para mulheres entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 02 anos entre os exames.
- Autoexame das mamas (BRASIL, 2006).

IMPORTANTE:

O exame clínico das mamas é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

A Unidade Básica de Saúde deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação.

- De acordo com o Ministério da Saúde as atribuições da equipe nas ações de prevenção do câncer de mama são (BRASIL, 2006):
- Realizar reuniões educativas sobre câncer, visando à mobilização e conscientização para o cuidado com a própria saúde; à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama; à quebra dos preconceitos; à diminuição do medo da doença e à importância de todas as etapas do processo de detecção precoce, enfatizando o retorno para busca do resultado e tratamentos necessários;
- Realizar busca ativa na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o Exame Clínico das Mamas;
- Realizar busca ativa na população alvo, de mulheres para a realização de mamografia;
- Encaminhar para a unidade de referência os casos suspeitos de câncer de mama;
- Encaminhar as mulheres com exame clínico das mamas alterado, para unidade de referência;
- Realizar busca ativa das mulheres que foram encaminhadas à unidade de referência e não compareceram para o tratamento;
- Realizar busca ativa das mulheres que apresentaram laudo mamográfico suspeito para malignidade e não retornaram para buscar o resultado;
- Orientar as mulheres durante o exame clínico das mamas normal e de baixo risco para o acompanhamento de rotina.



REFLITA COMIGO!

Existe uma rotina de atividades educativas em sua unidade? Como as atividades educativas em relação ao câncer de colo de útero e mama são incluídas na rotina de sua UBS?

Que estratégias poderão ser utilizadas para garantir o acesso ao tratamento dos casos de lesão intraepitelial, câncer invasivo de colo uterino e câncer de mama?

Qual a contribuição da equipe de ESF para melhorar a notificação dos casos de HPV na sua área de atuação?

Com base no perfil epidemiológico da área de atuação de sua equipe de saúde, quais as principais características dos casos de câncer de colo e mama no nível local?

Quais as dificuldades locais para o desenvolvimento do fluxo de informação?

UNIDADE 2

UNIDADE 2

O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

A gestação é um fenômeno fisiológico e por isso sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações, sendo estas as gestações de baixo risco. Porém, 10% restantes podem se iniciar com problemas ou surgir durante seu desenvolvimento com probabilidade de terem consequências desfavoráveis para mãe ou para o feto, sendo estas classificadas como gestações de alto risco (FREITAS, 2006). Assim, o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, impedindo um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família.

Assistência ao pré-natal de baixo risco

Com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, o governo lança em 2000

o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002).

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização, através da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção (BRASIL, 2006).

Em 2011, para reforçar a política de humanização da assistência à saúde da mulher, é criada a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. A rede tem como objetivos um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, além da redução da mortalidade materna e neonatal.

Para assegurar a proteção, a promoção e o suporte necessários para um cuidado perinatal efetivo, a OMS divulgou dez princípios essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal baseada em uma revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências, elencadas abaixo (BRASIL, 2006a):

1. Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;
2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico;
3. Ser baseado em evidências, o que significa ser embasada pela melhor evidência científica disponível;

4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;
5. Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais;
6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;
7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;
8. Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;
9. Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;
10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Diagnóstico da gravidez

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas (BRASIL, 2006a).

RECORDANDO:

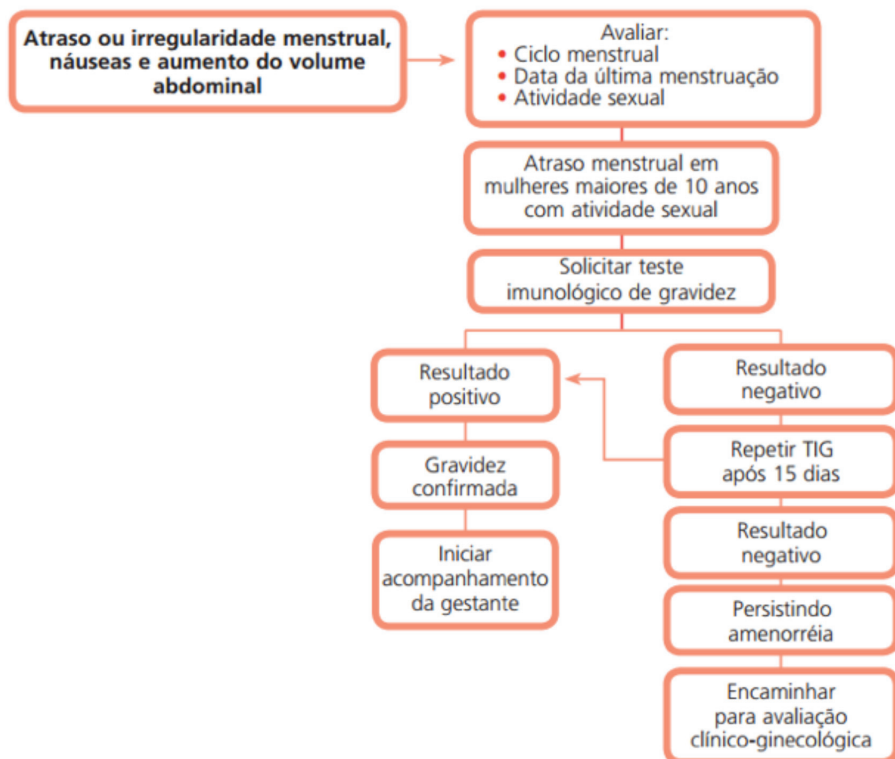
São sinais de certeza de gravidez:

- Ausculta de BCF;
- Visualização fetal através de exames de imagem (USG);
- Percepção dos movimentos fetais pelo examinador.

As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e enjoos/vômitos

matinais. O teste de gravidez deverá ser solicitado após 15 (quinze) dias de atraso menstrual. O Ministério da Saúde torna claro que o fluxograma para diagnóstico de gravidez pode auxiliar sua conduta (BRASIL, 2006).

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ



Após confirmação da gravidez, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal – sequência de consultas, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos:

- O cartão da gestante, com a identificação preenchida, o número do SISPRENATAL, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;

LEMBRETE:

A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Calendário de vacinas e suas orientações;

RECORDANDO IMUNIZAÇÃO ANTITETÂNICA:

- Gestante sem imunização prévia: primeira dose até o quarto mês e as duas seguintes com intervalo de 30 a 60 dias;
- Gestante vacinada previamente, até cinco anos: considerá-la imune; se há mais de cinco anos, aplicar dose de reforço;
- Gestante com imunização incompleta: completar dose(s) faltante(s);
- Reforços: de 10 em 10 anos; a dose de reforço deve ser antecipada se nova gestação ocorrer após cinco anos;
- **Nota:** a última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto.

A solicitação dos exames de rotina;

- As orientações sobre a participação nas atividades educativas – reuniões e visitas domiciliares.

Consultas

Para o pré-natal de baixo risco está proposto um mínimo de seis consultas (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre), considerando as consultas médicas e de Enfermagem. Em uma situação ideal, o acompanhamento pode ser mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas e semanal até o parto.

LEMBRETE: Não existe alta de pré-natal.

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Em todos os momentos, deve-se dar atenção para as dúvidas e ansiedades da mulher e de quem a acompanha.

ATENÇÃO:

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal.

Roteiro da primeira consulta
(BRASIL, 2006)

I. História clínica

- Identificação: nome, número do SISPRENATAL, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência;
- Dados socioeconômicos: grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil/união, número e idade de dependentes, renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia (tipo, nº de cômodos), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo), distância da residência até a unidade de saúde;



- **Motivos da consulta:**
 - Assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade;
 - Se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade – descrevê-la;



- **Antecedentes familiares:** hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças congênitas; gemelaridade; câncer de mama e/ou do colo uterino; hanseníase; tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco); doença de Chagas; parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
- **Antecedentes pessoais:** hipertensão arterial crônica; cardiopatias, inclusive doença de Chagas; diabetes mellitus; doenças renais crônicas; anemias e deficiências de nutrientes específicos; desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); epilepsia; doenças da tireoide e outras endocrinopatias; malária; viroses (rubéola, hepatite); alergias; hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas; portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?); infecção do trato urinário; doenças neurológicas e psiquiátricas; cirurgia (tipo e data); transfusões de sangue (BRASIL, 2006).



Sexualidade:

- Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- Desejo sexual (libido/ orgasmo/prazer);
- Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- Prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
- Número de parceiros;
- Uso de preservativos;

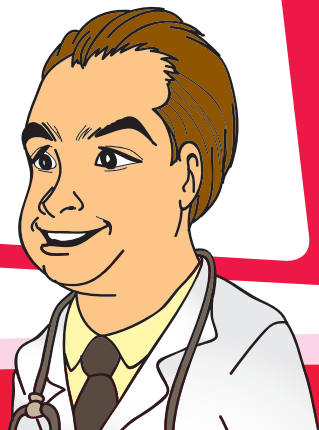


Antecedentes ginecológicos:

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- DSTs (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Doença inflamatória pélvica; cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- Mamas (alteração e tratamento);
- Última colpocitologia oncótica (data e resultado);

Antecedentes obstétricos:

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações (em meses);
- Isoimunização Rh;
- Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);

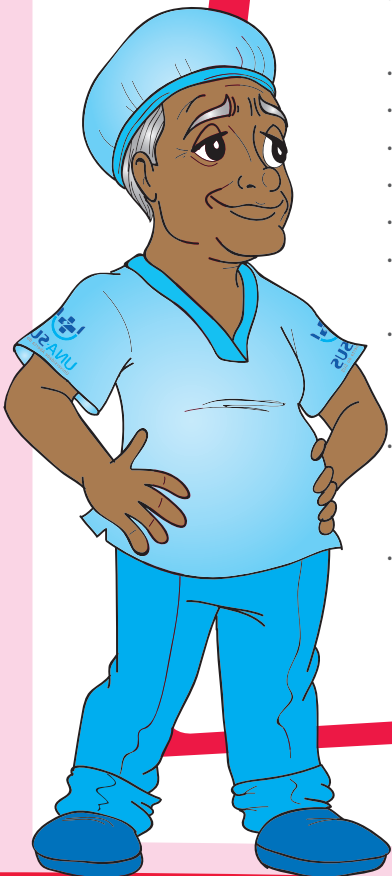


- Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
- Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguíneo- transfusões;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- Complicações nos puerpérios (descrever);
- História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame) (BRASIL, 2006).



▪ **Gestação atual:**

- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
- Peso prévio e altura;
- Sinais e sintomas na gestação em curso;
- Hábitos alimentares;
- Medicamentos usados na gestação;
- Internação durante essa gestação;
- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Identificar gestantes com fraca rede de suporte social (BRASIL, 2006).



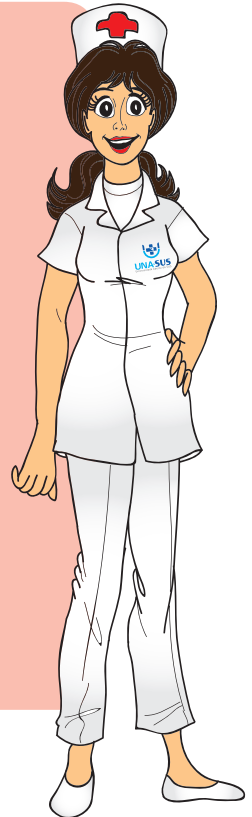
II. Exame físico

- **Geral:**
 - Determinação do peso e da altura;
 - Medida da pressão arterial (técnica no item 8.3);
 - Inspeção da pele e das mucosas;
 - Palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
 - Ausculta cardiopulmonar;
 - Exame do abdômen;
 - Exame dos membros inferiores;
 - Pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- Específico (gineco-obstétrico):
 - Exame clínico das mamas (ECM);
 - Palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
 - Medida da altura uterina;
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
 - Inspeção dos genitais externos;
 - Exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico;
- O exame físico das adolescentes deverá seguir orientações específicas (BRASIL, 2006).
- Para saber mais, leia: “Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes”, disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf

III. Condutas:

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Fornecimento de informações necessárias e respostas às indagações da mulher ou da família;
- Orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- Referência para atendimento odontológico;
- Encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
- Referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica.



- **Consultas subsequentes (BRASIL 2006)**
- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.

I. Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (imc) (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional);
- Medida da pressão arterial (observar a aferição da pa com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido a curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas;
- Verificação do resultado do teste para hiv e, em casos negativos, repetir próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível. Em casos positivos, encaminhar para unidade de referência (brasil, 2006).

II. Controles fetais:

- Ausculta Dos Batimentos Cardíacos;
- Avaliação Dos Movimentos Percebidos Pela Mulher E/Ou Detectados No Exame Obstétrico.

III. Condutas:

- Interpretação Dos Dados De Anamnese, Do Exame Obstétrico E Dos Exames Laboratoriais Com Solicitação De Outros, Se Necessários;
- Tratamento De Alterações Encontradas, Ou Encaminhamento, Se Necessário;
- Prescrição De Suplementação De Sulfato Ferroso (40 Mg De

Ferro Elementar/ Dia) E Ácido Fólico (5 Mg/Dia), Para Profilaxia Da Anemia;

- Orientação Alimentar;
- Acompanhamento Das Condutas Adotadas Em Serviços Especializados, Pois A Mulher Deverá Continuar A Ser Acompanhada Pela Equipe Da Atenção Básica;
- Realização De Ações E Práticas Educativas Individuais E Em Grupos;
- Agendamento De Consultas Subsequentes (Brasil, 2006).

Riscos para a gestação



O Ministério da Saúde torna claro que todos os fatores que representem um risco para intercorrências durante a gravidez devem ser avaliados :

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade Menor Que 17 E Maior Que 35 Anos;
- Ocupação: Esforço Físico, Carga Horária, Rotatividade De Horário, Exposição A Agentes Físicos, Químicos E Biológicos, Estresse;
- Situação Conjugal Insegura;
- Baixa Escolaridade (Menos De 05 Anos);

- Renda Familiar Baixa;
- Condições Ambientais Desfavoráveis;
- Altura Menor Que 1,45 M;
- Peso Menor Que 45 Kg E Maior Que 75 Kg;
- Dependência De Drogas Lícitas Ou Ilícitas;
- Condições Psicológicas Alteradas (Brasil, 2006).

História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal-formado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/ infertilidade;
- Intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Cirurgia uterina anterior (BRASIL, 2006).

Doença obstétrica na gravidez atual:

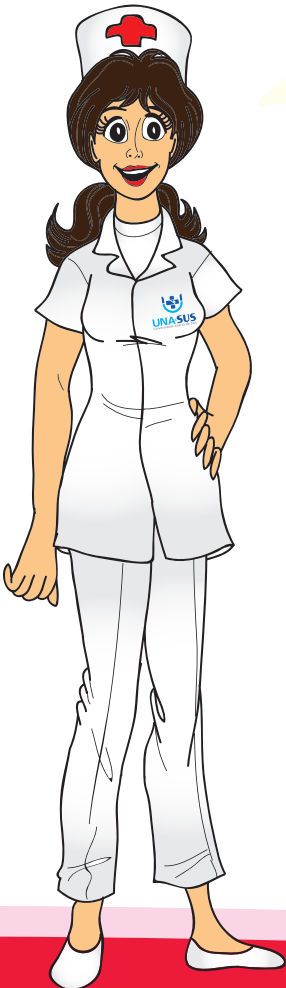
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia – eclampsia;
- Amniorrexe prematura;

- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal.

Intercorrências clínicas:

- Cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; hipertensão arterial; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias (BRASIL, 2006).

Exames de Rotina:



Não esqueça! Na primeira consulta, solicite:

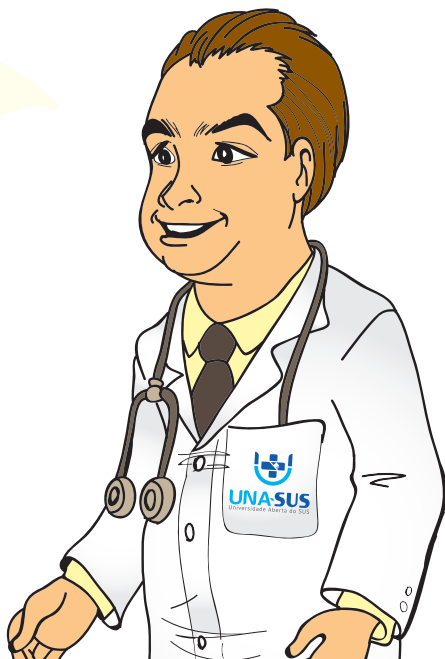
- dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;
- glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste” (Anexo B): repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível;

Quando houver disponibilidade, realizar:

- sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação;
- sorologia para toxoplasmose (BRASIL, 2006).

Exames complementares também podem ser solicitados:

- protoparasitológico: solicitado na primeira consulta;
- colpocitologia oncótica: muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;
- bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- sorologia para rubéola: quando houver sintomas sugestivos;
- urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática;
- eletroforese de hemoglobina: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;
- ultrassonografia obstétrica: onde houver disponibilidade (BRASIL, 2006).



Para saber mais sobre as condutas frente aos resultados dos exames, acesse: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

ATENÇÃO:

A não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal. Apesar de este procedimento ser comum durante a gestação, não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos (BRASIL, 2006a).

Vale lembrar que em casos de indicação do exame ultrassonográfico mais tardiamente na gestação, por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, é notadamente válida como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Além disso, está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultrassonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

Ações realizadas durante o pré-natal

Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação

É o procedimento que busca avaliar o estado nutricional e o ganho ponderal da gestante. Tem como objetivo avaliar e controlar o ganho de peso ao longo da gestação, que deve ser aferido em todas as consultas do pré-natal.

ATENÇÃO:

Se o ganho ponderal for maior que 500g por semana, antecipar o retorno e indicar consulta médica e de nutrição.

Cálculo da Idade Gestacional

Consiste em calcular o tempo da gravidez, estabelecendo assim condutas baseadas na idade gestacional (IG) obtida, tendo como objetivo estimar o tempo gestacional em semanas.

FIXE ESSES CONHECIMENTOS!

- Quando a data da última menstruação é conhecida:

- Uso do calendário: somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);

- Uso de disco (gestograma): colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

- Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu: Se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como a data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente, e proceder, então, à utilização de um dos métodos anteriormente descritos.

- Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

Medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento uterino. Verificar a IG correspondente a esse ponto. Considerar IG muito duvidosa e assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular a idade gestacional.



ATENÇÃO:

Nos casos em que não for possível estimar a IG clinicamente, solicitar o exame de ultrassonografia obstétrica o mais breve possível.

Data provável do parto

Consiste em estimar o período provável para o nascimento, considerando a duração média da gestação normal de 40 semanas.

LEMBRETE: Uma gestação normal pode durar entre 38 a 42 semanas.

- Com o disco (gestograma), colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto;
- Regra de Nägele: somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação. Nos casos dos meses de janeiro a março adicionar nove meses em vez de subtrair três. Caso o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

Medida da altura uterina

É a mensuração do espaço que vai da borda superior da sínfise púbica até ao fundo uterino, com o objetivo de identificar o crescimento normal do feto, detectar seus desvios e diagnosticar as causas do desvio de crescimento fetal encontrado e orientar oportunamente para as condutas adequadas a cada caso.

Palpação obstétrica

Procedimento realizado com a finalidade de avaliar a situação e a apresentação fetal, procurando identificar os polos cefálico ou pélvico, o dorso fetal, o grau de encaixamento e o local de ausculta

do foco máximo do batimento cardíaco fetal (BCF). O feto poderá estar em situação longitudinal - a mais comum - ou transversa. As apresentações mais frequentes são as cefálicas e pélvicas. A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gravidez, podem significar maiores cuidados no parto. Oferecer exercícios para favorecer a mudança da apresentação. São etapas da ação:

- 1º tempo: palpação do fundo uterino, buscando seus limites;
- 2º tempo: palpação da região lateral do abdômen, buscando identificar as partes fetais e do dorso do feto;
- 3º tempo: determinação do polo que se apresenta ao canal de parto;
- 4º tempo: determinação do grau de penetração deste polo no estreito superior da bacia.

Ausulta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

Ausulta dos batimentos cardíacos do feto pode ser realizada com estetoscópio de Pinard (após 20 semanas), ou Sonar Doppler (após 12 semanas). O objetivo é constatar, a cada consulta, a qualidade do BCF, por meio da avaliação de seus ritmos e frequência.

Verificação da presença de edema

É a constatação da presença anormal de líquidos nos tecidos, com o objetivo de detectar precocemente a ocorrência do edema patológico.

Para mais informações sobre procedimentos técnicos, acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Ações educativas

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade

de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Para isto, podem-se realizar grupos de gestantes com a participação do casal e família, no intuito de trabalhar as questões que envolvem todo o período de gestação, parto e puerpério.

Durante o pré-natal, a mulher e a família devem receber informações sobre os seguintes temas:



- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- Realização de atividade física;
- Preparação corporal e emocional para que a mulher possa vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações;
- Preparo para o parto:
 - Sinais e sintomas do parto;
 - Plano de parto considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
 - Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a

gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;

- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;

- Orientação e incentivo para o aleitamento materno;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Direitos da gestante;

Para mais informações, acesse:

http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf;

- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente) (BRASIL, 2006).

Aleitamento materno

O aleitamento materno é a primeira experiência nutricional da criança, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intrauterina. O Ministério da Saúde assegura que a amamentação é um momento precioso para que haja um fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, promovendo uma melhor qualidade de vida à criança no primeiro ano de sua vida e que pode ser classificada em três tipos:

A amamentação pode ser classificada em três tipos:

Aleitamento materno predominante: quando além do leite materno, a criança recebe também água ou outras bebidas à base de água;

Aleitamento materno misto: a criança recebe outro tipo de alimento ou líquido na sua dieta, além do leite materno;

Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno, seja este direto do peito ou ordenhado.

ATENÇÃO:

Recomenda-se a prática da amamentação exclusiva por seis meses e a manutenção do AM acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais (OMS). Apesar da excelência do leite humano, o desmame precoce é muito frequente.

No Brasil, a mediana de aleitamento predominante foi de 72 dias. A região Nordeste apresentou a mais baixa mediana de aleitamento materno com 41 dias. Iniciativas vêm sendo criadas com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Entre elas, encontram-se:

- Rede Amamenta Brasil, uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar

nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde.

Para saber mais, acesse:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança, criada em 1992, tem por objetivo orientar e apoiar a amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando, dessa forma, o índice de aleitamento materno exclusivo e reduzindo a morbimortalidade materna e infantil.

Para saber mais, acesse:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29931&janela=1

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal, comprovadamente, contribui para o sucesso do AM. Segundo a OMS, para que o início e o estabelecimento do aleitamento tenha êxito, as mães necessitam do apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde.

Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios da amamentação, das desvantagens do uso de leites não humanos e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança. Além disso, é importante que todo profissional de saúde tenha conhecimento sobre o manejo dos principais problemas decorrentes da lactação. É de fundamental importância que não se generalize a capacidade de amamentar, sem considerar as variáveis contextuais. Para que a mulher possa assumir com mais segurança o seu papel de provedora do alimento de seu filho, ela precisa se sentir adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades.

LEMBRETE:

Cabe aos profissionais de saúde garantir à mãe uma escuta ativa, sanar suas dúvidas, entendê-la e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

Vantagens do aleitamento materno

O leite humano é o alimento ideal para o recém-nascido e o lactente e nenhum outro alimento poderá substituí-lo com vantagem. A amamentação forma uma base biológica e emocional tanto para a saúde da mãe quanto da criança (BRASIL, 2000).

Vantagens para a mãe:

- Favorece uma ligação afetiva mais forte entre mãe e filho;
- Diminuição do sangramento uterino devido à liberação de ocitocina;
- Proteção contra anemia, pois as mulheres que amamentam no peito permanecem mais tempo sem menstruar;
- Aceleração de perda de peso ganho durante a gestação;
- Diminuição do risco de adoecimento por câncer de colo de útero e mama e osteoporose;
- É econômico e prático;

É um método natural de planejamento familiar (BRASIL, 2000).

Vantagens para o bebê:

- Sempre pronto e na temperatura certa;
- Protege contra infecções respiratórias e diarreicas, diminuindo a incidência de mortalidade infantil;
- Prevenção odontológica, pois estimula um melhor desenvolvimento craniofacial ósseo, muscular e funcional,

prevenindo alterações de fonação, deglutição e respiração, através do movimento de ordenha;

- Prevenção dos hábitos deletérios, causadores de má oclusão e cárie dentária, suprimindo todas as necessidades de sucção dos neonatos;
- Melhor desenvolvimento intelectual nas crianças amamentadas exclusivamente no peito;
- Diminuição de sobrepeso na infância e conseqüentemente algumas doenças que provêm da obesidade, como o Diabetes mellitus tipo 1 (BRASIL, 2000).

ATENÇÃO!

Por que não usar chupetas, bicos e mamadeiras:

- Maior risco de contaminar o leite e provocar doenças.
- Atrapalha o aleitamento materno, causando confusão de bicos.
- Pode modificar a posição dos dentes, prejudicar a fala e respiração, fazendo o bebê respirar pela boca.
- É mais caro e sua preparação dá mais trabalho.
- Diminui o contato entre mãe e filho.

ATENÇÃO:

A educação materna, classe socioeconômica, influências familiares e da comunidade e o retorno precoce ao trabalho são alguns dos fatores que dificultam o processo de amamentar.

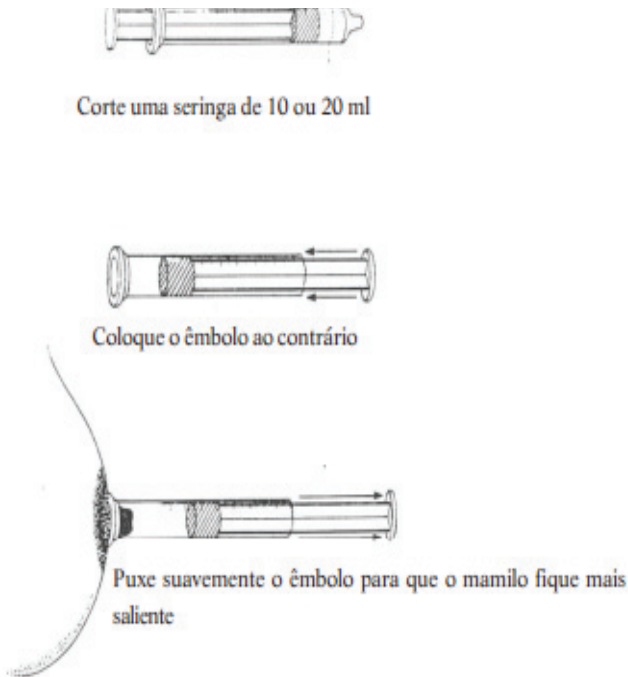
Manejo clínico da amamentação

a) Cuidados com as mamas na gestação (BRASIL, 2006a):

- examinar as mamas na consulta de pré-natal;

- orientar a gestante a usar sutiã com orifício central para exposição de aréola e mamilo durante a gestação;
- Não usar pomadas, cremes, óleos, sabão ou álcool na região aréolo-mamilar.
- Fazer banhos de sol no período até as 10h da manhã ou após as 16h, iniciando com 5 até completar 30 minutos, para fortalecimento da região;
- orientar que a expressão do peito (ou ordenha) para a retirada do colostro, durante a gestação, está contraindicada;
- ensinar a gestante a explorar suas mamas. O mamilo pode ser protruso, semiprotruso, invertido. No caso de os mamilos não serem protrusos, orientar usar seringa plástica de 10-20 ml para tracionar o mamilo.

Figura 1 – Extração do leite.



Fonte: Adaptado da OMS, UNICEF.

LEMBRETE:

Nenhum tipo de bico impede a amamentação, pois para fazer uma boa pega o bebê abocanha a parte escura do peito (aréola) e não apenas o bico.

b) Na sala de parto (BRASIL, 2006a):

O contato do filho com sua mãe deve ser estimulado o mais precocemente possível, após o nascimento, desde que ambos estejam bem. A criança não precisa necessariamente sugar, mas só o contato com o seio da mãe já constitui um estímulo importante para a liberação de prolactina e ocitocina, reduzindo inclusive o risco de hemorragias no pós-parto imediato. A equipe hospitalar deve incentivar e promover a amamentação ainda na sala de parto. A mamada na primeira meia-hora após o nascimento traz vários benefícios: “Reforça o vínculo mãe-filho; Facilita o início da amamentação, previne problemas na mama (ingurgitamentos, mastites, etc.); Auxilia a involução uterina e protege a criança e a mãe contra infecções hospitalares”.

c) Técnica para amamentar (BRASIL, 2006a):

- A mãe deve proceder à higiene das mãos, com água e sabão, antes de amamentar;
- Ensinar a mãe a oferecer o peito antes da apojadura, pela importância do colostro e também pelo estímulo à produção láctea;
- A amamentação deve ser iniciada pela mama que se encontra mais cheia de leite, geralmente a que foi utilizada por último. Caso a criança não consiga mamar nas duas mamas, na próxima mamada começar pela mama que não foi solicitada;
- O local para amamentar deverá ser escolhido por ela, desde que se sinta confortável;

- Quando o peito estiver muito cheio, antes de amamentar, massagear e espremer a região da aréola para tirar um pouco de leite, deixando a aréola mais macia e mais fácil para o bebê mamar;
- Deixar que o próprio bebê pegue o peito;
- O posicionamento correto implica:
 - colocar o bebê de frente para a mama;
 - queixo tocando a mama e o corpo–cabeça–membros em linha reta;
 - lábios virados para fora;
 - boca bem aberta abocanhando toda a parte inferior da aréola e parte da superior;
 - bochecha redonda (“cheia”).

ATENÇÃO:

Verifica-se que a pega está correta se o bebê estiver fazendo sucções longas, seguidas de pausas e pequenas sucções, e observando-se a deglutição. A pega correta nunca dói, se a mãe referir dor é porque o bebê não está pegando bem.

- Não há necessidade de afastar a mama do nariz do bebê, ele mesmo o fará se precisar, pendendo a cabeça levemente para trás. Por esta razão, a mama não deve ser apreendida com a mão muito próxima à aréola;
- A duração de cada mamada é livre;
- Para terminar a mamada, o ideal é que a criança solte o peito espontaneamente. Quando este fato não ocorre, a mãe coloca a ponta do dedo mínimo na boca da criança. Dessa forma, o vácuo se desfaz e a criança solta o peito, sem machucá-lo;
- Para o bebê arrotar, a mãe, o pai ou outro familiar deve levantá-lo e apoiar a cabeça no seu ombro e fazer uma leve massagem nas costas. É importante a participação da família neste momento;

- O peito não precisa de limpeza antes ou após as mamadas. O banho diário é suficiente.

d) Posições da criança e da mãe

A mãe pode estar sentada, deitada ou em pé. O bebê pode permanecer sentado, deitado ou até em posição invertida. O fundamental é que ambos estejam confortáveis e relaxados.

- Deitada

- Ela pode deitar-se de lado, apoiando a cabeça e as costas em travesseiros. O bebê deverá permanecer também deitado de lado, proporcionando o contato abdome/abdome. Os ombros do bebê devem ser apoiados com os braços da mãe para manter a posição adequada;

- A mulher pode ainda deitar-se em decúbito dorsal (posição útil para as primeiras horas pós-cesariana ou para aquela mulher que tem excedente lácteo muito grande). A criança deve ficar deitada em decúbito ventral, em cima da mãe.

- Sentada:

- A mulher deve permanecer com as costas apoiadas na cadeira ou cabeceira da cama. Ela pode cruzar as pernas ou ainda usar travesseiros sobre as coxas. Pode ser útil colocar os pés em um pequeno banco para dar mais apoio.

- A criança pode ficar deitada, em posição invertida ou sentada (posição muito utilizada em situações especiais, como crianças prematuras, fissuradas ou síndrômicas).

Figura 1 – Principais posições e dicas para uma boa mamada.

↓ GUIA RÁPIDO DA AMAMENTAÇÃO

Veja as principais posições e dicas para uma boa mamada



Posições para amamentar

SENTADA

É a posição tradicional na qual a mulher carrega seu bebê no colo



A mão que estiver livre oferece a mama

O bebê deve ser posicionado de lado, olhando a mama (barriga do bebê junto ao corpo da mãe)

INVERTIDA

É indicada para bebês pequenos e para mulheres com mamas grandes



Pode ser usado um travesseiro para apoio

Segure o bebê em posição invertida, posicionando os pezinhos em direção à cabeceira da cama ou do sofá

*** Não pressione a cabeça do bebê contra o peito. Faça um apoio e ele naturalmente se achega para abocanhar o seio. Use um travesseiro para dar mais firmeza e apoiar o braço**

DEITADA

É a posição mais indicada para o primeiro dia se o parto foi por cesariana. Assim, a região operada não é comprimida



Eleve a cabeceira da cama

Coloque o bebê lateralmente e com apoio de um travesseiro (a cabeça do bebê deve ficar mais elevada que o corpo)

CAVALINHO

É adequada para mulheres com mamas grandes



Apóie a cabeça com uma mão e com a mão livre posicione a mama para o bebê

Posicione o bebê sentado sobre a sua perna

Procure sentar de forma confortável

*** Fissuras nos mamilos acontecem por conta da pega incorreta do bebê. O correto é abocanhar a maior parte da areola para ter melhor sucção evitando lesão e dor.**

Outras dicas

 **Aproveite** a mamada para acalantar, conversar e cantar para o bebê e fortalecer o vínculo com ele

 **Quando o bebê** está com sono, não faz a pega adequada e não suga corretamente. Resultado: não mama direito e em pouco tempo precisará mamar de novo

 **Evite produtos** que possam ressecar os mamilos e atrito com toalhas ásperas ou escovas. O banho diário e a troca de sutiã é a higiene suficiente

 **Não existe** tempo definido para cada mamada, cada bebê tem seu ritmo. Ela só termina quando a criança solta o seio

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Unidade Neonatal Manual do bebê e equipe.

LEMBRETE:

Para guiar a observação direta da amamentação e avaliar dificuldades iniciais da mamada, foi criado um formulário adaptado do UNICEF por Carvalhães; Corrêa (2003), que contém uma série de reações classificadas em favoráveis à amamentação ou sugestivas de dificuldades, referentes à posição corporal da mãe e do neonato durante a amamentação, às respostas do binômio ao iniciarem a mamada, à eficiência da sucção, ao envolvimento afetivo entre mãe e filho e às características anatômicas da mama (Anexo C).

e) Extração do leite (ordenha)

Como retirar o leite do peito:

- Prender os cabelos e usar uma touca de banho ou pano amarrado;
- Proteger a boca e o nariz com pano ou fralda;
- Escolher um lugar limpo e tranquilo;
- Preparar uma vasilha (de preferência um frasco com tampa plástica) fervida por 15 minutos;
- Massagear o peito com a ponta de dois dedos, iniciando na região mais próxima da aréola, indo até a mais distante do peito, apoiando o peito com a outra mão;
- Massagear por mais tempo as áreas mais doloridas;
- Apoiar a ponta dos dedos (polegar e indicador) acima e abaixo da aréola, comprimindo o peito contra o tórax (Figura 3);
- Comprimir com movimentos rítmicos, como se tentasse aproximar as pontas dos dedos, sem deslizar na pele;
- Desprezar os primeiros jatos e guardar o restante no recipiente (BRASIL, 2001).

Como guardar o leite para o próprio filho:

- Se não tem refrigerador, o leite pode ser coletado em vasilha limpa, fervida durante 15 minutos e colocado em local fresco. Para evitar a diarreia, esse leite só deve ser usado até seis horas após a coleta;
- Se tiver geladeira, leite ordenhado pode ser refrigerado com segurança por até 24 horas ou congelado por até 30 dias. Antes de alimentar o bebê com o leite guardado, aqueça em banho-maria. Ofereça o leite ao bebê com colher, copo ou xícara e lembre-se sempre de jogar fora o que sobrou (BRASIL, 2001).

LEMBRETE:

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ (só podem dar o próprio leite se este for pasteurizado), mulheres com distúrbios da consciência ou comportamento grave, entre outras. E neonatais incluem alterações da consciência da criança de qualquer natureza, baixo peso com imaturidade para sucção ou deglutição (dar leite materno por sonda orogástrica) e fenda palatina que impossibilite o ato de sugar (oferecer leite materno ordenhado).

Dificuldades mais frequentes

a) Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário é processo pelo qual a produção de leite é maior que a demanda, ocorrendo estase láctea e congestão vascular e/ou linfática. A estase láctea pode ocorrer por esvaziamento insuficiente da mama e também por obstrução de ductos ou fatores mamilares, gerando pontos dolorosos durante a mamada. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), podendo

estar avermelhadas e a mulher pode ter febre. É diferente das mamas cheias que são pesadas, endurecidas, quentes, mas a mulher não tem febre e o leite está fluindo. O período de ocorrência varia entre o 3º e o 5º dia pós-parto (durante a apojadura), durando entres 24 e 48 horas, enquanto houver um desequilíbrio entre a oferta e a procura (BARROS, 2006).

A profilaxia para tal alteração consiste em: amamentar logo após o nascimento, esquema de livre demanda para as duas mamas; ordenha manual; orientar as mães para o diagnóstico precoce do ingurgitamento. O tratamento vai incluir medidas como o esvaziamento da mama até o ponto de conforto (ausência de dor), como já dito anteriormente, a fim de diminuir a tensão láctea intramamária. Torna-se ainda importante não suspender a amamentação, pois pode agravar o quadro de ingurgitamento, não usar calor ou frio local, oferecer apoio emocional à mãe e promover medidas de relaxamento (BARROS, 2006).

b) Fissuras

Presença de lesões cutâneas nas mamas com dor e ardor. Geralmente, ocorre quando a pega do bebê está incorreta. A profilaxia consiste em: “- banhos de sol e higiene; - não usar cremes ou pomadas; - orientar a mãe sobre a técnica correta de amamentação”. O tratamento consiste em orientar a mãe para iniciar a mamada pela mama sadia ou menos comprometida e depois passar para outra mama, pois o bebê está menos faminto e suga com menos voracidade. Se elas não forem completamente esvaziadas desta maneira, deverão ser esvaziadas após as mamadas. Realizar ordenha manual ou mecânica (BARROS, 2006).

c) Mastite

A mastite puerperal ou da lactação é um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias que acomete mulheres em fase de lactação,

com achados clínicos que vão desde a inflamação focal, com sintomas sistêmicos como febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração, até abscessos e septicemia.

Figura 1 – Mastite puerperal do tipo glandular com envolvimento de toda a glândula mamária.



Fonte: VINHA, 1994.

As mastites são causadas por diversos microrganismos, prevalecendo o *Staphylococcus aureus* como agente etiológico em 50 a 60% dos casos. Dentre os fatores que predispõem a mastite, prevalecem a fadiga, o estresse, fissuras nos mamilos, obstrução ductal e ingurgitamento mamário. A profilaxia consiste em:

lavar bem as mãos antes de manipular as mamas; usar as medidas profiláticas para ingurgitamento e traumas mamilares; usar somente material esterilizado para procedimentos de contato com as mamas. O tratamento é realizado através da ordenha manual para esvaziamento das mamas; intervenção clínica (antibioticoterapia; analgésicos) ou cirúrgica; A manutenção da amamentação está indicada, porque o leite materno é rico em anticorpos e fatores antibacterianos (SALES et al., 2000).

UNIDADE 3

UNIDADE 3

HUMANIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE DA MULHER

Frequentemente, ouve-se falar que Atenção Básica é a principal ferramenta para a organização do SUS e o Ministério da Saúde faz a seguinte afirmação:

Assim, se compreende que a atenção básica é estruturante e organizadora de práticas de cuidado, favorecendo a produção de vínculo, o trabalho em equipe e a produção da cidadania, haja vista sua necessária ação sobre o território, que deve considerar exigências técnicas e interesses e necessidades das populações (BRASIL, 2010b).

O estabelecimento de vínculos e a produção de cidadania não podem estar distantes da assistência humanizada e, no que diz respeito à saúde da mulher, prestar uma assistência que a envolva e a empodere é de grande valia para a efetividade das ações planejadas.

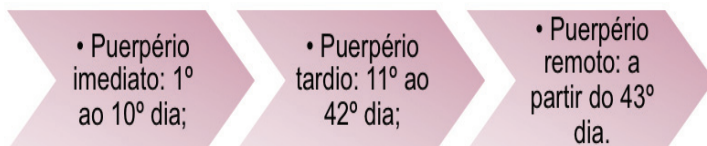
Nesta Unidade, vamos discutir estratégias e ações para desenvolver ações humanizadas de atenção à saúde da mulher no âmbito da Atenção Básica.

Atenção humanizada ao puerpério

Puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico (NEME, 2000). O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactação), não retornando seus ciclos menstruais completamente à

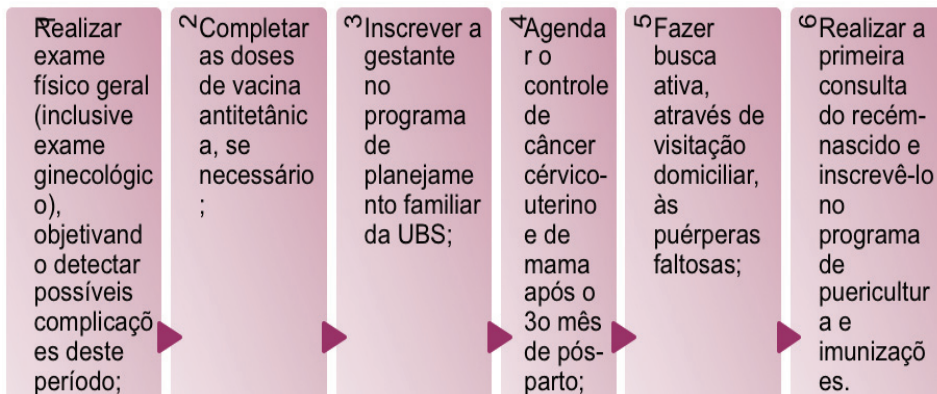
normalidade. Este período é classificado didaticamente em (BRASIL, 2001):

Ao se examinar uma mulher no puerpério, é necessário, fazer uma breve avaliação de seu estado psíquico e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança.



O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente proporcionará uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados. Além disso, é comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sinta-se insegura, cabendo à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção.

a) Ações gerais da assistência puerperal (BRASIL, 2001):



b) Revisão puerperal

▪ **Revisão puerperal precoce (entre 7 a 10 dias)**

O retorno deve ser marcado em torno do 7º ao 10º dia de puerpério, recomendando-se que seja feito na unidade de saúde mais próxima da residência da mulher, incluindo a criança e o companheiro. Neste retorno, devem-se ouvir as queixas da puérpera, proceder ao exame físico adequado, com ênfase ao estado hematológico, rastreamento de infecção (puerperal ou da ferida operatória). É fundamental o exame das mamas, o incentivo para continuação do aleitamento materno, orientar os cuidados básicos com o RN, avaliando a interação da mãe com o bebê e identificar situações de risco ou agravos específicos e conduzi-las (BRASIL, 2001).

Para as puérperas que possuem vínculo empregatício ou as que exercem atividades por conta própria (autônomas) e que ainda não estão em gozo da licença maternidade, deve-se fornecer o atestado médico para esta situação e orientá-las a comparecer ao Posto de Benefícios do INSS mais próximo de sua residência, pois terão direito a 120 dias de licença. As mulheres que amamentam, ao retornar da licença maternidade, têm direito a licença complementar para amamentação, de dois descansos diários de trinta minutos cada, até a criança completar seis meses (BRASIL, 2001).

▪ **Revisão puerperal tardia (até 42 dias)**

Após o atendimento precoce, deve-se orientar a puérpera para retornar para nova avaliação entre o 30º e o 42º dia pós-parto. Nesta ocasião, ouvem-se as queixas da mulher e procede-se novo exame físico. É importante discutir o aleitamento e orientar a mulher para problemas que tenham surgido. Nas puérperas que não completaram seus esquemas de vacinação, deve-se aproveitar este momento para fazê-la, em especial da imunização contra o tétano, hepatite B e rubéola.

Nas mulheres que não realizaram exame preventivo para câncer cervical, este momento também é oportuno, pois se trata praticamente da liberação da mulher às suas atividades normais. É fundamental que haja uma discussão com o casal sobre o retorno às atividades sexuais. Desconforto à relação pode surgir por conta da atrofia vaginal, sendo minimizado este inconveniente com a utilização de lubrificante. É importante também orientar o planejamento familiar e discutir com a mulher e o parceiro o método anticoncepcional mais adequado sem, no entanto, interferir na amamentação (BRASIL, 2001).

Para mais informações, acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

c) Principais complicações no puerpério

▪ Infecção puerperal

São infecções bacterianas como endometrite, miometrite, salpingoforite, peritonite, e tromboflebite pélvica. Na maioria dos casos o quadro clínico se instala com febre acima de 38° C, mal - estar geral, útero doloroso e/ou dor abdominal, lóquios fétido ou não.

▪ Hematomas da vagina, vulva e períneo

Relaciona-se com os partos instrumentados e episiorrafias mal executadas. O tratamento é realizado através da abertura da coleção sanguínea, retirada de coágulos, hemostasia cuidadosa, drenagem da região e compressa morna local.

▪ Mastite

Veja o que foi abordado na unidade 1

▪ Depressão pós-parto

É comum no pós-parto as mulheres apresentarem certa tristeza (melancolia pós-parto ou puerperal blues) que geralmente cede até

o 10º dia. Caso o quadro se agrave ou não ceda espontaneamente, avalie a necessidade de acompanhamento com psicólogo e psiquiatra. Atente para sintomas de tristeza, agressividade, rejeição ao recém-nascido, pois pode se tratar de depressão pós-parto (DPP).

ATENÇÃO:

A equipe de saúde deve estar atenta às complicações no puerpério, detectadas após a alta da maternidade. Sendo que em todos os casos requerem uma avaliação médica especializada, a puérpera deverá ser encaminhada ao serviço onde foi realizado o parto, após um primeiro atendimento na UBS ou domicílio.

Para mais informações, leia: “Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna” de Vera Iaconelli publicado em 2005. Acesse:

http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf

Atenção humanizada no climatério

Climatério é a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade. Menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último período menstrual, somente reconhecida após passados 12 meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é 50 anos. O climatério/menopausa não é uma doença e sim uma fase da vida da mulher. A maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixa e sem necessitar de medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que são, geralmente, transitórios (BRASIL, 2011a).

Entre os sintomas que podem ocorrer no climatério/menopausa, alguns são devido ao brusco desequilíbrio entre os hormônios e outros estão ligados ao estado geral da mulher e ao

estilo de vida adotado até então. A autoimagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida também contribuem para o aparecimento e a intensidade dos sintomas.

A menopausa, no entanto, significa apenas o fim do período de fecundidade. Não é o final da vida nem da capacidade produtiva e tampouco o fim da sexualidade. Considerando que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras é de 72,4 anos, segundo o IBGE, e que a menopausa, no geral, ocorre em torno dos 45-50 anos, ainda restam às mulheres muitos anos de vida após a menopausa. E esses anos podem e devem ser vividos de forma saudável, plena, ativa e produtiva (BRASIL, 2011a).

Alterações fisiológicas do climatério

As modificações orgânicas que ocorrem na mulher durante o climatério não obrigatoriamente implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual, que pode ser mais lenta. Em outras palavras, as alterações fisiológicas que ocorrem pouco influem sobre a sexualidade, entretanto, podem limitar qualitativa e quantitativamente a resposta erótica.

As mulheres no climatério podem apresentar uma lubrificação vaginal menos intensa e mais demorada, sendo necessário, às vezes, um maior estímulo sexual. É possível ocorrer também um adelgaçamento dos tecidos vaginais, que pode levar à dor nas relações sexuais, tornando a perspectiva do sexo com penetração, motivo de ansiedade e de falta de satisfação (BRASIL, 2008).

Devido ao declínio da função hormonal ovariana, as modificações nos órgãos genitais internos e externos influenciam a resposta sexual de forma significativa. O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve é a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode promover alterações no aparelho genital. Os pelos pubianos tornam-se escassos, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris. As

alterações observadas na vagina devido à diminuição dos níveis estrogênicos são mais marcantes do que as da genitália externa.

Abordagem clínica de Enfermagem



A importância do ESCUTAR a mulher nessa fase é fundamental para um acompanhamento adequado. Assim como é necessária a atenção para não considerar que todas as mulheres apresentarão sintomas ou agravos relacionados com o hipoestrogenismo, também não se deve perder a oportunidade de identificar doenças que se tornam mais comuns com o avançar da idade, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, ou realizar encaminhamentos que se façam necessários. Dentre as atribuições do enfermeiro na Atenção Básica, o Ministério da Saúde cita:

- ✓ Planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, tendo como estratégia o contexto sociocultural e familiar;
- ✓ Supervisionar (planejar, coordenar, executar e avaliar) a assistência de enfermagem, merecendo destaque para as ações de imunização, preparo de material, administração de medicamentos e curativos, bem como avaliar os procedimentos realizados pelos auxiliares de enfermagem.
- ✓ Realizar consulta de enfermagem e prescrever o cuidado de enfermagem, de acordo com as disposições legais da profissão- Resolução COFEN nº 159/1993;

- ✓ Planejar e coordenar a capacitação e educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS, executando-as com participação dos demais membros da equipe do CS;
- ✓ Promover e coordenar reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e enfrentamento dos problemas identificados;
- ✓ Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição.
- ✓ Incentivar atividades de promoção da saúde envolvendo o público da sua área de abrangência (BRASIL, 2008).

Promoção da saúde

O desafio de envelhecer bem não se restringe ao climatério, mas se inicia com o nascimento. A alimentação saudável, o exercício físico adequado, o exercício mental, o não uso de fumo e álcool, a comunicação dos sentimentos verbalizados e examinados abertamente, o amor, a vida sexual prazerosa e a cumplicidade no dia a dia serão os elementos que irão mobilizar e equilibrar o organismo, protegendo contra a depressão, o isolamento e as doenças crônicas, fazendo com que se necessite de um mínimo de suporte medicamentoso.

Alimentação saudável

A alimentação saudável, associada à prática de atividades físicas e a não utilização de tabaco e álcool são importantes agentes promotores da saúde. De acordo com a OMS, estas medidas auxiliam as pessoas a manterem a saúde e autonomia após os 60 anos. Apesar disso, o Brasil apresenta aumento significativo na incidência de sobrepeso e obesidade nas últimas décadas, com predomínio entre as mulheres. O sobrepeso acentua com a idade, com valor maior na

faixa etária de 45 a 54 anos, atingindo 55% das mulheres do país (BRASIL, 2010b).

FIQUE ATENTO!

Oriente e incentive a manutenção de um peso saudável.

Para um bom diagnóstico nutricional, utilize o cálculo do IMC – índice de massa corporal (peso/ altura ao quadrado), com valores normais IMC na faixa de 19 a 25. A medida da circunferência abdominal é outro marcador que pode ser usado para a classificação de risco para doenças cardiovasculares, que é maior em mulheres com medida da cintura acima de 88 cm.

INCENTIVE O CONSUMO DE ALIMENTOS COM CÁLCIO!




- ✓ O consumo diário de cálcio para adultos de 19 a 50 anos deve ser de 1.000mg e para os maiores de 50 anos de 1200mg. Os produtos derivados de leite são as melhores fontes de cálcio devido à sua boa absorção pelo organismo.
- ✓ O cálcio proveniente do espinafre e da couve tem baixa absorção.
- ✓ A vitamina D ajuda a melhorar a absorção e utilização do cálcio. O consumo de alimentos ricos em vitamina D (peixes e óleos vegetais) auxilia neste processo.

Atividade física

A atividade física, moderada e regular, contribui para preservar estruturas orgânicas e o bem estar físico, proporcionando a recuperação e/ou manutenção das características psíquicas e fisiológicas em qualquer idade. No climatério, o ciclo vicioso da inatividade física é responsável por muitos casos de invalidez na velhice.

Efeitos da atividade física na mulher climatérica (BRASIL, 2008):

- 
- ✓ Desenvolve as aptidões físicas e motoras;
 - ✓ Fortalece a musculatura;
 - ✓ Favorece a manutenção do bem estar e funcionalidade do corpo, preservando a autonomia e a independência da mulher climatérica;
 - ✓ Reduz a incidência de doenças crônicas, promovendo a saúde;
 - ✓ Retarda a progressão e as complicações das doenças crônicas pré-existentes;
 - ✓ Auxilia na manutenção do peso;
 - ✓ Promove a liberação de endorfinas endógenas, com benefícios nos componentes psicológicos e afetivos;
 - ✓ Melhora a qualidade do sono;
 - ✓ Previne doenças ósseas, como: osteoporose e artroses;
 - ✓ Se praticada em grupo, promove a integração social;
 - ✓ Propicia a percepção de sucesso, no desempenho de atividades e superação dos limites, possibilitando maior envolvimento das pessoas com seu universo social, o que reduz o isolamento e a segregação;
 - ✓ Previne a depressão.

Atenção integral à mulher em situação de violência doméstica e sexual

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher, entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais.

LEMBRE-SE!

A autonomia da mulher deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

É necessário que o serviço de saúde realize exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão e que seja preenchida a “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”. A primeira entrevista da mulher deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o quadro 1.

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA

Registrar em prontuário:

1. Local, dia e hora aproximada da violência sexual.
1. Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
1. Forma(s) de constrangimento utilizada(s).
1. Tipificação e número de autores da violência.
1. Órgão que realizou o atendimento.

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas.
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial.
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
5. Outras medidas legais cabíveis.

ACESSO À REDE DE ATENÇÃO

Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.

Fonte: BRASIL, 2010a.

Traumas físicos

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Contudo, na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas que atendam às necessidades da mulher, da criança ou da adolescente, o que pode resultar na necessidade de atenção de um profissional médico.

Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento, deve-se proceder apenas com assepsia local. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente.

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário.

Questões éticas e legais

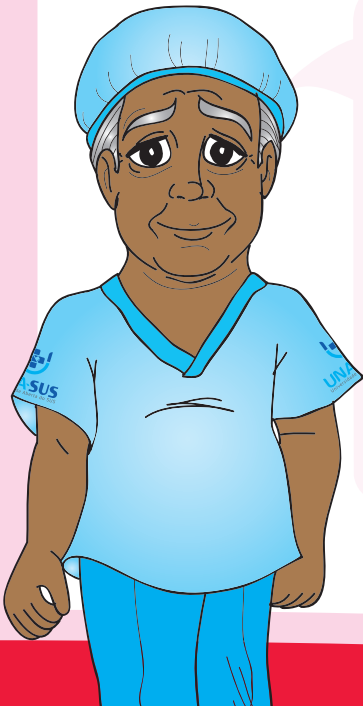
A atenção à violência contra a mulher e o adolescente é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, com importante interface com questões de direitos humanos, questões policiais, de segurança pública e de justiça. Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, implantou o **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**, objetivando conhecer a magnitude e a gravidade



das causas externas e implementar ações de prevenção de violências e de promoção da cultura de paz e, conseqüentemente de diminuir o impacto das violências e dos acidentes no perfil de morbimortalidade da população (BRASIL, 2010a).

A notificação das violências tem como instrumento de coleta a “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” e é composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam, minimamente, o perfil das violências perpetradas contra as mulheres e as adolescentes, a caracterização das pessoas que sofreram violências e dos(as) prováveis autores(as) de agressão. Os dados coletados por meio desta ficha são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa ficha deve ser utilizada para a notificação compulsória de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres, independente de faixa etária, de acordo com a Lei 10.778/2003, o Decreto-Lei nº 5.099/2004 e a Portaria MS/GM nº 2.406/2004 (BRASIL, 2012).

IMPORTANTE!



Não há impedimento legal ou ético para que o(a) enfermeiro(a) ou outro/a profissional de saúde preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõem para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão.

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo, de ética e segredo profissional. A Constituição Federal, artigo 5º, garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 1988).

SAIBA MAIS!

Acesse: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

A atuação do enfermeiro na anticoncepção de emergência

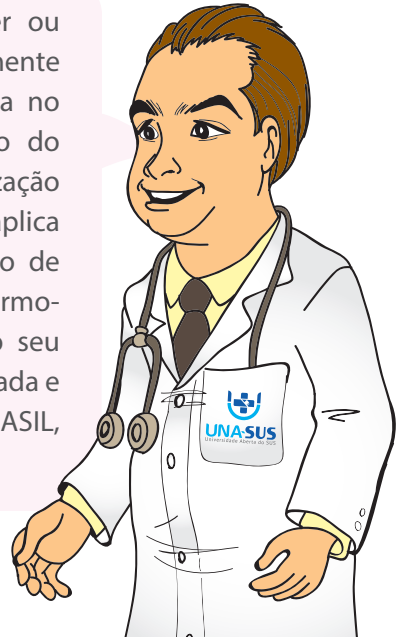
Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. A complexidade dessa situação e os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). O método anticonceptivo pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado à AE (BRASIL, 2011).

CONDIÇÕES PARA A INDICAÇÃO DA AE:

A AE deve ser disponibilizada para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa.



A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. A AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contraindicações absolutas (BRASIL, 2011).



SAIBA MAIS!

Acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_Levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf

ORIENTAÇÕES PARA A MULHER



A mulher em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez. No entanto, devem estar informadas de que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual. A AE não provoca sangramento imediato após o seu uso e cerca de 60% das mulheres terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Em 15% dos casos, a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias (BRASIL, 2011).

CONHEÇA TAMBÉM:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem no ciclo gravídico- puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1.

_____. _____. Portaria Nº. 569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p.4-6. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atendimento-humanizado/Portaria_569.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 44p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o câncer de mama.** Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, INCA, 2002. 66 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Controle do câncer de mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro, RJ: INCA, CONPREV, 2004. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf> >. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. Presidência da República. Lei Nº. 11.634, 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: . Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. Lei Nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de

Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. **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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 15 jan.1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 124p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.196 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). <http://pt.scribd.com/doc/66843150/29/METODOS-ANTICONCEPCIONAIS> Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno ; 3). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.**

Brasília, 2010. 18p. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Rede Amamenta Brasil.** Brasília, DF, 2013.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133. Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. _____. **Promovendo o aleitamento materno:**

álbum seriado. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2007. 18p. Disponível em:

<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. _____. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e

humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais

e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Disponível em: < [http://](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)

portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:**

norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde,

2012. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)

[prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A.

Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos

Reprodutivos – Caderno, n.9). Disponível em: < [http://portal.saude.](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf)

[gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Humanização:** formação

e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 242 p. (Série B.

Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1). Disponível

em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 256 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno n. 2). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p. (Série Manuais n.68). Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

CARVALHARES, M.A.B.L.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 79, n.1, p.13-20, 2003.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** [online]. v.19, n.5, p. 623-630, 2006.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.

Revista Pediatria Moderna, v. 41, n. 4, jul./ago. 2005. Disponível em: < http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP;%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

INCA. **Tipos de câncer: mama**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena. **Manual de aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf. Acesso em: 20 mar. 2013.

MARIANI NETO, Corintio. **Manual de orientação: aleitamento materno** 2006. São Paulo: Ponto, 2006.

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

PORTAL DA SAÚDE. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha. 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.**
Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. **Acesso em: 19 mar. 2013.**

SALES, Acilegna do Nascimento et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.22, n.10, nov./dec. 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032000001000005#fig1>. Acesso em: 19 mar. 2013.

VINHA, V.H.P. **Projeto aleitamento materno:** auto-cuidado com a mama puerperal. São Paulo: Sarvier, 1994. p.21-101.

ANEXO

ANEXO A - Aconselhamento Pré –Teste: Anti-HIV /AIDS

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical deste vírus. Por este motivo, obrigatoriamente este teste deve ser oferecido, com aconselhamento pré-teste, para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, independente de sua aparente situação de risco para o HIV. Cabe à mulher a decisão de realizá-lo ou não.

• Aconselhamento pré-teste

- O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/AIDS e outras DSTs e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sobre os conceitos de “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido” e sua importância na exposição ao risco para infecção pelo HIV, em ocasião recente e progressa;
- Explicar o que é o teste anti-HIV, os dois tipos de teste que podem ser realizados (convencional e de rápido diagnóstico), como é feito, o que mede, suas limitações e o significado dos resultados negativos, indeterminado e positivo;
- Esclarecer os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez para mulher e para o bebê, reforçando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e pós-parto e controle da infecção materna;
- Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo este processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

• Aconselhamento pós-teste

Resultado negativo

Deverá ser interpretado em função das situações de vulnerabilidade apresentadas pela gestante. Todo resultado de sorologia anti-HIV reflete situações vividas até 60 dias antes da data da coleta do material para o exame. Esse período, de aproximadamente dois meses, é o que se chama de janela imunológica, ou seja, o tempo entre a infecção pelo HIV e a produção de anticorpos em quantidade suficiente para ser detectada pelos testes. Resultado negativo em gestantes sem situações de maior vulnerabilidade significam que a mulher não está infectada. Entretanto, se ela apresentou alguma situação de risco e foi infectada recentemente, esse exame pode resultar negativo, por estar a gestante em período de janela imunológica. Nesses casos, a necessidade de novo teste anti-HIV poderá ser considerada pelo profissional, devendo ser repetido entre 30 e 60 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da mulher para prestar esclarecimentos e suporte durante o intervalo de tempo em que transcorrer o novo exame.

Em todos os casos, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- reforçar as informações sobre os modos de transmissão do HIV, de outras DSTs e as medidas preventivas;
- reforçar as informações de que teste negativo não significa prevenção nem imunidade;
- informar que o teste deve ser repetido no início do terceiro trimestre e a cada nova gestação.

Resultado indeterminado

Esse resultado poderá refletir duas situações:

- a) um resultado inconclusivo, decorrente de fatores que interferem com a reação do teste (hormônios, doença autoimune etc.) ou;
- b) uma infecção recente, com produção de anticorpos HIV ainda em quantidade insuficientes para serem detectadas pelo teste utilizado.

Nesta situação, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Diante desse resultado, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- encorajar para nova testagem, oferecendo apoio emocional sempre que se fizer necessário;
- orientar para procurar o serviço de saúde, caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação;
- reforçar sobre as medidas para prevenção do HIV e de outras DSTs.

Resultado positivo

Diante desse resultado, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado, reforçando a informação de que estar infectada pelo HIV não significa portar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
- informar que existem medicações para controlar a infecção materna e reduzir o risco da transmissão vertical do HIV para o bebê.
- encaminhar a gestante aos serviços de referência existentes para acompanhamento especializado de gestantes com HIV-Aids.

• OBSERVAÇÃO:

O diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV com uso exclusivo de testes rápidos foi instituído pelo Ministério da Saúde em julho de 2005, por meio da **Portaria Ministerial nº 34**. Inicialmente

previsto para uso em Centros de Testagem e Aconselhamento e em locais de difícil acesso, o uso de testes rápidos tem sido usado para outras situações em que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV propicia o acesso oportuno aos protocolos assistenciais disponíveis.

ANEXO B - Formulário de observação e avaliação da mamada adaptado do UNICEF por Carvalhães; Corrêa (2003).

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
Posição	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas <input type="checkbox"/> Escore posição 1	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito <input type="checkbox"/> Só ombros/cabeça apoiados <input type="checkbox"/> Escore posição 2
Respostas	
<input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome <input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, fisgadas) <input type="checkbox"/> Escore resposta 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito <input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite <input type="checkbox"/> Escore resposta 2
Estabelecimento de laços afetivos	
<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantém contato visual <input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho <input type="checkbox"/> Escore afetivo 1	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho <input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam <input type="checkbox"/> Escore afetivo 2
Anatomia	
<input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada <input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada <input type="checkbox"/> Escore anatomia 1	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas <input type="checkbox"/> Escore anatomia 2
Sucção	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção 1	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulho altos, mas não a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção

ANEXO C – Ficha de notificação/Investigação individual.

 República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

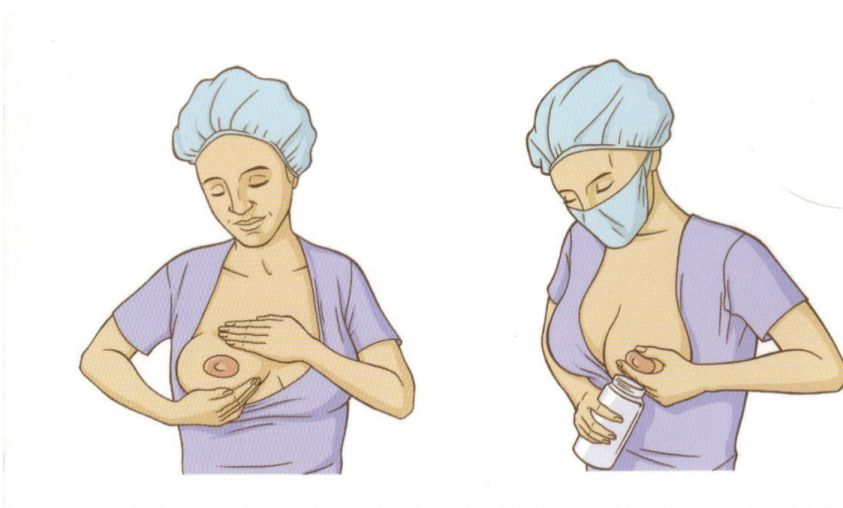
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 3.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	
	7 Data da ocorrência da violência		8 Nome do paciente	
	9 Data de nascimento		10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	
	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Gestante gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8-Ignorado	
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 8-Ignorado		14 Escolaridade 0-Desalfabetado 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escreito fundamentalmente completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escreito médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6-Escreito médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 8-Ignorado 10-Não se aplica	
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares			
Dados da Pessoa Afetada	31 Ocupação		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		36 Outras deficiências/ Síndromes	
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3
	44 Geo campo 4	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado	
	49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008

ANEXO D – Posições para amamentar e ordenha manual.





UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

