

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.

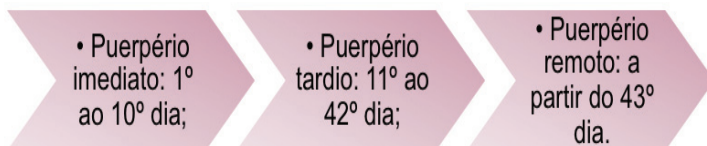
Nesta Unidade, vamos discutir estratégias e ações para desenvolver ações humanizadas de atenção à saúde da mulher no âmbito da Atenção Básica.

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

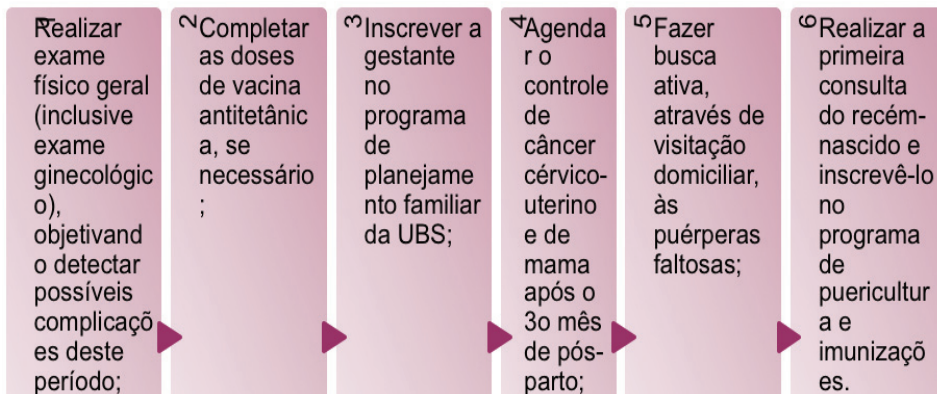
normalidade. Este período é classificado didaticamente em (BRASIL, 2001):

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

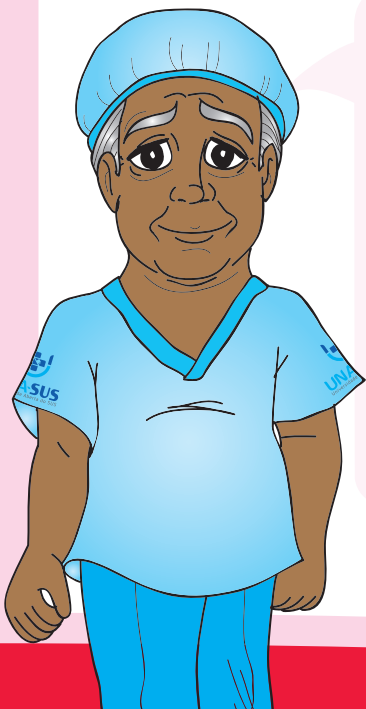
A atenção à violência contra a mulher e o adolescente é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, com importante interface com questões de direitos humanos, questões policiais, de segurança pública e de justiça. Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação 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

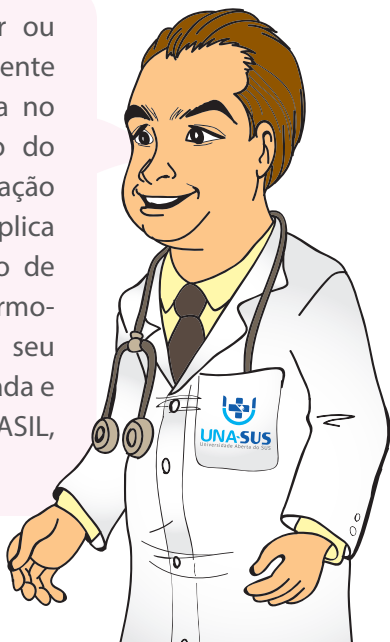
Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência 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://bvsm.s.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 progressiva;
- 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		3 Data da notificação	
	4 UF 5 Município de notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		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		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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	
	32 Situação conjugal / Estado civil		34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		36 UF 37 Município de ocorrência	
Dados da Ocorrência	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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	
	49 Ocorreu outras vezes?		50 A lesão foi autoprovocada?	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET S/SVS 10/07/2008				

ANEXO D – Posições para amamentar e ordenha manual.





UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

