



UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL MINAS GERAIS

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDÉ EM PORTO NACIONAL-TO.

PORTO NACIONAL - TO

2017

LUDMILLA RODRIGUES GONÇALVES BARBOSA

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDÉ EM PORTO NACIONAL-TO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha com parceria com a UFT, pela Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Leonora Rezende Pacheco.

PORTO NACIONAL - TO

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Barbosa, Ludmilla Rodrigues Gonçalves

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDÉ EM PORTO NACIONAL-TO. [manuscrito] / Ludmilla Rodrigues Gonçalves Barbosa. - 2017.

31 f. : il.

Orientador: Leonora Rezende Pacheco.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1.Saúde da mulher. 2.Protocolo. 3.Aborto. I.Pacheco, Leonora Rezende. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

LUDMILLA RODRIGUES GONÇALVES BARBOSA

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDÉ EM PORTO NACIONAL-TO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha, com parceria com a UFT, pela Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Leonora Rezende Pacheco.

APROVADOS EM: 02 de Dezembro de 2017.

Prof^a. Dra. Leonora Rezende Pacheco
Orientadora

Prof^a. Ms: Mayane Vilela Pedroso

PORTO NACIONAL - TO

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, que muito apoiou e me incentivou a realizá-lo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao Autor da Existência, Aquele que permite que todas as coisas se concretizem, nosso único e verdadeiro Deus.

Aos professores e preceptores por terem me proporcionado conhecimento, e crescimento profissional durante o curso.

A minha orientadora Dra. Leonora Rezende Pacheco, pela ajuda com suas precisas e incisivas pontuações, pelo suporte na execução deste trabalho.

Ao meu esposo Marcio e meus filhos Maria Clara , Sara e Mateus, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

As amigas especializadas do CEEO, Aline e Ester, pelo companheirismo durante toda a trajetória do curso.

A minha amiga Sirleyde Paolini, pelo incentivo e apoio constate.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Os problemas significativos que enfrentamos não podem ser resolvidos no mesmo nível de pensamento em que estávamos quando os criámos.

(Einstein, 1955)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo implementar protocolo de assistência as mulheres em situação de abortamento no Hospital Materno Infantil Tia Dedé em Porto Nacional-TO, dedicado ao atendimento à mulher e crianças de até 11 anos 11 meses e 29 dias, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um projeto de intervenção, sendo os dados coletados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi realizado nas seguintes etapas: diagnóstico situacional com gestores, servidores da unidade e observação ativa da rotina de trabalho, levantamento bibliográfico, convite aos profissionais para participação na roda de conversa, momento de roda de conversa com a equipe multiprofissional para discussão sobre a adaptação do protocolo, reunião com gestores e direção técnica, solicitação do AMIU, criação do fluxograma de atendimento as mulheres em situação de abortamento. Obteve como resultado principal a implementação do protocolo na unidade hospitalar. Os demais apontamentos apresentados pela equipe foram discutidos e definidos estratégias para a solução dos mesmos. Este estudo poderá auxiliar na ampliação do conhecimento e reflexões a respeito do comprometimento profissional em obter melhorias significativas no processo de trabalho.

Palavra-chave: Saúde da mulher. Protocolo. Aborto.

ABSTRACT

This study aims to implement a protocol of assistance to women in situations of abortion at the Materno Infantil Tia Dedé hospital in a Porto Nacional-TO, dedicated to care for woman and children up to eleven years eleven months and twenty nine days, with care by the single health system- Sistema Único de Saúde (SUS). It is a project intervention, being the data collected in the database of the virtual library in health (BVS). It was carried out in the following stages: situational diagnosis with managers, unit servers and active observation in the work routine, bibliographical survey, invitation to professionals to participate in the conversation, moment of discussion with the multiprofessional team for the discussion on the elaboration of the protocol, meeting with managers and technical direction, request AMIU, creation of the flow chart for women in abortion. Obtained as a main result the implementation of the protocol in the hospital unit. The other notes presented by the team were discussed and strategies were defined for their solution. This study may help to increase the knowledge and reflections regarding the professional commitment to obtain significant improvements in the work process.

Keyword: Women's health. Protocol. Abortion.

LISTA DE ABREVIATURA

AMIU	-	Aspiração Manual Intrauterina
BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CEEO	-	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
DIU	-	Dispositivo Intra-uterino
HMITD	-	Hospital Materno Infantil Tia Dedé
PNA	-	Pesquisa Nacional de Aborto
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFT	-	Universidade Federal do Tocantins
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Modelo lógico de atuação humanizada ao abortamento	16
Figura 2 - Apresentação do protocolo	24
Figura 3 - Participação dos profissionais na apresentação do protocolo	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Problematização da Situação	12
1.2 Apresentação da Instituição Hospitalar.....	12
1.3 Justificativa	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	15
5 METODOLOGIA.....	19
5.1 Tipo de pesquisa.....	19
5.2 Local da pesquisa	19
5.3 Fonte de dados	20
5.4 Etapas da intervenção	20
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO 1.....	31
APÊNDICE 1	51

1 INTRODUÇÃO

O aborto é um tema polêmico e um sério problema de saúde pública mundial, responsável pela manutenção das altas taxas de mortalidade materna em muitos países em desenvolvimento (DOMINGOS, MERIGHI, 2010). Em todo o mundo, aproximadamente meio milhão de mulheres grávidas morrem a cada ano. Destas, 13% perdem a vida em consequência de abortos realizados em condições inseguras, o que corresponde a aproximadamente 67 mil mortes anuais (NEGREIROS, MEDEIROS, HENRIQUES, 2013).

Ainda segundo os autores, a interrupção da gravidez representa a quarta causa de internações na rede pública de saúde brasileira e é a quarta causa de morte materna, sendo que nas cidades do nordeste do país é uma das causas mais significativas.

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) evidenciou que ao término da vida reprodutiva cerca de uma a cada cinco mulheres já haviam abortado, e que mais da metade destes abortos (59%) ocorreram quando as participantes eram adolescentes ou jovens na faixa etária de 12 a 24 anos (DINIZ, MEDEIROS, 2010). Além de estar associada à juventude, a prática ainda mostrou-se mais comum entre mulheres com menor escolaridade, e em metade dos casos verificou-se o uso de medicamentos abortivos e internações pós-aborto (MARANHÃO, GOMES, BARROS, 2016).

O termo “aborto”, como é popularmente conhecido, refere-se ao produto do abortamento, que é definido como a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gravidez, com expulsão do concepto pesando menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm. Pode ser espontâneo ou provocado (MILANEZ et al, 2016). “Espontâneo”, quando o concepto não se desenvolve e é expulso do corpo da mãe naturalmente, por fatores físicos ou psicológicos. “Provocado”, quando a gestante utiliza métodos para induzir a retirada do feto (Brasil, 2005). O aborto provocado ou induzido é reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública, atinge mulheres de todas as etnias e classes sociais, especialmente aquelas com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menores recursos econômicos e sociais.

O aborto, apesar de leis contrárias ou favoráveis à sua prática, sempre vai ser um tema polêmico, não apenas por causa da natureza do processo, mas pelas

consequências morais, psicológicas, sociais e religiosas resultantes da interrupção da vida (PEREZ, 2013).

Para grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que para outras mulheres a gestação que motiva o abortamento resulta de relações impostas pelos seus parceiros ou de situações de estupro (BRASIL, 2014).

Com base no que já foi descrito até aqui, a maioria das situações podem evitáveis, remetendo na qualidade da atenção em saúde ofertada às mulheres. Nesse sentido, se faz necessário reativar a capacidade dos profissionais de cuidar e de acolher, proporcionando redução das desigualdades no atendimento e tornando-o centrado no bem-estar das mulheres (BRASIL, 2014a)

1.1 Problematização da Situação

Apesar do avanço obtido com a instalação dos serviços em todas as regiões do país, as mulheres vivenciam muitas dificuldades para o acesso ao serviço de aborto. Através do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) foi realizado o diagnóstico situacional do Hospital Materno Infantil Tia Dedé em Porto Nacional/TO, onde foi observado que nesta instituição não tem um atendimento adequado às mulheres em situação de abortamento.

1.2 Apresentação da Instituição Hospitalar

O local da intervenção foi o Hospital Materno Infantil Tia Dedé de Porto Nacional, dedicado ao atendimento à mulher e crianças de até 11 anos 11 meses e 29 dias, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para o atendimento dos municípios da região de saúde Amor Perfeito.

O Hospital Materno Infantil Tia Dedé foi inaugurado em 13 de julho de 2005, é uma instituição pública estadual, é referência para 12 municípios circunvizinhos. Composto por 343 funcionários (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, recepcionistas, assistentes administrativos, maqueiros, auxiliar de serviços gerais).

O fluxo de atendimento no Hospital inicia no acolhimento, onde faz a classificação de acordo com os critérios de risco, após atendimento médico, se necessário é encaminhado ao pronto socorro. Conta com um centro cirúrgico, sala de pré- parto e possui um total de 48 leitos, sendo: 04 no pré - parto, 06 na ginecologia; 24 no alojamento conjunto e 14 na pediatria, além de 09 leitos na unidade de cuidados intermediários neonatal, 04 incubadoras e 04 berços aquecido. De acordo com os dados levantados na instituição no ano de 2016, houve 28.370 atendimentos divididos em: Puericultura - 443; partos normais- 825; partos cesáreos- 78; laqueaduras tubárias- 77; Curetagens- 208; Consultas realizadas: Obstetrícia- 7.515; Pediatria 15001; Outras- 1828; Nascidos vivos- 1611; Natimorto- 18; SAVIS (Serviço de atenção à pessoa em situação de violência sexual) -63. (Sistema SOUL MV, 2016). Observação: Atualmente contamos com 30 leitos no alojamento conjunto no total de 54 leitos.

1.3 Justificativa

A implementação do protocolo de intervenção tem o intuito de levar a instituição uma padronização no acolhimento e atendimento a esta demanda. Intervenções como esta são fundamentais para melhorar a qualidade do atendimento na sua totalidade, sistematizando a assistência, sensibilizando os profissionais e gestores, incentivando-os a refletir sobre a conduta a ser tomada.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Implementar protocolo de assistência as mulheres em situação de abortamento no Hospital Materno Infantil Tia Dedé em Porto Nacional-TO.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

A atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento. (BRASIL, 2014)

Portanto, promover a saúde à mulher, incluindo a atenção ao abortamento em condições seguras, consiste em um dos objetivos específicos dessa política. A estratégia proposta para esse alcance refere-se à qualificação e à humanização da atenção à mulher em situação de abortamento (MADEIRO, 2016).

Em vista disso, considera-se importante que os profissionais de saúde proporcionem um atendimento sensível e satisfatório à mulher hospitalizada por complicações de abortamento, enfatizando, sobretudo as ações de promoção da saúde e interação a fim de promover a autonomia da mulher, prevenir a reincidência de gestações não planejadas, qualificar o cuidado e contribuir na redução da demanda e dos custos destinados ao tratamento do processo abortivo (ALVES et al, 2017).

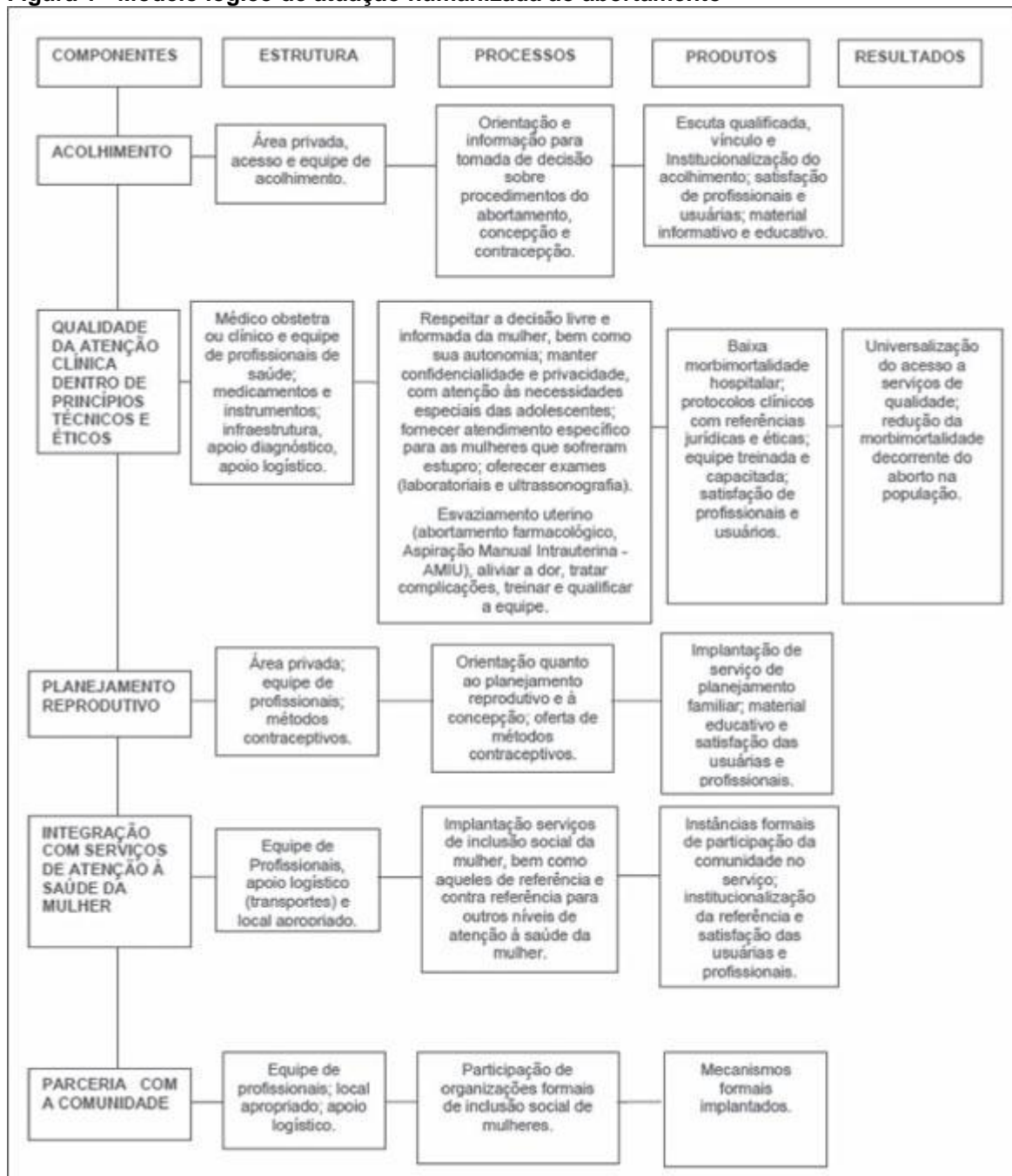
As mulheres em situação de aborto querem ser compreendidas nesse contexto, já que julgamentos morais e situações de reprovação não resolvem o problema. É necessário, portanto, que os profissionais de saúde acolham essas mulheres de forma que se sintam protegidas e seguras para que superem esse difícil momento em suas vidas (CARVALHO, PAES, 2014).

Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser uma prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. (BRASIL, 2011)

A mulher com complicações de abortamento, espontâneo ou por decisão pessoal, tem necessidade de cuidados destinados a protegê-la das consequências físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como evitar que volte a ser acometida do mesmo problema no futuro. (BRASIL, 2014)

Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou aos profissionais uma nova edição com revisão da Norma Técnica, reafirmando as orientações gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica dentro da Política Nacional à Saúde da Mulher na perspectiva de ações intra e intersetorial, que fazem parte do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Também está caracterizada como resultante da atuação articulada entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) (BRASIL, 2010). O modelo lógico está descrito na figura 1:

Figura 1 - Modelo lógico de atuação humanizada ao abortamento



O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. (BRASIL, 2014)

Acolhimento diz respeito ao tratamento digno e respeitoso, a escuta, ao reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decisão, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde. (BRASIL, 2011)

A orientação, por sua vez, implica no repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada (BRASIL, 2011).

Todos profissionais da equipe devem promover o acolhimento, marcando presença de forma transversal durante todo o atendimento (BRASIL, 2011). Independente da forma de aborto que ocorreu com a paciente a equipe multiprofissional tem que atuar de maneira humanizada e qualificada, para que isso ocorra a implantação do protocolo de atendimento irá trazer a instituição uma padronização no acolhimento e atendimento do Hospital Materno Infantil Tia Dedé.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. A literatura recente mostra, em relação aos protocolos, número mais alto de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares.

Na organização dos serviços, os protocolos tratam dos processos de trabalho e definição de funções e responsabilidades.

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

É fundamental, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a reservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011).

Humanizar o atendimento visa qualificar os processos e promover a saúde. Devem-se levar em consideração os sentimentos trazidos pelos indivíduos que procuram o serviço, para que não haja sobrecarga dos profissionais envolvidos e não exista nenhum profissional com papel central nesse contexto, pois todos são responsáveis pelas necessidades do usuário. Identificar o problema e atuar de forma consciente e ágil para direcionar o atendimento prestado de modo eficiente e resolutivo (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um projeto de intervenção, segundo Santos (2007), o conceito e intervenção afinado com os referenciais aqui trabalhados rompe com a ideia de ação de um sobre outro ou de ação para ser (idealmente) executada. Ao invés disso, intervenção como “estar no entre” (dos processos e relações de trabalho, dos processos formativos, etc.), na função de disparar movimentos e de por coletivos em movimento, rumo a transformações desejadas na realidade, tal intervenção visa nortear os profissionais a assistência sistematizada e humanizada a mulheres situação de abortamento por meio de protocolo.

5.2 Local da pesquisa

O local da intervenção foi o Hospital Materno Infantil Tia Dedé de Porto Nacional, dedicado ao atendimento à mulher e crianças de até 11 anos 11 meses e 29 dias, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para o atendimento dos municípios da região de saúde Amor Perfeito.

O Hospital Materno Infantil Tia Dedé foi inaugurado em 13 de julho de 2005, é uma instituição pública estadual, é referência para 12 municípios circunvizinhos. Composto por 343 funcionários (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, recepcionistas, assistentes administrativos, maqueiros, auxiliar de serviços gerais).

O fluxo de atendimento no Hospital inicia no acolhimento, onde faz a classificação de acordo com os critérios de risco, após atendimento médico, se necessário é encaminhado ao pronto socorro. Conta com um centro cirúrgico, sala de pré- parto e possui um total de 48 leitos, sendo: 04 no pré - parto, 06 na ginecologia; 24 no alojamento conjunto e 14 na pediatria, além de 09 leitos na unidade de cuidados intermediários neonatal, 04 incubadoras e 04 berços aquecido. De acordo com os dados levantados na instituição no ano de 2016, houve 28.370 atendimentos divididos em: Puericultura - 443; partos normais- 825; partos cesáreos- 78; laqueaduras tubárias- 77; Curetagens- 208; Consultas realizadas: Obstetrícia- 7.515; Pediatria 15001; Outras- 1828; Nascidos vivos- 1611; Natimorto- 18; SAVIS

(Serviço de atenção à pessoa em situação de violência sexual) -63. (Sistema SOUL MV, 2016). Observação: Atualmente contamos com 30 leitos no alojamento conjunto no total de 54 leitos.

5.3 Fonte de dados

Foi realizado levantamento das evidências já existentes sobre o assunto priorizado. A busca procedeu por meio da pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nos manuais do Ministério da Saúde e Protocolo do Hospital Maternidade Dona Regina-Palmas/TO.

5.4 Etapas da intervenção

5.4.1 – Diagnóstico Situacional

Realizado o diagnóstico situacional por meio de entrevistas com os gestores e servidores da unidade, bem como, pela observação ativa.

5.4.2 – Levantamento de bibliográfico sobre o tema.

Foi utilizada a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

5.4.3 – Convite aos profissionais para roda de conversa.

Foi solicitada autorização no Núcleo de Educação Permanente do hospital para realização do trabalho e auxílio nas divulgações. Após, foi elaborado um ofício convite que foi fixado nos murais do hospital e em cada setor, convidando os profissionais para participar da roda de conversa.

5.4.4 – Roda de conversa com equipe multiprofissional.

Foi discutido com os profissionais presentes sobre a implementação do protocolo de atendimento às mulheres em situação de abortamento, com a apresentação de slides e entrega de folders.

5.4.5 – Reunião com diretor técnico.

Neste momento, foram discutidos pontos relevantes do protocolo, como também sobre a inserção do DIU (dispositivo intra-uterino) em mulheres internadas em situação de aborto não infectado.

5.4.6- Solicitação Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU).

Foi solicitada a Coordenadora de Enfermagem a aquisição de AMIU para que seja implantada no atendimento a essas mulheres.

5.4.7 – Criação do Fluxograma de atendimento em mulheres em situação de abortamento.

Foi criado um fluxograma para nortear a assistência a este público, com destaque para a realização dos testes rápido para HIV e Sífilis.

5.4.8 – Avaliação

A avaliação da implementação do protocolo será feita através de observação ativa e realização de roda de conversa com a equipe multiprofissional para identificar o ponto de vista de cada um sobre os avanços em decorrência do protocolo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 - Foi realizado o diagnóstico situacional por meio de entrevistas com os gestores e servidores da unidade, bem como, pela observação ativa. Depois de discutido o diagnóstico situacional, com os gestores e servidores da unidade hospitalar, foram identificados que não havia um protocolo instituído para o atendimento às mulheres em situação de abortamento.

Segundo (MADEIRO, 2016). Promover a saúde à mulher, incluindo a atenção ao abortamento em condições seguras, consiste em um dos objetivos específicos dessa política. A estratégia proposta para esse alcance refere-se à qualificação e à humanização da atenção à mulher em situação de abortamento.

Para a redução da mortalidade materna, o SUS trabalha para melhorar a saúde das gestantes, a promoção da igualdade entre os sexos e a valorização das mulheres (BRASIL, 2011).

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. São orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política e têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas e normas e leis existentes. Na atenção ao cuidado, têm como objetivo a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O Hospital Materno Infantil Tia Dedé, Porto Nacional – TO, por não ter um protocolo de assistência às mulheres em situação de abortamento, notou-se que não tinha uma assistência de qualidade, sendo de grande relevância a implementação do protocolo de abortamento pra nortear a equipe que assiste essa demanda.

2 - Levantamento bibliográfico sobre o tema.

A revisão de trabalhos sobre o tema da pesquisa é um instrumento útil e pertinente para a produção do conhecimento e posteriormente uma forma eficaz para a elaboração de novos trabalhos (BRAGA; MELO, 2009).

Neste trabalho foi realizado o levantamento de dados através do Manual e Normas Técnicas para Atenção Humanizada ao abortamento do Ministério da Saúde de 2011 e Protocolo de Abortamento do Hospital Maternidade Dona Regina - Palmas TO.

Este levantamento bibliográfico apresentou como limitação a dificuldade de encontrar protocolos de mulheres em situação de abortamento, percebendo que há poucos artigos evidenciados sobre o assunto. 3 - Convite aos profissionais para roda de conversa.

Segundo Farias e Barbosa (2016), a roda de conversa é um método de participação coletiva, com debates e espaços de diálogos sobre determinado assunto. Tendo como objetivo motivar a socialização de saberes e reflexão voltada para a ação.

Neste momento foi enviado ofício convidando todos os servidores do hospital para participar da criação do protocolo, e repassado via e-mail o protocolo pré-elaborado para um profissional de cada área.

4 - Roda de conversa com equipe multiprofissional para discussão sobre a elaboração do protocolo, com a apresentação de slides e entrega de folders.

Para Severo e Dimenstein (2011) a utilização da roda de conversa faz com que os participantes reflitam acerca da relação com o mundo, trabalho e sua vida, sensibilizando-os e mobilizando-os quanto a troca de experiências, conversas e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos.

No dia 17/07/2017 foi realizada a roda de conversa com a presença de 16 profissionais de diversas áreas, entre elas da psicologia, enfermagem, recepção, médica, assistência social, núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar, núcleo de educação permanente, diretor clínico, coordenação de enfermagem.

Foi apresentado o protocolo a todos os presentes e após tiveram as seguintes pontuações, o diretor clínico sugeriu que o aborto legal fosse realizado no hospital Tia Dedé ao invés das pacientes serem encaminhadas ao Hospital Dona Regina, evitando assim a revitimização da mesma. Porém a psicóloga e assistente social do SAVIS afirmaram que não é viável, pois o hospital Tia Dedé não tem estrutura para realização deste procedimento, sendo assim indicado utilizar o protocolo do SAVIS já instituído nesta unidade hospitalar. Outro apontamento realizado foi o de destinar uma enfermaria exclusiva para este público. Foi citado também sobre a dieta zero, onde as mulheres ficam em sua maioria em torno de 24 horas sem se alimentar a espera do procedimento.

Nesta reunião a equipe pôde ter uma visão mais ampla de como funciona o protocolo e quais pontos devem ser melhorados tanto na estrutura como no fluxo de atendimento.

Ao término da roda de conversa os profissionais presentes elogiaram a iniciativa, e enfatizaram que este tipo de atendimento é de grande relevância e deve ser discutido e alinhado com todos os envolvidos no atendimento a essas mulheres.

Figura 2 - Apresentação do protocolo



Figura 3 - Participação dos profissionais na apresentação do protocolo



5 – Reunião com diretor técnico sobre pontos relevantes do protocolo.

Estudos apontam que a relação da inserção do DIU imediatamente após o aborto tem diversas vantagens, como, a certeza de que a mulher não está grávida, aumenta a probabilidade de uma contracepção eficaz, facilitando o planejamento familiar, diminuindo a recorrência de gravidez indesejada (HOLANDA AAR et al., 2013).

No dia 08/08/2017 foi realizada a reunião com o diretor técnico para discutir sobre a inserção do DIU (dispositivo intra-uterino) em mulheres internadas em situação de aborto não infectado, conforme preconizado pelo Manual de Abortamento do Ministério da Saúde. Com isso, ficou definido que será realizada a inserção do DIU, com consentimento da paciente, e após a mesma será encaminhada para acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

6 - Solicitação Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)

Diversos autores apontam vantagens da realização do AMIU no esvaziamento uterino, pois substitui a anestesia geral ou raquidiana por analgesia, permanecendo menos tempo na unidade hospitalar, contribuindo para a redução dos custos. Outro ponto é em relação ao baixo número de complicações se comparado a com a curetagem (SACIOTO, 2011)

Tendo em vista a instituição do AMIU no Protocolo do Hospital Dona Regina bem como na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, procedimento este rápido, simples e seguro, utilizado para o tratamento do aborto, o presente protocolo orienta a utilização deste método pelos profissionais da unidade hospitalar referenciada neste trabalho.

Para isso, foi solicitado a Coordenadora de Enfermagem a aquisição de AMIU para o Centro Cirúrgico e conversado com diretor técnico sobre o treinamento aos médicos para manuseio do AMIU.

7- Criação do Fluxograma de atendimento a mulheres em situação de abortamento.

A ideia do fluxograma possibilita aos profissionais uma auto-análise do processo de trabalho, proporcionando que eles visualizem e identifiquem possíveis falhas, busquem formas de remodelá-lo, através de uma reflexão sobre sua prática,

despertando a necessidade de agir diferente, dando uma nova direcionalidade para o trabalho em saúde.

Após uma análise situacional dentro da unidade hospitalar, constatamos que não havia um fluxo de atendimento às mulheres em situação de abortamento. Nesse sentido, foi criado o fluxograma para nortear a assistência a este público, destacando como pontos importantes a realização dos testes rápido para HIV e Sífilis, e o estabelecimento da alta responsável, com orientações durante o período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, através de referência e contra referência, objetivando favorecer o acesso do usuário ao serviço de saúde e a continuidade dos cuidados.

Posteriormente o fluxograma foi apresentado à equipe multiprofissional que concordou com o fluxo demonstrando entusiasmo na melhora do processo de trabalho e atendimento a este público.

8 – Avaliação

Visando estabelecer uma rotina e procedimentos pré ordenados que venham a nortear os trabalhos da equipe multidisciplinar e de todo o corpo do Hospital Materno Infantil Tia Dedé é que foi avaliado e implementado o protocolo de intervenção. Sendo o protocolo um documento muito importante porque apresentam um fluxograma de trabalho a serem utilizados buscando um contínuo aperfeiçoamento de todos os profissionais envolvidos em sua execução contínua.

Com a realização deste trabalho obtivemos como resultado principal foi a implementação do protocolo na unidade hospitalar, com conhecimento de toda a equipe quanto ao seguimento do fluxo de atendimento a ser seguido.

Na roda de conversa dentre os apontamentos feitos citamos a destinação de uma enfermaria exclusiva para as mulheres em situação de abortamento, como não há estrutura física suficiente, foi decidido separar um leito com uso de cortina proporcionando privacidade. Porém, foi realizada uma avaliação quanto à efetivação desta medida e constatei que até o presente momento não está em uso.

Outro apontamento realizado foi sobre a dieta zero, onde as mulheres ficam em sua maioria em torno de 24 horas sem se alimentar a espera do procedimento (curetagem). Esse fato permanece por dificuldade do profissional anestesista não estar presente na unidade hospitalar, ou pela prioridade a cesariana.

Na elaboração do fluxograma foi definido que para toda mulher em situação de abortamento seja realizado o teste rápido de HIV e Sífilis como rotina. No entanto, alguns profissionais prescrevem na internação e outros não, pois alegam estar esperando uma nota técnica do diretor técnico para oficializar a conduta.

O Dispositivo Intra-uterino (DIU) no momento não está disponível na unidade hospitalar para que seja inserido nas mulheres internadas em situação de aborto não-infectado, foi solicitado a direção aquisição do mesmo.

Destaca que a falta de análise, de percepção dos resultados do próprio trabalho e comprometimento da qualidade do serviço, resulta em desmotivação e sofrimento dos trabalhadores. Em contrapartida, ele enfatiza que deve-se compreender o que se implementa e como essas ações se “espalham” no diferentes setores influenciando aí nos resultados obtidos, ampliando a condição de direitos e de cidadania das pessoas (BRASIL, 2009).

Analisando que o HMITD não contava com um protocolo norteador, o presente projeto de intervenção veio de encontro as necessidades dos profissionais que estavam sem uma rotina pré estabelecida sobre o abortamento visando um contínuo e permanente aperfeiçoamento dos profissionais nos procedimentos estabelecidos no protocolo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou a necessidade de melhorar a atenção as mulheres em situação de abortamento, visto que as mesmas podem retardar a busca de atendimento em função do desconhecimento das complicações ou até mesmo por medo e vergonha.

A concretização dos serviços para este tipo de atendimento, bem como a capacitação da equipe profissional e a avaliação continuada levam a um avanço na qualidade do atendimento, com serviços de saúde de qualidade, que respeitem e atendam suas escolhas reprodutivas.

Para isso a implementação de um protocolo é necessária com a finalidade de estruturar o serviço de saúde, padronizar as condutas frente a cada situação e sensibilizar os profissionais garantindo o respeito aos direitos das mulheres.

Ressalto a importância do comprometimento profissional, da busca pela continuidade de estudos bem como de metodologias alternativas de trabalho para que possamos obter melhorias significativas no processo trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES, AVSF, LINS, ACSDA, TAVARES, CM, BEZERRA, NRO, ALVES, RS, SANTOS, TS dos. Abortamento provocado e assistência de enfermagem: uma reflexão sobre cuidar. **Nursing**. São Paulo, n. 20, v.232, p. 1836-1840, set, 2017.

BRAGA, Raquel; MELO, Miguel. **Como fazer uma Revisão Baseada na Evidência**. Rev Port Clin Geral 2009;25:660-6.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Painel de indicadores do SUS** - temática saúde da mulher. Brasília(DF): MS; 2010.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília(DF): MS; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed., 2. reimp – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Secretaria da Saúde Governo do Tocantins. Protocolo Interdisciplinar de Atenção Humanizada ao Abortamento. Elaborado em agosto de 2014b.

CARVALHO, SM, PAES, GO. Integralidade do cuidado em enfermagem para a Mulher que vivenciou o aborto seguro. **Esc. Anna Nery**, 2014, n.18, v.1, p.130-135.

DAL PAI D, LAUTERT L. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 maio-junho; 16(3):439-44.

DINIZ D, MEDEIROS M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciêñ Saúde Colet** , 2010; v. 15 Suppl 1: 959-66.

DOMINGOS, SRF, MERIGHI, MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery. Revista Enfermagem**, 2010, jan-mar, n.14, v.1, p.177-81.

FARIAS, Elisabete Felix; BARBOSA, Antonio Pires. Roda de conversa como instrumento na resolução de conflitos interpessoais no trabalho em departamento de uma instituição judiciária. **Anais do V SINGEP** – São Paulo – SP – Brasil – 20, 21 e 22/11/2016.

HOLANDA, Antônio Arildo Reginaldo de; BARRETO, Carlos Frederico Bezerra; HOLANDA, Julita de Campos Pipolo; MOTA, Kyvia Bezerra; MEDEIROS, Robinson Dias de; MARANHÃO, Técia Maria de Oliveira. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. **FEMINA** | Maio/Junho 2013 | vol 41 | nº 3.

MADEIRO AP. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina-Piauí. **Cien Saude Colet** 2016; 17(7):1735-1743

MARANHÃO, TA, GOMES, KRO, BARROS, IC. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. **Revista Bras. Epidemiológica**. Jul-set, 2016, v.19, n.3, p.494-508.

NEGREIROS, AGLV de, MEDEIROS, HHA, HENRIQUES, AHB. A atuação dos profissionais de saúde diante das situações de abortamento: um enfoque no papel do enfermeiro. **Congresso de Ciências de Saúde**, Pernambuco, 2013.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400021>.

SACILOTO, Marcio Pedroso; KONOPKPKA, Cristine Kolling; VELHO, Maria Teresa de Campos; JOBIM, Flávio Cabreira; RESENER, Elaine Verena; MURADÁS, Raquel Rodrigues; NICOLAOU, Panait Kosmos. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2011; 33(10):292-6.

SEVERO, A. K. & DIMENSTEIN, M. (2011). Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. **Psicologia & Sociedade**; 23(2): 340-349. Recuperado em 15 maio, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a15v23n2>

WERNECK, MAF, FARIA, HP, CAMPOS, KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte, **Núcleo de saúde coletiva**, 2009.

ANEXO 1
PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDÉ - PORTO NACIONAL-TO, ADAPTADO DO PROTOCOLO DE ABORTAMENTO DO HOSPITAL MATERNIDADE DONA REGINA PALMAS-TO

De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, "a atenção humanizada às mulheres em abortamento, é direito de toda mulher e dever de todo (a) profissional de saúde" (BRASIL, 2015).

Considera-se que abortamento a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, as manifestações de atenção e mérito durante a hospitalização são importantes para as mulheres em processo de abortamento e pós abortamento.

Apesar disso, todos os profissionais de saúde necessitam requerer escuta classificada ou privilegiada, impedindo avaliações, posições legalistas, moralistas, preconceitos e comentários desrespeitosos, com uma abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, buscando constituir uma relação de confiança moderada pela compreensão dos anseios expressos pelas mulheres. Assim, a equipe multiprofissional deve acolher adequadamente e dedicar esforços para garantir a saúde da mulher e não causar constrangimentos. São também encargos de toda equipe multiprofissional (BRASIL, 2011):

- Atitudes não condenatórias;
- Respeitar a fala da mulher, indicando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com seus sentimentos e organizar a experiência vivida, buscando a autoconfiança;
- Estabelecer o acesso da mulher, priorizando o acolhimento de acordo com suas necessidades detectadas;

- Identificar e aferir as indigências e riscos dos agravos à saúde em cada caso, comover, conforme a competência artifício do serviço ou tendendo para serviços de referência, grupos de mulheres e demais serviços;
- Dar condução aos problemas expostos pelas mulheres, adequando soluções possíveis e priorizando o seu bem estar e comodidade;
- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações. O sigilo no atendimento é afiançado pela atitude ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, anotações e a adequação da comunicação entre a equipe;
- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando às mulheres sobre as intervenções necessárias;
- Prestar apoio emocional assim que possível, encaminhando quando necessário para atendimento contínuo em médio prazo;
- Reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra;
- Identificar as reações do grupo social e rede de apoio (companheiro, família, amigos, colegas) em que está envolvida/inserida;
- Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos;
- Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas;
- Estabelecer uma comunicação efetiva, estando atento à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais), utilizando linguagem simples e apropriada ao universo da a mulher sobre procedimentos e como serão realizados, suas condições clínicas, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento;
- Orientar quanto à escolha contraceptiva no momento pós-abortamento, informando inclusive, sobre a contracepção de emergência;
- A fertilidade regressará logo após o procedimento, de forma que é necessária a orientação de planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos.

Cabe lembrar que o conceito de humanização refere-se à valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2014) e que a composição da equipe deve privilegiar a multidisciplinaridade.

PORTA DE ENTRADA DO HOSPITAL

A norma técnica de atenção à mulher em abortamento refere, além da integração de psicólogos e assistentes sociais nesse acolhimento, a presença da enfermagem e técnicos de enfermagem salientando sua importância, durante o procedimento e na fase de recuperação clínica da mulher durante todo o processo de hospitalização.

Considera-se que os pontos de vista da psicologia e do serviço social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A assistência deve se dar na integralidade com a oferta de aconselhamento, orientação sobre anticoncepção, métodos anticoncepcionais no pós-abortamento junto e encaminhamento para assiduidade da assistência em unidade básica ou serviço particularizado.

Em se tratando de mulheres, as mesmas serão seguidas pelo ambulatório do referido setor. Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção é uma nota ativa para diminuir o risco de novos abortamentos (BRASIL, 2015).

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS SETORES DO HOSPITAL

LOCAL	ATIVIDADES
RECEPÇÃO	<p>A mulher em processo de abortamento deve receber bastante atenção e sensibilização de quem a atende.</p> <p>O recepcionista deverá ter um tom de voz agradável e claro, não gritar nem falar muito baixo e principalmente ser muito educado e cordial. Deverá perguntar o essencial para não expor a mulher e atendê-la com presteza, demonstrando interesse pelo que ela está relatando. É importante</p>

	<p>também:</p> <p>Ouvi-la e ser complacente, evitando situações conflituosas;</p> <p>Quando se tratar de casos de pessoas em situação de violência sexual já constando o encaminhamento, a recepção entregará a ficha em mãos ao Acolhimento e este acionará o Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual - SAVIS imediatamente para realização da continuidade do acolhimento e encaminhamentos;</p> <p>Após a triagem, a mulher deverá ser imediatamente encaminhada à equipe do SAVIS.</p> <p>OBS: A orientação para o acolhimento em casos de abortamento é que o atendimento não ultrapasse mais que 5 minutos e deverá ser registrado em livro de controle de entrada e saída de atendimento.</p>
ENFERMEIRA (O):	<p>Acolher e classificar o risco da mulher de acordo com o Protocolo de A&CR;</p> <p>Encaminhar ao consultório médico;</p> <p>Solicitar vaga no setor quando o médico indicar internação da mulher;</p> <p>Acionar o SAVIS sempre que necessário;</p> <p>Acionar a psicologia e o serviço social sempre que necessário;</p> <p>Acionar o laboratório para coleta de exames o mais breve possível conforme pedido do médico e</p>

	providenciar teste rápido de HIV e Sífilis.
TÉCNICO (A) EM ENFERMAGEM	Acompanhar a mulher ao consultório médico e demais orientações; Na ausência do maqueiro, acompanhar a mulher até o posto de enfermagem, quando for internar.
MAQUEIRO	Acompanhar a mulher até o posto de enfermagem, quando for internar.
MÉDICO (A)	Consultar, realizar o diagnóstico de abortamento e encaminhar a mulher para a internação; Quando o médico suspeitar de Mola, Doença Trofoblástica Gestacional deverá solicitar, além do anatomopatológico, o beta HCG quantitativo e Raio X de tórax, que serão feitos por ocasião da internação e os resultados deverão ser apontados no resumo de alta ou retirados pela mulher no laboratório do hospital. Em caso de resultado positivo para mola, a mulher será encaminhada para consulta pré-agendada no ambulatório de Mola nesse hospital. Após o término da USG, a equipe do A&CR encaminhará a mulher ao consultório para avaliação de seus exames. Nos casos em que houver demanda, demais equipes deverão ser acionadas.
PSICOLOGIA	Realizar atendimentos encaminhados pela equipe multiprofissional; Atender à mulher e/ou acompanhante/família individualmente e/ou em grupo;

	<p>Orientar e proporcionar apoio psicológico no processo de abortamento, curetagem auxiliando na elaboração do luto;</p> <p>Orientar sobre métodos contraceptivos, dentre eles a inserção do DIU suas vantagens e desvantagens;</p> <p>Mediar e facilitar as relações e situações de conflito entre a mulher- acompanhante/família e equipe multiprofissional, contribuindo para minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização e pelo adoecimento, numa ação integrada com os demais membros da equipe visando o bem-estar e assistência humanizada</p>
<p>ASSISTENTE SOCIAL</p>	<p>Orientar a mulher sobre a disponibilidade de colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU) tendo a indicação clínica, recolher assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, afixando uma via no prontuário e outra para mulher;</p> <p>Conferir na alta hospitalar, se a mulher está com pedido de ultrassom e receita de medicação para cólica, orientá-la a agendar na Unidade de Saúde de referência, para fazer o acompanhamento no Centro de Saúde Reprodutiva, podendo ela agendar esse atendimento ligando no telefone do hospital/assistência social ou mesmo através de encaminhamento da sua Unidade de Saúde.</p> <p>Anotar no livro as pacientes que colocaram DIU.</p>

IMPORTANTE

- Em caso de suspeita de doença trofoblástica gestacional, o exame deverá ser realizado em um prazo máximo de 15 dias, conforme solicitação médica;
- mulheres em situação de violência sexual, NÃO serão atendidas nos consultórios, mas SIM na SALA DO SAVIS

Obrigatório solicitar para todas as mulheres na admissão:

ABO/RH, Teste rápido para HIV e SIFILIS;

Administrar imunoglobulina anti-RH as mulheres RH Negativas não sensibilizadas.

ENCAMINHAMENTO RESPONSÁVEL:

As mulheres devem receber alta hospitalar após a inserção do DIU e estar com pedido de Ultrassonografia e receita médica para alívio da dor e ainda ser encaminhada a atenção básica para Acompanhamento

OBSERVAÇÃO: As mulheres que forem encaminhadas para o ambulatório pelo serviço social, deverão ser avaliadas previamente pelo médico da equipe horizontal ou do pronto socorro para saber se a mesma tem condições clínicas para o procedimento.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- As mulheres que estiverem hospitalizadas na ginecologia com indicação para realização de procedimento cirúrgico (curetagem) deverão permanecer o mínimo possível em dieta zero e ser logo encaminhadas ao bloco cirúrgico;
- Ao serem encaminhadas ao Bloco, as mulheres interessadas e com perfil já levarão o DIU para colocação;
- Deverão ser hospitalizadas em enfermaria, preferencialmente com mulheres que tenham o mesmo diagnóstico;
- Todos os profissionais serão responsáveis por orientar os acompanhantes quanto às normas do hospital;
- Os procedimentos técnicos deverão ser realizados de forma humanizada e as mulheres deverão ser informadas sobre as intervenções necessárias.

TIPOS DE ABORTOS E CONDUTAS

ABORTO RETIDO: ATÉ 12 SEMANAS

Amolecimento de colo uterino prévio Misoprostol 4 comp (200µg) vaginal e programar 3 a 4 horas (independente de apresentar sangramento vaginal ou não) e respeitando 6hs de jejum.

Internar às 7 h em jejum;

Programar 3 a 4 horas após misoprostol;

Esse procedimento **DEVERÁ SER REALIZADO IMEDIATAMENTE** quando o colo estiver favorável;

COLO FAVORÁVEL: Colo amolecido, razoavelmente apagado, propício à passagem de instrumental cirúrgico (FEBRASGO, 2010).

Alta pela equipe da horizontal

Caso a mulher optar por tratamento farmacológico ao invés do cirúrgico:

Misoprostol 800mcg VV 12/12hs- 3 doses; Aguardar até 72hs e caso não houver eliminação repetir o tratamento

ENTRE 13 E 22 SEMANAS

Na ausência de cicatriz uterina: Misoprostol 1 comp (200µg) via vaginal 6/6h, sendo que a dose inicial deverá ser administrada imediatamente após a internação da mulher, por no máximo 72 horas.

Na presença de cicatriz uterina:

1- AU até 12cm: Misoprostol 1 comp (200µg) via vaginal 6/6h, sendo que a dose inicial deverá ser administrada imediatamente após a internação da mulher;

2- AU acima 12cm abaixo de 16 cm (independente de quantas cesáreas anteriores): Misoprostol 50mcg via vaginal 4/4h, sendo que a dose inicial deverá ser administrada imediatamente após a internação da mulher;

3- AU acima de 16cm e apenas 1 cesárea anterior: Misoprostol 50mcg via vaginal 4/4h, sendo que a dose inicial deverá ser administrada imediatamente após a internação da mulher;

4- AU acima 16cm e duas ou mais cesáreas anteriores ou miomectomia transmiometrial: contraindicado misoprostol

Caso não haja eliminação do conceito, dar pausa de 3 dias e iniciar novo ciclo semelhante ao descrito acima- no máximo mais 2 vezes (totalizando 3 ciclos). A mulher será liberada por 72hs e orientada a retornar após tal período ou a

qualquer momento caso apresente: febre, mal-estar, sangramento vaginal, dor ou julgue necessário.

Realizar curetagem uterina após a expulsão fetal

Casos de falha do método ou contraindicação de misoprostol: caso não houver eliminação do concepto após 3 tentativas ou há contraindicação para misoprostol como descrito acima, encaminhar a mulher ao Pré-Parto e utilizar:

1- Ocitocina 50UI em 500ml SF0,9% 30 ml/h em bomba de infusão: reavaliar a cada 30 minutos, se não houver contratilidade uterina efetiva, aumentar 10ml/h, até o máximo de 120 ml/h. - Caso a opção acima não ocasionar contratilidade uterina efetiva, após o término da solução, iniciar nova infusão com 100UI de Ocitocina em 500ml SF0,9%, gotejando, inicialmente 60ml/h, podendo aumentar até o máximo de 120ml/h. Manter a infusão por quatro ou cinco horas ou até a expulsão do concepto. Fazer monitoramento rigoroso para evitar rotura uterina e intoxicação aquosa.

2- Dilatação do colo com balão de sonda de Foley nº18: com a mulher anestesiada (raquianestesia em sela), introduzir a sonda (caso colo impérvio, dilatar colo com vela de Hegar) e inflar o balão com um volume que torne o diâmetro do balão superior ao diâmetro do orifício interno do colo. Tracionar a sonda lentamente com o intuito de exteriorizar o balão a fim de dilatar o colo. Após exteriorização do balão, repetir a manobra aumentando o volume até obter a dilatação desejada. Caso não haja eliminação do concepto, prescrever ocitocina como descrito acima.

- Histerotomia na falha dos métodos acima

ABORTO INCOMPLETO: ATÉ 12 SEMANAS

Endométrio menor ou igual a 20mm e ausência de infecção: retorno em 15 dias para controle ultrassonográfico.

Endométrio maior que 20mm: AMIU

ENTRE 13 E 22 SEMANAS

Curetagem

ABORTO INFECTADO

Esvaziamento uterino por AMIU (preferencialmente após 12 horas do início da Antibioticoterapia) ou Curetagem Uterina;

Infundir Ocitocina 20UI EV diluída em SF0,9% 500ml antes do início do procedimento;

Se necessário, considerar infusão de uterotônicos após o procedimento;

Solicitar: Hemograma_ Completo, Coagulograma, TGO/TGP, Uréia, Creatinina, PCR, Hemocultura e/ou Cultura do produto do esvaziamento uterino (em casos refratários à terapêutica inicial e/ou sinais clínicos de instabilidade hemodinâmica), Raio-X de abdome e Ultrassonografia Pélvica, na admissão do Pronto Socorro ou Enfermaria de Ginecologia.

ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA:

1ª ESCOLHA:

Gentamicina 3,5-5mg/kg EV a cada 24 horas ou 1,5mg/Kg EV de 8/8 horas
Clindamicina 600mg EV de 6/6 horas ou 900mg EV de 8/8 horas

2ª ESCOLHA:

Ampicilina 1-2g EV de 6/6 horas

Gentamicina 3,5-5mg/kg EV a cada 24 horas ou 1,5mg/Kg EV de 8/8 horas

Metronidazol 500mg EV de 8/8 horas

3ª ESCOLHA

Ceftriaxone 1g EV de 12/12 horas ou 2g EV a cada 24 horas

Metronidazol 500mg EV de 8/8 horas

Em casos graves com sinais de instabilidade hemodinâmica, pacientes imunodeprimidos ou quando houver persistência de febre alta acima de 39°C após 72 horas de iniciada a terapia endovenosa.

Considerar o esquema a seguir:

4ª ESCOLHA

Ampicilina/Sulbactam 1,5-3g EV de 6/6 horas

Metronidazol 500mg EV de 8/8 horas

ANTIBIOTICOTERAPIA VIA ORAL:

Após 48h do último pico febril, se paciente estável hemodinamicamente e sem queixas, considerar alta hospitalar em uso dos esquemas a seguir até completar 7-14 dias. Atentar à escolha conforme espectro de ação, considerando o esquema endovenoso empregado na internação.

1ª ESCOLHA

Ciprofloxacina 500mg VO de 12/12 horas

Clindamicina 300mg VO de 6/6 horas

2ª ESCOLHA

Levofloxacina 500mg VO de 12/12 horas

Metronidazol 250mg VO de 8/8 horas

3ª ESCOLHA

Amoxicilina/Clavulanato 500mg/125mg

Metronidazol 250mg VO de 8/8 horas

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE PROTOCOLO MÉDICO

Solicitar para todas as pacientes: Tipagem sanguínea e Teste Rápido para HIV e Sífilis; Administrar Imunoglobulina Anti-D às pacientes Rh negativas não sensibilizadas na dose de 300mcg (01 ampola) IM.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA TODOS:

O produto do abortamento deverá ser encaminhado ao serviço de anatomia patológica com o CID; Em casos de abortos em gestantes com suspeitas de ZIKA, armazenar em um frasco com formol à 10% o feto, a placenta e o cordão e encaminhar para o laboratório juntamente com um pedido MÉDICO de exame de histopatologia com imunoistoquímica para ZIKA.

Orientar a família a retirar o resultado do exame após 30 dias (recepção 2 do Hospital);

Quando houver a suspeita de gestação molar, solicitar beta HCG quantitativo e Raio X de tórax, que serão feitos por ocasião da internação e os resultados deverão ser registrados no resumo de alta ou retirados pela mulher no laboratório do hospital.

Em caso de resultado positivo para mola a mulher será convocada para consulta no ambulatório específico;

- Não realizar ultrassonografia após curetagem ou AMIU para avaliar restos ovulares;

- Orientação de planejamento reprodutivo pós-abortamento;

- Oferecer métodos contraceptivos à paciente. Caso opte por DIU: introduzi-lo logo após a curetagem. Nos casos onde houver eliminação total do

produto do abortamento, confirmado por ultrassom, a equipe da horizontal se encarregará da introdução do DIU. Nos dois casos, o termo de consentimento informado deverá ser assinado;

- Atestado médico: servidores públicos terão direito a 30 dias de licença médica. Já os empregados em regime de CLT, terão direito a 2 semanas de licença médica

ENFERMEIRO (A)

- Receber a mulher, procurando familiarizá-la com o hospital e seus serviços, acompanhá-la até o leito;

- Acolher, admitir a mulher e acompanhante, orientando sobre as normas/rotinas da unidade (preencher a SAE);

- Após indicação clínica, auxiliar sobre a possibilidade de inserção do DIU, suas vantagens, desvantagens e realizar o aconselhamento as mulheres que forem utilizar o método.

- Orientar sobre as dúvidas do abortamento, procedimentos a serem realizados;

- Encaminhar a mulher ao Centro Cirúrgico com o DIU para ser inserido.

- Em caso de encaminhamento do produto do abortamento ao Laboratório de Anátomo Patológico´

TÉCNICO (A) EM ENFERMAGEM

- Receber a mulher e acompanhar até o leito quando for admitida no setor;

- Acolher mulher e acompanhante, orientando sobre as normas/rotinas da unidade;

- Cumprir prescrições médicas e de enfermagem, fazendo anotações e observações;

- Administrar medicações conforme prescrição médica;

- Registrar em prontuário todos os serviços prestados;

- Requisitar de acordo com as normas vigentes, os medicamentos, materiais e serviços necessários;

- Providenciar biombos para assegurar a privacidade da mulher nos procedimentos;

- Verificar sinais vitais;

Observar se a mulher apresenta sangramento e monitorar;

- Após expulsão do feto, medir, pesar e registrar no prontuário e perguntar a mulher e familiares se desejam ver o feto, bem como se há interesse de encaminhamento do mesmo ao Laboratório.

Havendo interesse da mulher, comunicar ao enfermeiro para continuidade ao encaminhamento do Anátomo Patológico;

- Acondicionar todo o produto do abortamento em recipiente adequado e, se necessário, encaminhar ao laboratório de anatomia patológica devidamente identificado;

- Após a alta hospitalar das mulheres que aceitaram o DIU, acompanhá-las até o Serviço Social.

PSICOLOGIA

- Realizar atendimentos encaminhados pela equipe multiprofissional;

- Atender à mulher e/ou acompanhante/família individualmente e/ou em grupo;

- Orientar e proporcionar apoio psicológico no processo de abortamento, curetagem auxiliando na elaboração do luto;

- Orientar sobre métodos contraceptivos, dentre eles a inserção do DIU suas vantagens e desvantagens;

- Mediar e facilitar as relações e situações de conflito entre a mulher-acompanhante/família e equipe multiprofissional, contribuindo para minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização e pelo adoecimento, numa ação integrada com os demais membros da equipe visando o bem estar e assistência humanizada.

SERVIÇO SOCIAL

- Atender as solicitações da equipe multiprofissional;

- Orientar sobre a possibilidade de inserção do DIU, suas vantagens, desvantagens e realizar o aconselhamento às mulheres que forem utilizar o método, com coleta de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; caso não tenha interesse pelo método e mude de ideia depois, informar que após a alta deverá procurar a Unidade Básica de Saúde da sua área;

- Realizar atendimento social, conforme lei 8.662/93;
- Acolher, informar e orientar a mulher, seu acompanhante e/ou família sobre as normas e rotinas do hospital;
- Orientar a família em relação aos benefícios assistenciais, auxílio funeral, conforme lei 8.742/93;
- Em casos de abortos recorrentes a assistente social encaminhará a mulher para UBS para acompanhamento e realização de Planejamento Familiar.
- Realizar encaminhamentos aos órgãos e instituições, quando necessários a fim de assegurar os direitos das mulheres.

PRÉ - PARTO

Em casos do produto do abortamento ser expulso em outra unidade de saúde deverá ser orientado que: O feto morto deverá ficar na unidade de origem sob a responsabilidade da equipe daquela instituição a qual deverá tomar as devidas providências finais de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. O Hospital responsável APENAS pela admissão da puérpera.

BLOCO CIRÚRGICO

MÉDICO (A)

- Apresentar-se à gestante e ao acompanhante identificando-se como médico, portando crachá com registros legíveis;
- Realizar curetagem;

ORIENTAÇÕES GERAIS

Toda mulher em processo de abortamento tem direito a presença de acompanhante de livre escolha durante toda sua internação, garantida pela Lei Federal 11.108/2005, inclusive durante procedimento de AMIU ou curetagem.

Fornecer documento com data de Inserção do DIU e validade desse material, com orientações por escrito de como realizar a avaliação e acompanhamento desse método na atenção básica.

Deverá anotar obrigatoriamente no prontuário a justificativa de realização de cada procedimento (AMIU ou CURETAGEM).

ENFERMEIRO (A)

- Acolher, admitir a mulher e acompanhante, orientando sobre as normas/rotinas da unidade (preencher a SAE);
- Orientar sobre as dúvidas do procedimento cirúrgico (anestesia, curetagem ou DIU);
- Realizar procedimentos de enfermagem.

TÉCNICO (A) EM ENFERMAGEM

- Conferir e providenciar materiais equipamentos necessários;
- Receber a mulher e acompanhar até sala cirúrgica;
- Acolher, admitir a mulher e acompanhante, orientando sobre as normas/rotinas da unidade e do procedimento;

OBSERVAÇÃO: Quando a gestação for inferior a 20 semanas, o feto ter peso menor que 500 gramas e estatura menor que 25 centímetros, a legislação prevê a emissão facultativa da D.O para os casos em que a família queira realizar o sepultamento. Caso seja igual ou superior um dos itens mencionados será considerado óbito fetal, dessa forma será obrigatória a emissão da declaração de óbito (BRASIL, 2015).

Esta deverá ser TOTALMENTE preenchida pelo MÉDICO e em seguida encaminhada para a assistente social.

Monitorar sinais vitais;

- Realizar anotações do ato cirúrgico, serviços prestados e observações;
- Administrar medicações prescritas;
- Preencher folha de gasto de sala e carimbo do procedimento cirúrgico;
- Requisitar de acordo com as normas vigentes, os medicamentos, materiais e serviços necessários;
- Observar sangramento;
- Realizar procedimento de enfermagem;
- Após liberação da sala cirúrgica, encaminhar a mulher para a sala de recuperação pós anestésica, manter os mesmos cuidados até liberação do anestesista ao setor de ginecologia.

PSICOLOGIA

- Realizar atendimentos encaminhados pela equipe multiprofissional;
- Orientar e proporcionar apoio psicológico no processo de abortamento, curetagem auxiliando na elaboração do luto;
- Mediar e facilitar as relações e situações de conflito entre a mulher-acompanhante/família e equipe multiprofissional, contribuindo para minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização e pelo adoecimento, numa ação integrada com os demais membros da equipe visando o bem-estar e assistência humanizada;

ORIENTAÇÃO GERAL

- O médico deverá anotar na ficha de controle de administração do misoprostol a cada avaliação do colo. Ficar á anexa no prontuário.
- Após a expulsão, informar e sensibilizar a mulher que o produto do abortamento ou restos ovulares será encaminhado ao Laboratório de Anatomia Patológica, devendo o profissional responsável acondicionar no formol em coletores específicos, constando o CID X. Orientar a família a retirar o resultado do exame depois de 45 dias, na recepção 2, do Hospital e procurar sua UBS.
- Àquelas que se recusarem ver o feto, no prazo de 24 horas após o procedimento, deverão assinar o Termo de Consentimento e Autorização, mediante preferencialmente abordagem pela Psicologia e Serviço Social, ou senão pelo restante da equipe;
- Para os casos com D.O. e que a mulher / acompanhante não desejar ver o feto no momento da expulsão, informá-los que o pacote será encaminhado ao necrotério e, caso depois desejarem vê-lo, informá-los que deverão aguardar a chegada da funerária;
- O produto do abortamento deverá ser acondicionado em recipiente adequado
- O Kit do AMIU deverá ser armazenado na Central de Material de Esterilização - CME em prateleira adequadamente

ALTA HOSPITALAR APÓS PROCEDIMENTOS:

AMIU: 6 horas

CURTETAGEM: 12 horas

NECROTÉRIO

Com a ciência do óbito, o Serviço Social acionará a família e, após definições, a funerária será solicitada. A mesma se direcionará ao Serviço Social para os procedimentos legais. Posteriormente, o Serviço Social encaminhará à funerária e o responsável pelo cadáver à recepção para entrega da chave do necrotério mediante assinaturas (do agente funerário e familiar) no protocolo para remoção do cadáver.

ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI

Conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, incisos I e II do artigo 128 do Código Penal brasileiro, não é crime e não se pune o aborto praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou quando a gravidez resulta de estupro (Vítimas de Violência Sexual - SAVIS). Mais recentemente, como consequência das gestações com anomalias fetais (anencefalia) passou-se a conceder autorização para o abortamento.

Nessas três situações de exceção, o abortamento no Brasil é um inequívoco direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. Cabe ao Estado garantir que a interrupção dessas gestações seja realizada de maneira ética, humanizada e segura.

VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL - SAVIS

Nos casos de gravidez resultante de violência sexual, com indicação de interrupção da gestação, será realizado o procedimento por solicitação da mulher ou do seu representante legal, conforme legislação vigente. A mulher será acompanhada pela equipe multiprofissional (Médico, Serviço Social, Enfermagem e Psicologia) exclusiva do SAVIS (Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual) e será seguido o protocolo do SAVIS.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO

O planejamento reprodutivo no pós-abortamento é fundamental para proteger a mulher de uma nova gravidez não desejada e de possíveis complicações de abortamento espontâneo ou por decisão pessoal. Conforme ressalta a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2011) a mulher que teve uma gestação interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida. Assim, tendo em vista que o atendimento da mulher em abortamento só será completo se acompanhado da oferta de métodos anticoncepcionais e orientação, toda mulher que for hospitalizada no Hospital e estiver em abortamento será acolhida e no pós-abortamento imediato será ofertado dispositivo intrauterino e preservativos sendo que será avaliado com cada mulher o melhor método em função da recuperação da fertilidade ser quase sempre imediata após o abortamento, devendo a anticoncepção iniciar-se também de imediato.

O Hospital por meio do SAVIS, é referência para os casos de abortamento previsto em lei, inclusive oportunizando à mulher a colocação de DIU após o procedimento.

A referência hospitalar da mulher para Unidade Básica de Saúde inserida em seu território de abrangência contribui para garantia de seu acompanhamento e após a alta hospitalar a mulher será encaminhada a UBS de referência para planejamento reprodutivo e acompanhamento do método iniciado no Hospital.

DO PRAZO DE REVISÃO

As revisões do protocolo deverão ser realizadas anualmente, pela equipe interdisciplinar, para os ajustes necessários. Exceto quando houver necessidade de revisão antes da data prevista.

REFERÊNCIAS

Qualidade em Atendimento na Recepção de Hospitais e Pronto Atendimento. Disponível em www.artigonal.com > Negócios & Admin. > Atendimento ao Cliente. Acesso maio 2017.

Manual de Orientações para Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil. Disponível em http://200.198.43.10:8080/ses/politicas_de_saude/viva-vida/comites/Manual%20de%20Orientacao. Acesso em 02 de Abril de 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco.

Brasília, 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/olheto/05_0050_FL.pdf.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. Série A, Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº4. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf%20

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. Série A, Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº4. 2ª ed. Brasília, 2011.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SILVA, Maria Júlia Paes. Comunicação tem remédio: A comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. 2ª ed. São Paulo, Editora Gente, 1996.

APÊNDICE 1

Fluxograma de Atendimento a Mulheres em Situação de Abortamento

