

**Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER:  
ASSISTÊNCIA À GESTANTE DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

2ª Edição

Outubro / 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER: ASSISTÊNCIA À GESTANTE DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

2ª Edição

Elaborado por:

- Ana Maria Alencar
- Agna Soares da Silva Menezes
- Andressa da Cruz Almeida
- Aline Ribeiro Nepomuceno
- Ana Paula Ferreira Maciel
- Carolina dos Reis Alves
- Daniella Cristina Martins Dias Veloso
- Deiviane Pereira da Silva
- Fabrícia Vieira de Matos
- Genesco Leonardo de Souza Nunes
- Kenia Souto Moreira
- Ludmila Rodrigues Campolina
- Maria Fernanda Veloso Silva
- Michelly Silva Santos Mourão
- Patrícia Ferreira Costa
- Tatiane Fróes Fernandes
- Viviane Maia Santos

Outubro/ 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

2ª Edição

Revisado Por:

- Anderson Gonçalves de Souza (Médico Ginecologista Referência Técnica em Saúde da Mulher)
- Ariadna Angélica Rodrigues Dias Pereira (Médico Residente em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde)
- Claudia Mendes Campos Versiani (Enfermeira Mestre em Enfermagem)
- Danilo Fernando Macedo Narciso (Médico Mestre em Ciências da Saúde)
- Deiviane Pereira da Silva (Enfermeira Residente em Saúde da Família)
- Genesco Leonardo de Souza Nunes (Enfermeiro Residente em Saúde da Família)
- Joice Fernanda Quadros (Enfermeira, referência técnica programas estratégicos, especialista em saúde da família)
- Kênia Souto Moreira (Enfermeira Especialista em Saúde da Família)

Outubro / 2017

**FICHA TÉCNICA**

**PREFEITO MUNICIPAL**  
Humberto Guimarães Souto

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Dulce Pimenta Gonçalves

**ASSESSOR EXECUTIVO**  
José Mendes da Silva

**OUVIDORA DA SAÚDE**  
Luciene Mussi França Nunes

**DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**  
Shirley Ferreira de Sousa

**DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
Bruno Pinheiro de Carvalho

**DIRETORA DE VIGILANCIA EM SAÚDE**  
Aloizio Pereira da Cunha

**COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
Nayara Teixeira Gomes (Elaboração Janeiro/2017)

Daniella Cristina Martins Dias Veloso (Aprovação Fevereiro/2017)

Outubro/ 2017

## ***LISTA DE FIGURAS***

<b>Figura 1</b> – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	16
<b>Figura 2</b> – Pirâmide etária de Montes Claros.....	17
<b>Figura 3</b> – Comparação entre pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.....	18
<b>Imagem 1</b> - Manobra de palpação abdominal (Manobra de Leopold).....	73
<b>Imagem 2</b> – Técnica de medida da altura uterina .....	74
<b>Figura 4</b> – Roteiro para solicitação de exames laboratoriais .....	80
<b>Figura 5</b> – Direitos na gestação .....	129

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

<b>Tabela 1</b> - Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva.....	27
<b>Tabela 2</b> – Rede física (SUS) Montes Claros .....	29
<b>Tabela 3</b> – Diagnóstico Nutricional .....	105

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Avaliação da presença de edemas .....	71
<b>Quadro 2</b> – Avaliação dos batimentos cardíofetais .....	75
<b>Quadro 3</b> – Formas de prevenção primária .....	92
<b>Quadro 4</b> – Aconselhamento .....	97
<b>Quadro 5</b> – Quadro de peso recomendado para gestação .....	104
<b>Quadro 6</b> – Observação acerca do traçado do estado nutricional .....	104
<b>Quadro 7</b> – Passos para a alimentação saudável.....	107
<b>Quadro 8</b> - Vacinação na gestação.....	114
<b>Quadro 9</b> -Conduitas frente as queixas/sintomas.....	116

**LISTA DE FLUXOGRAMAS**

<b>Fluxograma 1</b> – Fluxograma de assistência ao Pré-Natal.....	59
<b>Fluxograma 2</b> – Classificação de risco gestacional .....	77
<b>Fluxograma 3</b> – Atendimento na rede de atenção .....	79
<b>Fluxograma 4</b> – Investigação da gestante com RH negativo .....	83
<b>Fluxograma 5</b> – Investigação do Diabetes Gestacional .....	85
<b>Fluxograma 6</b> – Investigação e tratamento da anemia na gestação.....	87
<b>Fluxograma 7</b> – Investigação de Sífilis na gestação .....	89
<b>Fluxograma 7.1</b> – Conduta frente a Quadro de Sífilis na gestação.....	90
<b>Fluxograma 8</b> – Investigação de Toxoplasmose na gestação.....	93
<b>Fluxograma 9</b> – Investigação do HIV na gestante .....	94
<b>Fluxograma 10</b> – Investigação da Hepatite B na gestante .....	100
<b>Fluxograma 11</b> – Investigação de Infecção do Trato Urinário .....	101
<b>Fluxograma 12</b> – Prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico .....	102
<b>Fluxograma 13</b> – Conduta conforme o diagnóstico nutricional .....	106
<b>Fluxograma 14</b> – Esquema Vacinal Dupla do Tipo Adulto dT.....	111
<b>Fluxograma 15</b> – Esquema Vacinal Contra a Hepatite B .....	113
<b>Fluxograma 16</b> – Investigação da Síndrome Hipertensiva na Gestação .....	125
<b>Fluxograma 16.1</b> – Conduta frente a Síndrome Hipertensiva na Gestação...	126
<b>Fluxograma 17</b> – Conduta frente alterações do líquido amniótico.....	127
<b>Fluxograma 18</b> – Conduta frente as síndromes hemorrágicas.....	128

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	12
1. INTRODUÇÃO .....	12
2. CARACTERISTICAS DO MUNICÍPIO .....	15
3. JUSTIFICATIVA .....	33
4. ASPECTOS LEGAIS .....	35
5. OBJETIVOS .....	53
6. METODOLOGIA .....	54
7. ASSISTENCIA À GESTANTE- PRÉ-NATAL.....	57
CAPÍTULO II.....	57
1.0 DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÃO .....	59
2.1- DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ.....	60
2.2 O ACOMPANHAMENTO DE PRÉ - NATAL.....	60
2.2.1 ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA.....	61
2.2.1.1 ANAMNESE .....	61
2.2.1.2 EXAME FÍSICO .....	62
2.2.1.3 CONSULTAS SUBSEQÜENTES .....	76
CAPÍTULO III .....	77
3.0 O RISCO GESTACIONAL.....	77
3.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE .....	77
3.2- FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO.....	79
CAPÍTULO IV .....	80
4.0 SOLICITAÇÃO E INTERPETRAÇÃO DE EXAMES NA GESTAÇÃO.....	80
4.1 EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NA GESTAÇÃO .....	80
4.2- OUTROS EXAMES EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS.....	81
4.3 -INTERPRETAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAS NA GESTAÇÃO ...	81
4.3.1 INVESTIGAÇÃO DA GESTANTE COM RH NEGATIVO.....	82
4.3.2 INVESTIGAÇÃO DE DIABETES GESTACIONAL.....	84

4.3.3 INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DE ANEMIA NA GESTAÇÃO .....	86
4.3.4 INVESTIGAÇÃO DE SIFILIS NA GESTAÇÃO .....	88
4.3.5 INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE NA GESTANTE.....	91
4.3.6 INVESTIGAÇÃO DE HIV NA GESTANTE.....	94
4.3.7 INVESTIGAÇÃO DE HEPATITE .....	99
4.3.8 INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO .....	101
CAPÍTULO V .....	102
5.0- SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE.....	102
5.1 PRESCRIÇÃO DE SULFATO FERROSO E ÁCIDO FÓLICO.....	102
5.2 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE .....	103
CAPÍTULO VI.....	110
6.0 IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO.....	110
6.1 Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano).....	110
6.2 Vacina contra influenza (fragmentada) .....	112
6.3 Vacinação contra Hepatite B (recombinante).....	112
6.4 Vacinação Difteria, Tetano, Coqueluche Acelular (dTpa) .....	113
6.5 Outras vacinas .....	114
CAPÍTULO VII.....	116
QUEIXAS / SINTOMAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO .....	116
INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO .....	116
CAPÍTULO VIII .....	129
ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO .....	129
CAPÍTULO IX .....	131
10.0 ASPECTOS ABORDADOS NAS AÇÕES EDUCATIVAS .....	131
CAPÍTULO X .....	133
11.0 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS.....	133

## RESUMO

O cuidado à saúde da mulher faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes de saúde da família é imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde especialmente de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa com a utilização de 18 documentos publicados a partir de 2002 disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Janeiro de 2013.

## **CAPITULO I**

### **1.INTRODUÇÃO**

A Estratégia Saúde da Família se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial imprimindo uma nova concepção do processo de saúde-doença; tendo como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde; tendo como desafio a mudança do paradigma da doença para a saúde, em que o foco de trabalho passa a ser a saúde, compreendida de forma mais ampla vinculada qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da equipe de saúde da família é constituída por equipes multiprofissionais formadas por no mínimo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde tendo como ponto de apoio a unidade de saúde da família que deve ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde; e são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias definidos, localizadas em uma área geográfica delimitada e tendo como desafio atuar nas ações de promoção da saúde, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde visando uma maior resolubilidade deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo objetivando a criação de vínculos e de laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde definindo a atenção primária como o nível do sistema de saúde que constitui a porta de entrada para todas as necessidades e problemas com atenção à pessoa e não à doença no decorrer do tempo organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado

dos recursos tanto básicos quando especializados necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade representando assim o eixo orientador do trabalho dos demais níveis hierárquicos visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida para qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida demonstrando o grande impacto positivo por meio da garantia do acesso e qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades, expectativas, padrão de satisfação dos usuários sendo consistente com o conhecimento profissional com o intuito de aumentar a autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário com a finalidade de proporcionar aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Mulher,

garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada zelando pela segurança das mulheres assistidas.

Esta versão do protocolo aborda o cuidado no período da gestação com orientações referentes ao acompanhamento no pré-natal colaborando para melhorar a qualidade de vida nessa fase.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a complementar a compreensão do leitor baseados em literatura do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e literatura de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

## 2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

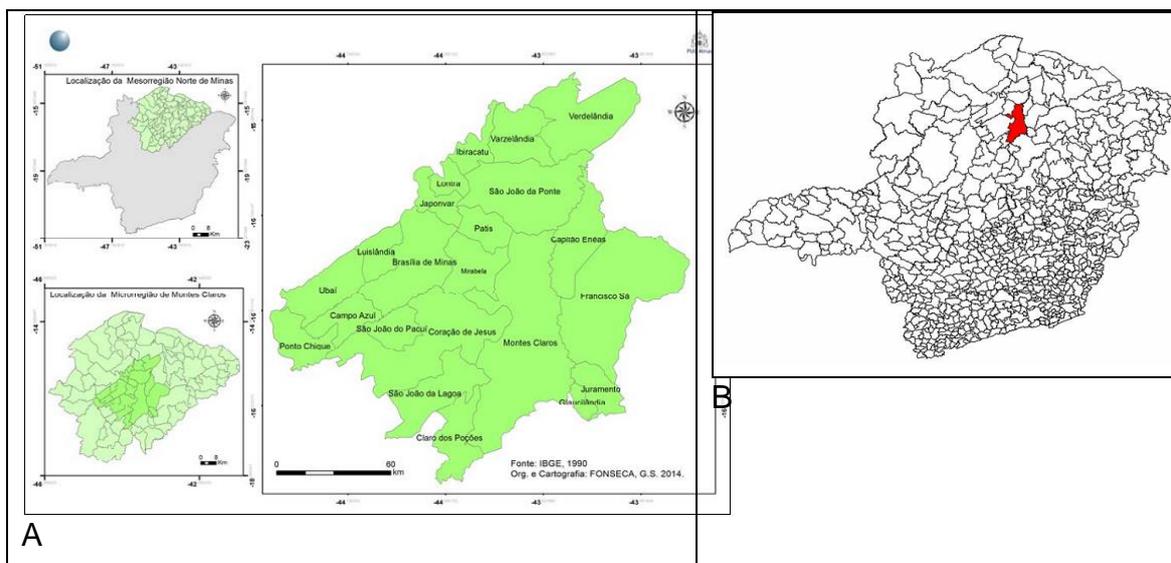
O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km<sup>2</sup>, em que 38,70 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km<sup>2</sup> restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm<sup>3</sup> e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia, BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).



**Figura 1:** Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

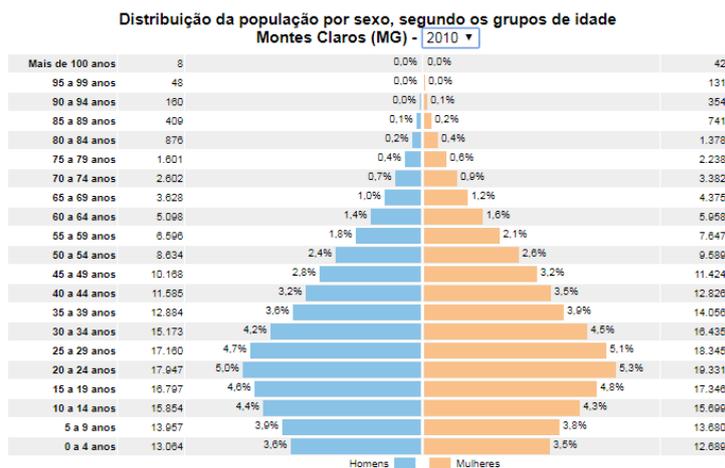
**Fonte:** Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

### Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

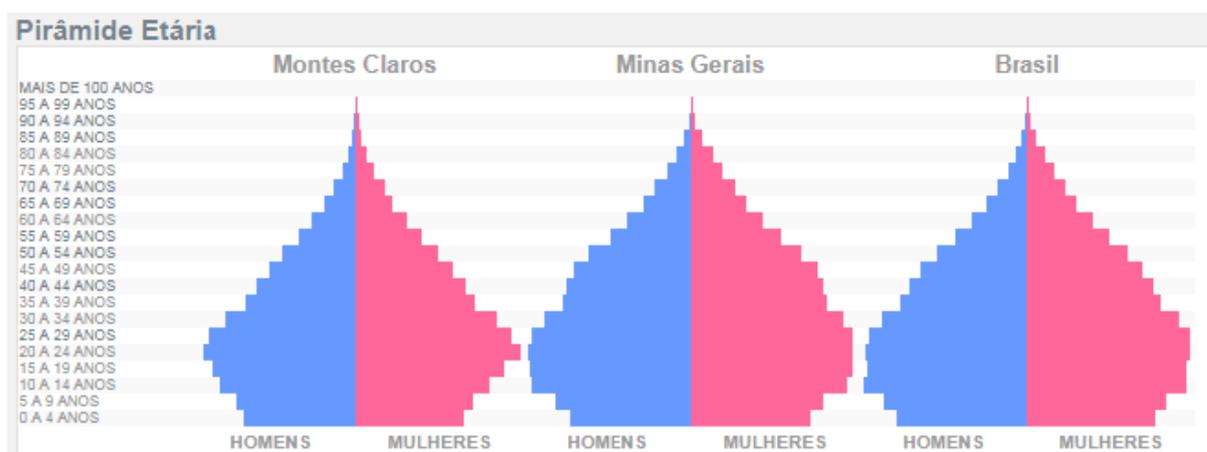
A distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.



**Figura 2:** Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

**Fonte:** [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php)

?codigo=314330



**Figura 3:** Comparação entre Pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.

**Fonte:**

[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=31433](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=31433)

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas

e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

### **Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer**

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9

anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <[www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/minas-gerais](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais)> Acesso em: Agosto/2017)

## **Atividades econômicas e de organização social**

### **Atividades econômicas**

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico

e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

### **Principais atividades econômicas**

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

### **Renda per capita**

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de

crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

### **População Ativa**

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

### **IDH - Índice de Desenvolvimento Humano**

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

### **Grupos sociais organizados**

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

### **Educação**

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos

critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

### **Rede de ensino pública e privada**

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

### **Instituições públicas de ensino superior**

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA) .

### **Instituições particulares de ensino superior**

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .  
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

## **2.1 - Organização do Sistema de Saúde**

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

### **Região ampliada de saúde**

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

### **Polo de Região de Saúde**

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013).

**TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva**

<b>CODIGO DO MUNICÍPIO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>ESTIMATIVA POPULACIONAL</b>
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
<b>TOTAL:</b>		<b>459.387</b>

FONTE: PDR SES-MG 2013

## **2.2 - Sistema Municipal de Saúde**

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como

Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

**TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS**

<b>Serviços De Saúde</b>	<b>Quantidade</b>
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almojarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila	01

Oliveira)	
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

### Rede de Serviços Contratados

<b>HOSPITALAR</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Pronto Socor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
<b>LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA</b>		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
<b>RADIOLOGIA</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

<b>FISIOTERAPIA</b>
Hospital Aroldo Tourinho
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)
Clínica de Fisioterapia São Lucas
Fisiocenter/ Santa Casa
Ortoclinica Ltda
Clínica Geraldo Caldos
<b>SAÚDE AUDITIVA</b>
Otorrino Fisio Center
<b>NEFROLOGIA</b>
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR</b>
Ressonar Imagens Médicas
Núcleo de Medicina Nuclear
<b>ONCOLOGIA</b>
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

### 3. JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde voltados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A Estratégia Saúde da Família consolida-se cada vez mais como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde com resolutividade aos problemas de saúde prevalentes e relevantes das populações oferecendo respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população adscrita e não apenas a um recorte de problemas.

No aspecto relativo a prevalência, a população feminina representa a maioria com 50,77% dos brasileiros e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) tanto para o seu autocuidado quanto acompanhando outros usuários como crianças e outros familiares (BRASIL, 2011a).

Diante disso, a atenção à saúde da mulher dentro das equipes de saúde da família constitui-se uma das áreas de atuação prioritárias pela prevalência, magnitude das doenças e facticidade de controle por meio de ações preventivas especialmente as atividades relacionadas ao câncer de colo de útero e de mama.

As principais causas de mortalidade na população feminina são as doenças cardiovasculares em especial Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE); seguido pelas neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2011a).

A morbimortalidade materna e perinatal apresentam taxas muito elevadas incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico e social do Brasil, vale destacar que a maioria das mortes e complicações que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal são preveníveis, representando um bom indicador de saúde que reflete as condições de saúde e a qualidade de vida dessa população, uma vez que elevada taxa de mortalidade materna indica de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de escolaridade, famílias disfuncionais em que a violência está presente e aliada a condições inadequadas de acessibilidade aos serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

Considerando que o cuidado a saúde da mulher faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes de saúde da família é imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência fez-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de nortear o cuidar da enfermagem.

#### 4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades

de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

### **Enfermeiro**

- I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor

federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

#### **Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:**

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Médico:**

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Cirurgião-Dentista:**

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação

e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Técnico em Saúde Bucal (TSB):**

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):**

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Gerente de Atenção Básica**

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica,

de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

### **Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)**

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

**a) Atribuições comuns do ACS e ACE**

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

#### **b) Atribuições do ACS:**

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V – orientar e apoiar, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

**Atribuições do ACE:**

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado

à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

### **Pessoal Administrativo**

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

### **Pessoal da Zeladoria e Manutenção**

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

## **5. OBJETIVOS**

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;
- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;

- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de diabetes pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

## **6. METODOLOGIA**

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever de forma detalhada as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico) com representatividade, uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Este protocolo utilizou a metodologia de revisão integrativa que visa proporcionar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados e estudos na prática, esse é um método que permite a mais ampla

abordagem metodológica referente as revisões, que vem sendo cada vez mais utilizadas na área da saúde por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde no dia nove de janeiro de 2013 às 14:00 horas com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento, seguido pela escolha da metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão em duplas que visou a construção preliminar do documento com a busca de publicações relevantes com o prazo de entrega de 1 semana. O processo de construção ocorreu com a liberação semanal de dois turnos de trabalho sendo que um turno para encontro da dupla e outro para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2002 a 2012, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados teve início no mês de Janeiro de 2013.

O total de documentos selecionados foram vinte e dois, e para chegar a conclusão de quais documentos seriam escolhidos foram seguidos alguns critérios previamente estabelecidos. Os critérios de inclusão foram: a temática dos documentos deveria abordar assistência a saúde da mulher; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; devem ter sido publicadas a partir do ano de 2002; as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Os quatro documentos descartados obedeciam aos seguintes critérios de exclusão: não respondiam a temática posta para estudo; não foram possíveis de encontra-los na íntegra; publicação anterior ao ano de 2002.

Nos dias 16 e 17 de janeiro de 2013 foi realizada reunião para apresentação dos documentos e ajustes necessários seguido pela confecção do documento final do protocolo. Na semana posterior, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e colaboração.

No dia 01 de fevereiro de 2013 ocorreu uma plenária para apresentação do protocolo ao gestor municipal de saúde e equipe técnica da área de saúde da mulher com a participação da equipe de trabalho, representante do conselho municipal de saúde.

Por se tratar de uma revisão com base nas literaturas essa pesquisa fica isenta de enviar para aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, por não está diretamente envolvida com o público alvo e por se tratar de literaturas que já foram devidamente aprovadas pelo Comitê de Pesquisa.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 06/02/2013, que o aprovou na plenária do dia 06/03/2013, sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião ordinária número 311 – Trecentésima Décima Primeira.

Em decorrência da não homologação o protocolo foi revisado em 2017 e enviado novamente ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

## **7. DESENVOLVIMENTO**

Este protocolo encontra-se distribuído na área temática- Assistência à gestante – Pré-Natal.

## **7.1 ASSISTÊNCIA À GESTANTE- PRÉ-NATAL**

### **CAPÍTULO II**

#### **1.0 INTRODUÇÃO**

O pré-natal se reveste da maior importância, sobretudo em países como o Brasil, onde, apesar das melhorias implantadas no sistema de saúde, são encontradas elevadas taxas de mortalidade materno-fetal. Não se põe em dúvida que a atenção dispensada pelo enfermeiro durante o pré-natal é um elemento de proteção para a saúde da mulher e do feto, permitindo a diminuição das complicações que podem surgir no decorrer da gravidez (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema de Saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e dentro dos princípios da integralidade (BRASIL, 2011).

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente dos profissionais de saúde. É importante salientar que a gestante deverá ser captada o mais precocemente possível (primeiro trimestre). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais a partir de 36 semanas. Não existe alta do pré-natal (BRASIL, 2012).

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas (BRASIL, 2012).

## **1.1- OBJETIVOS**

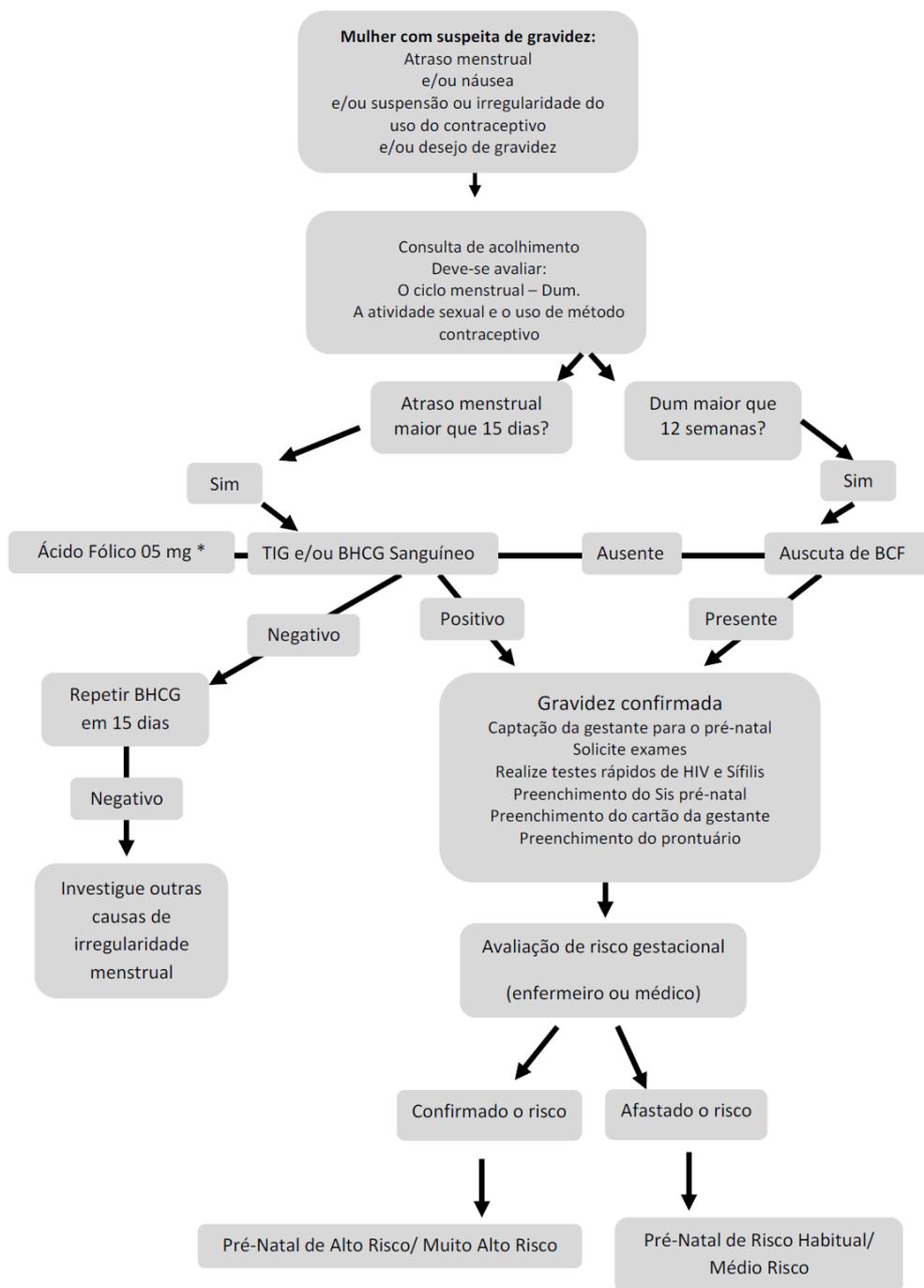
- ✓ Prestar assistência à gestante de maneira adequada e eficaz com acesso facilitado, possibilitando a detecção precoce e acompanhamento de qualquer agravo que comprometa o binômio mãe/filho.
- ✓ Captar a gestante o mais precocemente possível pela equipe de Saúde da Família, evitando barreiras de acessibilidade.

## **CAPÍTULO III**

### **1.0 DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÃO**

Toda mulher da área de abrangência e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG) se disponível ou Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (BHCG) que será solicitado pelo médico ou enfermeiro.

## FLUXOGRAMA 1- Fluxograma de Assistência Pré-Natal



FONTE: Elaboração própria embasado em Brasil, 2012.

A gestante encaminhada para o Pré Natal de Alto risco/ Muito Alto Risco deverá continuar sendo acompanhada pela equipe de ESF, por meio de consultas médicas e de enfermagem, visita domiciliar, busca ativa, ações educativas de acordo com o grau de risco e as necessidades da gestante (BRASIL, 2016).

Em todas as consultas o médico e o enfermeiro devem reavaliar o risco gestacional.

## 2.2 O ACOMPANHAMENTO DE PRÉ - NATAL

Para Brasil (2012; 2016), o total de consultas de pré- natal deverá ser de, no mínimo, 7 (sete), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

Até 28<sup>a</sup> semana – mensalmente;

Da 28<sup>a</sup> até a 36<sup>a</sup> semana – quinzenalmente;

Da 36<sup>a</sup> até a 41<sup>a</sup> semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2012).

A recomendação da UNICEF e do PMAQ (Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) é que sejam realizadas 7 consultas durante o pré-natal e 1 consulta puerperal na primeira semana após o parto (BRASIL, 2011).

**Atenção:** Havendo sinal de trabalho de parto e/ou Idade Gestacional de 41 semanas, encaminhar à maternidade. Não existe alta do Pré-natal. (BRASIL, 2016).

## 2.2.1 ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

### 2.2.1.1 ANAMNESE

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas (DUNCAN et al., 2013).

Sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal. As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado. As ações da equipe devem contemplar as seguintes atividades segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012):

- Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SISPRENATAL ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados;
- Preenchimento do Cartão da Gestante e do prontuário da gestante: identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde;

- Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário;
- Solicitação dos exames de rotina;
- Orientação sobre as consultas subseqüentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.
- Lançar o atendimento no Prontuário Eletrônica E-SUS.

## **HISTÓRIA CLÍNICA**

### **• Identificação:**

- Nome;
- Número do Cartão Nacional de Saúde;
- Idade;
- Cor;
- Naturalidade;
- Procedência;
- Endereço atual;
- Unidade de referência.

### **• Dados socioeconômicos:**

- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco);
- Estado civil/união;
- Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico);
- Renda familiar;
- Pessoas da família com renda;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde.

**• Antecedentes familiares:**

- Hipertensão arterial;
- Diabetes mellitus;
- Malformações congênitas e anomalias genéticas;
- Gemelaridade;
- Câncer de mama e/ou do colo uterino;
- Hanseníase;
- Tuberculose e outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco);
- Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

**• Antecedentes pessoais gerais:**

- Hipertensão arterial crônica;
- Diabetes mellitus;
- Cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
- Doenças renais crônicas;
- Anemias e deficiências de nutrientes específicos;
- Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- Epilepsia;
- Doenças da tireoide e outras endocrinopatias;
- Viroses (rubéola, hepatites);
- Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas;
- Portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado);
- Infecção do trato urinário;
- Doenças neurológicas e psiquiátricas;
- Cirurgia (tipo e data);
- Transfusões de sangue;
- Alergias (inclusive medicamentosas);
- Doenças neoplásicas;
- Vacinação;

- Uso de medicamentos;
- Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.

• **Antecedentes ginecológicos:**

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca);
- Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- Malformações uterinas;
- Mamas (patologias e tratamento realizado);
- Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou preventivo, data e resultado).

• **Sexualidade:**

- Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores;
- Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa;
- Uso de preservativos masculinos e/ou femininos (uso correto e uso habitual).

• **Antecedentes obstétricos:**

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações);

- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações (em meses);
- Isoimunização Rh;
- Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
- Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional;
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
- Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo-transfusões;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las);
- Complicações nos puerpérios;
- Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

• **Gestação atual:**

- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
- Peso prévio e altura;
- Sinais e sintomas na gestação em curso;
- Hábitos alimentares;
- Medicamentos utilizados na gestação;
- Internação durante a gestação atual;

- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Identificar gestantes com fraca rede de suporte social;
- Prescrever Suplementação de Sulfato Ferroso Profilático diário (1 comprimido de 40 mg de Ferro elementar) a partir do conhecimento da gravidez e Acido Fólico dose de 2ml/dia (solução oral de 0,2 mg/ml – 40 gotas).
- Cálculo da idade gestacional: Os métodos para esta estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela mulher conforme descrito abaixo:

I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:

É o método de escolha para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais:

- Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);
- Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

II. Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos.

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

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que

habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica.

- Cálculo da data provável do parto: Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário. Com o disco (gestograma), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto.

Outra forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

### **Exemplos:**

Data da última menstruação (DUM): 13/09/2017

Data provável do parto (DPP): 20/06/2018 (dia  $13 + 7 = 20$  e mês  $9 - 3 = 6$ )

Data da última menstruação: **10/02/2018**

Dada provável do parto: **17/11/2018 (dia 10 + 7 = 17 e mês 2 + 9 = 11)**

### **2.2.1.2 EXAME FÍSICO**

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos, registro dos movimentos fetais, verificação da presença de edema, avaliação de genitália externa e exame clínico das mamas (BRASIL, 2012).

O documento do Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica (Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012) e também no Protocolo da Atenção Básica (Saúde das Mulheres, 2016) orienta que no exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireóide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana.

#### **• Exame físico geral:**

- Inspeção da pele e das mucosas;
- Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar;
- Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Exame dos membros inferiores;

- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

Realize o acompanhamento do estado nutricional utilizando o gráfico de IMC por semana gestacional presente no Cartão da Gestante composto por um eixo horizontal, com valores de semana gestacional, e por um eixo vertical, com valores de IMC [peso (kg)/altura<sup>2</sup> (m)]. No interior do gráfico apresenta o desenho de três curvas, que delimitam as quatro faixas para classificação do Estado Nutricional (EM): baixo peso (BP), adequado (A), sobrepeso (S) e obesidade (O).

A curva de ganho de peso também deverá ser avaliada:

- O traçado esperado deve ser ascendente, mas paralelo às linhas dos percentis do gráfico, o que significa que está ganhando peso adequadamente;
  - Uma curva com inclinação superior indicará um ganho excessivo de peso;
  - Uma curva horizontal ou descendente indicará um ganho insuficiente de peso
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial: O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24<sup>a</sup> semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia.

- Pesquisa de edema: A presença de edema indica risco materno fetal, se acompanhado de hipertensão arterial e proteinúria. Detecção de edema: O edema fica evidenciado através da presença de uma depressão duradoura no local pressionado.

**a) Nos membros inferiores:**

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, ao nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).

**b) Na região sacra:**

- Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- Pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar.

**c) Na face e em membros superiores**

- Identificar a presença de edema pela inspeção.

**QUADRO 1 - Avaliação da Presença de Edemas**

Achados	Anote	Conduas
<b>Edema ausente</b>	(-)	Acompanhe a gestante seguindo o calendário de rotina.
<b>Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.</b>	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
<b>Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de</b>	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. A gestante

<b>peso.</b>		deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco.
<b>Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.</b>	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.
<b>Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos. Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP).</b>		A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

Fonte: BRASIL, 2012; BRASIL, 2016.

Obs.: Na ausência do médico, o enfermeiro deverá encaminhar a gestante para pré-natal de Alto Risco se necessário.

• **Exame físico específico (gineco-obstétrico):**

**Palpação obstétrica**

- Palpação obstétrica objetiva identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional e identificar a situação e a apresentação fetal (BRASIL, 2012).

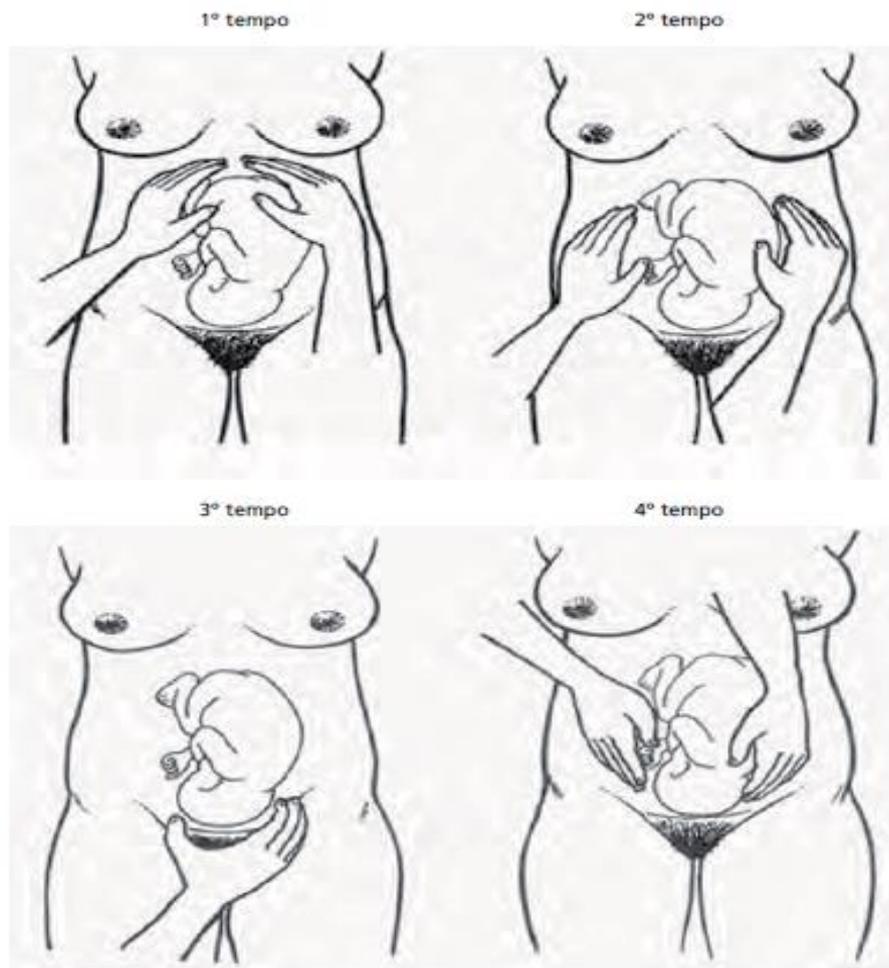
Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos descrito no Manual de Pré-natal (BRASIL, 2012) :

- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;

- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;

- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.



Fonte: (BRASIL, 2005e).

**IMAGEM 1 - Manobra de palpção abdominal (Manobra de Leopold)**

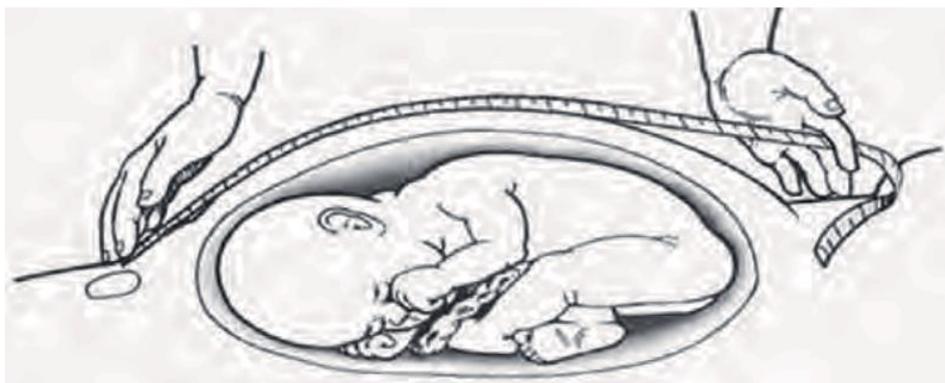
## Medida e avaliação da altura uterina

A medida e avaliação da altura uterina visa o acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações em que é utilizado como indicador e tem relação com o número de semanas de gestação (BRASIL, 2012).

### Técnica para medida da altura uterina:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Por meio da palpação, procure corrigir a comum dextroversão uterina;
- Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
- Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.

### IMAGEM 2 --- Medida da Altura Uterina.



Fonte: (BRASIL, 2005e).

## Ausculta dos Batimentos Cardíofetais

- Ausculta dos batimentos cardíofetais: objetiva constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). **Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas.** É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto (BRASIL, 2012).

#### QUADRO 2 – Avaliação dos Batimentos Cardíofetais.

Achado	Conduta
BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas.	Alerta: Verifique o erro de estimativa da idade gestacional. Afastar as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. Mantenha o calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e/ou se o útero estiver crescendo. Agende consulta médica ou faça a referência da paciente para o serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e/ou se o crescimento uterino estiver estacionário.
Bradycardia e taquicardia.	Sinal de alerta: Afastar a febre e/ou recomendar o uso de medicamentos pela mãe. Deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhar a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Outras condutas no exame físico:

- Registro dos movimentos fetais;
- Exame clínico das mamas;
- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos),

#### 2.2.1.3 CONSULTAS SUBSEQÜENTES

Nas consultas subseqüentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Anamnese atual sucinta: pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Avaliação da situação vacinação;
- Avaliar o resultado dos exames laboratoriais e solicitar no 2º trimestre.
- Avaliar o resultado dos exames laboratoriais e solicitar no 3º trimestre.
- Revisar e atualizar o Cartão da Gestante.

Além disso, deve-se executar as seguintes tarefas:

#### **I. Controles maternos:**

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina; e Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico e de mamas se necessário.

#### **II. Controles fetais:**

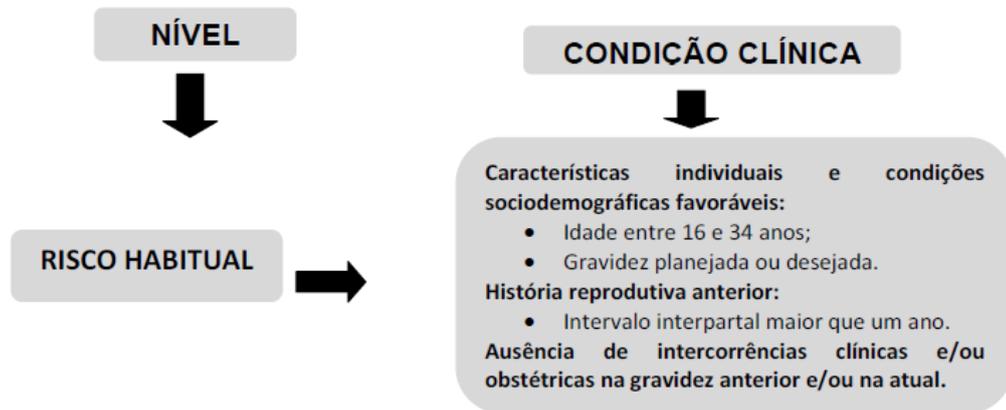
- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registro dos movimentos fetais;

### **CAPÍTULO III**

#### **3.0 O RISCO GESTACIONAL**

##### **3.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE**

Após anamnese e exame físico bem feitos precede-se a estratificação do risco gestacional conforme quadro abaixo:

**FLUXOGRAMA 2 -Classificação de risco gestacional**

**ALTO RISCO****Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:**

- Dependência química de drogas.

**História reprodutiva anterior:**

- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Prematuridade.

**Doença obstétrica na gravidez atual controlada:**

- Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;
- Gestação múltipla;
- Ganho ponderal inadequado;
- Diabetes gestacional;
- Hemorragias da gestação.

**Intercorrências clínicas (patologias controladas):**

- Infecção urinária de repetição;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);
- Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC);
- Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);
- Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide, etc.);
- Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorne);

**MUITO ALTO RISCO**

- Câncer: os de origem ginecológica, se invasores que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;
- Gestação resultante de estupro em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.

Fonte: BRASIL, 2012; MINAS GERAIS, 2013.

A estratificação do risco é um procedimento que deve ser feito em todas as consultas de pré-natal pelo profissional responsável pelo atendimento à gestante.

### 3.2- FLUXO DE ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO

Após estratificação do risco gestacional define-se como será o acompanhamento da mulher na Rede de Atenção. A Atenção Primária é a porta de entrada principal para a usuária e o acompanhamento de pré-natal continuará sendo feito pelos profissionais de Saúde da família independente da estratificação de risco e do acompanhamento em outros pontos de atenção (BRASIL, 2012; MINAS GERAIS, 2013).

#### FLUXOGRAMA 3 - ATENDIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO.



FONTE: MINAS GERAIS, 2013.

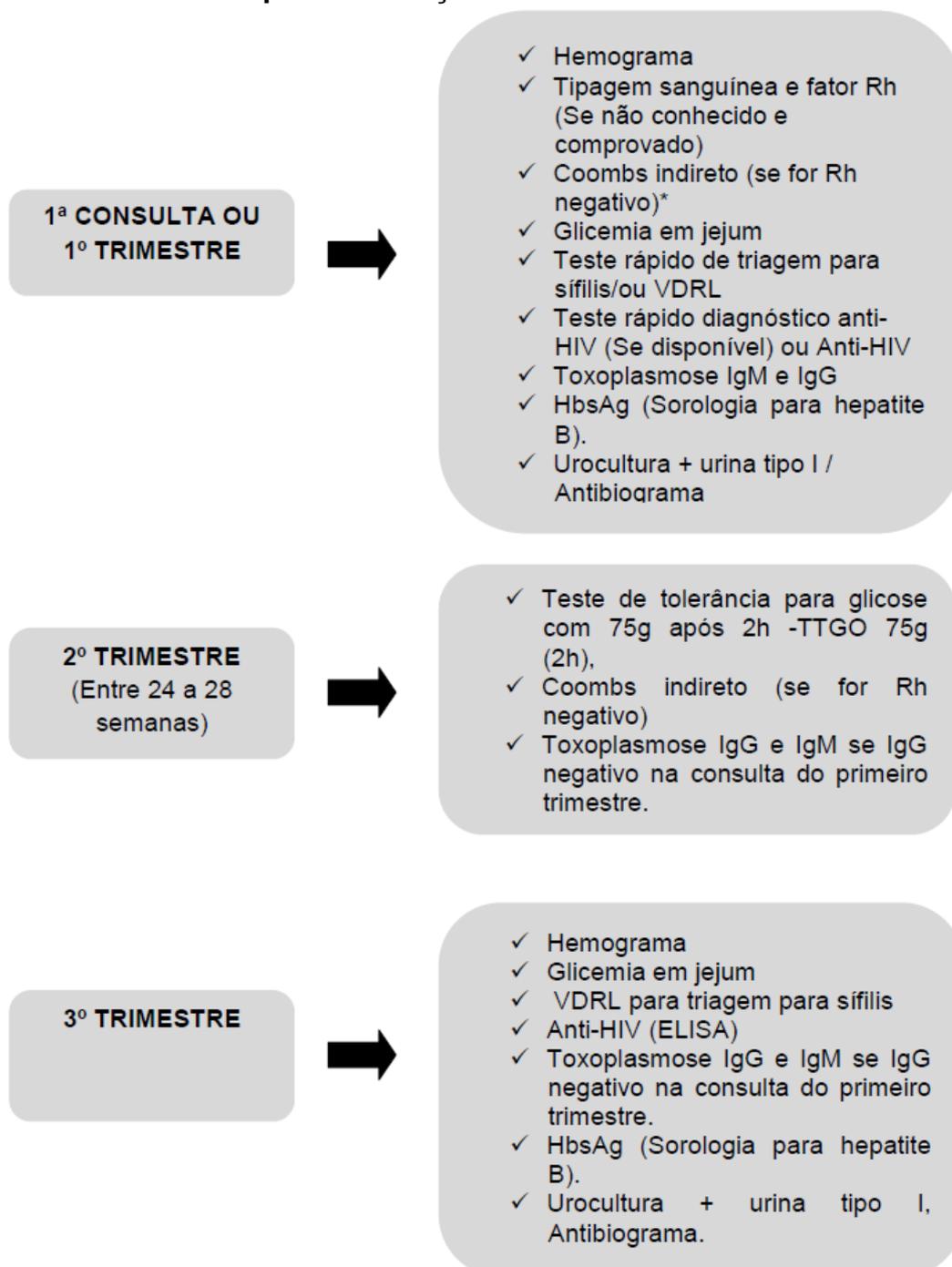
## CAPÍTULO IV

### 4.0 SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE EXAMES NA GESTAÇÃO

#### 4.1 EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA NA GESTAÇÃO

A solicitação de exames complementares é de suma importância para a gestante. Tendo como objetivo garantir uma gravidez saudável e um parto seguro. Os documentos do Ministério da Saúde (2012) e Minas Gerais (2013).

**FIGURA 4 – Roteiro para solicitação de exames laboratoriais:**



\*Se o Rh for negativo, deve-se repetir coombs a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana. Quando for positivo (gestante sensibilizada), deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

#### **4.2- OUTROS EXAMES EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS**

**ECOGRAFIA OBSTÉTRICA:** Poderá ser solicitada para a gestante quando houver impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, assim como detecção precoce de gestações múltiplas e retardo de crescimento intrauterino. Existem evidências de que sua realização poderá detectar malformações fetais não suspeitas. Embora seja um exame muito útil em diversas situações, na ausência de uma indicação específica, é bastante discutida a sua solicitação. Além disso, não existem dados até o momento que suportem sua recomendação como rotina. De igual forma, não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal. Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 16 a 20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional (BRASIL, 2012).

**ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA:** Deve ser solicitado se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica (BRASIL, 2012).

**SOROLOGIA PARA RUBÉOLA:** A solicitação dos exames de IGG e IGM para rubéola deverá ser solicitada no primeiro trimestre de gestação ou primeira consulta para aquelas mulheres que não apresentarem comprovação/registro de vacinação ou sorologias anteriores com IGG positivo (BRASIL, 2012).

**CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO:** o rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreio. Pode

ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes. Para a coleta do material, é introduzido um espelho vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayres) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta (69%). Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na unidade básica de saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

**PARASITOLÓGICO DE FEZES:** O exame parasitológico de fezes não deve ser solicitado de rotina para a gestante. Algumas situações especiais, como anemia, merecem investigação e se necessário encaminhamento ao médico da equipe (BRASIL, 2012).

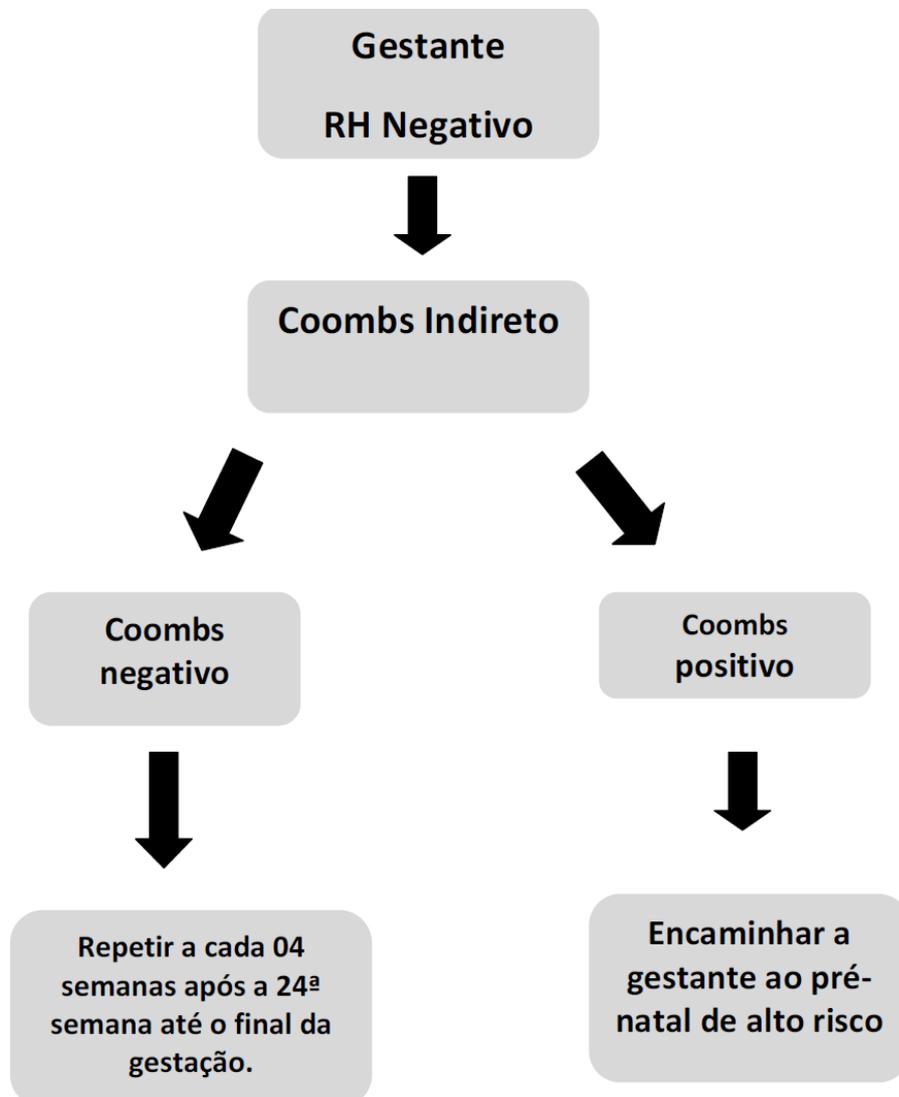
### **4.3 -INTERPRETAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAS NA GESTAÇÃO**

#### **4.3.1 INVESTIGAÇÃO DA GESTANTE COM RH NEGATIVO**

A Doença Hemolítica Perinatal (DHP) deve ser investigada em todas as gestantes com RH negativo. Caracteriza-se pela hemólise fetal, com suas múltiplas e graves repercussões sobre a vitalidade do feto. É decorrente da incompatibilidade sanguínea materno-fetal, em que anticorpos maternos atravessam a barreira placentária e agem contra antígenos eritrocitários fetais. É fundamental que o diagnóstico se antecipe à DHP (BRASIL, 2012). São

recomendadas as seguintes atitudes preventivas no período pré-natal: A conduta deve ser adotada conforme o fluxograma a seguir:

**FLUXOGRAMA 4 – Investigação da gestante com Rh negativo.**



FONTE: BRASIL, 2012.

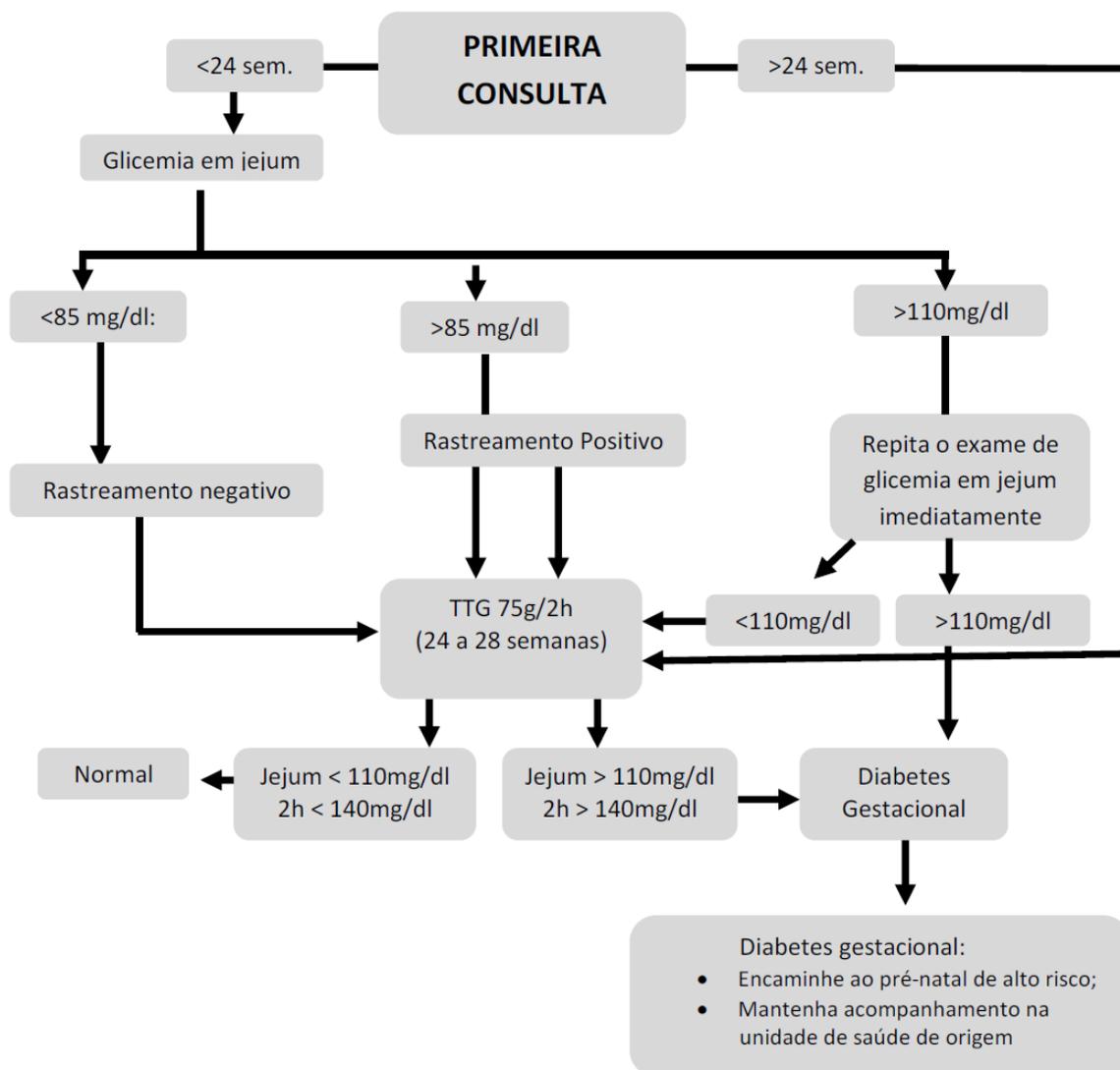
### 4.3.2 INVESTIGAÇÃO DE DIABETES GESTACIONAL

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável. É diagnosticado pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. No feto, a DMG está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrossomia (como a ocorrência de distócia durante o parto) e, no bebê, está associada à hipoglicemia, à icterícia, ao sofrimento respiratório, à policitemia e à hipocalcemia (BRASIL, 2012).

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas, como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASIL, 2012).

O rastreamento para DMG deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal na primeira consulta e com 28 semanas de gestação. A mulher e seu acompanhante devem ser orientados sobre os riscos e benefícios de rastreamento de DMG e sobre as possíveis complicações próprias da diabetes (BRASIL, 2012).

### FLUXOGRAMA 5 – Investigação de diabetes gestacional.



FONTE: Adaptado BRASIL, 2012; MINAS GERAIS, 2013.

**OBSERVAÇÃO:** O manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde ([http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)), o mesmo coloca que glicemia acima de 85 mg/dl na primeira bateria de exames deve ser solicitado rastreamento precoce para diabetes sendo realizado nova glicemia de jejum e teste dextrosol 1 e 2 horas após 75 g, se os resultados forem:

Jejum  $\geq 95$  1 hora  $\geq 180$  e 2 horas  $\geq 155$ , se a paciente apresentar dois valores  $\geq$  aos valores de referência será considerada com diabetes. Lembrando-se que a mesma apresenta diabetes pré gestacional visto que ainda não sofreu influência do lactogêneo placentário.

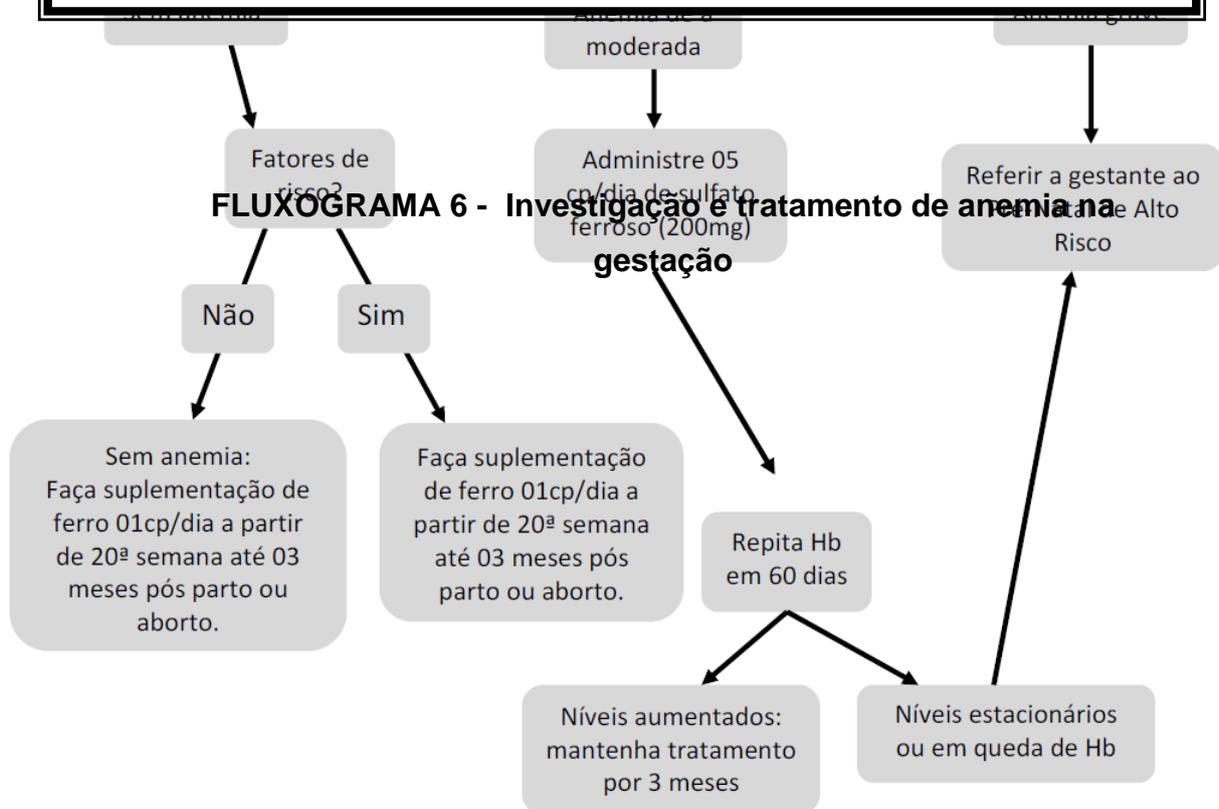
#### **4.3.3 INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DE ANEMIA NA GESTAÇÃO**

O rastreamento para anemia deve ser oferecido a toda gestante. O exame deve ser solicitado o mais precocemente possível e repetido com 28 semanas de gestação. A anemia durante a gestação é definida como valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/ dl. Pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2012).

Para profilaxia de anemia deve ser realizada a **suplementação de ferro com um comprimido ao dia (40 mg de Ferro Elementar)**, indicado a partir do conhecimento da gravidez e manter no pós-parto e pós-aborto por 3 meses. A ingestão deve ser realizada uma hora ou meia hora antes das refeições (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Os fatores de risco para anemia na gestação são segundo documento Brasil, 2012; Brasil, 2016:

- Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais;
- Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;
- Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, AIDS, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide);
- Infecções de longo prazo;
- Histórico familiar de anemia herdada, como Talassemia e doença Falciforme entre outros, avaliar a necessidade de acompanhamento no alto Risco.



Fonte: Adaptado Brasil, 2012.

Sulfato ferroso de 200mg de Ferro = 40mg de Fe elementar

Profilático: 01 cp ao dia 30 minutos antes da refeição preferencialmente com suco de frutas cítricas

Tratamento 5 cp/ dia ( dois antes do café/ dois antes do almoço e um antes do jantar) e observar parasitose intestinal e tratá-la.

Fonte: BRASIL, 2012; BRASIL, 2016.

#### 4.3.4 INVESTIGAÇÃO DE SIFILIS NA GESTAÇÃO

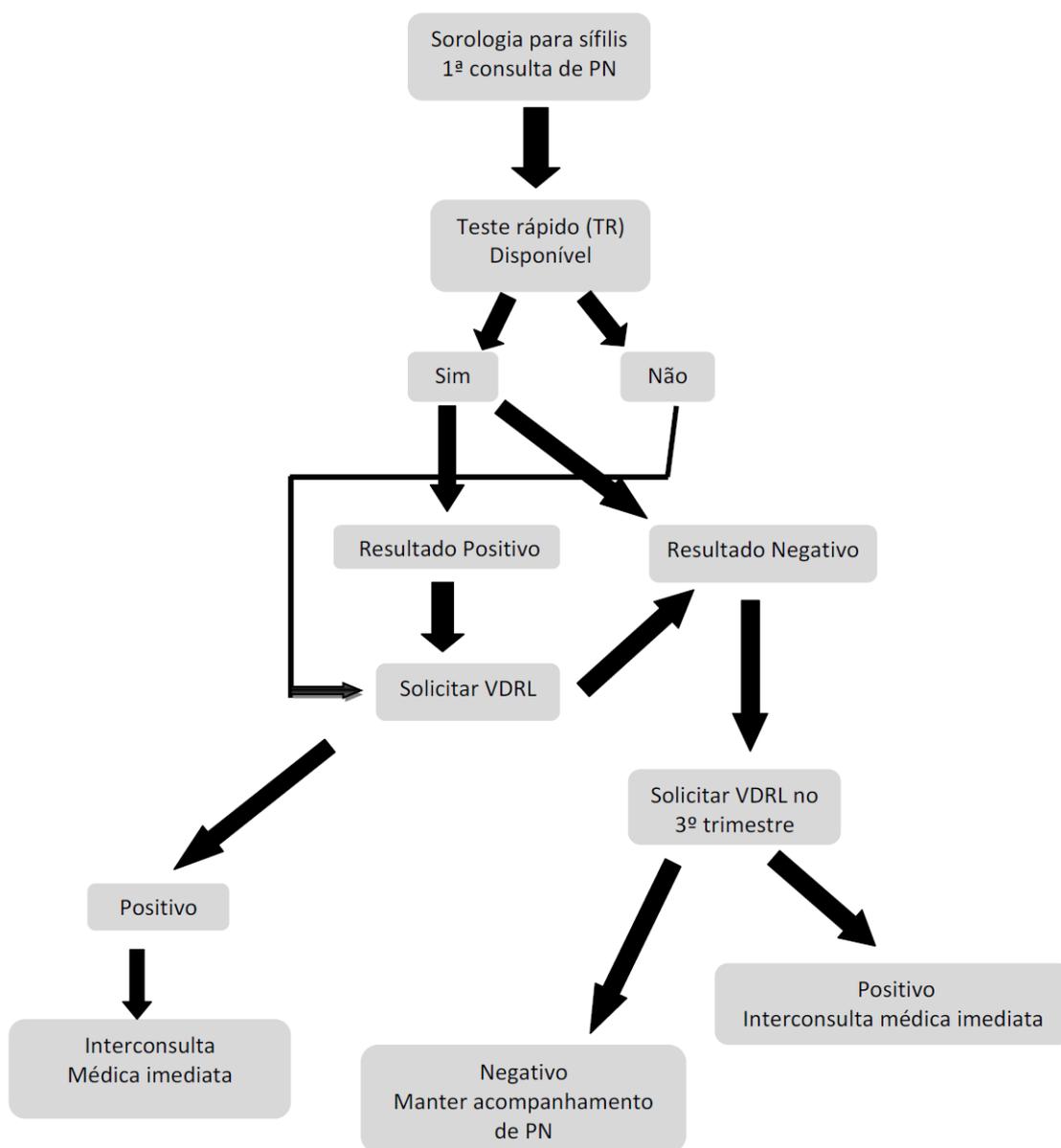
A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional (BRASIL, 2012; BRASIL, 2006).

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2012).

Tais considerações justificam a necessidade de realizar testes sistematicamente com as pacientes no mínimo duas vezes na gestação (no início do pré-natal e próximo à 28<sup>a</sup> a 30<sup>a</sup> semana) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria MS/GM nº 766/2004 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

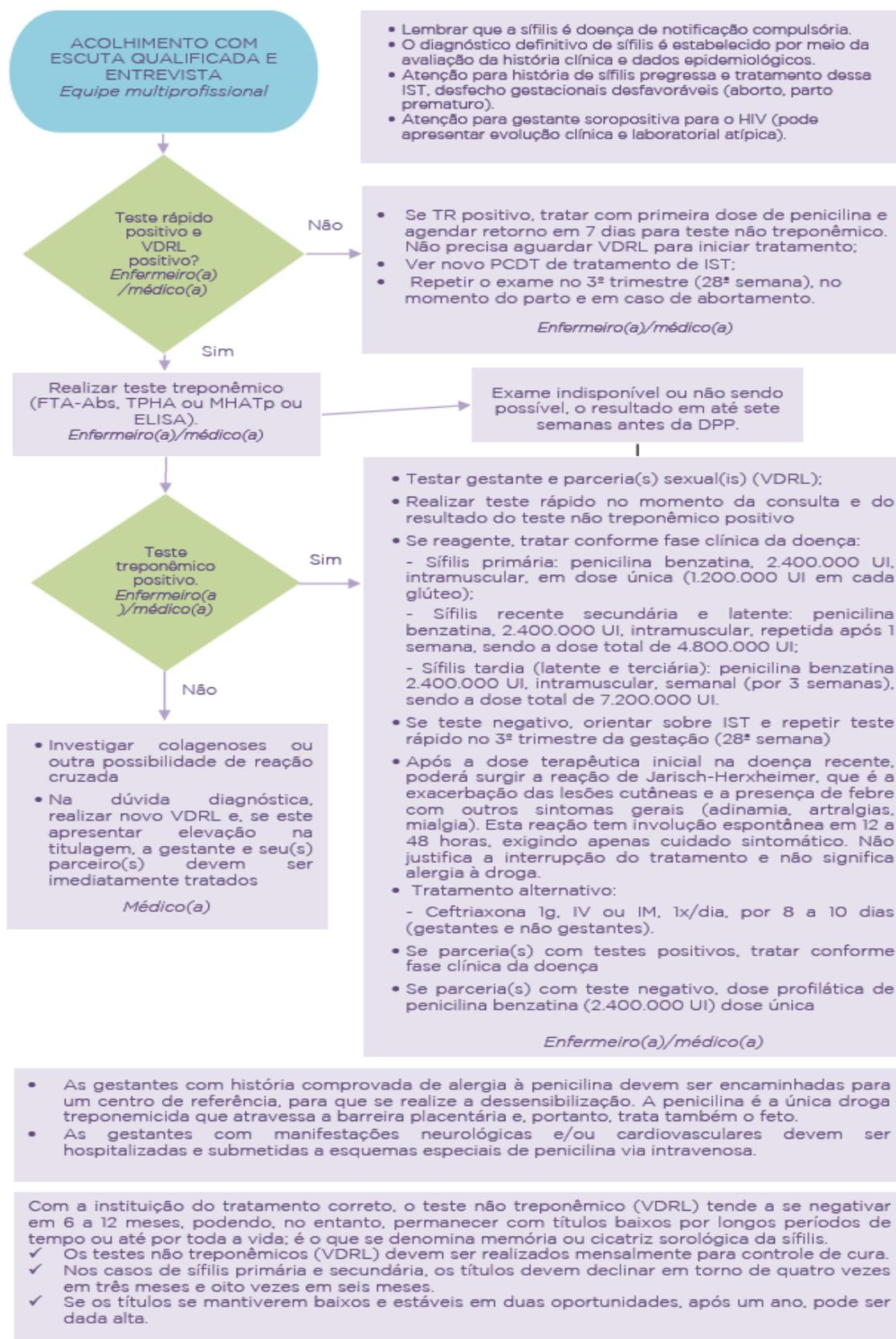
A sífilis é uma doença de notificação compulsória, dessa forma realizar a notificação no SINAN (BRASIL, 2016).

#### **FLUXOGRAMA 7 – Investigação de Sífilis na Gestação.**



FONTE: BRASIL, 2012.

**FLUXOGRAMA 7.1 – Conduta frente a Quadro de Sífilis na Gestação**



Fonte: BRASIL, 2016 p. 110

#### 4.3.5 INVESTIGAÇÃO DE TOXOPLASMOSE NA GESTANTE

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental (BRASIL, 2012).

Todas as gestantes devem ser instruídas sobre os cuidados de prevenção primária disposto no Quadro.

### **QUADRO 3 – Formas de Prevenção Primária.**

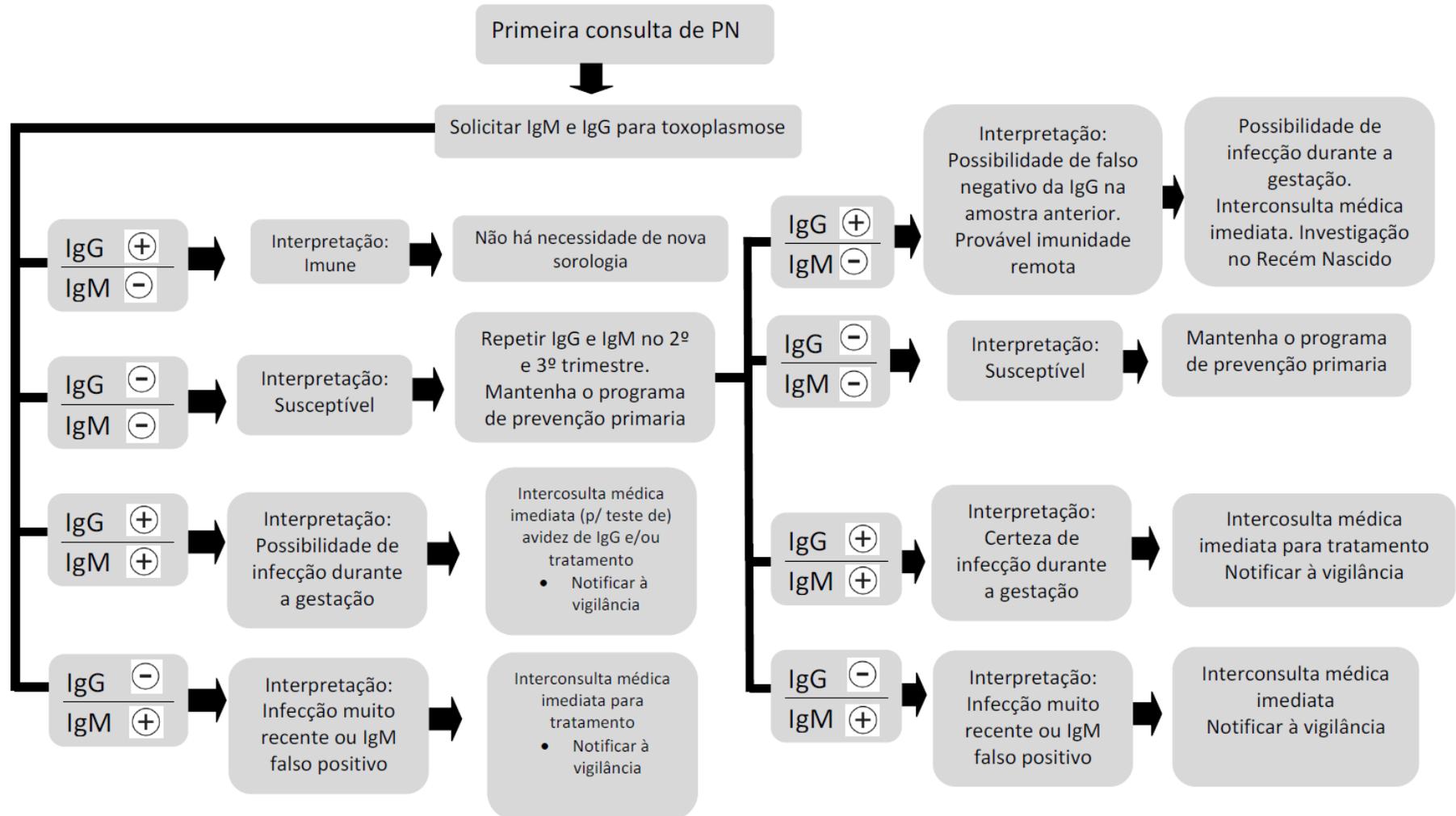
#### **Formas de prevenção primária**

- Lave as mãos ao manipular alimentos;
- Lave bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Não faça a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, presunto etc.);
- Evite o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, use luvas e lave bem as mãos após a atividade;
- Evite o contato com fezes de gato no lixo ou no solo;
- Após manusear a carne crua, lave bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consuma leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra;
- Proponha que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tente limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha;
- Alimente os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Lave bem as mãos após o contato com os animais.

**Fonte:** BRASIL, 2012

Recomenda-se a triagem para a doença, conforme fluxograma a seguir, por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, uma vez que o diagnóstico é eminentemente laboratorial:

**FLUXOGRAMA 8 – Investigação de Toxoplasmose na gestação.**

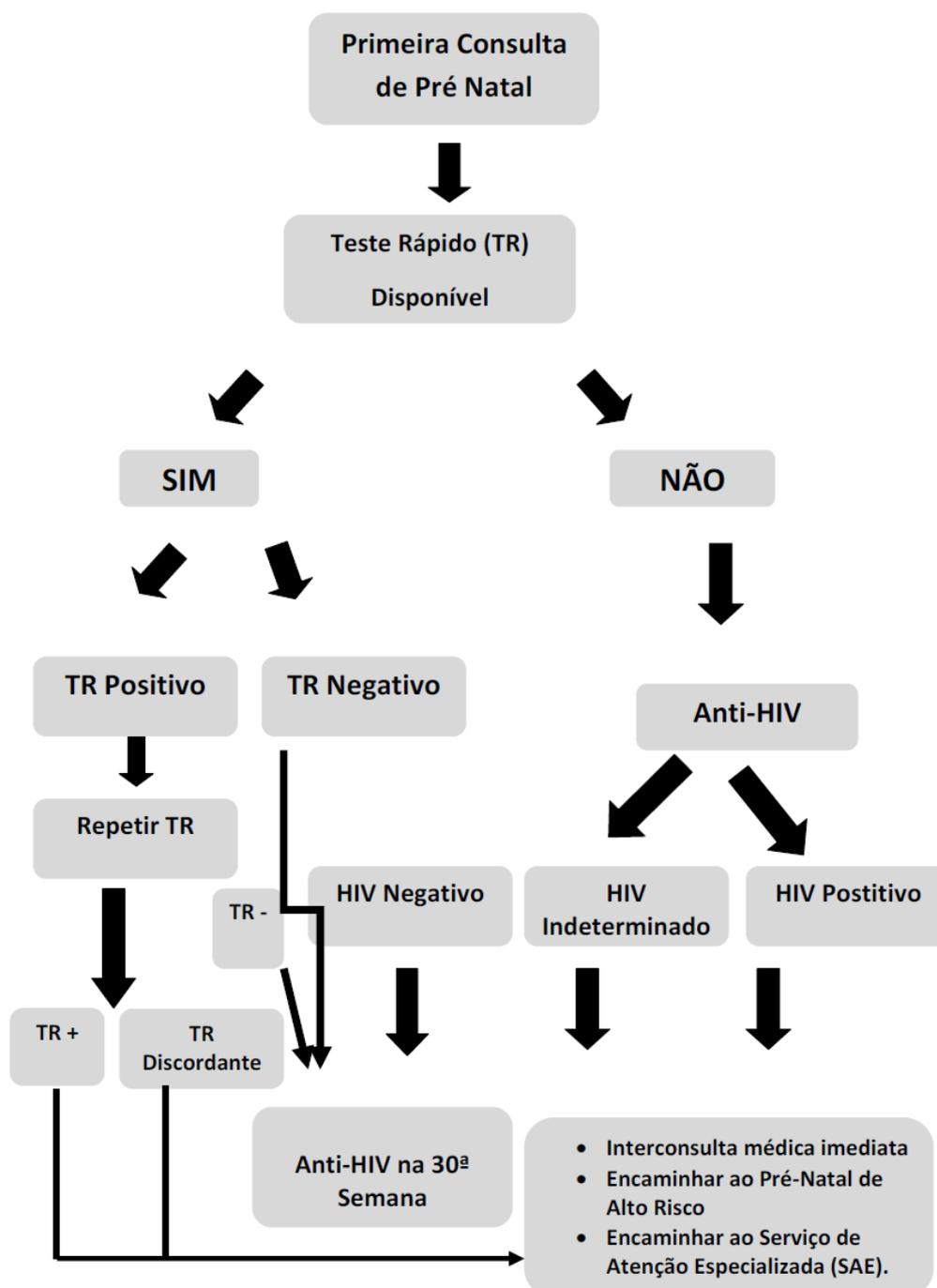


Fonte: Elaboraões própria baseado em BRASIL, 2012.

#### 4.3.6 INVESTIGAÇÃO DE HIV NA GESTANTE

Quando a mulher inicia o pré-natal sem ter realizado exames pré-gestacionais, o teste anti- HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e ser repetido no início do terceiro trimestre gestacional, após consentimento e aconselhamento pré e pós-teste (BRASIL, 2012).

#### FLUXOGRAMA 9 - Investigação de HIV na gestante



FONTE: Adaptado Brasil, 2012.

O processo de aconselhamento inclui componentes educativos, de avaliação de risco e de apoio emocional (BRASIL, 2012).

### **Aconselhamento pré-teste anti-HIV:**

Para a realização do processo de aconselhamento é necessário:

- Reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações.
- Identificar com clareza as necessidades do(a) usuário(a) ou do grupo.
- Facilitar a expressão de sentimentos e prestar apoio emocional.
- Explorar as situações de risco do(a) usuário(a) ou grupo e medidas de prevenção específicas.
- Trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário (a).
- Explicar para a gestante os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da infecção materna, quanto para a prevenção da transmissão vertical.
- Considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção neste período.
- Enfatizar a relação entre DST e HIV.
- Reforçar a necessidade do atendimento do(s) parceiro(s) sexual(is) e/ou daquele(s) que compartilha(m) os materiais para uso de drogas.
- Identificar a rede de apoio disponível (família, parceiros, amigos, trabalho, outros).
- Ajudar a pessoa a reconhecer suas responsabilidades e identificar dificuldades para a adoção de práticas mais seguras, reforçando sua autoestima e autoconfiança.
- Oferecer o teste anti-HIV e solicitá-lo, com o consentimento do(a) usuário(a).
- Informar sobre a disponibilização de insumos de prevenção no serviço e em outros locais.
- Encaminhar o (a) paciente para outros serviços, quando necessário, incluindo atendimento psicoterápico e/ou grupos comunitários de apoio.

## **Aconselhamento pós-teste anti-HIV:**

### **Diante de resultado negativo:**

- Informar que um resultado negativo pode significar duas situações: a pessoa não está infectada, ou foi infectada tão recentemente que seu organismo não produziu anticorpos numa quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado (janela imunológica).
- Na hipótese de janela imunológica, orientar sobre a necessidade de um novo teste, e reforçar a necessidade de não-exposição ao risco de infecção para o HIV e outras DST.
- Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade.
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas.
- Com os usuários de drogas, reforçar os benefícios do uso exclusivo de materiais para o consumo de drogas injetáveis.

### **Diante de resultado positivo:**

- Reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem anti-HIV.
- Garantir à pessoa o tempo necessário para que ela assimile o impacto do diagnóstico e expresse dúvidas e sentimentos.
- Lembrar que o resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é controlada.
- Ressaltando a importância de acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção.
- Encaminhar o paciente para o serviço especializado em DST/ HIV (SAE) e Pré- Natal de Alto risco.

- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas.
- Reforçar a necessidade do uso de preservativo em todas as relações sexuais, e no caso de usuários de drogas injetáveis, reforçar a necessidade do não compartilhamento de seringas e agulhas, lembrando a necessidade de redução dos riscos de reinfecção e transmissão desse vírus para outras pessoas.

Para gestante, além das informações acima, informar:

#### **QUADRO 4 - Aconselhamento**

- A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, o trabalho de parto, no parto e pela amamentação.
- A transmissão vertical do HIV pode ser reduzida com a instituição de intervenções profiláticas - via de parto e uso de terapia anti-retroviral (TARV), indicada após avaliação clínica e laboratorial e não amamentação.
- Em caso de carga viral alta por ocasião do parto, para prevenir a transmissão da infecção para o bebê, a cirurgia cesariana eletiva é a via de parto de escolha.
- Para o recém-nascido estará indicado o uso do AZT em solução oral logo após seu nascimento, que deverá ser mantido durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias).
- Existe o risco de transmissão do HIV (e do HTLV) pela amamentação, tanto pela mãe quanto por outra mulher. Por esse motivo a amamentação é contraindicada, bem como o aleitamento cruzado, devendo essas mulheres ser orientadas quanto a obtenção e o preparo do leite artificial. E no caso de bebês prematuros e/ou de baixo peso, que necessitam do leite humano, serem orientadas de como obter esse leite pasteurizado de um Banco de Leite Humano reconhecido pelo Ministério da Saúde.
- Toda criança exposta ao HIV terá, ao nascer, o resultado do teste anti-HIV positivo, pela presença de anticorpos maternos. Portanto, será necessário o

acompanhamento da criança, em serviço especializado, até definição de seu diagnóstico.

- É necessário que o(s) parceiro(s) realize(m) o teste anti-HIV.
- É importante o uso correto do preservativo durante todas as relações sexuais, com vistas à prevenção de transmissão e/ou reinfecção pelo HIV e de outras DST.
- Após avaliação do caso, o profissional de saúde poderá concluir da necessidade de realizar o teste de todos os filhos do casal.

FONTE: BRASIL, 2006

O profissional de saúde deve garantir o tempo necessário para que a pessoa, e somente ela, decida com quem e quando deverá compartilhar esse diagnóstico, prestando-lhe o suporte psicológico necessário nesse processo.

#### **Diante de resultado indeterminado:**

- Explicar que um resultado indeterminado pode significar: um falso positivo ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão ainda em quantidade suficiente para serem detectados pelos testes diagnósticos utilizados (janela imunológica).
- Orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período de 30 dias da emissão do resultado da primeira amostra, para verificar se houve soroconversão.
- Discutir as possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste, e referir a sua disponibilidade para o atendimento sem agendamento prévio; se necessário, encaminhar o(a) usuário(a) para atendimento psicoterápico.
- Reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV, hepatites e outras DST.

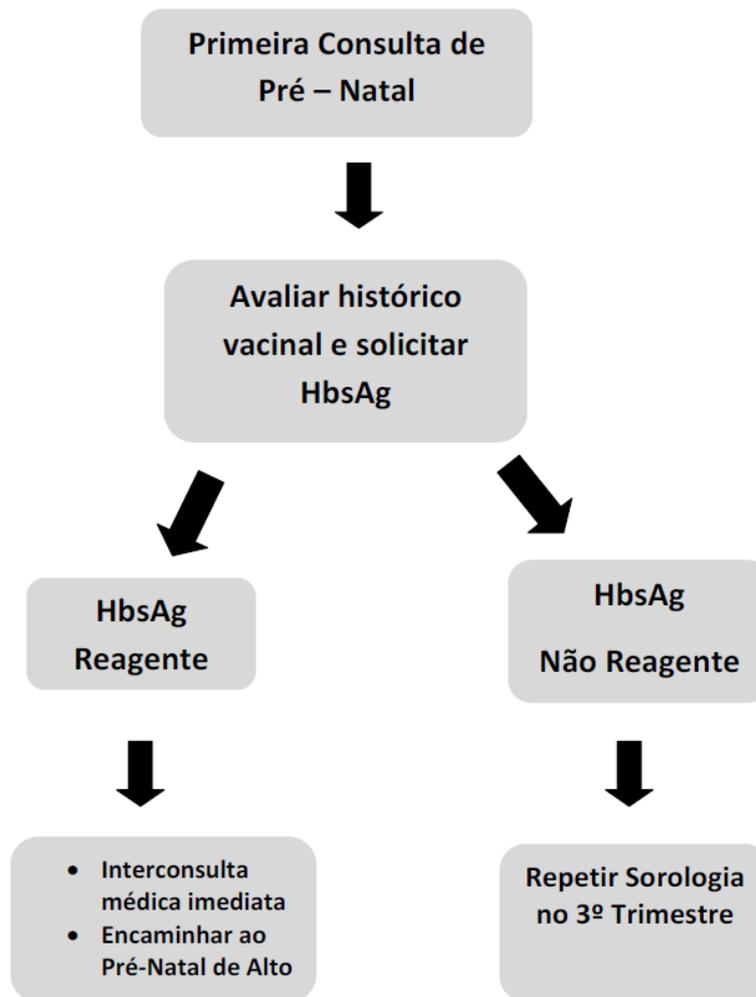
Observação: Essa condição se constitui situação na qual a realização de exames como a carga viral deve ser considerada para auxiliar na definição da

necessidade de uso de terapia anti-retroviral para redução da transmissão vertical na gestante. Para isso, a gestante deverá ser encaminhada para um serviço de referência que possa utilizar estratégias adequadas na confirmação do seu estado sorológico.

A mulher, e seu parceiro, deverão ser orientados para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Reforçar as medidas para prevenção do HIV e outras DST em todas as oportunidades com a mulher.

#### **4.3.7. INVESTIGAÇÃO DE HEPATITE**

Considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical devendo ser solicitado o Antígeno de superfície da Hepatite B (HbsAg) nos exames pré-concepcionais, na primeira consulta de pré-natal e repetido no terceiro trimestre (BRASIL,2012)

**FLUXOGRAMA 10 – Investigação da Hepatite B na gestante.**

\* Em qualquer idade gestacional **NÃO É** contra indicada a imunização para a Hepatite – B.

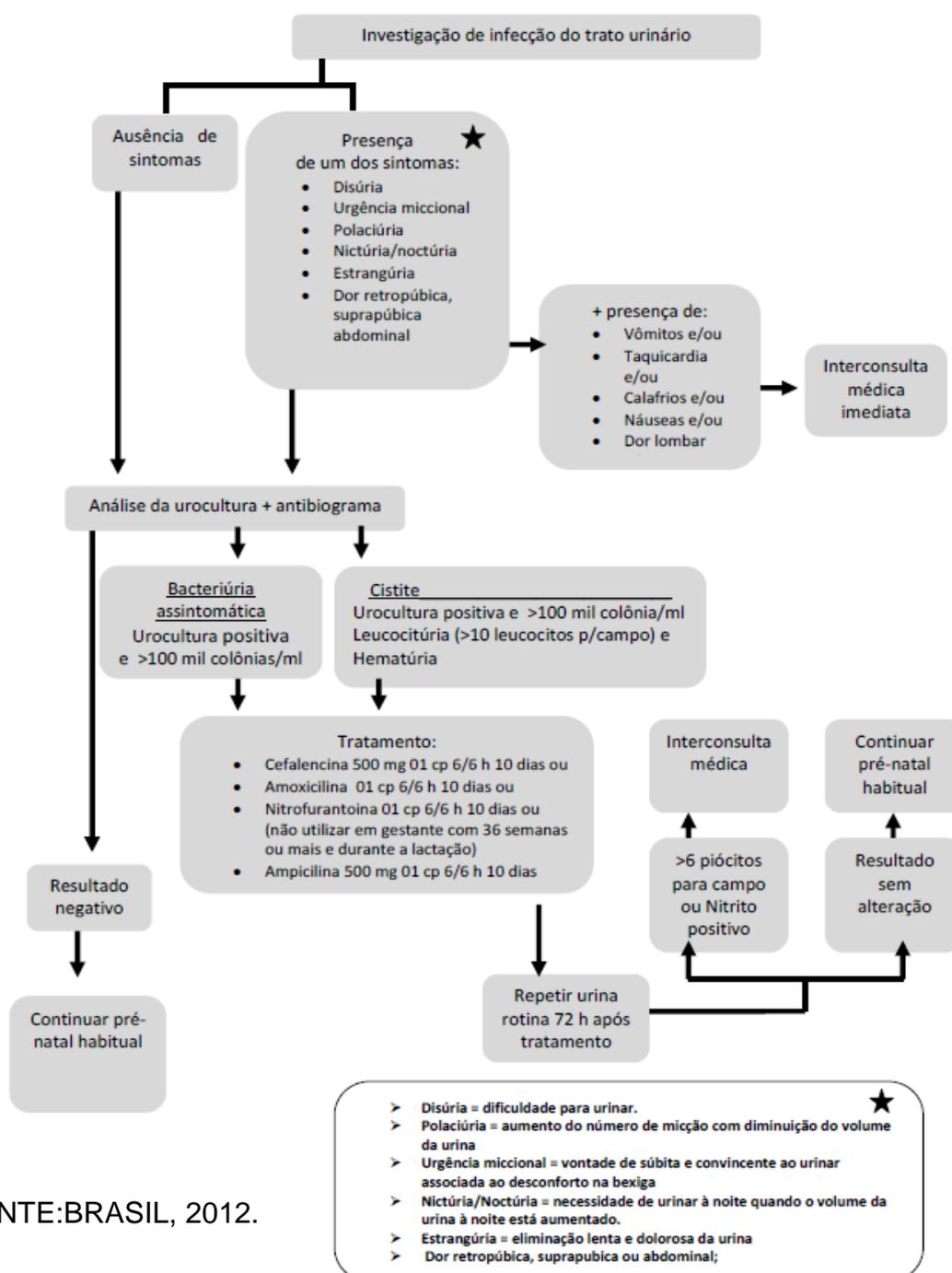
\* Gestantes imunizadas para hepatite B com esquema vacinal completo não necessitam de reforço. Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose da vacina e completar o esquema posteriormente (0 mês, 1 mês e 6 meses)

\* 1ª dose: até o 4º mês de gestação; 2ª dose: 30 dias após a primeira dose; 3ª dose: 6 meses após a primeira dose

#### 4.3.8 INVESTIGAÇÃO DE INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

A complicação clínica mais freqüente na gestação é a infecção urinária, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez (BRASIL, 2012).

#### FLUXOGRAMA 11 – Investigação de infecção do trato urinário



FONTE:BRASIL, 2012.

## CAPÍTULO V

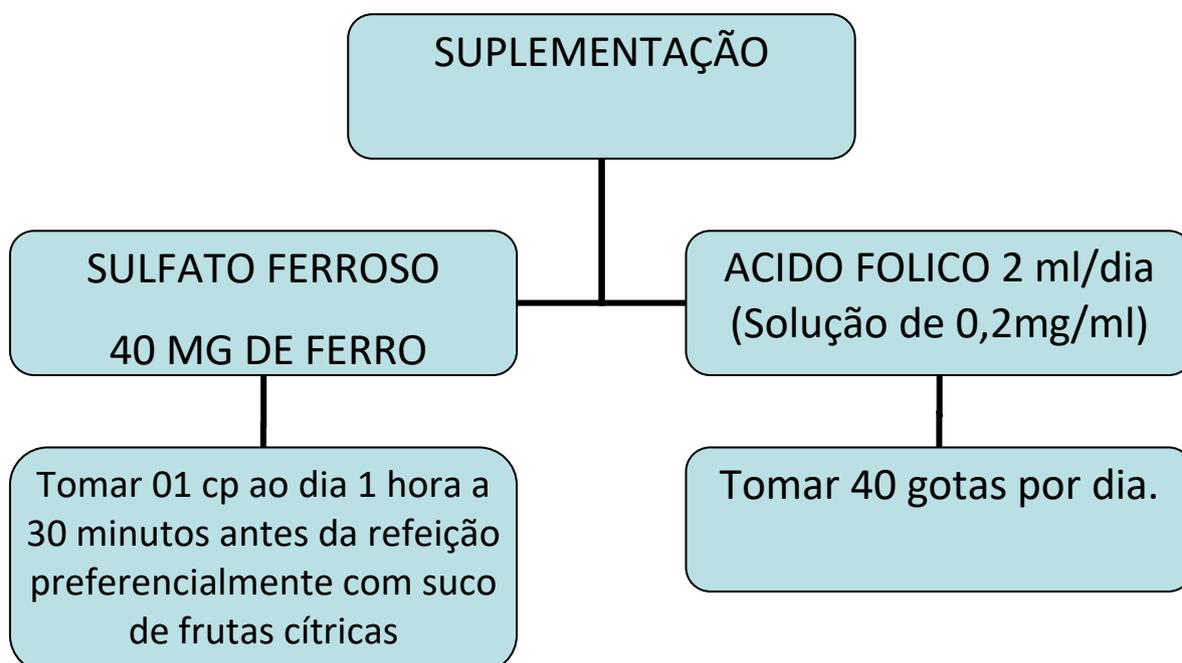
### 5.0- SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE

#### 5.1 PRESCRIÇÃO DE SULFATO FERROSO E ÁCIDO FÓLICO

A suplementação de Ferro com um comprimido ao dia (40 mg de Ferro Elementar), indicado a partir do conhecimento da gravidez e manter no pós parto e pós-aborto por 3 meses (BRASIL, 2016).

A administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, deve ser iniciada de 60 a 90 dias antes da concepção (BRASIL, 2012; BRASIL, 2012a).

#### FLUXOGRAMA 12– Prescrição de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico.



Fonte: BRASIL, 2016.

## 5.2 ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE

O diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da gestante são considerados parte essencial dos procedimentos básicos da atenção pré-natal, pois, o ganho de peso adequado nesse período tem importantes repercussões sobre a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2012).

O estado nutricional deve ser determinado por meio da classificação do Índice de Massa Corpórea(IMC) por semana gestacional conforme descrito abaixo:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta desde que não seja adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente (BRASIL, 2012).

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional (BRASIL, 2012).

Já na primeira consulta, deve-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar até o fim da gestação conforme descrito na tabela abaixo. Esta informação deve ser fornecida à gestante na primeira consulta de pré natal.

**QUADRO 5 – Ganho de Peso recomendado para a gestação.**

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m <sup>2</sup> )	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m <sup>2</sup> )	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m <sup>2</sup> )	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: (INSTITUTE..., 1990; WHO, 1995b).

\* Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 – 2,0kg

Após calcular IMC o enfermeiro deve colocar os valores encontrados no gráfico do cartão da gestante. O gráfico apresenta o desenho de três inclinações possíveis para as diferentes categorias do estado nutricional e identifica se a inclinação do traçado é ascendente, horizontal ou descendente. A partir da segunda consulta, deve-se ligar os pontos e observar o traçado obtido. A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e seguintes) possibilita a construção do traçado da curva por semana gestacional (BRASIL, 2012).

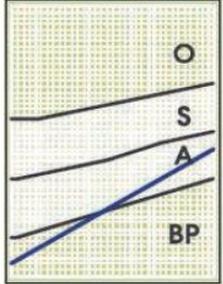
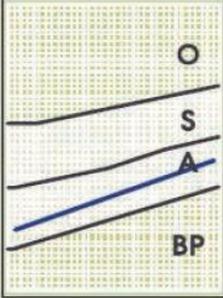
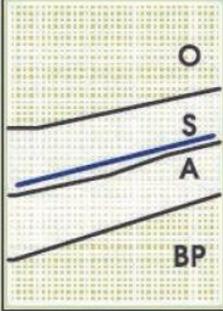
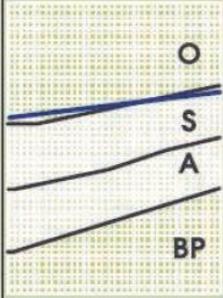
**QUADRO 6 – Observação acerca do traçado do estado nutricional.****Importante**

Deve-se considerar:

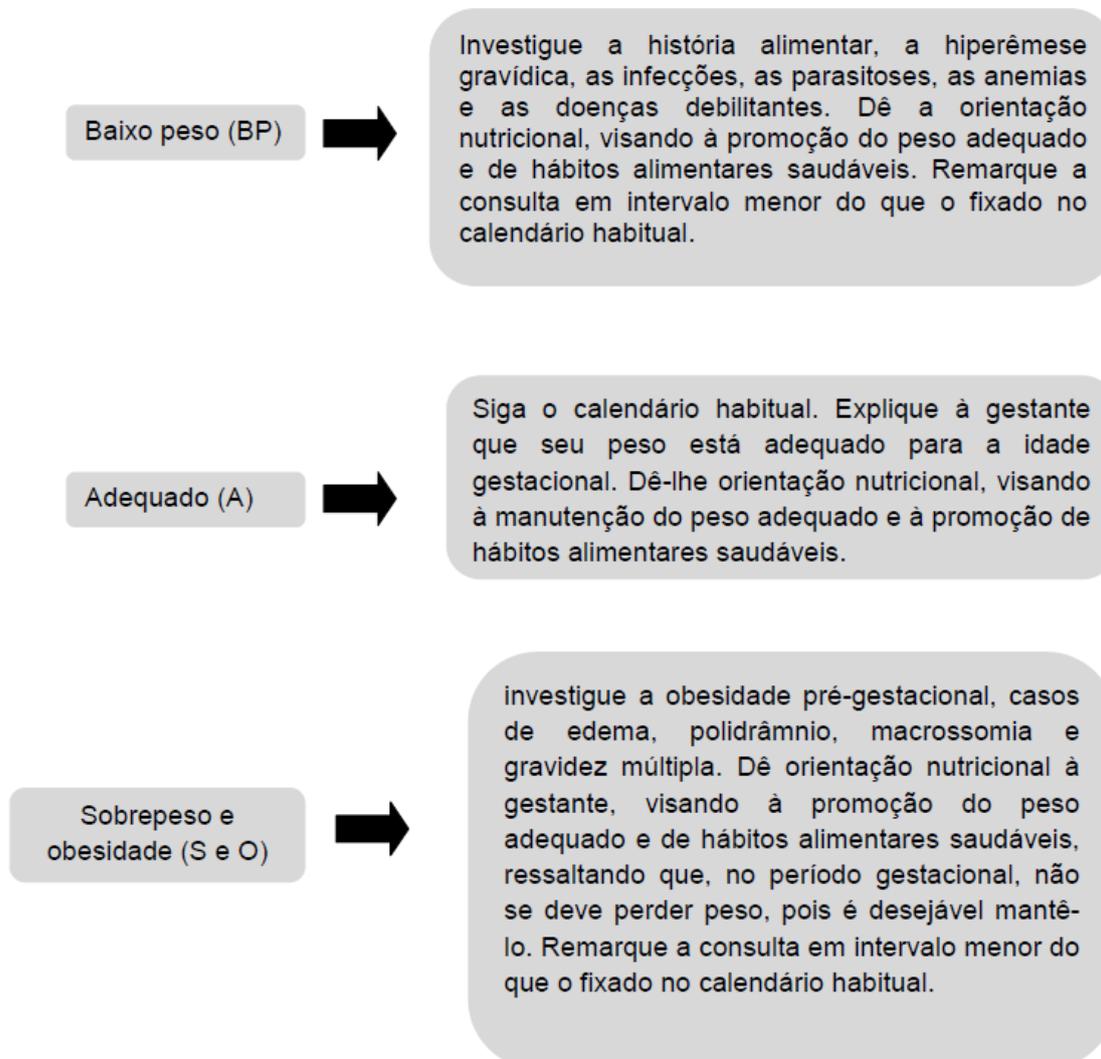
- traçado ascendente: ganho de peso adequado;
- traçado horizontal ou descendente: ganho de peso inadequado (gestante de risco).

O traçado deve ser sempre ascendente, durante toda a gestação, mesmo para gestantes com excesso de peso.

TABELA 3 - Diagnostico nutricional.

EN da gestante	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Deve apresentar inclinação maior do que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.	
Adequado (A)	Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.	
Sobrepeso (S)	Deve apresentar inclinação ascendente, semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à da curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.	
Obesidade (O)	Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.	

Fonte: (BRASIL, 2005e).

**FLUXOGRAMA 13 – Conduta conforme o diagnóstico nutricional.**

Fonte: BRASIL, 2012.

Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distócias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro.

**QUADRO 7 – Passos para Alimentação Saudável.****Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes**

- Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer.
- Entre as refeições, beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia.
- Para ajudar a controlar o peso durante a gravidez, evite “pular” as refeições e “beliscar” entre as refeições.
- Aprecie cada refeição, coma devagar, mastigue bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação.
- Evite consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose. Deve preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras.
- Evite deitar-se logo após as refeições, pois assim pode evitar mal-estar e pirose.
- Beber água entre as refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo. As bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso.
- Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim. É importante que dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois – além do fato de que são fontes de carboidratos – são ainda boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
- Gestantes adolescentes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o seu desenvolvimento, além de preparar o seu organismo para a amamentação.

Fonte: Elaborado embasado com base em Brasil, 2012.

## **Atividade física durante a gestação**

As gestantes sem outras complicações devem ser orientadas a praticar atividade física de baixo impacto, como caminhadas, durante todo o período da gravidez. Essa prática, além de melhorar a circulação e o nível pressórico, tende a ter efeitos positivos. Entre as gestantes que não praticavam nenhuma atividade antes da gestação, a orientação é que o exercício seja estimulado de maneira gradual, iniciando com dez minutos diários, com aumento de um minuto por dia não excedendo a uma hora diária. A mulher deve observar se há algum desconforto durante a prática e caso este ocorra o exercício deve ser diminuído ou suspenso, de acordo com cada caso. Abaixo, segue quadro com as contraindicações de prática de atividade física na gestação:

### **Contraindicações absolutas ao exercício aeróbico durante a gestação:**

- Doença cardíaca Hemodinamicamente significativa;
- Doença pulmonar restritiva;
- Incompetência cervical ;
- Gestação múltipla com risco de parto;
- Sangramento persistente após 2º ou 3º trimestre;
- Placenta prévia após 26 semanas de gestação;
- Parto prematuro;
- Ruptura de membranas ;
- Síndrome hipertensiva da gravidez.

### **Contraindicações relativas ao exercício aeróbico durante a gestação:**

- Anemia grave;
- Arritmia cardíaca materna não avaliada;
- Bronquite crônica;
- Diabetes tipo 1 mal controlado;
- Obesidade mórbida;
- Baixo peso extremo;
- História de sedentarismo extremo;

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Hipertensão mal controlada;
- Limitações ortopédicas;
- Desordens do equilíbrio não controladas;
- Hipertireoidismo mal controlado;
- Fumo excessivo.

### **Sinais de alerta para interrupção do exercício físico durante a gestação**

- Dispneia;
- Sangramento vaginal
- Vertingens;
- Cefaleia;
- Dor torácica;
- Fraqueza muscular;
- Dor ou inchaço em panturrilha;
- Parto prematuro;
- Redução do movimento fetal;
- Perda de líquido amniótico.

## **CAPÍTULO VI**

### **6.0 IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO**

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da mulher, mas também do feto (BRASIL, 2012).

A gestante só deverá ser considerada vacinada quando apresentar comprovação/ registro em cartão de vacina/ cartão de gestante ou prontuário.

A prescrição da vacinação deve ser feita conforme descrito abaixo:

### **6.1 Vacinação dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)**

A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal.

A vacina está contraindicada nas seguintes situações segundo Brasil (2012):

- Ocorrência de hipersensibilidade após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos;
- História de choque anafilático após administração da vacina;
- Síndrome de Guillain-Barré nas seis semanas após a vacinação anterior contra difteria e/ou tétano.

A vacina dT pode ocasionar eventos adversos com manifestações locais e sistêmicas descrito a seguir conforme documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012)

#### **Eventos adversos**

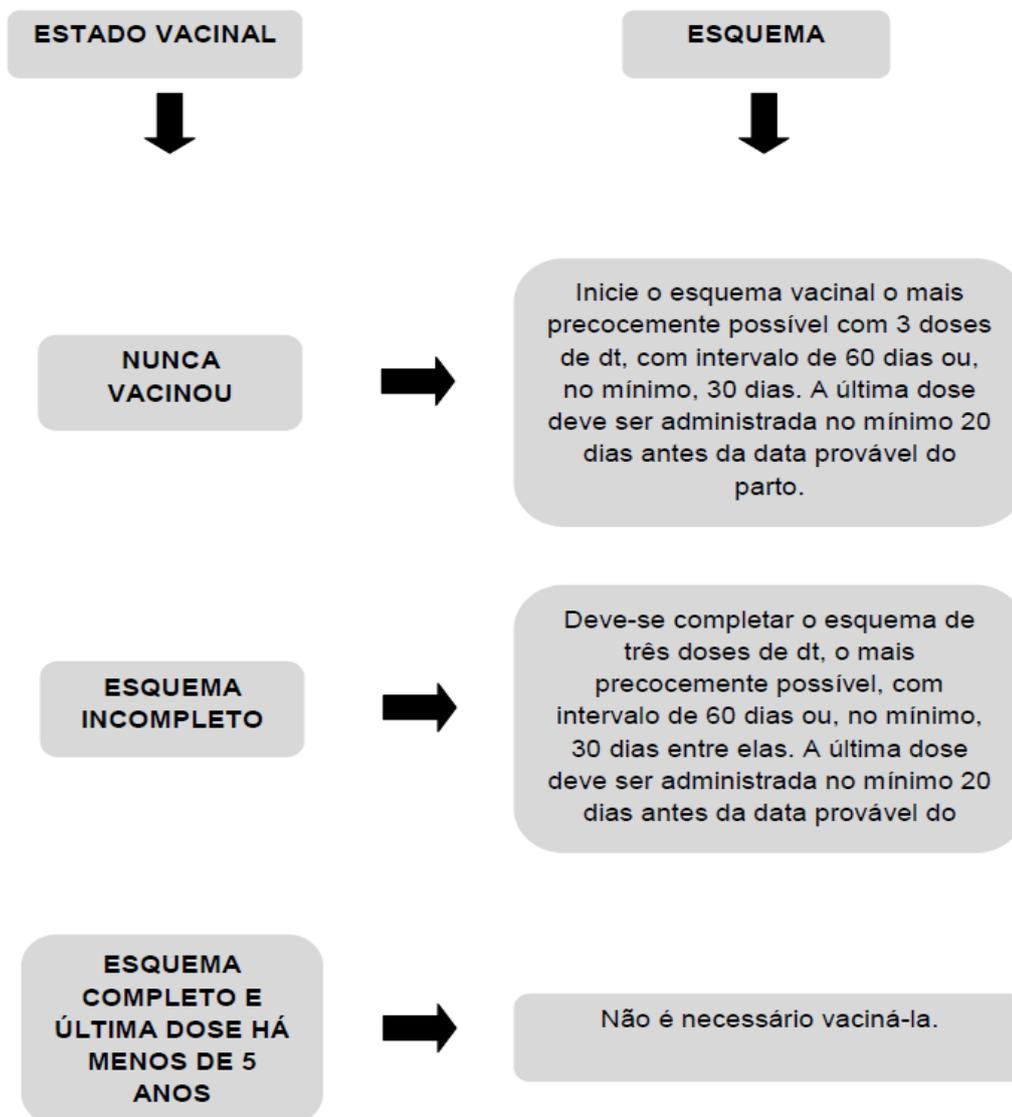
##### **Manifestações locais:**

- Dor, vermelhidão e edema são frequentes.

##### **Manifestação sistêmica:**

Febre, cefaleia, irritabilidade, sonolência, perda do apetite e vômito. Com menos frequência podem ocorrer anafilaxia e a síndrome de Guillan Barré, que são extremamente raras. A administração da vacina deve seguir o fluxograma abaixo; **ATENÇÃO- A Terceira Dose de dT deve ser de dTpa.**

**FLUXOGRAMA 14: Esquema Vacinal dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano) -**



FONTE: Adaptado do documento de BRASIL, 2012.

## 6.2 Vacinação contra influenza (fragmentada)

A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O Programa Nacional de Imunização (PNI) disponibiliza esta vacina a todas as gestantes durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha (BRASIL, 2012).

### Contraindicações:

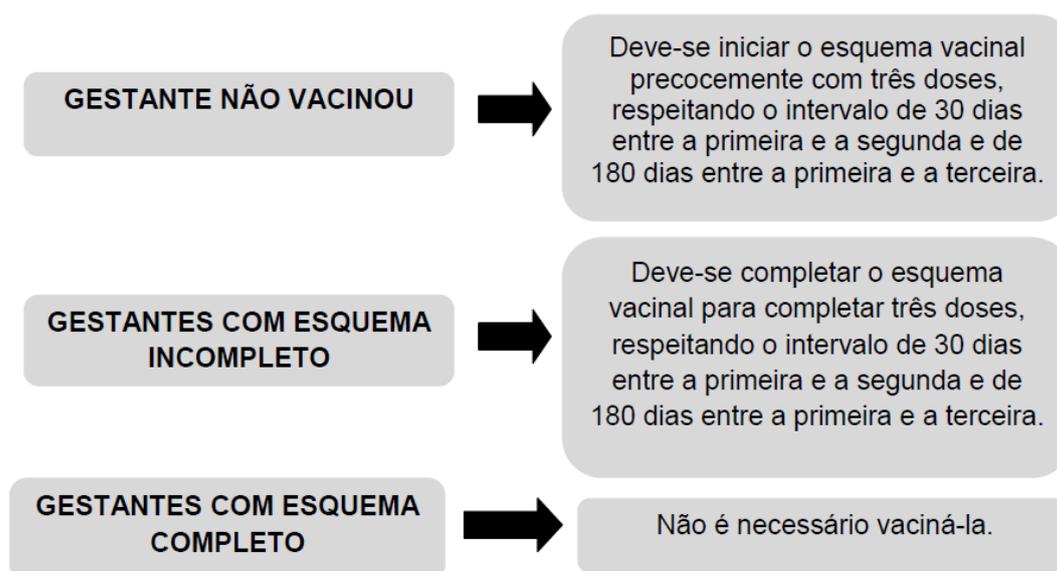
A vacina contra influenza sazonal não deve ser administrada em:

- Pessoas com história de alergia severa à proteína do ovo e aos seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina;
- Pessoas que apresentaram reações anafiláticas graves a doses anteriores da vacina.

### 6.3 Vacinação contra Hepatite B (recombinante)

Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, é importante que a gestante receba a vacina contra a hepatite B na gestação, independentemente da idade gestacional e faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto. A seguir, destaca-se a recomendação de acordo com a situação apresentada:

#### FLUXOGRAMA 15: Esquema vacinal contra a Hepatite B



Fonte: BRASIL, 2012.

#### 6.4. Vacinação Difteria, Tétano e Coqueluche Acelular (dTpa)

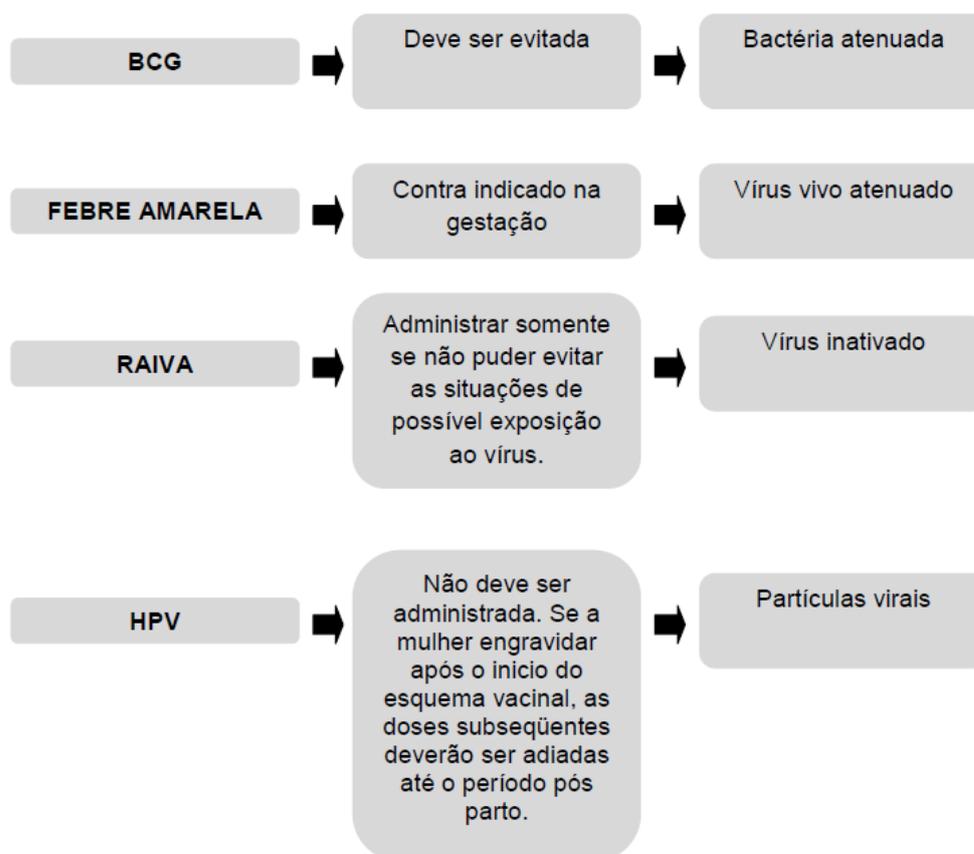
A vacina tipo adulto- dTp acelular (dTpa) deve ser administrada a partir da 20ª semana de gestação até a 36ª semana de gestação, preferencialmente a partir 27ª semana sendo **a idade ideal entre 32ª a 34ª semanas** e poderá ser administrada até no máximo 20 dias antes da data provável do parto (SÃO PAULO, 2014; MINAS GERAIS, 2016). Em caso de risco de parto prematuro aplicar na 20ª semana de gestação, caso contrario aguarda a 27ª semana (BRASIL, 2016a). Gestantes não vacinadas durante a gestação, receber uma dose de dTpa no puerpério, o mais precoce possível (BRASIL, 2016a).

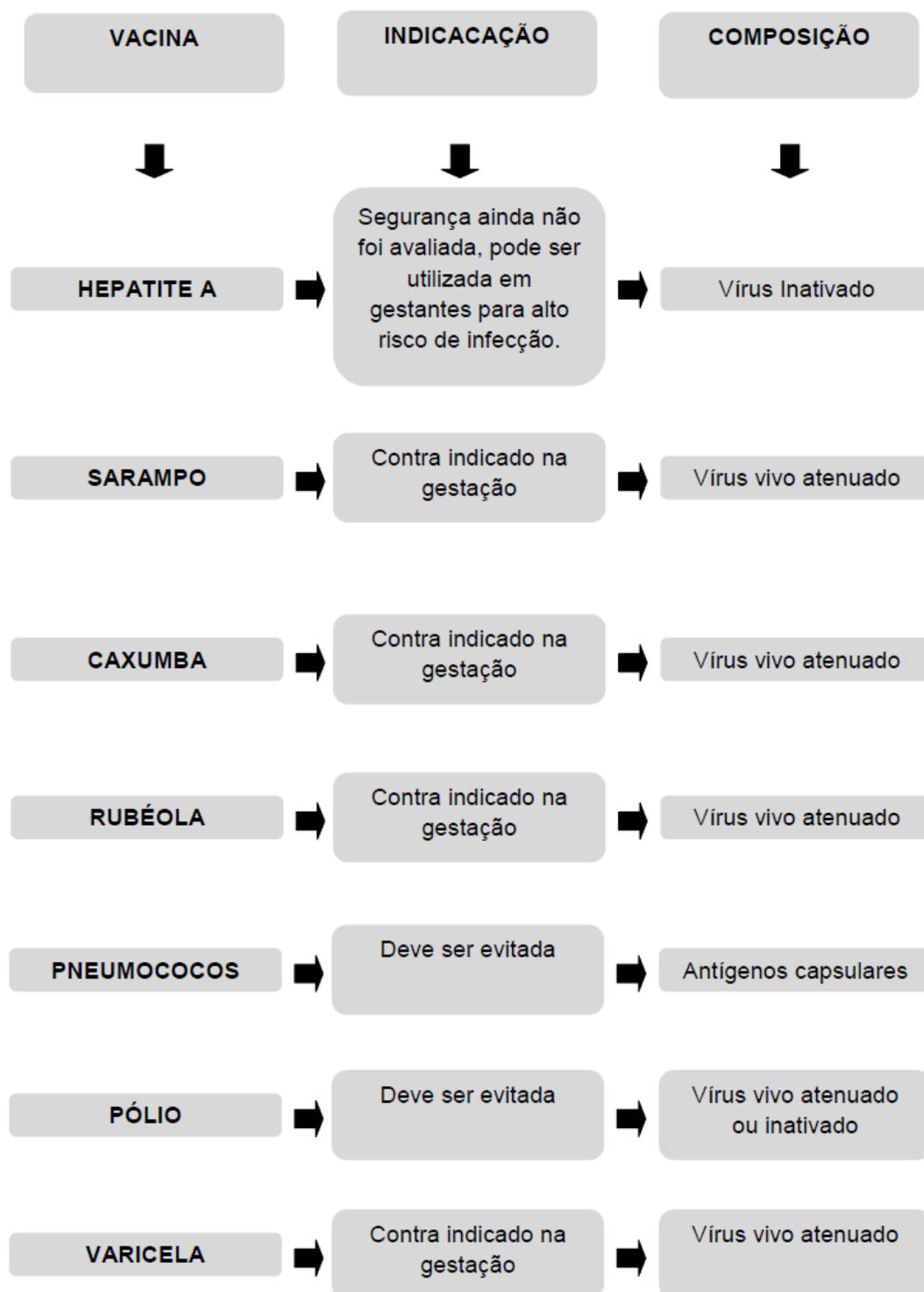
O esquema de vacinação completo da dupla adulto - dT é de três doses, podendo ser tomada a partir dos 10 anos de idade. O reforço deverá ser dado a cada dez anos. Se a mulher não tomou nenhuma dose da vacina antes de engravidar, é necessário tomar duas doses da dupla adulto, com intervalo de no mínimo 30 dias e complementar com a dTpa. Caso a mulher tenha tomado uma dose da dT antes da gestação, ela deverá reforçar o esquema com mais uma dose da dT e outra da dTpa. Já para as mulheres que se preveniram com duas ou mais doses da dT, recomenda-se a administração de apenas uma dose da dTpa (SÃO PAULO, 2014; BRASIL, 2016a; MINAS GERAIS, 2016).

#### 6.5 Outras vacinas

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou surtos ou epidemias), deve-se avaliar a situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco (BRASIL,2001).

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.

**QUADRO 8 – Vacinação na gestação**



FONTE: BRASIL, 2013.

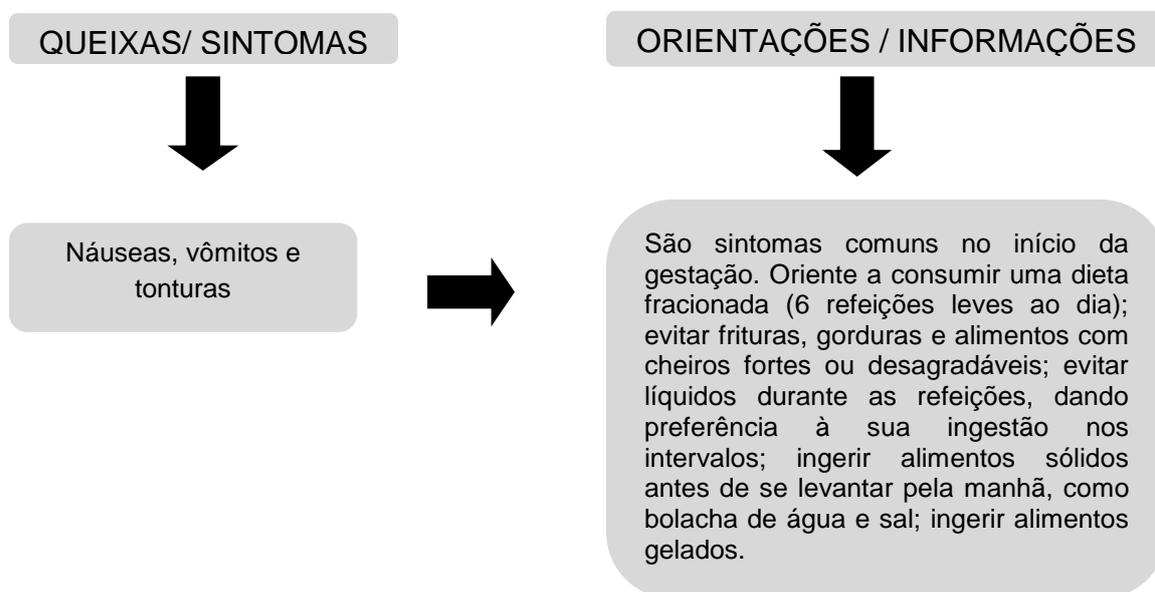
## CAPÍTULO VII

### QUEIXAS / SINTOMAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

As queixas mais comuns na gestação apresentadas nos quadros em que constam as orientações/informações que o enfermeiro deverá realizar à gestante. São válidas para aqueles casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas (BRASIL, 2012).

A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo. Sintomas que não ocorrer melhora deverá ser encaminhado para consulta médica (BRASIL, 2012).

#### QUADRO 9 – Conduitas frente as queixas/sintomas.



**PRESCREVER:** Metoclopramida 10mg (Plasil) 1comprimido três vezes ao dia (8 em 8 horas), antes das refeições ou dimenidrato (Dramin) 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg de 6 em 6 horas (não exceder 400mg/dia).

Fonte: BRASIL, 2016.

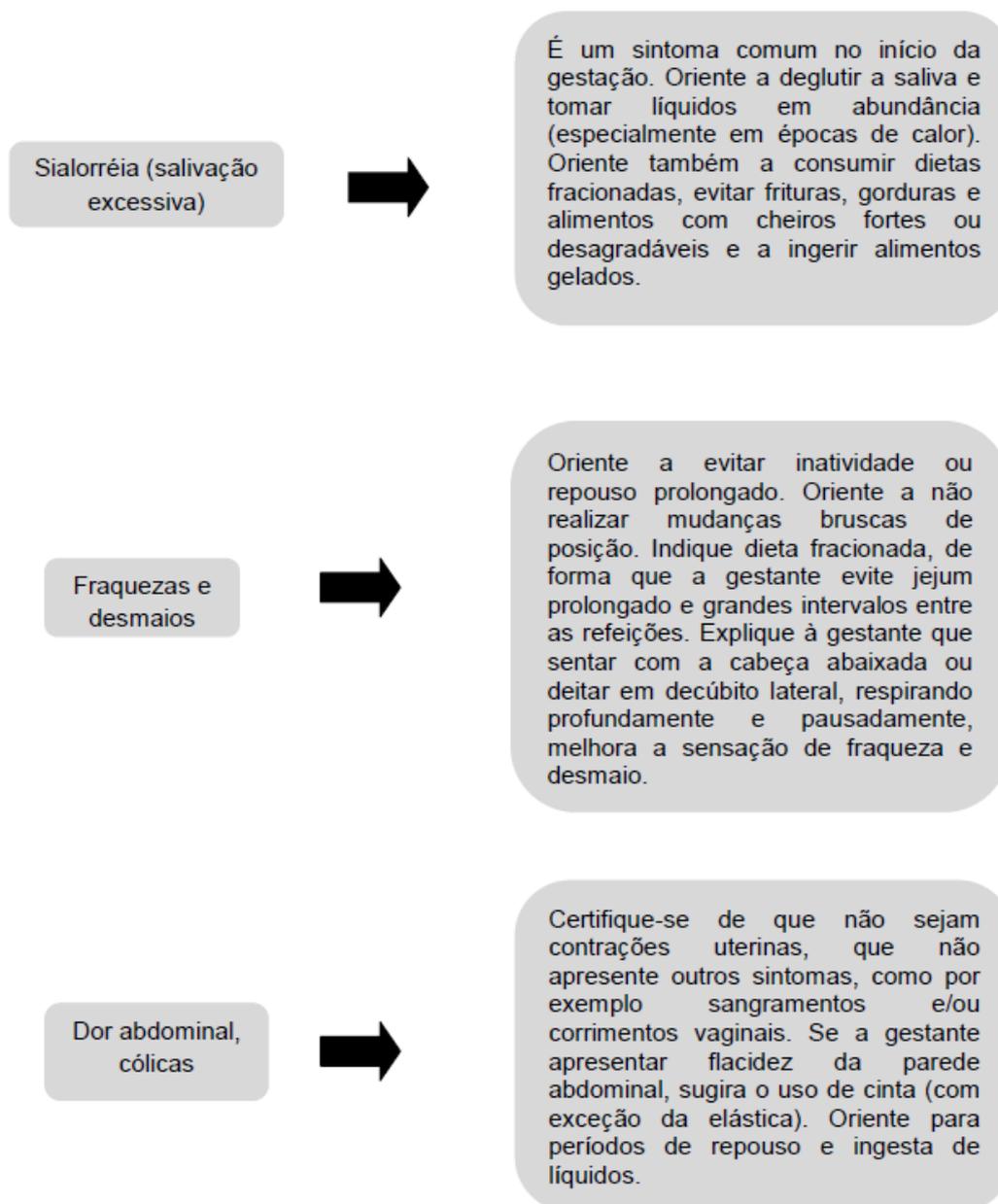
*Obs.:* Em caso de vômitos frequentes, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio (Hiperêmese Grávida), agende uma consulta médica ou refira imediatamente ao hospital.

Pirose (Azia)



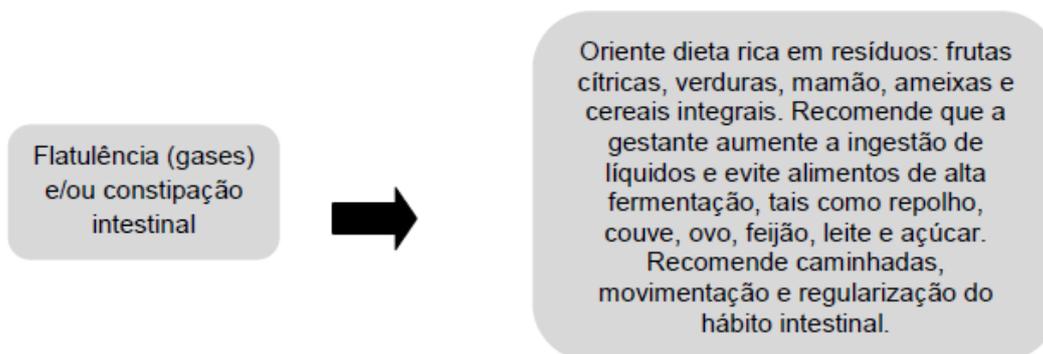
Oriente a consumir uma dieta fracionada, evitando frituras, evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

*Obs.:* Caso o sintoma persista e / ou acompanhado de outro, por exemplo perda de peso, agende uma consulta médica.



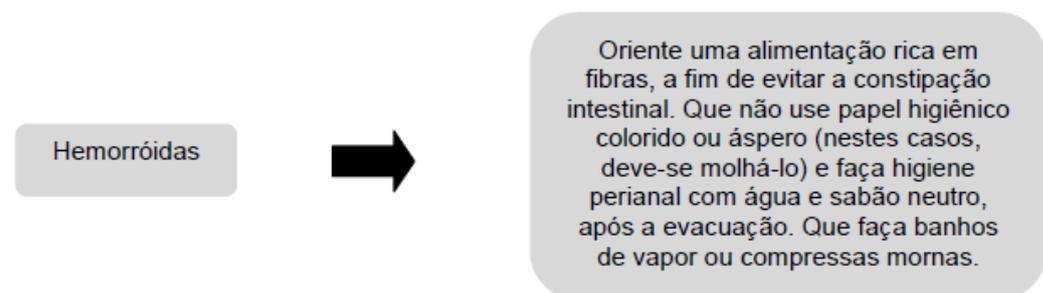
Caso persista o sintoma prescreva Hioscina (Butilbrometo de Escopolamina) 10 mg, 1 comprimido, via oral, de 8 em 8 horas. Não ocorrendo melhora agende uma consulta médica.

**SINAIS DE ALERTA DE DOR ABDOMINAL E COLICAS-** Dor em baixo ventre de intensidade, duração e ritmo aumentado sugerindo contrações uterinas, sangramento vaginal, sinais de abdome agudo.

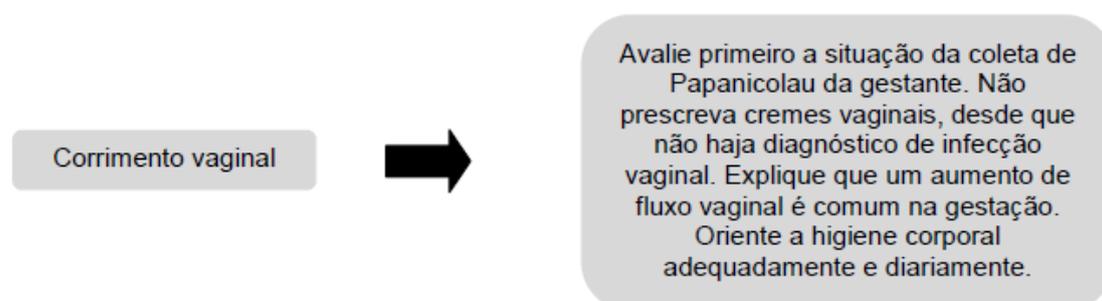


*Obs.:* Caso o sintoma persista agende uma consulta médica.

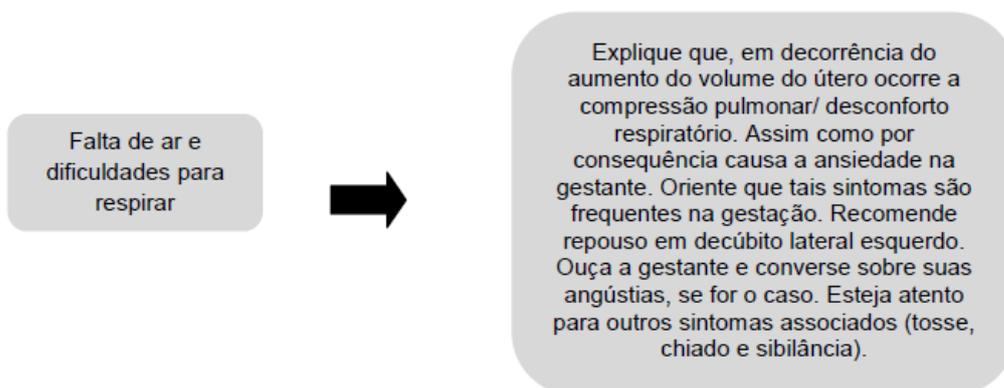
Rever com o grupo:



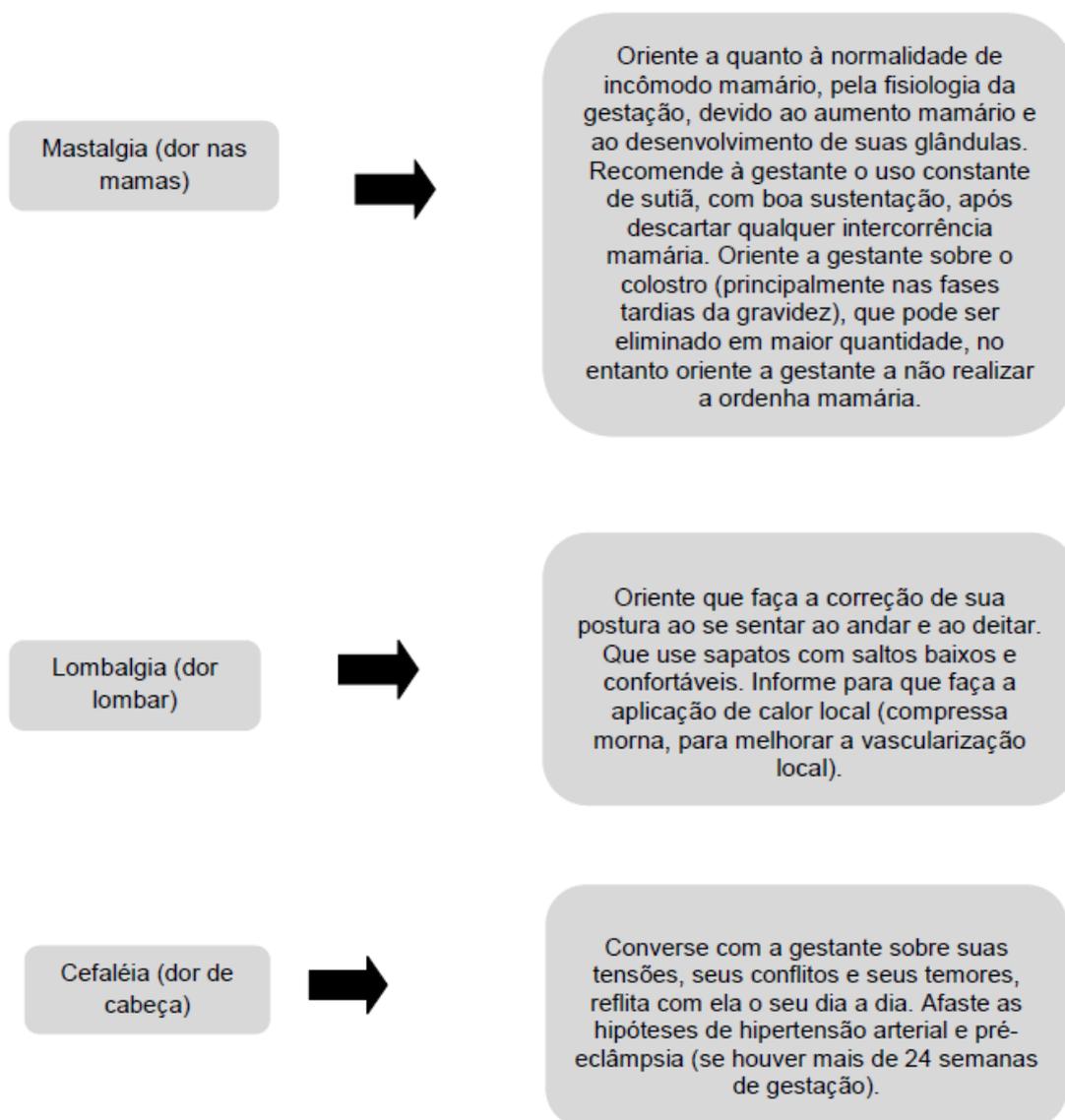
*Obs.:* Caso haja dor ou sangramento anal persistente, agende consulta médica.



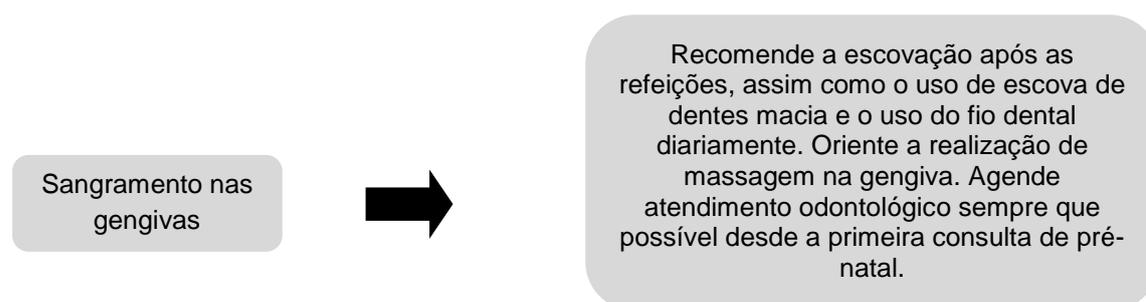
*Obs.:* No caso de presença de fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido veja as condutas mencionadas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids.

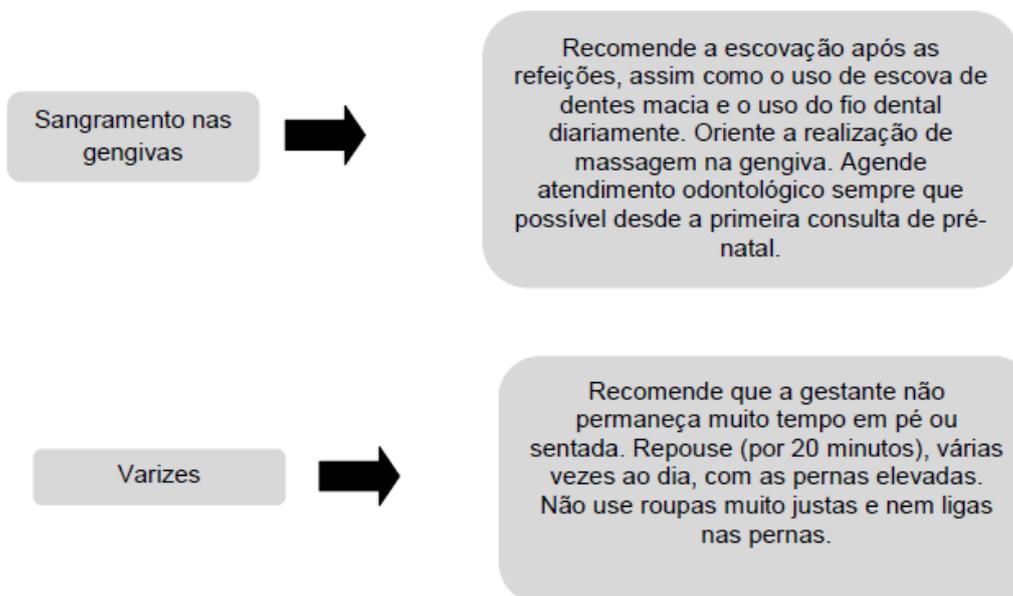


*Obs.:* Caso a gestante apresente um outro sintoma respiratório e /ou problema clínico associado agende uma consulta médica.

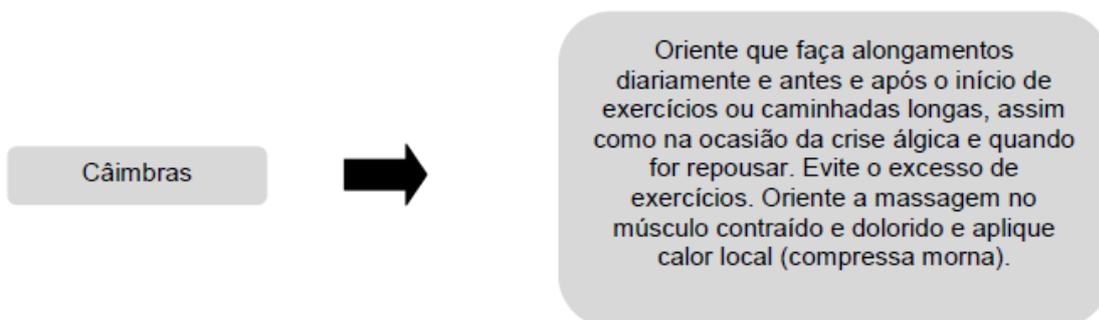


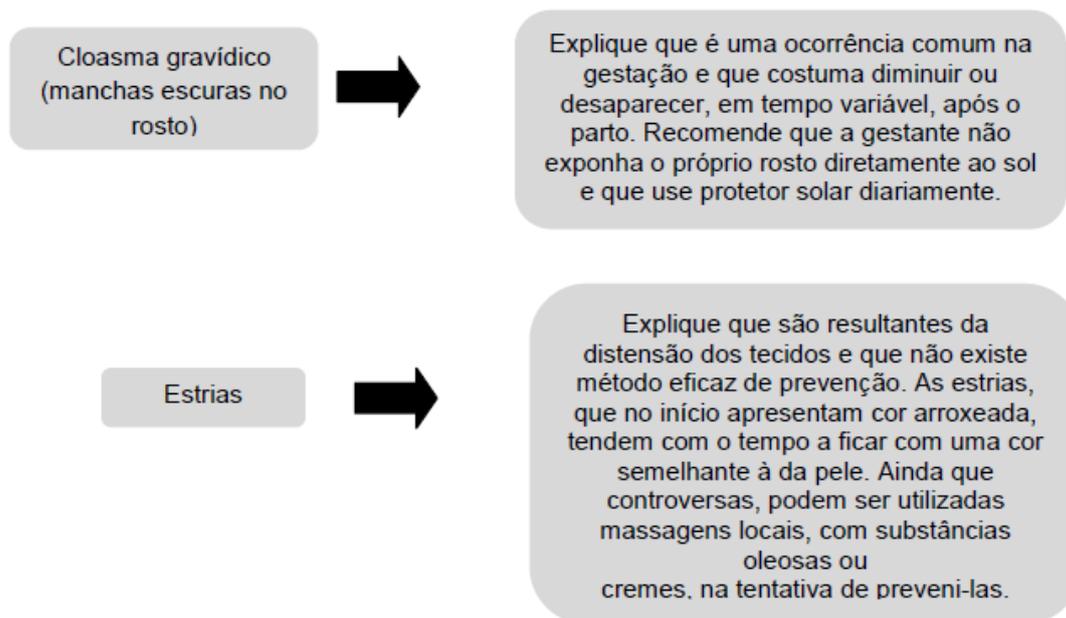
Obs.: Caso o sintoma persistir agende uma consulta médica.





*Obs.:* Caso as varizes causam muito incômodo e / ou aumentem muito agende uma consulta médica.





FONTE: Adaptado de BRASIL, 2012.

## INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais. A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg (BRASIL, 2012).

A HAS na gestação é classificada nas seguintes categorias principais segundo o documento do ministério da saúde (BRASIL, 2012)::

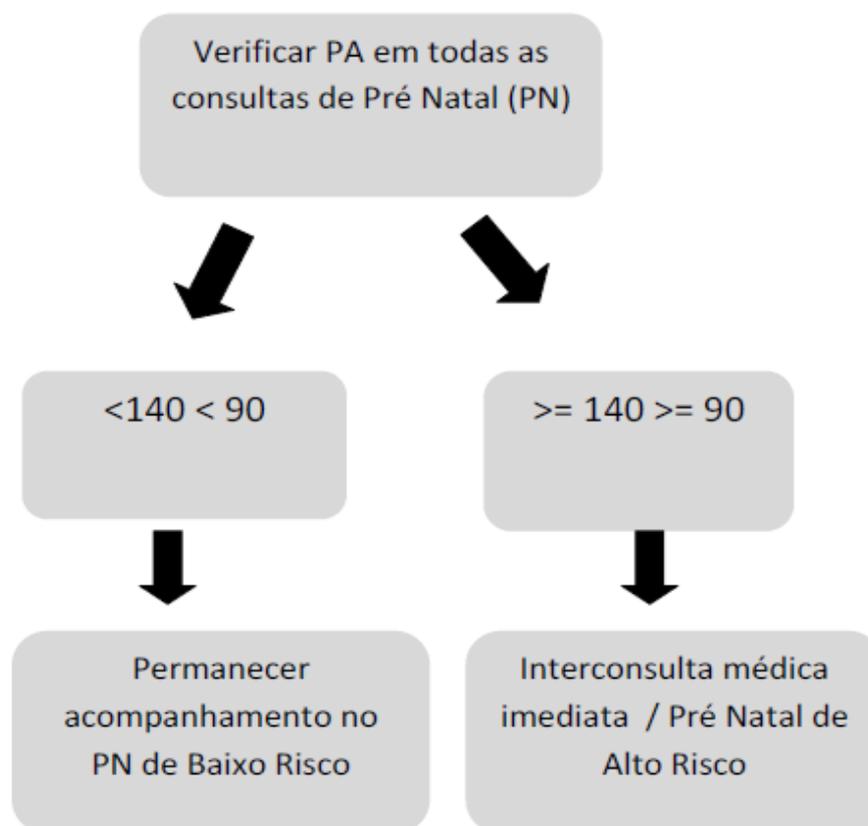
- Hipertensão crônica: estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez);

- Hipertensão gestacional: aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria;

- Pré-eclâmpsia: aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa;

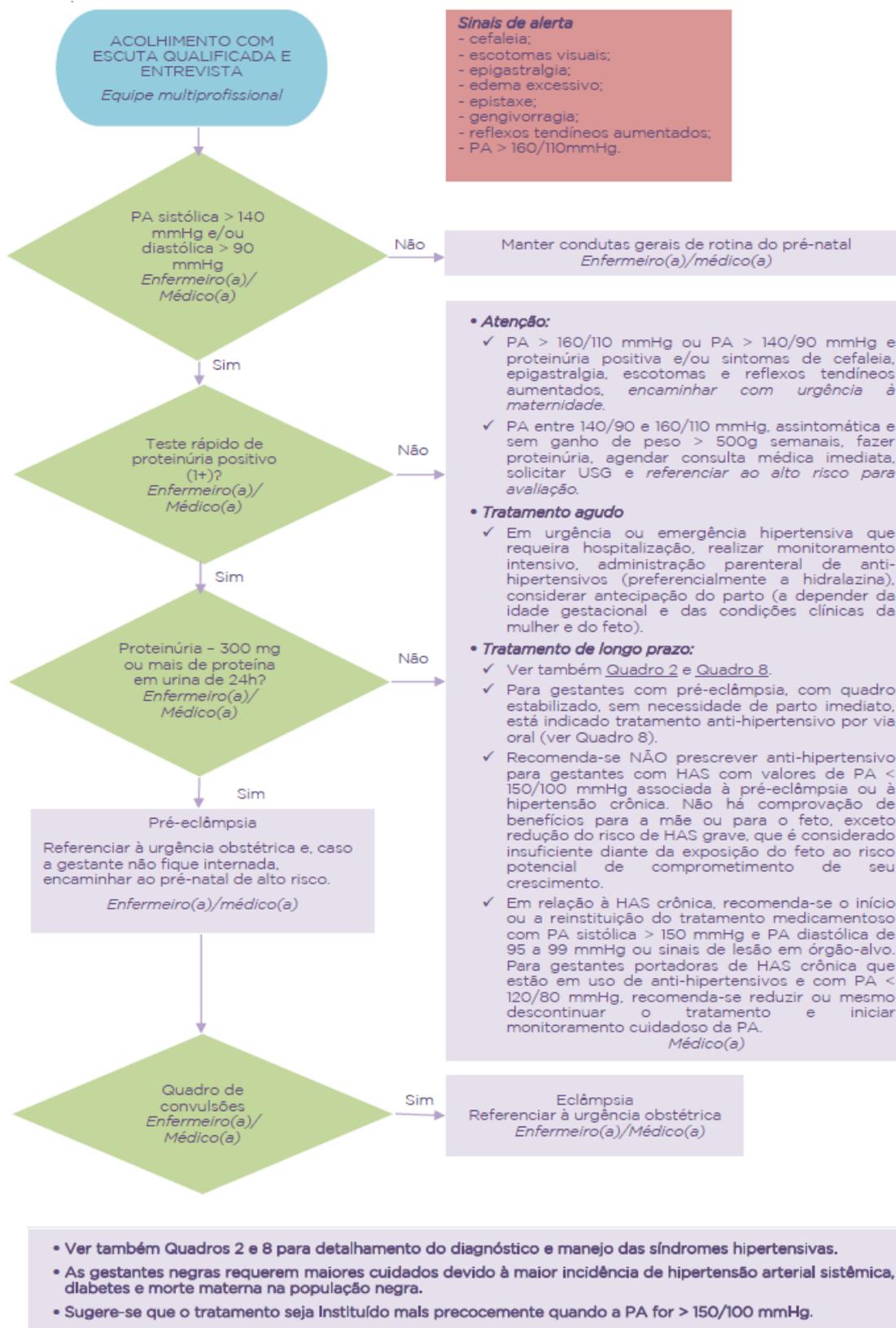
Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;

### FLUXOGRAMA 16 – Investigação da síndrome hipertensiva na gestação



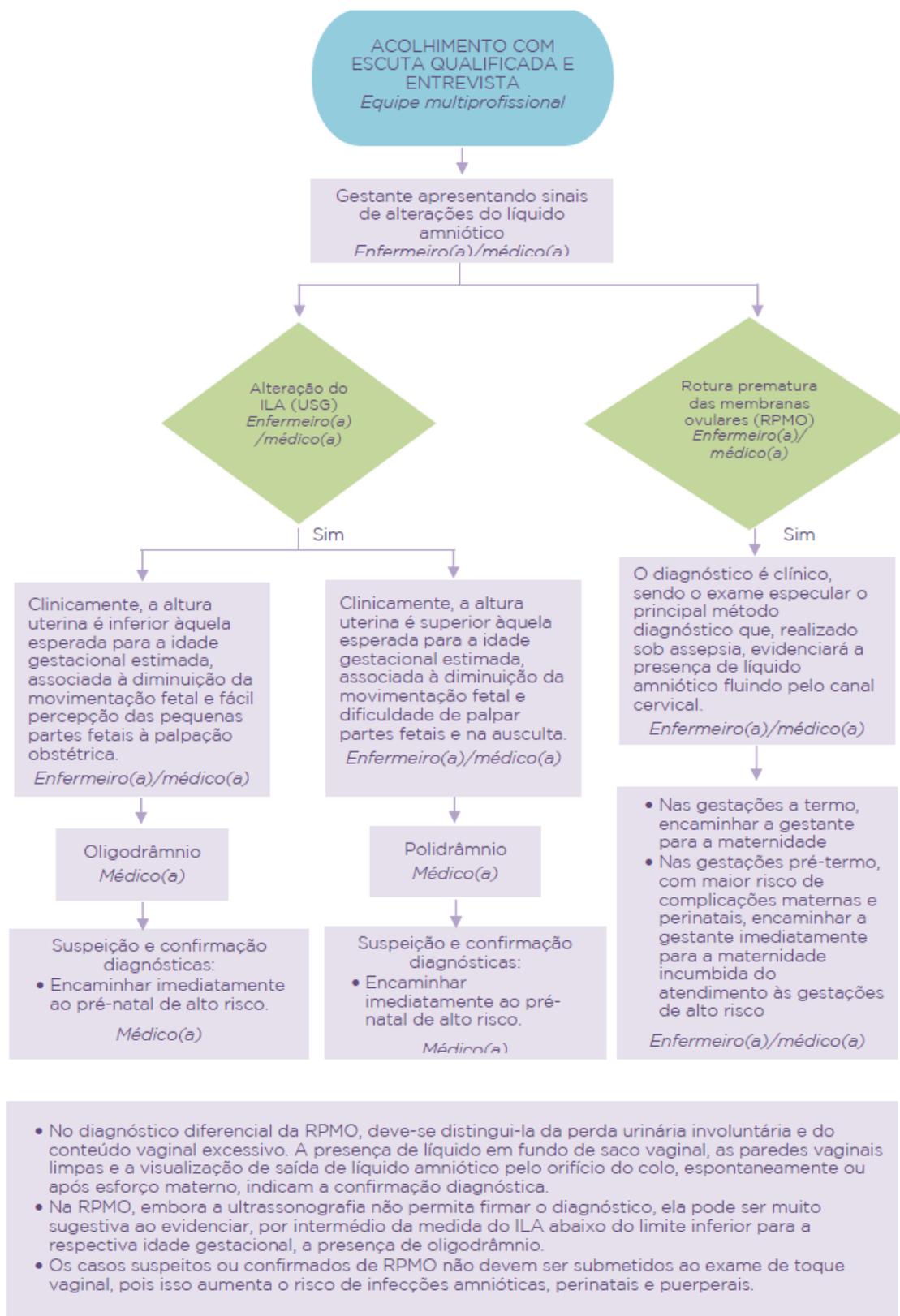
FONTE: BRASIL, 2012

## FLUXOGRAMA 16.1- CONDUTAS FRENTE AS SINDROMES HIPERTENSIVAS, PRÉ-ECLAMPSIAS E ECLAMPSIA.

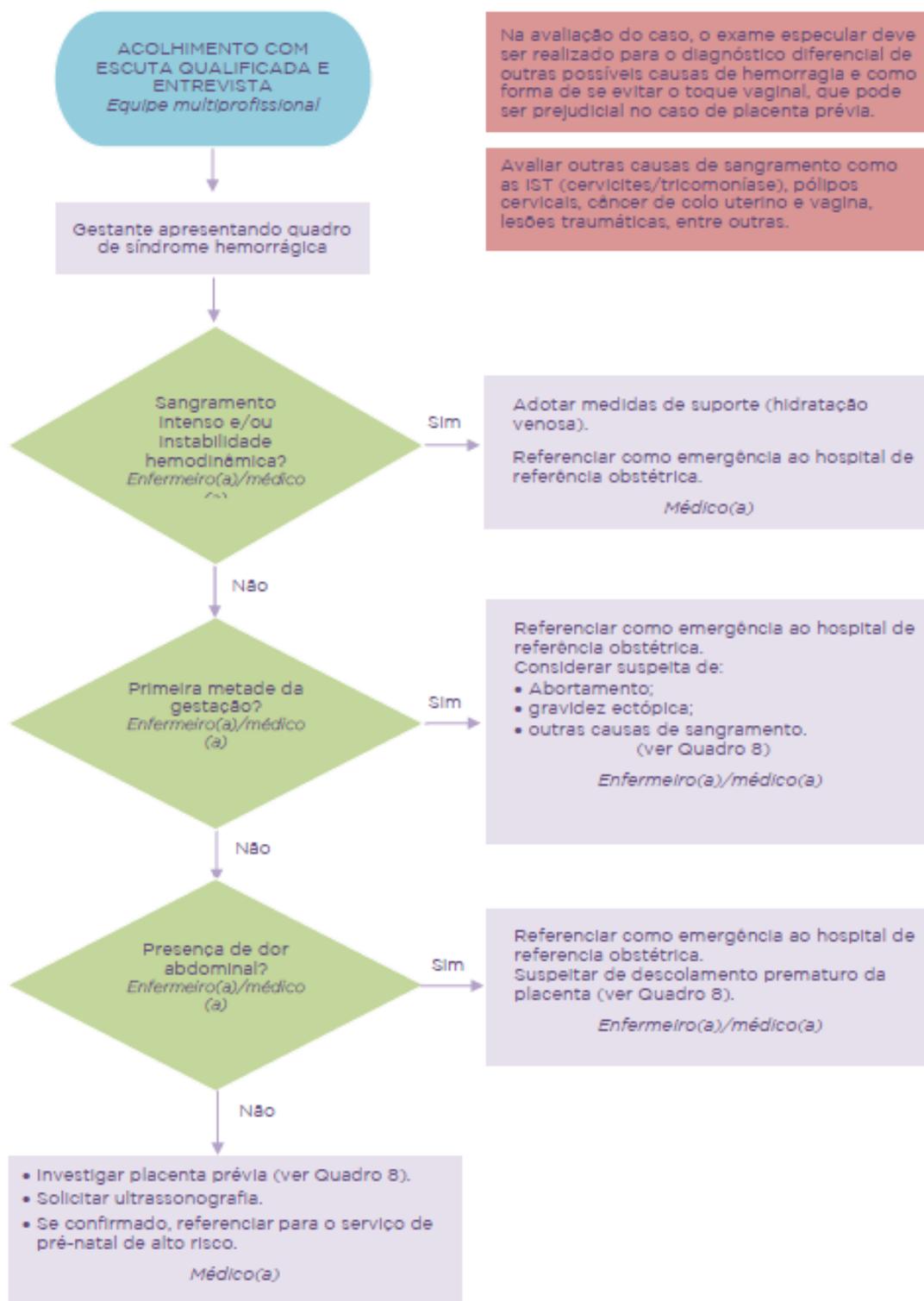


FONTE: BRASIL, 2016 p. 115.

## FLUXOGRAMA 17- CONDUTAS FRENTE AS ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO AMNIÓTICO



## FLUXOGRAMA 18– CONDUTA FRENTE ÀS SINDROMES HEMORRAGICAS



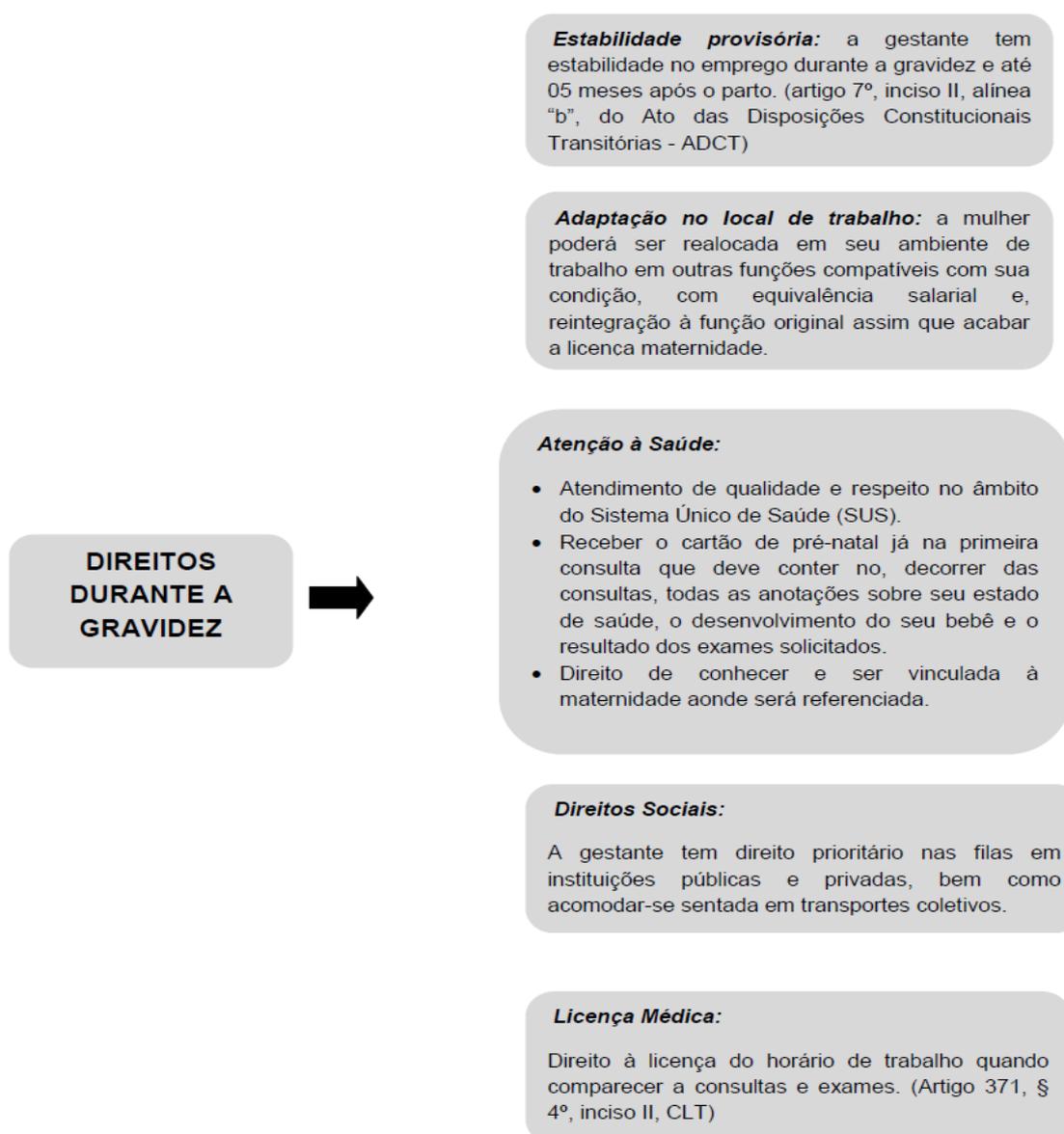
FONTE: BRASIL, 2016, p.113.

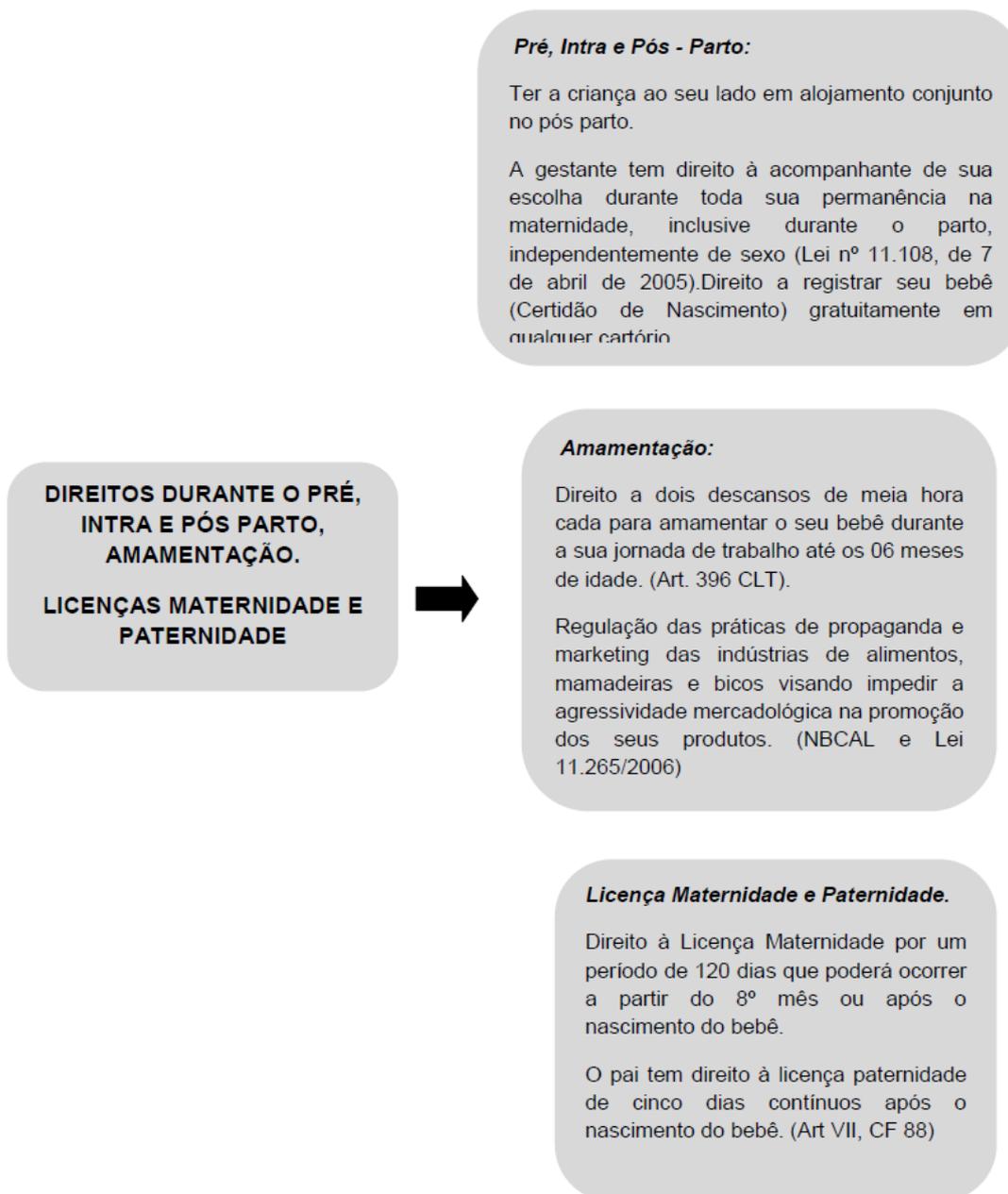
## CAPÍTULO VIII

### ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO

Na gestação, parto, puerpério e amamentação as mulheres possuem direitos específicos em relação a sua condição. Tais direitos visam à proteção do binômio mãe-filho e devem ser informados às gestantes pelo profissional de saúde durante as consultas de pré-natal (BRASIL, 2012).

**FIGURA 5 – Direitos na Gestação.**





FONTE: BRASIL, 2012.

## CAPÍTULO IX

### 10.0 ASPECTOS QUE DEVEM SER ABORDADOS NAS AÇÕES EDUCATIVAS

Embasado nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher e sua família devem receber informações sobre os seguintes temas:

- A importância do pré-natal
- Cuidados de higiene.
- A realização de atividade física:
- Nutrição:
  - Promoção da alimentação saudável e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.
- Sinais de alerta:
  - Sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.
- Preparo para o parto:
- Planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;

- Incentivo ao protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério. Importância da participação do pai durante a gestação e o parto:
- O estabelecimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/ GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e importância das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).
- Orientações às gestantes: Em relação ao estilo de vida e trabalho durante a gravidez.

## **CAPÍTULO X**

### **11.0 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS**

Conforme a Portaria nº 2.436/ 2017 que regula a atenção básica segue a seguir as atribuições dos profissionais da saúde da família (BRASIL, 2011)

#### **11.1 Agentes Comunitários de Saúde:**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.

- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

### **11.2 Auxiliar / Técnico de Enfermagem:**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B, influenza;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera); Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

### 11.3 Enfermeiro (a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a) e inclusão da consulta e atualização no sisprenatal;
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica) e medicamentos contidos neste protocolo;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B, influenza);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência com o lançamento das consultas no sisprenatal. Vale destacar, que a gestante deve continuar sendo acompanhada na ESF.
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;

- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas, com registro da visita no prontuário mesmo em caso da gestante não se encontrar em caso, deve ser anotada a ida ao domicílio;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.
- Realizar o encerramento da gestação no sisprénatal.

#### **11.4 Médico (a):**

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a); fazer a inclusão da consulta e atualização no sisprenatal
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B, influenza);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;

- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas com registro da visita no prontuário mesmo em caso da gestante não se encontrar em caso, deve ser anotada a ida ao domicílio;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência com o lançamento das consultas no sisprénatal. Vale destacar, que a gestante deve continuar sendo acompanhada na ESF.
- Realizar o encerramento da gestação no sisprénatal.

### 11.5 Cirurgião-Dentista:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica das gestantes cadastradas;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B, influenza);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez; Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas

condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;

- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;

- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de indicadores do SUS n. 4- Temático Saúde da Família*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acessado em: 10 outubro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 2. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2011a. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acessado em 17 janeiro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acessado em 17 janeiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde *Nota informativa 384 - 26/12/2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária em Evidencias*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. Projeto Viva Vida Projeto Mães de Minas. *Nota técnica conjunta- Atenção à saúde da gestante novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante*. Belo Horizonte: SES, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. Projeto Viva Vida Projeto Mães de Minas. *Nota técnica conjunta- Atenção à saúde da gestante: Critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante*. Belo Horizonte: SES, 2016.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde .Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. *Informe Técnico – Vacina Difteria, Tétano E Coqueluche (dTpa)*. 2014. Disponível em: <

[http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/IF14\\_VAC\\_DTpa.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/IF14_VAC_DTpa.pdf)>.

Acessado em: novembro 2014.

SOUZA, M.T et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes->

claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em: Agosto/2017.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) Cidades médias: espaços em transição. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

Santos, Luiz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos. V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em: <[http://www.congressods.com.br/anais/gt\\_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf](http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf)> Acesso em: Setembro/2017.

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/montes-claros\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg)> Acesso em: Setembro/2017.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em: <[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?indicador=1&id\\_pesquisa=149](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149)> Acesso em: Setembro/2017.