

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- Agenda aberta à qualquer hora, para atendimento pré-natal por médico ou enfermeiro treinado, ou para atividades em grupo, ampliando-se as possibilidades de recepção e ingresso da gestante no pré natal.
- Solicitação de teste gravidez ou pedido dos exames de rotina no momento do agendamento.
- Atendimento de pré-natal com consultas intercaladas, entre o enfermeiro e o obstetra que trabalhem em equipe.
- Estratégia de retornos marcados para dia preferencial de pré-natal favorecendo as atividades em grupo prévias à consulta (sala de espera).
- Garantia de agendamento da revisão pós-parto, quando a paciente trará informações sobre o parto e será introduzida em outros grupos (planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, atenção ao desnutrido...).
- Preenchimento obrigatório do Cartão de Pré-natal, visando garantir a qualidade das informações à respeito do atendimento à gestante.
- Referenciamento das gestações de risco para atendimento em níveis de maior complexidade.
- Encaminhamento das gestantes para o parto em maternidades de referência distrital, através do formulário de referência e contra referência fornecido no centro de saúde.
- Integração com o projeto de prevenção e combate à desnutrição (alimentação alternativa, distribuição de farinha enriquecida) para gestantes e nutrizas

ROTINA DE ATENDIMENTO À GESTANTE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - PBH

- ✓ Inserção da gestante no Programa de Humanização do Parto e Nascimento/ SIS-Pré-natal.
- ✓ Vinculação à maternidade de referência para atendimento à urgência/parto.
- ✓ Cartão de pré-natal e prontuário devem ser de uso obrigatório.
- ✓ Calendário de consultas:
 1. Primeira consulta: o mais precoce possível, podendo ser realizada pelo médico ou enfermeiro.
 2. Consultas subsequentes:
 - a) A segunda consulta deverá ser realizada preferencialmente pelo médico para avaliação dos resultados dos exames complementares.

- b) As Consultas deverão ser mensais até a 32ª semana e quinzenais até a 40ª semana, intercaladas entre o obstetra e o enfermeiro treinado. Após a 40ª semana, retorno semanal com avaliação do bem estar fetal após a 41ª semana.
3. Vinculação da gestante à maternidade de referência (o nome da unidade de saúde e da maternidade de referência deverão estar escritos no cartão de pré natal)
4. Avaliação pós-parto e inserção da cliente no programa de planejamento familiar
- ✓ Exames laboratoriais de rotina:
- Primeira consulta
 - eritrograma
 - grupo sanguíneo e fator Rh
 - glicemia de jejum (vide protocolo para rastreamento de diabetes gestacional abaixo)
 - VDRL
 - sorologia IgG, IgM para toxoplasmose
 - EUR e urocultura
 - HbsAg
 - Teste de HIV/AIDS oferecido para todas as gestantes

 - Em torno da 24ª a 28ª semana:
 - Glicemia 2hs após 75g de dextrosol, para rastreamento de diabetes gestacional (vide fluxograma abaixo)
 - Repetir VDRL
 - Repetir IgM para toxoplasmose se anteriormente IgG negativo.
 - Repetir ex.: urina rotina.

 - ✓ Profilaxia do Tétano: Será feita com a aplicação da vacina dupla (contra tétano e difteria) ou na sua falta, com a vacina anti tetânica, no seguinte esquema:
 - 1ª dose: a partir do 4º mes de gestação
 - 2ª dose: 60 dias após a 1ª (mínimo 30 dias após).
 - 3ª dose: 60 dias após a 2ª (mínimo 30 dias após).

Observações: Se a gestante já tiver recebido esquema incompleto, completar com as doses restantes.

 - Se completamente imunizada anteriormente: até 5 anos - imune.

> 5 anos - reforço com 1 dose

- ✓ Prescrição de Sulfato ferroso profilático a partir da 20ª semana de gestação (300 mg, 1 dg/dia)

- ✓ Para as gestantes Rh negativas:
 - Coombs indireto na primeira consulta e mensalmente a partir da 24ª semana.
 - Referenciar para nível de maior complexidade a gestante com teste de coombs indireto positivo.

- ✓ Avaliação ultrassonográfica:
 - Solicitada pelo obstetra de acordo com critérios de indicação:
 - alteração da medida de fundo uterino em relação ao esperado: suspeita de crescimento intra uterino retardado (CIUR), gravidez múltipla, polidrâmnio,
 - mau passado obstétrico: abortamentos habituais, fetos mal formados, etc.,
 - quando necessário precisar a idade gestacional,
 - nos casos à serem referenciados para pré natal de maior complexidade
 - outras indicações à critério médico.
OBS- As indicações de ecografia poderão ser ampliadas de acordo com disponibilidade do serviço.
 - Marcação do exame: por telefone em serviço de ultrassom no nível secundário.

Critérios e pré requisitos para encaminhamento para pré natal de alto risco

O pedido de vagas na central de marcação de consultas deverá ser feito preenchendo-se adequadamente o formulário de Referência e Contra Referência e respeitando-se os seguintes critérios:

- Hipertensão arterial crônica com pressão arterial > ou = 150/100 mmHg
- Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG/Pré eclâmpsia)
- Cardiopatias
- Nefropatias
- Doenças do colágeno (Lupus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatóide, etc)
- Diabetes Melitus (prévia ou gestacional)
- Doenças tireoidianas (hiper ou hipotireoidismo)
- Pneumopatias
- Anemias graves (ou hemoglobinopatias)
- Epilepsia não controlada

- Ameaça de parto prematuro ou com perdas gestacionais de repetição (3 ou mais)
- Câncer

Devem estar acompanhados de exame de ultra som:

- Gestação múltipla (3 fetos ou mais)
- polidrâmnios
- oligohidrâmnios
- crescimento intra uterino retardado (CIUR)
- anomalias uterinas (útero bicorno, septado)
- placenta prévia total
- mal formação fetal

Devem estar acompanhados de teste de Coombs indireto positivo:

- Isoimunização feto-materna (Doença hemolítica perinatal ou eritoblastose fetal)

Devem estar acompanhados de exame laboratorial específico positivo:

- Infecções (Toxoplasmose, sífilis com tratamento não penicilínico ou complicada, HIV/Aids)

Outras indicações de encaminhamentos deverão ser acompanhadas de minucioso relatório médico e resultados de exames que as justifiquem. O encaminhamento deve ser o mais precoce possível.

MODIFICAÇÃO NO PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DE DIABETES GESTACIONAL

O protocolo para rastreamento do diabetes durante o pré-natal está sendo modificado. De acordo com estudos mais recentes e com normas técnicas do Ministério da Saúde/1999, não mais será realizado o teste de Sullivan com 50 gramas de dextrosol. A nova rotina é a seguinte:

- Glicemia de jejum na primeira consulta
- Glicemia de Jejum < 90 mg/dl, considerar rastreamento negativo ou repetir após 20 semanas se houver fator de risco para diabetes (vide abaixo)
- Glicemia de Jejum entre 90 Mg/dl e 110 Mg/dl, solicitar dosagem de glicose 2 horas após 75 g de dextrosol (não haverá mais disponibilidade de 50 nem 100 gramas). O resultado deste teste considerado para diagnóstico de diabetes gestacional é de 140 mg/dl
- Caso este último resultado seja > ou = 140 Mg/dl ou a glicemia de jejum tenha dado resultado superior a 110 Mg/dl, considerar diabetes.

- Glicemia de Jejum superior a 110 Mg/dl, repetir exame e caso se mantenha, considerar diabetes gestacional

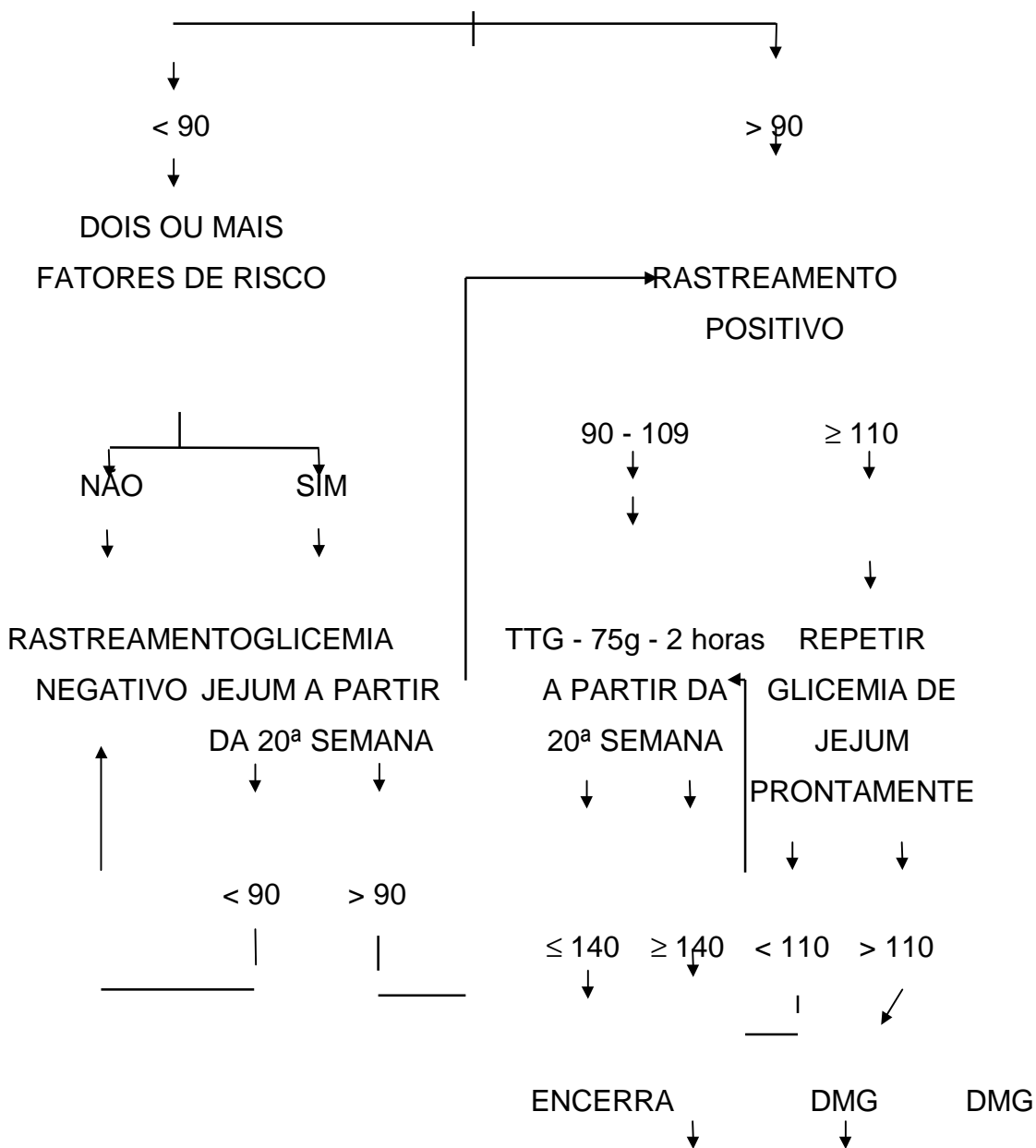
Fatores de Risco para Diabetes Mellitus Gestacional

É o tipo que aparece na gravidez, sobretudo se a mulher:

- tem mais de 25 anos;
- tem parentes próximos com Diabetes;
- teve filhos pesando mais de 4 kg ao nascer;
- teve abortos ou natimortos;
- teve filhos com malformação fetal;
- é obesa ou tenha aumentado muito de peso durante a gestação;
- teve polidrâmnio, DHEG;

GLICEMIA EM JEJUM (Mg/dl)

1ª Consulta (todas)



TTG - Teste de Tolerância a Glicose

REFERIR / REFERIR

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

Consulta de enfermagem:

a) Entrevista da gestante:

- Preenchimento dos dados da ficha e cartão.
- Investigação e registro das alterações.

b) Exame físico:

- Avaliação do peso e do estado nutricional da gestante.
- Determinação de sinais vitais.
- Avaliação das mamas direcionada ao aleitamento materno.
- Medida da altura uterina.
- Ausculta do BCF.
- Toque vaginal quando necessário para diagnosticar trabalho de parto.

c) Solicitação dos exames laboratoriais de rotina padronizados (teste de gravidez, exame de urina rotina e urocultura com antibiograma, eritrograma, glicemia de jejum e pós dextrosol, grupo sanguíneo e fator RH, IgM e IgG para toxoplasmose, VDRL, pesquisa de HbsAg, anti HIV)

d) Diagnóstico (análise e interpretação das informações):

- Cálculo da idade gestacional.
- Avaliação do estado nutricional materno.
- Acompanhamento do ganho de peso e crescimento uterino.
- Avaliação de situações de risco materno-fetais.

e) Ações complementares:

- Orientações.
- Prescrição de Sulfato Ferroso profilático.
- Referenciamento para atendimento de maior complexidade (nível secundário ou terciário).
- Referenciamento para imunizações.
- Referenciamento para práticas educativas coletivas.
- Referenciamento para programa de suplementação alimentar.
- Referenciamento para atendimento odontológico.
- Agendamento das consultas subsequentes.

Consulta médica:

- Consulta padrão para pré-natal, ressaltando-se:
- preenchimento dos dados no prontuário e cartão;

- realização de teste de Schiller; coleta de material cérvico-uterino quando indicado;
- toque vaginal na primeira consulta e quando necessário.
- Solicitação de sorologia para rubéola restrita aos casos sintomáticos e/ou história de contato.