



Enfermagem na saúde da mulher
Assistência de enfermagem ao pré-natal de baixo risco

Profª. Prof. Luciane Pereira

1. AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

Objetiva identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação

A implementação da atenção em planejamento familiar num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais DST)

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil na medida em que:

- diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados;
- diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária;
- diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados;
- possibilita planejar a gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas descompensadas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras.

As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional:

- **Anamnese e exame físico**, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. História clínica, familiar e obstétrica.
- **Orientações aos hábitos de vida**: nutricional, risco do tabagismo, uso de medicamentos, avaliação das condições de trabalho.
- **Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional** - 5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção;
- Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.
- prevenção e às ações: Rubéola e hepatite B, rubéola, sífilis, toxoplasmose, HIV/AIDS.

Em relação à prevenção e às ações a serem tomadas **quanto às infecções**, são consideradas eficazes as investigações para:

- Rubéola e hepatite B: nos casos negativos, providenciar a imunização prévia à gestação;
- Toxoplasmose;
- HIV/Aids: oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para redução da transmissão vertical do HIV;
- Sífilis: nos casos positivos, tratar a mulher e seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e a sífilis congênita e orientar sobre os cuidados preventivos;
- Para as outras DST, nos casos positivos, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar para sua prevenção.



As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir **anamnese e exame físico, com exame ginecológico completo**, além de **alguns exames laboratoriais**. É recomendada a realização do **Exame Clínico das Mamas (ECM)** em qualquer idade e do **exame preventivo do câncer do colo do útero** uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária entre 25 à 64 anos.

EXAME GINECOLÓGICO E COLETA DE MATERIAL PARA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA (BRASIL, 2013)

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

Exame ginecológico:

Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal; Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;

Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia; Coleta de material para exame colpocitopatológico;

Realize o teste das aminas, quando necessário (KOH a 10%);

Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Coleta do material para exame colpocitopatológico: deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes.

Quadro 13: Recomendações para coleta de exame colpocitopatológico em gestantes

Coleta de exame	Período recomendado	Indicação
Colpocitologia oncotica	<ul style="list-style-type: none">De preferência no 1º trimestre, na 1ª consulta de Pré-Natal;Não há contraindicação para ser coletado ao longo do período gestacional;Realizar exame ginecológico com ou sem coleta colpocitológica, para avaliar presença de lesões e/ou leucorreias, utilizando de fita pH ou testes aminas, se disponível, de preferência no 1º trimestre ou até 27 semanas de gestação (7 meses).	<ul style="list-style-type: none">Gestantes que nunca coletaram ou com menos de 2 coletas nos últimos 3 anos;Gestantes com vínculo fragilizado ao serviço de saúde de referência e/ou não aderentes ao programa de rastreamento;Oportunidade para investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e alterações citopatológicas.

(GARCIA, 2019)

2. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.



A importância da assistência ao pré-natal Organização dos serviços, planejamento e programação

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.

As consultas deverão ser:

- Mensais até a 28ª semana,
- Quinzenais entre 28 e 36 semanas
- Semanais no termo.

- Mínimo 6 consultas de enfermagem e médicas intercaladas;
- Mensais até a 28ª semana; • Quinzenais da 28ª a 36ª semana;
- Semanais da 36ª a 41ª semana;
- Se trabalho de parto ou 41 semanas de gestação, encaminhar para a maternidade.

ATENÇÃO: 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. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.

BRASIL. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19 [recurso eletrônico]. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

ATENDIMENTO À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA

➤ PRÉ-NATAL

As teleconsultas podem ser realizadas nas seguintes idades gestacionais: abaixo de 11



semanas (obtenção da história clínica e orientações sobre como será realizado o seguimento pré-natal), entre 16 e 18 semanas, com 32, 38 semanas e após a alta hospitalar.

Mesmo em períodos de restrição, algumas consultas presenciais deverão ser mantidas de acordo com o esquema mínimo a seguir:

- a) **Entre a 11^a e a 14^a semana:** deve contemplar anamnese, exame físico completo (incluindo exame geral, cardiovascular, pulmonar, abdominal e gineco-obstétrico), coleta de exames laboratoriais e a 1^a ultrassonografia para confirmar a idade gestacional, data provável do parto (DPP) e avaliação de translucência nucal (US morfológico de 1º trimestre) nos locais em que for possível;
- b) **entre a 20^a e a 22^a semana,** coincidindo com a ultrassonografia para avaliação da anatomia fetal (ultrassonografia morfológica de 2º trimestre), nos locais em que for possível;
- c) **entre a 26^a e a 28^a semana,** na qual deverá ser incluída triagem para diabetes mellitus gestacional, prescrição e administração de vacinas (DTPa) e imunoglobulina anti-D quando gestante Rh negativo, se indicado e de acordo com protocolo local;
- d) 32 semanas;
- e) 35 semanas;
- f) **37 semanas** (quando será colhido RT-qPCR para SARS-CoV-2 nos locais e que o resultado do teste demorar mais que 7 dias);
- g) 39 semanas e semanais até o parto.

Quando o parto não ocorre até a 41^a semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada.

QUESTÕES

- 1- (EBSERH/MA – 2015) Para um pré-natal adequado e com qualidade na Atenção Primária em Saúde, estabelece-se o critério de captação precoce da gestante para início do pré-natal que deve ocorrer até
 - (A) a 14^a semana de gestação.
 - (B) a 16^a semana de gestação.
 - (C) a 12^a semana de gestação.
 - (D) a 18^a semana de gestação.
 - (E) a 20^a semana de gestação.
- 2- (Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ - 2019) 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 por exemplo:
 - (A) Oligoidrâmnio
 - (B) vômitos inexplicáveis no 3º trimestre
 - (C) anemia grave (hemoglobina < 8)
 - (D) trabalho de parto prematuro
- 3- (UNIFASE 2022) O Ministério da Saúde preconiza que uma atenção de pré-natal adequada tem que ter, no mínimo, 6 consultas. Estas consultas são divididas em um



calendário de periodicidade de acordo com cada etapa da gestação. As consultas de pré-natal devem ser realizadas:

- (A) Mensais até a 28^a semana, quinzenais da 28^a até a 36^a semana e semanais da 36^a até a 41^a semana.
- (B) Mensais até a 32^a semana, quinzenais da 32^a até a 38^a semana e semanais da 38^a até a 40^a semana.
- (C) Mensais até a 26^a semana, quinzenais da 26^a até a 34^a semana e semanais da 34^a até a 42^a semana.
- (D) Mensais até a 28^a semana, quinzenais da 28^a até a 38^a semana e semanais da 38^a até a 41^a semana.
- (E) Mensais até a 32^a semana, quinzenais da 32^a até a 36^a semana e semanais da 36^a até a 42^a semana

2.1. Indicadores

O SISPRENATAL disponibiliza todos os indicadores de processo, por localidade e período.

ATENÇÃO: Indicadores de processo, Indicadores de resultado e Indicadores de impacto

Conforme Manual **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco** (BRASIL, 2013) – avaliação permanente da assistência pré-natal. A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores: distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º); porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto); abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas; óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério; óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos; crianças com tétano neonatal; recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g); VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos;

2.2. DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ (BRASIL, 2013):

Sinais de Presunção, de acordo com BRASIL (2013)

- Amenorreia
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

Sinais de Probabilidade

- Amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume (Sinal de Godell);
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;

- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

Quadro 3: Exames realizados conforme duração do atraso menstrual

Atraso menstrual	Exame
>15 dias	Teste imunológico de gravidez (TIG) Teste rápido de gravidez
Acima de 12 semanas	Diagnóstico clínico (sinais de presunção, probabilidade e certeza) Sinais de presunção: atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudanças de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência); Sinais de probabilidade: amolecimento da cérvix uterina e aumento de volume, parede vaginais aumentadas com aumento da vascularização e positividade na fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização; Sinais de certeza: presença de batimentos cardíacos fetais (BCF), percepção de movimentos fetais (entre 18 e 20 semanas) e ultrassonografia transvaginal com visualização do saco gestacional (a partir de 5 semanas) e/ou atividade cardíaca embrionária (a partir de 6 semanas gestacionais). (BRASIL, 2012).

QUESTÕES

- 4- (UFF OBSTETRÍCIA 2019/2020) Entre os sinais que indicam uma gestação, existem os de presunção, os de probabilidade e os de certeza, a saber:
- (A) modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo) são sinais de presunção.
- (B) cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal, amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume e frequência urinária são sinais de probabilidade.
- (C) paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais) e náuseas, vômitos, tonturas são sinais de certeza.
- (D) percepção dos movimentos fetais pela mulher, atraso menstrual, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência são sinais de certeza.
- 5- (Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ - 2015) É um sinal de presunção de gravidez:
- (A) parede vaginal aumentada
- (B) batimento cardíaco fetal
- (C) atraso menstrual
- (D) movimento fetal

Mulher com suspeita de gravidez / atraso menstrual / náusea / suspensão ou irregularidade do contraceptivo / desejo de engravidar → **consulta de acolhimento: avaliar o ciclo menstrual (DUM) / atividade sexual / uso de método contraceptivo**

Se o atraso menstrual é maior que 15 dias → teste rápido β-HCG urinário

β-HCG urinário NEGATIVO → repete o β-HCG urinário em 15 dias → se mantiver negativo, investigar outras causas de irregularidade menstrual



β-HCG urinário POSITIVO → gravidez confirmada → início do pré-natal (captação precoce) / realiza teste rápido de HIV e sífilis / preenchimento do SISPRENATAL / do cartão da gestante e do prontuário / avaliação do risco gestacional¹.

Se a DUM é maior que 12 semanas → AUSCULTA DE BCF

- **BCF ausente** - teste rápido β-HCG urinário **NEGATIVO** → repete o β-HCG urinário em 15 dias → se mantiver negativo, investigar outras causas de irregularidade menstrual.
- **BCF ausente** - teste rápido β-HCG urinário **POSITIVO** → gravidez confirmada → início do pré-natal (captação precoce) / realiza teste rápido de HIV e sífilis / preenchimento do SISPRENATAL / do cartão da gestante e do prontuário / avaliação do risco gestacional.
- **BCF presente** → gravidez confirmada → início do pré-natal (captação precoce) / realiza teste rápido de HIV e sífilis / preenchimento do SISPRENATAL / do cartão da gestante e do prontuário / avaliação do risco gestacional.

O exame ultrassonográfico além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas (inclusive, evidencia o tipo de placentação nestes casos) e de malformações fetais clinicamente não suspeitas → Idealmente, o exame deve ser realizado entre **10 e 13 semanas**, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional.

A partir da 15ª semana, a estimativa de idade gestacional será feita pela medida do diâmetro biparietal.

QUESTÕES

- 6- (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez (BRASIL, 2016). Assinale a alternativa correta
- (A) Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro.
- (B) Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 8 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro.
- (C) Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar apenas a ultrassonografia.
- (D) Se o atraso menstrual for superior a 22 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG.

¹ Quando na avaliação NÃO HÁ presença de risco gestacional - acompanhamento com equipe de Atenção Básica com o **mínimo de 6 consultas médicas e de enfermagem intercaladas**. Na confirmação de risco gestacional encaminhar ao pré-natal de alto risco e manter **acompanhamento na Atenção Básica** por meio de consultas médicas e de enfermagem, visita domiciliar, busca ativa, ações educativas e outras, de forma individualizada, de acordo com o grau de risco e as necessidades da gestante.



(E) (E) O β HCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 15 a 20 dias após a concepção.

2.3. Idade da gestação e data provável do parto

- Calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual normal, sendo expressa em dias ou semanas (soma o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete - uso de calendário ou gestograma).
- São consideradas 40 semanas completas: 40 semanas + dias (280 dias completos) a 40 semanas + 6 dias (286 dias completos).
- Regra de Nagéle: adicionar à data da última menstruação 7 dias e diminuir 3 meses ao mês.
- Se a DUM for desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ocorreu, considerar os dias 05, 15 ou 25 do mês e proceder a contagem.
- Quando a DUM é desconhecida, proceder ao exame físico a mensuração da altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento.

QUESTÕES

7- (RESIDÊNCIA UERJ 2016) No dia 17/8/2015, uma gestante em consulta pré-natal com uma enfermeira informou que a data da sua última menstruação foi 28/02/2015. Utilizando a regra de Naegele, a enfermeira informou à mulher que sua idade gestacional, em semanas completas, e a data provável do parto, respectivamente, eram:

- (A) 22 e 07/11/2015
(B) 22 e 05/12/2015
(C) 24 e 07/12/2015
(D) 24 e 05/11/2015

8- (EsFCEX Enfermeiro 2022)

Em 09/09/2022, M.A., 24 anos, solteira, primigesta compareceu à unidade de saúde para consulta de enfermagem de pré-natal. Informou que seus ciclos menstruais eram regulares, com intervalo de 28 dias e que sua última menstruação (DUM) iniciara em 27.05.2022 e terminara em 31.05.2022. Relatou ainda que o enjoo matinal havia melhorado e, no momento, vinha se sentindo bem. Ao analisar o resultado do primeiro exame de sorologia para toxoplasmose, realizado em amostra de sangue coletada na 11a semana de gestação, o enfermeiro constatou: IGG = positiva; IGM positiva e teste de avidez de IGG = forte.

No momento da consulta, aplicando-se a Regra de Nägele, a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP) de M.A. são:

- (A) IG = 15 semanas; DPP = 03.02.2023.
(B) IG = 143/7 semanas; DPP = 07.03.2023.
(C) IG = 151/7 semanas; DPP = 03.02.2023
(D) IG = 143/7 semanas; DPP = 07.02.2023.
(E) IG = 15 semanas; DPP = 03.03.2023.

9- (Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ - 2015) Para a realização do Teste Imunológico de Gravidez (TIG) o técnico de enfermagem precisa orientar que a mulher deve ter o atraso menstrual, em dias, de no mínimo:

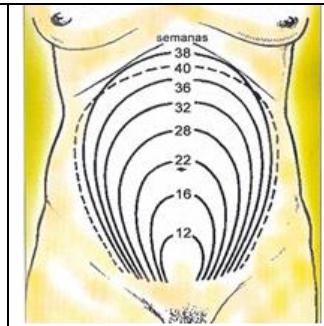
- (A) 7
- (B) 10
- (C) 15
- (D) 20

2.4. AUMENTO DO VOLUME UTERINO

De acordo com o manual de pré-natal (2013), após a 12^a semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome.

Aumento do Volume Uterino

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



QUESTÕES

10- (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Quando a data da última menstruação não for conhecida, 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. Uma gestante que encontra-se com a altura do fundo do útero entre a sínfise pública e a cicatriz umbilical possivelmente estará grávida de:

- (A) 20 semanas de gestação.
- (B) 8 semanas de gestação.
- (C) 16 semanas de gestação.
- (D) 12 semanas de gestação.
- (E) 24 semanas de gestação.

11- (UNIFASE 2021/2022) A medida da altura uterina indica o crescimento fetal e através dela é possível determinar, aproximadamente, a idade gestacional. Pela medida da altura do fundo do útero, é CORRETO afirmar que:

- (A) Na 16^a semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise pública e a cicatriz umbilical.
- (B) Na 6^a semana o útero corresponde ao dobro do tamanho normal.
- (C) Na 27^a semana o parâmetro fica menos fiel.
- (D) Na 8^a semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual.
- (E) Na 25^a semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.

12- (Luciane de Almeida 2022) Durante uma consulta pré-natal o enfermeiro percebe que a gestante desconhece a data e o período do mês da última menstruação. Sendo assim, a idade gestacional será inicialmente determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero. Pode-se utilizar a altura uterina considerando-se os seguintes parâmetros:

- (A) Na 6ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal.
- (B) na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na altura da cicatriz umbilical.
- (C) na 16ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da sínfise púbica.
- (D) a partir de 20 semanas até 30 semanas a medida do fundo de útero correlaciona-se bem com a idade gestacional em centímetros.

2.5. MANOBRA DE LEOPOLD

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos (BRASIL, 2013):

1º tempo - Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;

2º tempo - Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;

3º tempo - Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;

4º tempo - 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.



- Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica ou transversa) (GARCIA, 2019)

2.6. Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)

Objetivos:

- Identificar o crescimento fetal;
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da idade gestacional;
- Identificar a situação e a apresentação fetal

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina.



A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os poloscefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre.

Medida da altura uterina (AU)

Objetivo: Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação

- Se forem observadas três contrações com duração maior que 20 segundos em 10 minutos, a gestante deverá ser encaminhada para a maternidade (GARCIA, 2019).

QUESTÕES

13- (EBSERH/HU-UFGD 2014) **Durante a manobra de Leopold, é correto afirmar que podem ser encontradas as seguintes situações fetais:**

- (A) cefálica e pélvica.
- (B) direita e esquerda.
- (C) central e lateral.
- (D) longitudinal, oblíqua e transversal.
- (E) oblíqua e frontal.

14- (Luciane de Almeida 2022) **A manobra de Leopold consiste na sistematização da palpação abdominal, com o objetivo de se avaliarem os pontos da estética fetal. A avaliação da situação fetal é realizada em qual tempo dessa manobra?**

- (A) Primeiro tempo
- (B) Segundo tempo
- (C) Terceiro tempo
- (D) Quarto tempo

2.7. AUSCULTA FETAL

Audível com uso de sonar doppler a partir da 10^a/12^a semana;

Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20^a semana;

- Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF.
- Contar número de BCF em um minuto.
- A frequência esperada é de **120-160 bpm** (BRASIL, 2013)
- Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm (GARCIA, 2019)

Ausculta dos batimentos cardíofetais:

Quadro 10 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas.	<p>Alerta:</p> <p>Verifique o erro de estimativa da idade gestacional.</p> <p>Afaste as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal.</p> <p>Mantenha o calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e/ou se o útero estiver crescendo.</p> <p>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.</p>
Bradicardia e taquicardia.	<p>Sinal de alerta:</p> <p>Afaste a febre e/ou recomende o uso de medicamentos pela mãe.</p> <p>Deve-se suspeitar de sofrimento fetal.</p> <p>O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto.</p> <p>Na persistência do sinal, encaminhe a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico.</p>

Fonte: (BRASIL, 2005e).

2.8. MOVIMENTOS FETAIS:

Registro dos movimentos fetais

Objetivo: Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana. **Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana gestacional.**

Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF) - orientações:

Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;

1º Alimente-se antes de começar o registro;

2º Fique em posição semi-sentada, com a mão no abdome;

3º Marque o horário de início;

4º Registre 6 movimentos e marque o horário do último;

5º Se, em uma hora, o bebê não se mexer seis vezes, pare de contar o registro.

Caso a gestante consiga registrar 6 movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa.

Entretanto, se após uma hora ela não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde. Assim, considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess)

1. Material necessário: Sonar doppler; Buzina de Kobo (buzina de bicicleta).

2. Técnica:

- Coloque a mulher em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);



- Palpe o polo cefálico; o Auscute os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcule a média (obs.: a gestante não deve estar com contração uterina); Realize o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdome materno (aplique o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdome materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis;
- Imediatamente após o estímulo, repita a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refaça a média dos batimentos

Interpretação do resultado:

Teste positivo: presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à medida inicial ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do abdome materno durante a realização do estímulo;

Teste negativo: ausência de resposta fetal identificada tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos. O teste deverá ser realizado duas vezes, com intervalo de, pelo menos, dez minutos para se considerar negativo.

QUESTÕES

15- (Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ - 2016) Na atenção ao pré-natal de baixo risco, o registro dos movimentos fetais, com o objetivo de promover uma avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez, deve ser realizado a partir da seguinte semana gestacional:

- (A) 20^a
- (B) 24^a
- (C) 30^a
- (D) 34^a

2.9. Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional

OBS: IMC na primeira consulta

Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo IMC/semana gestacional em: **BP (baixo peso)**, **A (adequado)**, **S (sobrepeso)**, **O (obesidade)**.

- Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg) (BRASIL< 2016, p.75);
- **Baixo peso (BP)**: investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes. Dê a orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual.
- **Sobrepeso e obesidade (S e O)**: investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. Dê orientação nutricional à gestante.

2.10. VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

- **Objetivo: detectar precocemente a ocorrência de edema patológico. Nos membros inferiores:**

- Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).

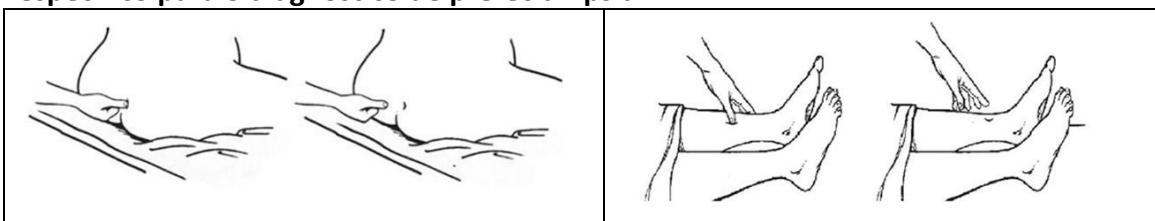
O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado

Na região sacra:

- Posicione a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- Pressione a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.

A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.



Achados	Anote	Condutas
Edema ausente.	-	Acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interroga a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. A gestante 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.
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.	(+++)	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.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

QUESTÕES

16- (Fundação Dom Cintra – Pref Petrópolis 2012) A detecção do edema em gestantes deve ser realizada aplicando a compressão manual por alguns segundos nos seguintes locais:

- (A) região perimaleolar e face.
- (B) região pré-tibial e face.
- (C) região sacra e região perimaleolar.

- (D) membros superiores e tornozelos.
(E) membros superiores e face.

17- (EBSERH/MA – 2015) O edema ocorre em 80% das gestantes. Sendo assim, torna-se importante sua avaliação, a fim de detectar precocemente a ocorrência do edema patológico. Durante a anamnese, uma gestante foi avaliada com edema (++)**, quais são os achados clínicos desta gestante?**

- (A) Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.
(B) Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.
(C) Edema ausente.
(D) 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.
(E) Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.

2.11. Avaliação da pressão arterial

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros: A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos 3 ocasiões.

I. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial:

Repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo.

Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida.

2. Certifique-se de que ela não:

- está com a bexiga cheia;
- praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff).

Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).

2.12. Vacinação da gestante

- **Gestante não vacinada e/ou com situação vacinal desconhecida:** Deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. A última dose deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto.
- **Gestante sem nenhuma dose registrada:** inicie o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.



- **Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses):** em qualquer período gestacional, deve-se completar o esquema de três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas.
- **Gestante com menos de 3 doses registradas:** complete as 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias. Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose há menos de 5 anos: não é necessário vaciná-la.
- **Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há mais de 5 anos e menos de 10 anos:** deve-se administrar uma dose de reforço tão logo seja possível, independentemente do período gestacional.
- **Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos:** aplique uma dose de reforço.

A **vacina contra a influenza** é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

Vacinação contra hepatite B

Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, o PNI reforça a importância de que a gestante receba a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação.

Mãe portadora da Hepatite B - Além da vacina, é necessária a administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) em recém-nascido de mãe sabidamente positiva para a hepatite B.

Caderno de Atenção Básica nº 32 (BRASIL, 2013)

Hepatite B	Esquema vacinal desconhecido	Três doses	Após o 1º trimestre de gestação
	Não vacinada		2ª dose após 30 dias da primeira
	HBsAg (-) e Anti-HBs < 10		3ª dose após 6 meses da primeira

Em situações de pós-exposição, a vacina contra **raiva humana** não é contraindicada durante a gestação.

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 vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco. Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução.

Esquema de vacinação com a dTpa

Gestantes – A vacinação da dTpa para gestantes a partir da 20ª semana, segue com uma dose a cada gestação, a partir da vigésima semana (20ª) de gestação ou

vacinação no puerpério (até 45 dias após o parto). A vacina protege contra difteria, tétano e coqueluche.

Objetivo da vacinação:

dTpa Gestantes: aumentar a oportunidade de imunização das gestantes, visando passagem de anticorpos ao bebê para proteção da coqueluche

dTpa para mulheres no puerpério: evitar que a mãe possa transmitir a coqueluche para o recém nascido

OBS1: A depender da situação vacinal encontrada, administrar uma dose da vacina dTpa para iniciar esquema vacinal, completar ou como dose de reforço. Este esquema deverá ser completado até 20 dias antes da data provável do parto com a dT.

Quadro 15: Esquema vacinal para gestante

Vacina/recomendação	Estado vacinal	Dose/intervalo
Difteria, tétano e coqueluche – dTpa. Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto. Recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto, protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado (2 meses de vida).	Prevamente vacinada, com pelo menos 3 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precoceamente possível.
	Vacinação incompleta tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precoceamente possível.
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.
Hepatite B. A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.	A gestante deve ter recebido 3 doses. Caso a caderneta esteja incompleta, completar as 3 doses.	Três doses, com intervalo de 0 - 1 - 6 meses.
Influenza <ul style="list-style-type: none">• A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza;• A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação;• Dose única anual.		

Fonte: BRASIL, 2016

GARCIA, ROSANA APARECIDA. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo: COREN-SP, 2019.

QUESTÕES

18- (AOCP 2015 Enfermeiro) O esquema de vacinação com a vacina dTpa recomendado para gestantes é

- (A) uma dose a cada gestação.
- (B) duas doses com intervalo de 30 dias entre as doses.
- (C) três doses com intervalo de 60 dias entre as doses.
- (D) uma dose a cada 15 anos.
- (E) seis doses com intervalo de 10 dias entre as doses



19- (FCC 2018 - Enfermeiro) Para gestantes que não receberam a vacina dTpa durante o período gestacional, a recomendação do Ministério da Saúde é

Alternativas

- (A) não vacinar caso a puérpera esteja amamentando.
- (B) administrar uma dose da vacina, no puerpério, o mais precocemente possível.
- (C) vacinar após 30 dias da data do parto.
- (D) administrar uma dose fracionada da vacina, imediatamente após o parto.
- (E) não vacinar caso a paciente já tenha recebido uma dose da vacina em gestações anteriores.

20- (Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ - 2019) As mulheres em idade fértil devem ser orientadas a evitar a gravidez no período de trinta dias após receber a vacina:

- (A) dT
- (B) influenza
- (C) tríplice viral
- (D) dTpa tipo adulto

2.13. EXAMES NA GESTAÇÃO

Importante: Pelo manual Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013) para ampliar a captação precoce das gestantes o MS, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal.

→ Atraso menstrual superior a 15 dias – solicitar TIG (Teste Imunológico de Gravidez).

Roteiro para solicitação de exames no pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013)

<u>1ª consulta ou 1º trimestre</u>	<ul style="list-style-type: none">▪ Hemograma▪ Tipagem sanguínea e fator Rh▪ Coombs indireto (se dor Rh negativo)▪ Glicemia em jejum▪ Teste rápido para sífilis e/ou VDRL▪ Teste rápido diagnóstico anti-HIV▪ Anti-HIV▪ Toxoplasmose IgG e IgM▪ Sorologia para Hepatite B (HbsAg)▪ Urocultura + urina tipo I▪ Ultrassonografia obstétrica▪ Eletroforese de hemoglobina - HbSS ou HbSC: doença falciforme (BRASIL, 2016).▪ <p>OBS Manual 2013 - Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatologia de colo de útero (se for necessário)</p> <p>Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)</p> <p>OBS Manual 2013 - Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).</p> <p>Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de</p>
--	--



2º trimestre	85mg ou se houver fator de risco (realize o exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana). Coombs indireto (se Rh for negativo) OBS: Para o diagnóstico do diabetes gestacional, a OMS recomenda o emprego do teste oral de tolerância à glicose, com 75g de glicose (TTG 75g – 2h) e com duas medidas da glicose plasmática, uma em jejum e outra 2h após a sobrecarga.
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemograma ▪ Glicemia em jejum ▪ Coombs indireto (se Rh for negativo) ▪ VDRL ▪ Anti-HIV ▪ Sorologia para Hepatite B (HbsAg) ▪ Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente ▪ Urocultura + urina tipo I ▪ Bacterioscopia de secreção vaginal <p>OBS: O estreptococo do grupo B pode colonizar o trato gastrointestinal, a vagina ou a uretra, de forma assintomática. A infecção é transmitida pela mãe durante a passagem do RN pelo canal de parto. No RN pode ser evidenciada como doença respiratória, sepses ou meningite na primeira semana de vida. A coleta para cultura de estreptococo do grupo B é recomendada de forma sistemática para todas as gestantes entre 35 e 37 semanas de gestação (BRASIL, 2013).</p>

Caso o Coombs indireto resulte negativo, ele deve ser novamente solicitado a cada 4 semanas, após a 24ª semana gestacional;

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

Quadro 20 – Formas de exposição materna ao sangue fetal

Espontânea	Traumática
Momento do parto	Amniocentese
Deslocamento prematuro de placenta	Biópsia de vilosidades coriônicas
Abortamento espontâneo	Cordocentese
Morte fetal intraútero	Abortamento induzido
Gestação ectópica	Transfusão sanguínea intrauterina
Mola hidatiforme	Versão externa
	Manipulação obstétrica
	Trauma abdominal

2.14. Anemia

A **anemia durante a gestação** pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

Exames de Rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate asparasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferroelementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5(cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea a dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante a pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

QUESTÕES

21- (EBSERH 2017) A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro. É definida anemia, durante a gestação, quando os valores de hemoglobina (Hb) estão abaixo de quanto?



- (A) Valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 9g/dl.
- (B) Valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/dl.
- (C) Valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 10g/dl.
- (D) Valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 12g/dl.
- (E) Valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 13g/dl.

22- (UNIFESP 2018 - Res Enf Obstétrica) **Gestante com 18 semanas, comparece à consulta pré-natal com exame de hemoglobina de 10g/dl. Refere tontura e fadiga e apresenta exame físico normal. Frente a tal achado, o enfermeiro deve ter como conduta:**

- (A) Prescrever 40mg/dia de ferro elementar.
- (B) Encaminhar a gestante para consulta médica.
- (C) Prescrever 80mg/dia de ferro elementar.
- (D) Encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco.
- (E) Prescrever de 120 a 240mg/dia de ferro elementar.

23- (VUNESP - 2019 - PREFEITURA DE VALINHOS - TÉCNICO EM ENFERMÁGEM) **A.M., 26 anos de idade, primigesta, deverá receber, durante o pré-natal, um suplemento alimentar específico para prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. Essa suplementação padronizada é de**

- (A) Sulfato ferroso.
- (B) Complexo B.
- (C) Piridoxina.
- (D) Vitamina A.
- (E) Zinco.

2.15. Toxoplasmose na gestação – Interpretação do Exame Laboratorial (BRASIL, 2022)

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário intracelular obrigatório denominado *Toxoplasma gondii*, cujo hospedeiro definitivo é o gato. A taxa de transmissão vertical do *T. gondii* é diretamente proporcional à idade gestacional, enquanto a morbimortalidade fetal é inversamente proporcional ao tempo de gestação no momento da infecção aguda.

1º trimestre - 15 a 20% dos fetos serão contaminados

2º trimestre - chegando a 25 a 30%

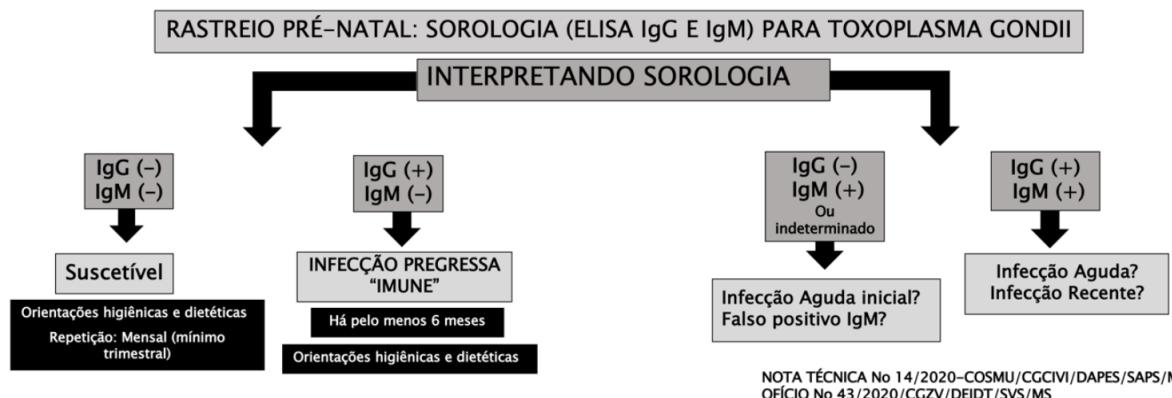
3º trimestre - de 50 a 90%

As **lesões oculares** são as manifestações mais frequentes da **toxoplasmose congênita** (70% das afecções): retinocoroidite, atrofia do nervo óptico, microftalmia, paralisia ocular, catarata e estrabismo. As **alterações neurológicas** podem ser de extrema gravidade: microcefalia, ventriculomegalia, surdez neurosensorial, encefalomalácia, porencefalia e calcificações cerebrais. As **alterações sistêmicas** são menos comuns: hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, oligo ou polidrâmnio e hidropisia com derrame pericárdico, sendo estas duas últimas secundárias à insuficiência cardíaca causada pela invasão do parasita no miocárdio. Além disso, a toxoplasmose na gestação pode ocasionar perda fetal, natimortalidade e prematuridade.

Toxoplasmose IgG e IgM, solicitar na 1ª consulta 3º trimestre.

IgM: sua produção se inicia uma a duas semanas após a infecção, e o pico de produção ocorre em um a dois meses.	IgG: o início da produção de IgG segue-se à produção de IgM, aparecendo duas semanas após a positivação da IgM. O pico da produção ocorre em dois a três meses, e o padrão de queda é lento.
--	---

- **IgM não reagente e IgG reagente:** doença prévia – não repetir o exame.
 - **IgM e IgG não reagente:** suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre.
 - **IgM reagente e IgG não reagente:** doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas.
 - **IgG e IgM reagentes**
- avidez² de IgG fraca ou gestação > 16 semanas:** possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente;
- avidez forte e gestação < 16 semanas:** doença prévia – não repetir exame.



Confirmada a infecção aguda **antes da 16ª semana**, deve-se iniciar espiramicina imediatamente e repetir a sorologia em 2 a 3 semanas. Espiramicina é um antibiótico do grupo dos macrolídeos que atinge altas concentrações no tecido placentário, diminuindo o risco de transmissão vertical entre 60 e 70%. Cada comprimido tem 500mg, e a dose diária é 3 gramas ao dia (2 comprimidos de 8/8 horas).

Se a infecção se der **após a 16ª semana**, recomenda-se instituir o **tratamento tríplice materno**: sulfadiazina, 3 g ao dia; pirimetamina, 50 mg ao dia; ácido folínico, 10 a 20 mg 3 vezes por semana e realizar a investigação da infecção fetal quando a IG atingir 18 semanas (e após 4 semanas da infecção materna).

- Em geral, a sulfadiazina e a pirimetamina são bem toleradas pela gestante. Entre os **efeitos adversos** mais comuns são citados:
 - Náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia, sensação de boca amarga que podem acometer 1 a 2% das gestantes;
 - Exantemas papulares, vesiculares e bolhosos podem ocorrer em 2 a 3% dos casos. As gestantes devem ser orientadas a ingerir bastante líquido e procurar assistência médica imediata na vigência desses sinais.

²² Teste de avidez de IgG: pode auxiliar no diagnóstico temporal da infecção materna pelo T. gondii. Importante para os casos com IG ≤16 semanas. Seu resultado é expresso em percentual de ligação do anticorpo ao antígeno do parasita.

- Neutropenia, anemia e trombocitopenia podem ocorrer em 0,1% dos casos. Em função desses efeitos adversos, é necessário que, ao prescrever o tratamento tríplice, seja solicitado hemograma completo da gestante e repetir a cada 15 dias para monitoramento;
- Cristalúria: a adequada ingestão de líquidos é a medida para evitar complicações.

LEITURA COMPLEMENTAR

Critérios para definição de caso durante a gestação de acordo com o Protocolo de Notificação e Investigação de Toxoplasmose Gestacional do Ministério de Saúde do Brasil de 2018.

Caso suspeito	Caso provável (caso suspeito que apresentar)	Caso confirmado	Caso descartado
IgM+ ou IgM indeterminado	IgM+ IgG+ MAIS Baixa avidez de IgG OU Avidez intermediária/elevada	IgM negativo MAIS IgG negativo COM Soroconversão durante a gestação (IgM e IgG)	IgG+ há >3meses pré-concepção (IgM residual: infecção anterior à gestação)
História clínica compatível com toxoplasmose	IgM+ 1ª sorologia após 16 semanas MAIS Títulos elevados de IgG	Detecção de DNA do TG - líquido amniótico - tecido placentário, fetal ou de órgãos (AP, cultivo de tecido ou bioensaio)	Alta avidez de IgG em gestação ≤ 16 semanas
USG obstétrica sugestiva de toxoplasmose congênita	IgM+ MAIS Títulos ascendentes de IgG em amostras seriadas (intervalo mínimo 2 semanas)	Mãe de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada	IgM+ MAIS IgG negativo (duas amostras colhidas com intervalo de 2 a 3 semanas). Falso-positivo IgM: considerar gestante susceptível.

QUESTÕES

24- (EsFCEX Enfermeiro 2022)

Em 09/09/2022, M.A., 24 anos, solteira, primigesta compareceu à unidade de saúde para consulta de enfermagem de pré-natal. Informou que seus ciclos menstruais eram regulares, com intervalo de 28 dias e que sua última menstruação (DUM) iniciara em 27.05.2022 e terminara em 31.05.2022. Relatou ainda que o enjoo matinal havia melhorado e, no momento, vinha se sentindo bem. Ao analisar o resultado do primeiro exame de sorologia para toxoplasmose, realizado em amostra de sangue coletada na 11a semana de gestação, o enfermeiro constatou: IGG = positiva; IGM positiva e teste de avidez de IGG = forte.



Em relação aos resultados de sorologia para toxoplasmose, de acordo com o manual de atenção ao pré-natal de baixo risco (MS, 2013), o enfermeiro deve considerar que os resultados são compatíveis com:

- (A) infecção adquirida antes da gestação, não havendo necessidade de tratamento nem de testes adicionais, e orientar a gestante sobre as medidas de prevenção.
- (B) certeza de infecção durante a gestação e a gestante deve ser encaminhada para avaliação médica e orientada sobre a necessidade de investigar a ocorrência de infecção fetal mediante a pesquisa do Toxoplasma gondii no líquido amniótico.
- (C) infecção recente e, além de notificar o caso à vigilância epidemiológica, encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco.
- (D) a possibilidade de resultado falso-positivo para IgM, e providenciar nova coleta de sangue para confirmação.
- (E) infecção muito recente e, conforme protocolo, prescrever o início imediato do tratamento com espiramicina 1 g, a cada 8 horas, via oral, encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco e notificar o caso à vigilância epidemiológica.

25- (IBFC 2016) Assinale a alternativa correta. Uma gestante procurou seu obstetra com resultados de exames sorológicos para a toxoplasmose. O laudo indicava IgM negativo e IgG positivo. O perfil sorológico da gestante indica:

- (A) Infecção aguda
- (B) Infecção pregressa
- (C) Ausência de contato prévio com o agente
- (D) Necessidade de repetir IgG em 3 semanas

26- (2019 FUNCERN - MODIFICADA) Paciente, gestante, G2 P1, em curso de 30 semanas, vem ao pré-natal com exame confirmatório de infecção fetal por toxoplasmose. As drogas que a gestante deve fazer uso para o tratamento, nesse caso, são

- (A) Sulfadiazina + Pirimetamina + Ácido folínico
- (B) Sulfadiazina + Azitromicina + Ácido folínico
- (C) Espiramicina + Ácido folínico + Azitromicina.
- (D) Azitromicina + Ácido folínico

27- (IBADE 2018) A triagem sorológica para toxoplasmose é um dos exames complementares solicitados na primeira consulta de pré-natal. Caso o resultado do exame seja IgG - positiva e IgM - negativa, significa que a gestante apresenta

- (A) suscetibilidade.
- (B) imunidade remota.
- (C) infecção muito recente.
- (D) possibilidade de infecção.

28- (Sofia Feldman 2022-23 - MODIFICADA) Paciente do sexo feminino, 19 anos de idade, gestante, IG 12 semanas, compareceu à Unidade de Saúde para a segunda consulta de pré-natal com resultado de exames solicitados. Entre os exames, ela apresentou resultado de sorologia reagente para toxoplasmose com resultado de anticorpos IgM e IgG positivos e avidez de IgG baixa.

Com relação ao quadro clínico descrito acima, assinale a alternativa CORRETA que melhor define a interpretação dos exames apresentados:

- (A) a presença de baixa avidez de IgG associada ao resultado positivo de IgM e IgG indica doença antiga ou toxoplasmose crônica

- (B) os resultados do exame apontam para infecção muito recente ou IgM falso positivo, sendo necessário repetir a sorologia em 3 semanas
- (C) a presença de baixa avidez de IgG associada ao resultado positivo de IgM e IgG indica uma infecção recente, adquirida durante a gestação.
- (D) É necessário solicitar teste de avidez após 16^a semana, pois o teste de avidez no primeiro trimestre não é útil para a definição de infecção adquirida na gestação.

1.1. SÍFILIS

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*.

CLASSIFICAÇÃO DA SÍFILIS		
Sífilis adquirida	Recente (menos de um ano de evolução)	Formas primária, secundária e latente recente
	Tardia (com mais de um ano de evolução)	Formas latente tardia e terciária
Sífilis congênita	RECENTE	Casos diagnosticados até o 2º ano de vida
	TARDIA	Casos diagnosticados após o 2º ano de vida

Sinais e sintomas:

Primária - úlcera única, indolor, limpa (cancro duro) e com ínguas nas virilhas, que surgem entre 10 e 90 dias (média de 21) após a relação sexual desprotegida com pessoa infectada. Curta duração e de difícil diagnóstico.

Secundária - Em geral manifesta-se entre 6 e 8 semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro. As manifestações mais comuns do secundarismo são: roséolas (exantema), rash cutâneo, sifilides papulosas / máculas palmo-plantares (pápulas cutâneas com localização nas superfícies palmo-plantares sugerem fortemente o diagnóstico do secundarismo da sífilis), alopecia e condiloma plano (lesões pélvico-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito); poliadenopatia.

Terciária – Os sinais e sintomas surgem em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, do contágio. As manifestações mais comuns são: tubérculos ou gomas (lesões cutaneomucosas), comprometimento articular, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot, *tabes dorsalis* e demência.

Obs: Sífilis em gestantes - aborto; corioamiorraxe prematura; corioamnionite; RCIU; prematuridade; morte fetal; sífilis congênita.

Exames

Teste rápido (ou outros testes treponêmicos)

+ VDRL/RPR (diagnóstico).

VDRL/RPR (seguimento pós-tratamento).

- **Sorologia não treponêmica** VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasma Reagins*)
- **Sorologia treponêmica:** aglutinação passiva (TPHA ou MHA-TP), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (Elisa ou EIE).
- **RX de Ossos Longos**
Exame do Líquido Cefalorraquidiano (LCR)

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com



Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020)	
<p>NÃO TREPONÊMICOS</p> <p>Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.</p> <p>Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro.</p> <p>Títulos baixos podem ser encontrados em três situações:</p> <ul style="list-style-type: none">› Infecção recente;› Estágios tardios da infecção (sífilis tardia);› Casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negativação - cicatriz sorológica	<p>VDRL</p> <p>RPR</p> <p>TRUST</p> <p>USR</p>
<p>TREPONÊMICOS</p> <p>São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento</p> <p>O FTA-ABS é pouco superior ao TPHA, apresentando uma sensibilidade maior.</p>	<p>FTA-Abs</p> <p>ELISA/EQL/CMIA</p> <p>TPHA/TPPA/MHA-TP</p> <p>Teste Rápido (TR)</p>

Caderno de Atenção Básica n.32: Atenção ao pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013)		
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra para realização do VDRL e teste parceiros sexuais
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.
A recomendação conforme Caderno de Atenção Básica n.32: Atenção ao pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013, p.309) é:		
<ul style="list-style-type: none">• Realizar no mínimo 2 VDRL na gestação (1º e 3º trim. e 1 no parto);• Testar e tratar o parceiro• Notificar a Vigilância Epidemiológica		



Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	<p>Trate a gestante e seu parceiro.</p> <p>Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega).</p> <p>Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI.</p> <p>Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Realize exame mensal para controle de cura.</p>
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

continua

Diagnóstico laboratorial de Sífilis		
VDRL (+)	FTA-ABS (+)	Diagnóstico de sífilis
VDRL (+)	FTA-ABS (-)	Indicativo de outra doença (falso positivo)
VDRL (-)	FTA-ABS (+)	Sífilis em fase bem inicial ou sífilis curada
VDRL (-)	FTA-ABS (-)	Não é sífilis

QUESTÃO

- 29- (Luciane de Almeida 2022) Das alternativas abaixo, aquela que apresenta uma informação FALSA sobre exames laboratoriais solicitados no pré-natal de gestantes com sífilis é:
- (A) VDRL negativo e FTA-ABS positivo indicam sífilis em fase bem inicial ou já curada
 - (B) VDRL positivo e FTA-ABS negativo indicam outra doença que não sífilis
 - (C) VDRL positivo e FTA-ABS positivo confirmam o diagnóstico de sífilis
 - (D) VDRL negativo e FTA-ABS negativo indicam a repetição do exame em 30 dias



ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18–24 milhões UI, 1x/dia, EV, administrada em doses de 3–4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10–14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020)

Recomenda-se tratamento imediato, com **benzilpenicilina benzatina**, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis): gestantes; vítimas de violência sexual; pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço); pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária; pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

Deve ser administrada exclusivamente por via **intramuscular (IM)**. A região **ventro-glútea é a via preferencial**, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local. Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo.

Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

Tratamento - Penicilina. Orientações importantes:

- Evitar ter relação sexual até que o seu tratamento (e do parceiro com a doença) se complete.
- A gestante deve realizar controle de cura mensal
- Começar a tratar novamente em caso de interrupção do tratamento ou da quadruplicação dos títulos (ex.: de 1/2 para 1/8).

**Durante a gravidez – em situações de VDRL positivo**

- Realizar o controle de cura mensal por meio do VDRL - Começará a tratar novamente em caso de interrupção de tratamento ou quadruplicação dos títulos (ex.: de 1/2 para 1/8). Gestantes comprovadamente alérgicas à Penicilina: dessensibilizadas ou com Estearato de Eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 15 dias (sífilis recente) e 30 dias (sífilis tardia).

ATENÇÃO: É considerado TRATAMENTO INADEQUADO PARA SÍFILIS MATERNA:

Todo aquele feito com qualquer medicamento que não seja penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou a instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto.

Reação de Jarish-Herxheimer

é um evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária.

Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas – com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regridem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento.

Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto prematuro, pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Entretanto, caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais da reação.

30- (MARINHA RESIDÊNCIA 2019/2020) No tratamento de gestantes com sífilis, após a primeira dose de penicilina, a paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, as quais regridem espontaneamente após doze a vinte e quatro horas, sem a necessidade de descontinuidade do tratamento. Assinale a opção que corresponde a esta manifestação clínica:

- (A) síndrome de Lyell
- (B) Síndrome de Stevens-Johnson
- (C) Reação treponêmica
- (D) Reação de Jarisch-Herxheimer
- (E) Síndrome do homem vermelho

31- Gestante com 32 anos, na 19^a semana gestacional, procurou o acolhimento e classificação de risco, queixando-se de artralgia, febre e cefaleia. Durante a anamnese, relatou que, há cerca de oito horas, recebeu a primeira dose de penicilina benzatina, referente ao tratamento de sífilis na gestação, indicando tratar-se de um caso de reação de Jarisch-Herxheimer. Diante dessa situação, a gestante deve ser observada, pois apresenta maior risco para:

- (A) abortamento
- (B) choque anafilático
- (C) amniorexe prematura
- (D) trabalho de parto prematuro



32- (MARINHA RESIDÊNCIA 2019/2020) A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo Treponema pallidum. Sobre essa doença, avalie as afirmações abaixo:

- I- A transmissão pode ser sexual e vertical.
- II- É classificada em sífilis primária, secundária e terciária.
- III- A penicilina G Benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento, sendo administrada sempre em 3 doses
- IV- O diagnóstico pode ser feito por testes treponêmicos, sendo Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) teste em cartão da reagina plasmática rápida (RPR-CT) os mais utilizados
- V- As lesões da sífilis primária e secundária são altamente infecciosas.

A alternativa correta é:

- (A) I, II e III
- (B) I, III e IV
- (C) I, II e IV
- (D) I, III e V
- (E) I, II e V

33- (UERJ 2020-2021) Mulher de 26 anos (GIII/PII/A0), com idade gestacional de 22 semanas, compareceu à segunda consulta de pré-natal na UBS, acompanhada de seu parceiro. Informa ter apresentado uma lesão indolor em região vulvar, que desapareceu espontaneamente há uma semana. O exame de VDRL apresentou o resultado positivo. Com base no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis” (2020) e no “Caderno de Atenção Básica nº 32” (BRASIL, 2012), em uma gestante com a classificação de sífilis primária, a conduta do enfermeiro deve ser tratá-la com penicilina:

- (A) benzatina, além de tratar o seu parceiro, sendo dose única de 2.400.000UI (1.200.000 em cada nádega) em ambos
- (B) cristalina, sendo dose única de 2.400.000UI (1.200.000 em cada nádega), além de solicitar o exame do parceiro
- (C) cristalina, além de tratar o seu parceiro, sendo dose única de 2.400.000UI (1.200.000 em cada nádega) em ambos
- (D) benzatina, sendo dose única de 2.400.000UI (1.200.000 em cada nádega), além de solicitar o exame do parceiro

34- (EsFCEX Enfermeiro 2024) Considere o caso, hipotético, apresentado a seguir.

Em 10.07.2024, ao realizar inspeção de saúde de X.Y., 3º sargento informou que havia sido diagnosticado e tratado para sífilis primária há 14 meses e que havia realizado os exames para acompanhamento, obtendo “resultados satisfatórios”. Considerando os dados obtidos na anamnese, embora o exame físico não mostre sinais da sífilis, foram solicitados, entre outros exames, VDRL, FTA-ABS IGG e sorologia (ELISA) para HIV. No departamento de saúde, ao receber os resultados dos exames realizados por X.Y., o 1º tenente QCO enfermeiro constatou: sorologia para HIV negativa, VDRL: não reagente e FTA-Abs (IGG): reagente, FTA-Abs (IGM): não reagente. Ao analisar o prontuário, constatou que os resultados anteriores eram: (04.05.23 – momento do diagnóstico) VDRL 1:32; (08.08.23) VDRL 1:16; (04.11.2023) VDRL 1:8; (06.02.2024) VDRL 1:2; (02.05.2024) VDRL 1:2. Uma vez descartada exposição no período, no que diz respeito aos resultados obtidos para os exames VDRL e FTA-ABS, é correto afirmar que X.Y. apresenta



- (A) sífilis latente tardia.
- (B) sífilis latente recente.
- (C) cicatriz sorológica.
- (D) sífilis secundária.
- (E) reativação da sífilis.

3. CONDUTAS NAS QUEIXAS MAIS COMUNS NA GRAVIDEZ – LEITURA COMPLEMENTAR

3.1. Náuseas, vômitos e tonturas:

Explique que tais sintomas são comuns no início da gestação;

- Oriente a gestante a:
 - 1- consumir uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia);
 - 2- evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis;
 - 3- evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos;
 - 4- ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal;
 - 5- ingerir alimentos gelados;
- Medicamentos: bromoprida, normoprida, dimenidrato, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, metoclopramida, associados ou não à vitamina B6;
- Agende consulta médica ou refira a gestante ao pré-natal de alto risco em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio.

3.2. Pirose

Oriente a gestante a:

- consumir dieta fracionada, evitando frituras;
- evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Obs.: Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos.

3.3. Sialorréia

Explique que é um sintoma comum no início da gestação;

- Oriente dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;
- Oriente a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

3.4. Fraquezas e desmaios:

Oriente a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;

- Indique dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;
- Explique à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

3.5. Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal:

- Certifique-se de que não sejam contrações uterinas
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;

Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:

- Oriente dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;



- Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;

Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;

Eventualmente, prescreva:

- Dimeticona (para os gases);
- Supositório de glicerina (para a obstipação);
- Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas).

Solicite exame parasitológico de fezes, se necessário.

3.6. Hemorróidas:

Recomende à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina;
- Que não use papel higiênico colorido ou ásperto (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;
- Que faça banhos de vapor ou compressas mornas.
- Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

3.7. Corrimento Vaginal:

- Explique que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;
- Agende consulta se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido. Nestes casos, veja as condutas mencionadas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS.

3.8. Queixas urinárias:

Explique que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga). Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada; Agende consulta médica caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

3.9. Falta de ar e dispneia:

Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante.

- Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso;
- Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;
- Agende a consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.

3.10. Dor nas mamas:

Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;

- Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;



- Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

3.11. Dor lombar:

Recomende que a gestante:

- faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar;
- use sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- faça a aplicação de calor local;
- eventualmente, a critério e por orientação médica, use analgésico (se não for contraindicado)
- por tempo limitado.

3.12. Cefaleia

Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação);

- converse com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;
- Refira a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;
- Oriente a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.

3.13. Sangramento nas gengivas

- Recomende a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia;
- Oriente a realização de massagem na gengiva;
- Recomende o uso de fio dental;
- Agende atendimento odontológico sempre que possível.

3.14. Varizes:

Recomende que a gestante:

- não permaneça muito tempo em pé ou sentada;
- repouse (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas;
- se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.

3.15. Câimbras:

Recomende que a gestante:

- massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local;
- evite o excesso de exercícios;
- realize alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise álgica e quando for reposar.

3.16. Cloasma Gravídico:

- Explique que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;
- Recomende que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.

3.17. Estrias

Explique que são resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de



prevenção. As estrias, que no início apresentam cor arroxeada, tendem com o tempo a ficar com uma cor semelhante à da pele.

Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

FAZER LEITURA: Condutas frente a queixas mais comuns na gestação (GARCIA, 2019, P.176-185).

GABARITO

1-C	2-D	3-A	4-A	5-C	6-A	7-C	8-E	9-C	10-C
11-A	12-D	13-D	14-D	15-D	16-C	17-B	18-A	19-B	20-C
21-B	22-E	23-A	24-A	25-B	26-A	27-B	28-C	29-D	30-D
31-D	32-E	33-A	34-C						

REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19** [recurso eletrônico]. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

GARCIA, ROSANA APARECIDA. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher** / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo: COREN-SP, 2019.