

GESTAÇÃO DE RISCO

A gravidez não é doença, mas ela acontece num corpo de mulher inserido em um contexto que interfere no processo de saúde e doença e configura um padrão de adoecimento e morte específicos.

Gravidez de Alto Risco é aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que a da média da população considerada.

1. Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual

Características individuais e condições sociodemográficas:

- Idade <15 anos e >40 anos.
- Obesidade com IMC >40.
- Baixo peso no início da gestação (IMC <18).
- Transtornos alimentares (bulimia, anorexia).
- Dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool ou outras drogas

História reprodutiva anterior:

- Abortamento espontâneo de repetição (três ou mais em sequência).
- Parto pré-termo em qualquer gestação anterior (especialmente < 34 semanas)
- Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores.
- Óbito fetal de causa não identificada.
- História característica de insuficiência istmocervical.
- Isoimunização Rh.
- Acretismo placentário.
- Pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas) eclâmpsia ou síndrome HELLP

Condições clínicas prévias à gestação:

- Hipertensão arterial crônica.
- Diabetes mellitus prévio à gestação.
- Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico).
- Cirurgia bariátrica.
- Transtornos mentais.
- Antecedentes de tromboembolismo.
- Cardiopatias maternas. Nefropatias. Neuropatias. Hepatopatias
- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias).
- Doenças autoimune.
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas grandes).
- Câncer diagnosticado.
- Transplantes.
- Portadoras do vírus HIV.

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:

- Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia).
- Diabetes mellitus gestacional com necessidade de uso de insulina.
- Infecção urinária alta.
- Cálculo renal com obstrução.
- Restrição de crescimento fetal.
- Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia.
- Oligoâmnio/polidrâmnio.
- Suspeita atual de insuficiência istmo cervical.
- Suspeita de acretismo placentário.
- Placenta prévia.
- Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases).
- Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento.
- Suspeita de malformação fetal ou

arritmia fetal. • Isoimunização Rh. • Doenças infecciosas na gestação: sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina), toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal). • Suspeita ou diagnóstico de câncer. • Transtorno mental.

Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que devem ser avaliadas em contexto hospitalar

Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento. Anemia grave ($Hb \leq 7$ g/dL). Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão. Crise hipertensiva ($PA \geq 160/110$ mmHg). Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria). Eclâmpsia/convulsões. Hipertermia (Temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}C$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores. Suspeita de trombose venosa profunda. Suspeita/diagnóstico de abdome agudo. Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar. Prurido gestacional/icterícia. Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia). Idade gestacional de 41 semanas ou mais.

Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica (BRASIL, 2013)

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica → realizar leitura pelo Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012)

QUESTÕES

1. Em relação aos fatores de risco na gravidez, é correto afirmar que:

I- As características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis são: idade menor que 15 anos e maior que 35 anos e peso menor que 45 kg e maior que 75 kg.

II- História reprodutiva anterior de recém-nascidos com crescimento retardado, pré-termo ou malformado.

III- Doença obstétrica na gravidez atual de ganho ponderal inadequado.

IV- Intercorrências clínicas de Cardiopatias, Pneumopatias, Nefropatias e doenças infecciosas.

(A) I, II, III, e IV são corretas.

(B) Somente I e II são corretas.

(C) Somente II e III são corretas.

(D) Somente I II e III são corretas.

(E) Nenhuma das alternativas está correta.

2. (UNIFESP 2018 - Res Enf Obstétrica) São fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica relacionados às condições sociodemográficas desfavoráveis:

(A) Macrosomia fetal e dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

(B) Altura materna menor do que 1,45m e distúrbios hipertensivos da gestação.

(C) Altura materna menor do que 1,45m e macrosomia fetal

(D) Anemia e dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

(E) Dependência de drogas lícitas ou ilícitas e idade materna maior do que 35 anos.

2. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (BRASIL, 2018 a)

Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Por meio de ações que buscam a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, da garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral, da implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, e do acesso ao planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha articula os seguintes objetivos:

- Fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;

- Fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção a gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade;

- Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal.

A Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais:

- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
- Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;
- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
- Gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

Capítulos do manual para leitura complementar: Passo a passo para implantação do A&CR: recomendações e Atribuições das equipes de A&CR

Os Protocolos de CR utilizam algumas categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes. Chaves de decisão dos fluxogramas:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental.
2. Avaliação da respiração e ventilação.
3. Avaliação da circulação.
4. Avaliação da dor (escalas).
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos).
6. Fatores de risco (agravantes presentes).

1. Avaliação sumária do nível de consciência: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

2. Análise Primária: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

- **Vias Aéreas**: incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
- **Respiração**: a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, *gasping* ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.
- **Circulação**: a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
- **Hemorragia**: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
 - A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
 - Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
 - Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
 - Sangramento leve: ≥ 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	≥ 140 ou ≤ 59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥ 110 mmHg	≥ 140 ou ≤ 50 Em paciente assintomática
≥ 140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais).

Tabela 2 – Parâmetros de Avaliação da Glicemia

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012.

Fluxos de atendimento após classificação de risco

- **Pacientes classificadas como vermelhas** (atendimento imediato)
 - O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.
- **Classificação Laranja** (atendimento em até 15 minutos)
 - O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.
- **Classificação Amarela** (atendimento em até 30 minutos)
 - O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento.
- **Classificação Verde** (atendimento em até 120 minutos)
 - Por definição, são pacientes sem risco de agravamento. Serão atendidas por ordem de chegada.
- **Classificação Azul** (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação)
 - Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço.

Ver no manual: Fluxogramas de CR:

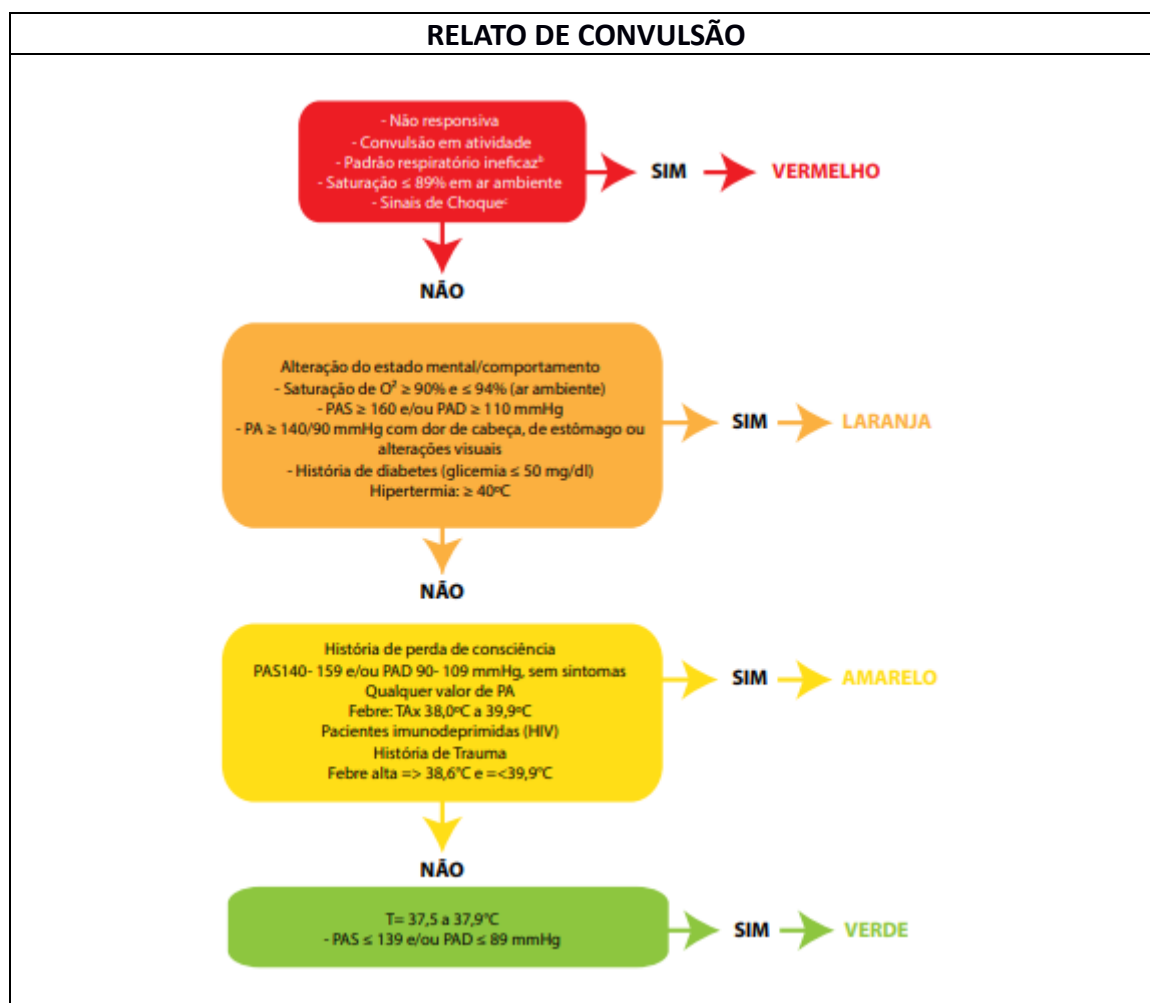
1. Desmaio / mal estar geral;

2. Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
3. Dor de cabeça, tontura, vertigem;
4. Falta de ar;
5. Febre / sinais de infecção;
6. Náuseas e vômitos;
7. Perda de líquido vaginal / secreções;
8. Perda de sangue via vaginal;
9. Queixas urinárias;
10. Parada / redução de movimentos fetais;
11. Relato de convulsão;
12. Outras queixas / situações

	DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES UTERINAS	FALTA DE AR/ SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL/ SECREÇÕES	PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL	RELATO DE CONVULSÃO	PARADA/ REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS
vermelho	<ul style="list-style-type: none"> - Período expulsivo - Prolapso de cordão umbilical - Exteriorização de partes fetais - Sinais de choque 	<ul style="list-style-type: none"> - Saturação \leq 89% em ar ambiente - Estridor laríngea - Sinais de Choque 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho de parto (TP) em período expulsivo - Exteriorização de partes fetais 	<ul style="list-style-type: none"> - Não responsiva - Sinais de Choque - Hemorragia exangüinante - TP em período expulsivo - Exteriorização de partes fetais 	<ul style="list-style-type: none"> - Não responsiva - Convulsão em atividade - Padrão respiratório ineficaz - Saturação \leq 89% em ar ambiente - Sinais de Choque 	-----

Laranja	<ul style="list-style-type: none"> - Dor intensa 7-10/10 - Contrações intensas a cada 2 minutos - Hipertonia uterina e/ou Sangramento genital intenso - PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg - PA $\geq 140/90$ mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais) - Perda de líquido espesso esverdeado - Portadora de doença falciforme - Portadora de HIV em TP (qualquer frequência ou dor) - Pós-parto imediato 	<ul style="list-style-type: none"> - Padrão respiratório ineficaz - Saturação de O² $\geq 90\%$ e $\leq 94\%$ (ar ambiente) - PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg - PA $\geq 140/90$ mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais) - Início agudo após trauma - Anemia falciforme - Hipertermia $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor intensa 7-10/10 - Contrações intensas a cada 2 min - Perda de líquido esverdeado espesso - PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg - PA $\geq 140/90$ mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais) - Portadora de HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Confusão/letargia - Sangramento intenso - PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg ou - PA $\geq 140/90$ mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais) - Dor intensa 7-10/10 - TP (contrações a cada 2 minutos) - Hipertonia uterina - Portadoras de doença falciforme - Hipertermia $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do estado mental/ comportamento - Saturação de O² $\geq 90\%$ e $\leq 94\%$ (ar ambiente) - PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg - PA $\geq 140/90$ mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais - História de diabetes (glicemia ≤ 50 mg/dl) - Hipertermia: $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 	<ul style="list-style-type: none"> - Saturação de O² $\geq 90\%$ e $\leq 94\%$ (ar ambiente) - PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg - PA $\geq 140/90$ mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais - Hipertermia $\geq 40^{\circ}\text{C}$ - Dor intensa 7-10/10
	<ul style="list-style-type: none"> - Dor moderada 4-6/10 - Contrações com intervalos de 3 a 5 min - Sangramento moderado - PAS de 140 -159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas - Ausência de MF em gravidez ≥ 22 semanas - Vítimas de Violência física e sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispneia moderada, consegue falar frases mais longas, - Saturação de O² $\geq 95\%$ em ar ambiente - PAS 140- 159 e/ou PAD 90- 109 mmHg, sem sintomas - Edema unilateral de MMII ou dor em panturrilha - Febre: TAX $38,0^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$ - Dor de garganta com placas Dor torácica moderada 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor moderada 4-6/10 - Contrações com intervalos de 3 a 5 min - Perda de líquido claro em grande quantidade - Vítimas de Violência física e sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento moderado - Dor moderada 4-6/10 - Contrações com intervalos de 3 a 5 min - Contrações uterinas a intervalos de 3 a 5 min - Ausência de percepção de MF em gravidez ≥ 22 sem - Febre: TAX 38°C a $39,9^{\circ}\text{C}$ - Vítima de violência 	<ul style="list-style-type: none"> - História de perda de consciência PAS 140- 159 e/ou PAD 90- 109 mmHg, sem sintomas - Qualquer valor de PA Febre: TAX $38,0^{\circ}\text{C}$ a $39,9^{\circ}\text{C}$ - Pacientes imunodeprimidas (HIV) História de Trauma Febre alta $\Rightarrow 38,6^{\circ}\text{C}$ e $\leq 39,9^{\circ}\text{C}$ 	<ul style="list-style-type: none"> - Relato de ausência ou redução de MF por mais de 12 h em gestação ≥ 26 semanas - PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas

Verde	<p>Dor leve intensidade 1-3/10 - Febril $\leq 37,9^{\circ}\text{C}$</p> <p>- Perda de líquido em pequena quantidade - Encaminhamento de outras unidades de saúde não enquadradas nas situações de urgência</p>	<p>- Obstrução nasal com secreção amarelada - Dor de garganta sem outras alterações</p> <p>- Tosse produtiva, persistente - Febril $\leq 37,9^{\circ}\text{C}$</p>	<p>- Queixa atípica de perda de líquido/secreções</p> <p>- Dor leve intensidade 1-3/10</p> <p>Contrações com intervalo maior que 5 min</p> <p>- Encaminhamento do Centro de Saúde não enquadradas nas situações de urgência</p>	<p>Sangramento leve</p> <p>Dor leve intensidade 1-3/10</p>	<p>$T = 37,5$ a $37,9^{\circ}\text{C}$ - $PAS \leq 139$ e/ou $PAD \leq 89$ mmHg</p>	<p>- Relato de ausência ou redução de MF por mais de 12 h em gestação de 22 sem e <26 sem;</p> <p>- Relato de ausência ou redução de MF por menos de 12 h em gestação > 22 sem.</p>
azul	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde	-----	-----	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde



QUESTÕES

3. (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Gestante J.P.V.C, 27 anos, G: I P:0 A:0, IG: 32 semanas, com diagnóstico de hipertensão gestacional, fazendo uso de medicação metildopa 750mg. Deu entrada na emergência da maternidade e foi acolhida pela enfermeira do setor de acolhimento e classificação de risco. Ao realizar a anamnese, J.P.V.C queixou-se de cefaleia, dor epigástrica e contrações uterinas ritmadas. No exame físico foi constatado PA: 150x90mmHg, FC: 92 bpm, FR:18 irpm, SpO2: 98%, sem presença de sangramento transvaginal, sem perda de líquido transvaginal, movimentos fetais presentes e dinâmica uterina de 01 contração a cada 10 minutos, com duração de 20 segundos. Após o atendimento, a gestante foi classificada com a cor:
- (A) Amarelo
 - (B) Laranja
 - (C) Azul
 - (D) Verde
 - (E) Vermelho
4. (UNIFASE 2021 2022 Res. Enf Obstétrica) Após ser avaliada pela classificação de risco, a gestante recebe uma cor para representar a prioridade do seu atendimento. Cada cor possui um significado sendo do mais crítico ao menos crítico, onde há um limite de tempo de espera para o atendimento. Pacientes que são classificadas com a cor amarela deverão ser atendidas em até:
- (A) 10 minutos.
 - (B) 15 minutos.
 - (C) 20 minutos.
 - (D) 25 minutos.
 - (E) 30 minutos.
5. (UNIFASE 2021 2022 Res. Enf Obstétrica) Gestante A.D., 27 anos, G:II P:I A:0, IG: 29+4, nega comorbidades, nega vícios, nega sintomas de COVID-19. Queixando-se de dor em baixo ventre e cefaleia. Ao verificar sinais vitais foi observado que a pressão arterial estava alterada, dando o valor de 140x100mmHg. A.D. informa que na gestação anterior também teve alteração na pressão arterial mas que após o nascimento do seu filho melhorou e por isso ela não faz uso de anti-hipertensivos. De acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, esta gestante deverá ser classificada com qual cor?
- (A) Vermelha.
 - (B) Laranja.
 - (C) Amarela.
 - (D) Verde.
 - (E) Azul
6. (EsFCEX 2024) Gestante, acompanhada pelo marido, procurou uma unidade de pronto atendimento de uma maternidade relatando não estar sentindo os movimentos fetais. Durante o acolhimento, o enfermeiro constatou que a idade gestacional era de 232/7 semanas e há cerca de 10 horas não percebia movimentos fetais. Obteve, entre outros dados objetivos, temperatura axilar = 36,9 °C, frequência respiratória = 19 movimentos/minuto, frequência cardíaca =

88 batimentos/minuto, pressão arterial = 128 x 82 mmHg. Uma vez que não foram informadas ou observadas outras intercorrências obstétricas ou traumas, de acordo com as orientações contidas no Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (MS, 2017), com base no Protocolo de Manchester, o enfermeiro deve identificar a gestante com a cor

- (A) azul.
- (B) amarela.
- (C) laranja.
- (D) vermelha.
- (E) verde.

3. Mortalidade materna – conceitos básicos:

A morte materna é definida como óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida à qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação à ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

- Quando essa morte é resultante de complicações obstétricas ocorridas na gravidez, parto ou puerpério, é classificada como morte **obstétrica direta**.
- Quando é resultante de doenças pré-gestacionais ou que se desenvolveram durante a gestação, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, é classificada como morte **obstétrica indireta**.

Morte Materna não Obstétrica - é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

Morte Materna Tardia - é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

Razão de Mortalidade Materna Relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos.

N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)	
	X 100.000
N.º de nascidos vivos	

O **near miss materno** (NMM) é definido como “uma mulher que quase morreu, mas que sobreviveu a uma complicação grave durante o período gestacional até 42 dias após o término da gestação”

Principais grupos de causas de morte materna: hipertensão, hemorragia, infecção puerperal, complicações no parto e aborto.

O óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória, tornando obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno.

QUESTÕES

7. (UNIFASE 2021-22 Res Enf Obstétrica) Sobre mortalidade materna, assinale a alternativa CORRETA:
- (A) As principais causas de mortalidade são hipertensão, hemorragias, infecções, complicações no parto e abortos inseguros.
- (B) O conceito de morte materna tardia é óbito por causa obstétrica direta ou indireta que ocorre com mais de 30 dias, porém menos de um ano após o término da gravidez.
- (C) Óbito resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas a gravidez e seu manuseio, é o conceito de morte materna não obstétrica. Esse conceito faz parte do cálculo da razão de mortalidade materna.
- (D) O *near miss* materno é atualmente definido como a mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicações graves durante a gestação, parto ou até 90 dias após o término da gestação.
- (E) A morte materna é considerada declarada quando as informações registradas na declaração de óbito (DO) são ligadas a hemorragias pós-parto.
8. (UNIFASE 2021-22 Res Enf Obstétrica) A morte materna tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período, após o fim da gravidez, superior a:
- (A) 42 dias e inferior a um ano.
- (B) 60 dias e inferior a 6 meses.
- (C) 45 dias e inferior a um ano.
- (D) 30 dias e inferior a um ano.
- (E) 90 dias e inferior a um ano.

4. CONDIÇÕES PATOLÓGICAS INERENTES AO ESTADO GRAVÍDICO - MANUAL GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, 2022

- Entre 10% a 15% das gestações apresentam hemorragias;
- Divididas em primeira metade e segunda metade da gestação.

Primeira metade:	Segunda metade:
<ul style="list-style-type: none">• Abortamento;• Gravidez ectópica;• Mola Hidatiforme;• Descolamento córioamniótico;	<ul style="list-style-type: none">• Placenta prévia;• Descolamento prematuro da placenta;• Rotura uterina;• Vasa prévia

QUESTÃO

9. (UFRJ Res. Enfermagem 2020-2021) **As mais importantes situações hemorrágicas gestacionais na primeira metade da gestação são:**
- (A) Placenta prévia; Descolamento prematuro da placenta; Abortamento.
- (B) Gravidez ectópica; Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme); placenta prévia.
- (C) Rotura uterina; Gravidez ectópica; Descolamento prematuro da placenta.
- (D) Abortamento; Gravidez ectópica; Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).

4.1. Síndromes hemorrágicas da primeira metade da gestação

4.1.1. ABORTAMENTO

O aborto espontâneo é definido como gestação intrauterina não viável até 20-22 semanas ou peso fetal de 500 g. É considerado precoce ou de primeiro trimestre até 12 semanas e 6 dias.

Considera-se perda bioquímica o aborto que ocorre após um teste urinário ou beta-hCG positivo, mas sem diagnóstico ultrassonográfico ou histológico. O termo aborto clínico é utilizado quando a ultrassonografia ou a histologia confirmam que houve uma gravidez intrauterina.

No Brasil, de acordo com a legislação em vigor desde 1940, o crime de aborto não é punido apenas em duas hipóteses, previstas no artigo 128, incisos I e II do Código Penal:

- “**aborto necessário ou terapêutico**”, quando não há outra forma de salvar a vida da gestante;
- “**aborto sentimental ou humanitário**”, quando a gravidez decorre de estupro.

Portaria GM/MS Nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. São documentos necessários para a justificação do aborto nos casos de estupro:

- 1) Termo de Relato Circunstanciado do evento,
- 2) Termo de responsabilidade; e
- 3) Termo de consentimento assinados pela mulher ou quando incapaz, por seu representante legal;
- 4) Parecer Técnico assinado pelo médico;
- 5) Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro assinados por no mínimo 3 (três) profissionais de saúde;

4.1.2. Ameaça de aborto ou aborto evitável - sangramento vaginal, mas o orifício interno do colo uterino permanece impérvio e a vitalidade embrionária está preservada. Pode ser acompanhado por desconforto suprapúbico, cólicas moderadas, pressão pélvica ou dor lombar persistente.

4.1.3. Aborto inevitável - além de sangramento vaginal abundante e cólicas uterinas, apresenta colo pérvio e não há possibilidade de salvar a gravidez.

4.1.4. Aborto completo - há eliminação completa do produto conceptual. A cavidade uterina se apresenta vazia após gestação anteriormente documentada. A ultrassonografia é o exame que demonstra ausência da gestação. A paciente relata história de sangramento importante, cólicas e eliminação de tecidos. O orifício interno do colo uterino tende a se fechar depois da expulsão completa do material intra-uterino.

4.1.5. Aborto incompleto - presença intrauterina dos produtos da concepção, após a expulsão parcial do tecido gestacional.

4.1.6. Aborto retido - é aquele no qual há ausência de batimentos cardíacos fetais ou do embrião (gravidez anembrionada), mas não ocorre a expulsão espontânea do conteúdo intrauterino. Os produtos da concepção podem permanecer retidos por dias ou semanas, com o orifício interno do colo

uterino impérvio. Classicamente é definido como a não eliminação do produto conceptual por um período de 30 dias.

Quadro clínico: sangramento vaginal e o desaparecimento dos sintomas gestacionais são sugestivos de aborto, mas sintomas inespecíficos.

Apresentações clínicas: aborto não complicado ou aquele complicado por hemorragia e/ou infecção.

ABORTO NÃO COMPLICADO	ABORTO COMPLICADO	
	HEMORRAGIA	INFECÇÃO
a paciente encontra-se hemodinamicamente estável e sem evidências de infecção. Ocorre redução ou desaparecimento dos sintomas gestacionais, como mastalgia, náuseas e vômitos. O volume do sangramento varia bastante - eliminação de coágulos ou membranas, mas a perda gestacional não pode ser confirmada sem outras avaliações, com a ultrassonografia transvaginal. As cólicas abdominais podem variar de leves a severas, especialmente durante a passagem do tecido gestacional.	a paciente apresenta sangramento vaginal maciço com alteração de sinais vitais, anemia e taquicardia, levando à necessidade de transfusão sanguínea e esvaziamento uterino cirúrgico.	a paciente pode apresentar dor abdominal ou pélvica, sensibilidade uterina, secreção purulenta, febre, taquicardia e hipotensão, requerendo avaliação e tratamento de emergência.

No aborto complicado por infecção, **Diagnóstico**

- O exame especular permite a avaliação do sangramento, de sua origem e quantidade, e de sinais de infecção.
- O toque vaginal bimanual permite a determinação da dilatação cervical e pode auxiliar na estimativa da idade gestacional.
- Os exames laboratoriais devem incluir o tipo sanguíneo ABO e Rh, para que seja possível prevenir a aloimunização fetal e no caso de necessidade de transfusões sanguíneas.
- A ultrassonografia transvaginal é o exame-padrão para mulheres com complicações na gestação inicial.
- Pode-se definir gestação não evolutiva por:
 - Saco gestacional ≥ 25 mm, sem vesícula vitelina ou embrião.
 - Ausência de embrião com batimento cardíaco embrionário 14 dias após visualização de saco gestacional sem vesícula vitelina.
 - Ausência de embrião com batimento cardíaco embrionário 11 dias após visualização de saco gestacional sem vesícula vitelina.
 - Embrião ≥ 7 mm, sem batimentos cardíacos.
 - Ausência de embrião com atividade cardíaca em casos previamente documentados.

CONDUTA - tratamento individualizado e escolha da paciente entre conduta expectante, medicamentosa ou cirúrgica.		
Expectante - Consiste em aguardar a eliminação espontânea do produto conceptual. As mulheres são geralmente orientadas a esperar duas semanas para que o aborto se complete, mas a conduta	Medicamentosa - A droga mais comumente utilizada é o misoprostol; o seu uso a cada 6 horas mostra elevada taxa	Cirúrgica - é a escolha para mulheres com sangramento excessivo, instabilidade hemodinâmica, sinais de infecção, comorbidades cardiovasculares ou

pode ser mantida por mais tempo se não houver sinais de infecção. É necessária a observação da paciente a cada uma ou duas semanas, até o completo esvaziamento uterino, que pode ser confirmado por sinais clínicos e USG transvaginal. As principais complicações da conduta expectante são esvaziamento uterino incompleto, a hemorragia e infecção.	de sucesso. Há risco de sangramento aumentado e eliminação incompleta. A paciente deve receber analgesia oral ou endovenosa durante a eliminação.	hematológicas. Mulheres clinicamente estáveis, a cirurgia pode ser oferecida para aquelas que preferem resolver o quadro rapidamente ou cujo tratamento conservador não foi bem-sucedido. A conduta cirúrgica inclui a aspiração manual ou elétrica, com ou sem dilatação cervical, e a curetagem uterina.
---	--	--

Cuidados após o abortamento:

- ✓ Recomenda-se a prescrição da imunoglobulina anti-D, na dose de 300 mcg, independentemente da IG, nos casos de abortamento.
- ✓ Em mulheres que optam pelo esvaziamento uterino cirúrgico, o material, sempre que possível, deve ser enviado para exame histológico, para confirmar ou excluir uma gestação molar.
- ✓ No caso de conduta expectante ou medicamentosa, ou não havendo estudo anatomopatológico, recomenda-se pesquisa de hCG em teste de urina ou beta-hCG sérico 30 dias após a eliminação, a fim de documentar a resolução do quadro e minimizar a possibilidade de um diagnóstico de doença trofoblástica passar despercebido.
- ✓ Os períodos menstruais normais voltam em um ou dois meses após o aborto.
- ✓ É seguro para as mulheres retomarem atividade sexual quando o sangramento parar.

4.1.7. Aborto espontâneo de repetição (AER) – é a ocorrência de 3 ou mais perdas gestacionais espontâneas e consecutivas.

No entanto, atualmente recomenda-se a pesquisa da causa das perdas em casais com dois ou mais abortamentos, principalmente quando a mulher tem 35 anos ou mais ou tem história de infertilidade prévia.

Fatores de risco de ERA: • Idade materna: quanto maior a idade, maior o risco de abortamento. • Tabagismo. • Consumo de álcool e drogas. • Cafeína: dose dependente. • Baixo índice de folato. • Extremos de peso: IMC 35.

• Cromossomopatias - São a causa mais frequente dos abortos precoces esporádicos.

• Fatores anatômicos - Os defeitos uterinos congênitos ou adquiridos estão mais associados a abortos tardios ou a partos prematuros.

• Trombofilias - Atualmente, só se aceita que a trombofilia adquirida se associe à morbidade obstétrica. As hereditárias não se associam a maior risco obstétrico e não devem ser investigadas ou tratadas. Recomenda-se que o ácido acetilsalicílico seja iniciado assim que programada a gestação, e a heparina quando feito o diagnóstico de gravidez.

• Fatores endócrinos - Para as pacientes com aborto espontâneo de repetição, recomenda-se a pesquisa de glicemia de jejum e TSH.

- A insuficiência istmocervical também pode ser uma causa de abortos tardios ou partos prematuros, com história de cervicodilatação precoce. Nesses casos, o tratamento preconizado será a cerclagem por via transvaginal durante a gestação.

A insuficiência istmocervical pode ser definida como a dilatação indolor e recorrente do colo uterino, levando a perdas no 2º trimestre. Pode ser idiopática, decorrente da fraqueza estrutural do colo, ou secundária a procedimentos cirúrgicos como dilatação, curetagem ou conização.

A história clássica compreende perdas no 2º trimestre, sendo abortos tardios ou prematuros extremos, geralmente antes da 24ª semana de gravidez. A dilatação cervical acontece na ausência de contrações, e a paciente tem sintomas ausentes ou mínimos, como dor leve em baixo ventre, sensação de peso ou mudança do conteúdo vaginal, que passa de claro para muco rosado.

Os fatores de risco para IIC são:

- Trauma cervical: dilatação intempestiva do colo uterino, aplicação de fórceps na ausência de cervicodilatação completa e tratamento para neoplasia do colo uterino.
- Malformações uterinas congênitas.
- Defeitos do colágeno, como síndrome de Marfan e síndrome de Ehlers-Danlos.
- Antecedente de encurtamento cervical anterior (deve ser visto com cautela).

O diagnóstico da IIC é fundamentalmente clínico.

O tratamento da IIC se faz pela cerclagem, que tem por objetivo reforçar a cérvix por meio de uma sutura, diminuindo, conseqüentemente, o risco de aborto tardio e de prematuridade extrema. Quando eletiva, deve ser realizada entre **12 e 16 semanas** de gestação.

A cerclagem denominada de urgência, indicada por encurtamento do colo ou alteração ao exame físico, **pode ser realizada até 26 semanas**. Geralmente, está associada a maior risco.

São candidatas à cerclagem pacientes com:

- (1) história clássica e critérios de diagnóstico clínico;
- (2) história duvidosa ou fatores de risco e encurtamento de colo ao ultrassom; e
- (3) cervicodilatação ao exame físico.

Os fios da cerclagem devem ser retirados ambulatorialmente, no termo da gestação ou imediatamente em caso de trabalho de parto. A via de parto deve ser obstétrica.

- 4.1.8. **Abortamento infectado** - pode progredir e ser letal. Portanto, qualquer paciente com sinais e sintomas sugestivos, no contexto de perda de gravidez ou de gravidez recente, deve ser avaliada rapidamente.

Maior risco de infecção: história de abortamento inseguro, instrumentação uterina ou sangramento vaginal prolongado. A contaminação da cavidade uterina por bactérias da flora vaginal ou de instrumentos utilizados pode levar à invasão da placenta, do endométrio, do miométrio, da cavidade abdominal e causar septicemia. Diagnóstico é clínico feito em pacientes que apresentam sinais e sintomas de infecção uterina.

Os sinais e sintomas mais comuns incluem: • Dor pélvica e/ou abdominal. • Sensibilidade uterina. • Secreção vaginal purulenta. • Sangramento vaginal. • Febre. • Colo uterino entreaberto.

Na dependência do estágio clínico, pode ser dividido em (BRASIL, 2013):

Grau 1: é o mais frequente; a infecção está limitada ao conteúdo da cavidade uterina;

Grau 2: a infecção já se expande à pelve (pelviperitonite);

Grau 3: peritonite generalizada e infecção sistêmica com grave comprometimento do estado geral, coagulação intravascular generalizada, insuficiência renal, falência de múltiplos órgãos e choque séptico.

Conduta

Os pilares do tratamento são a restauração rápida da perfusão, o início de antibióticos intravenosos e a evacuação cirúrgica do útero.

- Esvaziamento uterino - realizada logo após o início da antibioticoterapia e a estabilização da paciente. Os principais riscos do procedimento são o sangramento aumentado e a perfuração uterina.
- O manejo pós-operatório em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser necessário. Caso não melhorem ou haja complicação, a laparotomia com histerectomia deve ser indicada.

QUESTÕES

10. (UFF Enf Saúde Coletiva 2021) Entre as síndromes hemorrágicas, assinale a opção com as características referentes ao aborto retido.

- (A) hemorrágico variável, independentemente da idade gestacional.
- (B) Quadro infeccioso materno, com presença de ovo íntegro ou não e, quadro
- (C) Ocorrência de discreto sangramento, com colo impérvio, regressão dos fenômenos gravídicos e redução do volume uterino em relação à idade gestacional.
- (D) Presença de secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.
- (E) Sangramento moderado a acentuado contendo coágulos e/ou restos ovulares, colo uterino permeável, dor em cólica de forte intensidade.

11. (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Pode ser considerada uma das classificações de abortamento:

- (A) Abortamento retido.
- (B) Abortamento de risco.
- (C) Abortamento restrito.
- (D) Abortamento contaminado.
- (E) Abortamento prematuro.

4.2. Síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação

4.2.1. PLACENTA PRÉVIA

Placenta prévia é definida como a placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero, **a partir da 22ª semana de gestação.**

Tem aumentado com a maior realização de operações cesarianas. Além da cesárea anterior, outros fatores de risco incluem: placenta prévia em gestação anterior, gestação múltipla, multiparidade, idade materna acima dos 35 anos, tabagismo, uso de

cocaína, fertilização in vitro, curetagens e cirurgias uterinas anteriores, bem como abortos eletivos e espontâneos.

Quadro clínico - presença de sangramento vermelho vivo, de início e cessar súbitos, indolor, imotivado, recorrente e progressivo. O sangramento ocorre, mais frequentemente, na 2ª metade da gestação, na ausência de contrações uterinas. Em 10% a 20% dos casos, pode apresentar contrações uterinas, sangramento vaginal e dor, quadro que se confunde com o descolamento prematuro da placenta.

Diagnóstico: durante o pré-natal, no exame de ultrassonografia solicitado na rotina.

Ao exame obstétrico: útero de consistência normal e indolor, apresentando tônus normal e batimentos cardíacos fetais preservados. É frequente haver apresentações anômalas.

O exame especular revela sangramento variável proveniente do orifício do colo uterino ou acumulado na vagina. Não se deve proceder com o exame de toque vaginal, pelo risco de agravamento no quadro hemorrágico.

A ultrassonografia transvaginal é considerada o padrão-ouro para confirmação diagnóstica → somente se estabelece após a 26ª semana de gestação

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DA PLACENTA
Centro-total ou completa	Recobre totalmente o orifício interno
Centro-parcial ou parcial	Recobre parcialmente o orifício interno
Marginal	A borda placentária atinge a borda do orifício interno
Lateral ou baixa	Implantação no segmento inferior, sem atingir o orifício interno

Conduta

A conduta clínica depende da intensidade do sangramento.

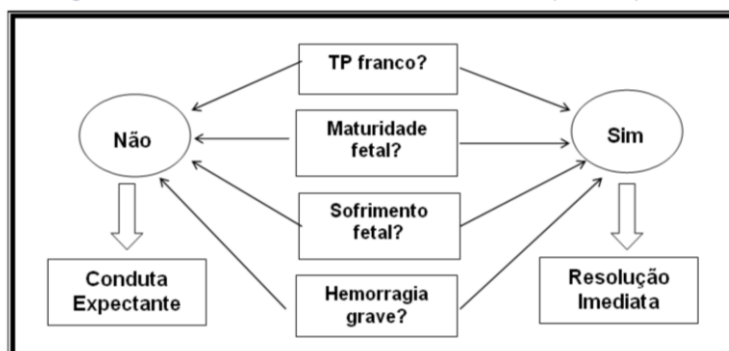
- ✓ Para os casos em que é adotada a conduta expectante, recomenda-se avaliação quinzenal do crescimento fetal e da localização placentária, para programação do parto. Alcançada a maturidade fetal, com 36 semanas, é indicada a resolução da gestação.
- ✓ O parto vaginal poderá ser escolhido nas placentações laterais e/ou marginais.

Sangramento ativo

- Todas as pacientes com sangramento da 2ª metade da gravidez têm indicação de internação para avaliação materna e fetal.
 - longe do termo, em que não se espera maturidade fetal, é indicada a conduta expectante, afastados os demais elementos que indicam a resolução imediata. Recomenda-se manter repouso no leito até que a hemorragia seja estabilizada, com cessação do sangramento por 6 horas.
- A avaliação do bem-estar fetal é obrigatória, pois a anemia materna pode promover a hipóxia fetal. Nas gestações abaixo de 34 semanas, a corticoterapia para acelerar a maturidade pulmonar fetal é indicada. Não há indicação para uso da tocolise.
- Recomenda-se obter 2 acessos venosos calibrosos → reposição de volume para manter a estabilidade hemodinâmica e débito urinário acima de 30 mL/h;

- A vigilância dos sinais vitais a cada hora, ou a intervalos menores, a depender da intensidade do sangramento;
- Providenciar a reserva de sangue para reposição, se necessário.
- Exames laboratoriais
- A conduta obstétrica depende: gravidade da hemorragia, estimativa da maturidade fetal, condição fetal e presença ou não de trabalho de parto. Hemorragia grave → interrupção imediata da gestação.
- Gestantes com tipagem Rh negativo, deve ser realizada a profilaxia com imunoglobulina anti-D.

Figura 1 – Elementos de conduta obstétrica em casos de placenta prévia



4.2.2. DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) representa uma das principais emergências obstétricas hemorrágicas. É definido pelo descolamento parcial ou completo da placenta, normalmente inserida de forma inopinada, intempestiva e prematura no corpo do útero, após a 20ª semana de gestação.

Fatores de risco: idade materna avançada, multiparidade, distúrbios hipertensivos, rotura prematura das membranas, hábito de fumar, presença de trombofilias, usuários de cocaína e DPP prévio.

Fatores de risco associados ao DPPNI (BRASIL, 2022)	
Fatores de risco sociodemográficos	Idade materna ≥ 35 anos e < 20 anos
	Paridade ≥ 3
	Etnia negra
Fatores de risco na gestação atual	Síndromes hipertensivas
	Trauma
	Distúrbios do líquido amniótico
	Placenta prévia
Fatores de risco em gestação pregressa	Cesárea anterior
	Pré-eclâmpsia
	Descolamento prematuro de placenta

Diagnóstico - fundamentalmente clínico: dor abdominal de início súbito, sangramento vaginal caracteristicamente escurecido, hipersensibilidade à palpação uterina, hipertonia uterina e alterações na vitalidade fetal.

Fisiopatologia do DPP - alterações locais (uterinas) e as gerais (alterações de coagulação, renais e hipofisárias).

- uterinas caracterizam-se pela hipertonia uterina e apoplexia uteroplacentária;
- as alterações renais por necrose tubular aguda e necrose cortical aguda,
- hipofisárias pela síndrome de Sheehan e as alterações da coagulação por coagulopatia de consumo e processo de fibrinólise

A síndrome de Sheehan se caracteriza pelo hipopituitarismo pós-parto secundário à necrose hipofisária decorrente de hipotensão ou choque em virtude de hemorragia maciça durante ou logo após o parto.

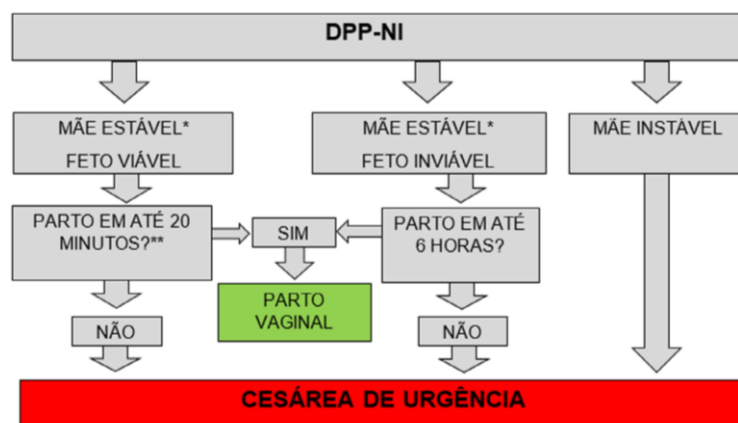
▪ Conduta

- A abordagem inicial deve incluir a garantia de 2 acessos venosos periféricos calibrosos e a solicitação de exames laboratoriais para avaliação de função hepática, função renal, eletrólitos, hemograma completo, provas de coagulação e tipagem sanguínea.
- Caso não haja disponibilidade imediata de provas de coagulação mais elaboradas, uma técnica útil é colher uma amostra de sangue periférico materno e mantê-lo em tubo de ensaio seco. Se após 7 minutos não houver formação de coágulo firme, considera-se coagulopatia instalada.
- Pronto reserva de hemoconcentrados.
- A paciente deve ser sondada e seu débito urinário observado e mantido acima de 30 mL/hora.
- A amniotomia é mandatória para minimizar riscos, uma vez que se relaciona com redução da hemorragia materna e do risco de coagulação intravascular disseminada e embolia amniótica.

Tomada de decisão médica: estabilidade hemodinâmica materna e a presença de feto vivo. Gestantes com IG \geq a 24/26 semanas e evidências de sofrimento fetal → parto imediato. Caso a expectativa de tempo para parto superar 20 minutos → parto cesáreo deve ser preferido.

Nos casos de óbito fetal ou feto de viabilidade incerta (IG <24 semanas) com estabilidade clínico-laboratorial materna → via de parto vaginal é preferível tendo previsão de nascimento entre 4 a 6 seis horas.

Fluxograma 1 – Conduta no DPP



QUESTÕES

12. (Sofia Feldman 2022-23) No Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) o exame obstétrico bem direcionado revela o grau de gravidade. Assim, assinale a alternativa CORRETA, no exame obstétrico:

- (A) os batimentos cardíacos fetais (BCF) podem estar normais ou alterados
- (B) o útero, em geral, encontra-se hipertônico, sensível às manobras palpatórias
- (C) os batimentos cardíacos fetais (BCF) podem estar normais ou alterados
- (D) Revelam-se volume e tônus uterinos normais, frequentemente com apresentação fetal anômala.

13. (UFRJ Res. Enfermagem 2020-2021) O principal fator de risco para placenta prévia é a cicatriz uterina anterior. Entre outras causas temos:

- (A) Multiparidade / Intervalo interpartal curto / Tabagismo / Gemelaridade.
- (B) Sangramento indolor/ Presença de sangramento sentinela / Cervicites.
- (C) Cervicites / Pólipo endocervical / Ectrópio.
- (D) Ectrópio / Câncer de colo de útero / Trauma vaginal.

4.3. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

- Definição de hipertensão arterial na gravidez: **PA sistólica \geq 140 mmHg e/ou PA \geq 90 mmHg.**
- A aferição da pressão arterial (PA) deve ser feita PREFERENCIALMENTE com a **paciente sentada**, aplicando o aparelho com manguito de 13 cm, no membro superior direito, mantendo-o elevado, na altura do coração. Paciente **em repouso** → em decúbito lateral esquerdo
- Realizar mais que uma medida com intervalo de pelo menos 4 a 6 horas.
- Considerar a pressão diastólica o 5º ruído de Korotkoff, correspondente ao desaparecimento da bulha.

CLASSIFICAÇÕES

1- Hipertensão arterial crônica: presença de hipertensão relatada pela gestante ou identificada antes da 20ª semana de gestação.

2- Hipertensão gestacional: identificação de hipertensão arterial na 2ª metade da gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria¹ ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE).

É um diagnóstico temporário e deve desaparecer até 12 semanas após o parto.

Diante da persistência dos valores pressóricos elevados, deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica.

Controle da hipertensão gestacional

Manter os valores da PA entre 110 a 140 X 85 mmHg (usando hipotensores, se necessários), monitorar o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e postergar a resolução da gestação até 39 + 6 semanas (desde que a PA esteja controlada, não haja comprometimento do bem-estar fetal ou evolução para pré-eclâmpsia).

3- Pré-eclâmpsia: identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa.

Na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de **comprometimento sistêmico** ou **disfunção de órgãos-alvo** (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal,

¹ DEFINIÇÃO DE PROTEINÚRIA - presença de pelo menos 300 mg em urina de 24 horas.

edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia) ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas).

4- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica: esse diagnóstico é estabelecido em algumas situações específicas:

- Quando, a partir da 20ª semana de gestação, ocorre o aparecimento ou piora da proteinúria já detectada na 1ª metade da gestação.
- Quando gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica necessitam de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais.
- Na ocorrência de disfunção de órgãos-alvo.

<u>Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade</u>	<u>Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade</u>
<p>A gestante deve ser internada para avaliação e descartar o diagnóstico para pré-eclâmpsia com sinais de gravidade.</p> <p>Após o período de internação, o atendimento ambulatorial é uma opção para se manter a gestante sob controle, onde a mesma precisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estar bem informada e ter condições de compreender a importância de procurar hospital caso surjam sintomas/sinais de agravamento da doença: cefaleia intensa ou persistente, alterações visuais, falta de ar ou dor no quadrante superior direito ou epigástrica. • Residir próximo a um hospital. • Ter alguém em casa ou em local próximo o tempo todo para dar suporte em caso de um evento adverso inesperado. • Estar atenta aos movimentos fetais – na percepção de redução, procurar hospital. • Ter condições de aferir a pressão arterial diariamente (no domicílio ou na Unidade Básica de Saúde). • Manter os valores da pressão arterial entre 110 a 140 x 85 mmHg. • Reduzir a atividade física ou estressante, uma vez que a pressão arterial se mantém mais baixa quando em repouso. • Manter consulta semanal para monitoramento das condições do feto e realizar exames laboratoriais necessários. • Ser internada, caso seja identificado qualquer sinal/sintoma de agravamento da doença para melhor avaliação e conduta. Se a gestante se mantiver bem controlada, a resolução da gestação deve ocorrer com 37 semanas. A indução do parto pode ser proposta. 	<p>Caracterizada pela presença dos <u>seguintes sinais de gravidade</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada. A associação com sintomas configura uma emergência hipertensiva. • Síndrome HELLP. • <u>Sinais de iminência de eclâmpsia</u>: caracterizados pela sintomatologia secundária a alterações vasculares do sistema nervoso, como cefaleia, distúrbios visuais fotofobia, fosfenas e escotomas e hiperreflexia, ou hepáticas, sendo náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrio ou no hipocôndrio direito). • Eclâmpsia. • Edema agudo de pulmão. • Dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar. • Insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

A pré-eclâmpsia pode também ser sub-classificada em relação à IG:

- Pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas de gestação)
- Pré-eclâmpsia tardia (≥34 semanas)
- Pré-eclâmpsia pré-termo (<37 semanas)
- Pré-eclâmpsia de termo (≥37 semanas)

Outra classificação de conduta é a identificação da **pré-eclâmpsia sem ou com sinais de gravidade** - síndrome HELLP e eclâmpsia estão incluídos entre os de maior gravidade.

Aconselhamento quanto às repercussões futuras de outras gestações na vida dessas mulheres, que apresentam maiores chances de eventos vasculares cardíacos, encefálicos e renais, fenômenos tromboembólicos e outras comorbidades.

No pós-parto imediato, deve-se manter o controle da PA, estar atento aos sinais/sintomas de iminência de eclâmpsia e às alterações laboratoriais que indiquem síndrome HELLP.

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade → internação hospitalar para acompanhamento e redução de danos.

A **condução conservadora** é considerada quando: clínica estável, êxito no controle farmacológico de hipertensão arterial, exames laboratoriais adequados e vitalidade fetal preservada.

- A prescrição da dieta deve ser a habitual; a restrição de sal é justificada apenas para as situações clínicas nas quais existam vantagens para a redução do volume intravascular. Quanto ao repouso, não há necessidade de que seja realizado de modo absoluto no leito.
- Solicitação de exames laboratoriais.
- A repetição da proteinúria não se faz necessária.
- Prescrição do sulfato de magnésio heptahidratado ($MgSO_4 \cdot 7H_2O$) - é o anticonvulsivante de escolha a ser ministrado quando há risco de convulsão, situação inerente aos quadros de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica e/ou laboratorial, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP e hipertensão de difícil controle.
- Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, mesmo na ausência de sintomas, indica a profilaxia de convulsão com sulfato de magnésio.

OBS: FAZER LEITURA DA PÁGINA 149 E 150 – MEDICAÇÕES INDICADAS (BRASIL, 2022).

Resumo:

Medicações anti-hipertensivas consideradas de primeira linha para crise hipertensiva são; hidralazina, nifedipina. A hidralazina intravenosa apresenta-se como a droga mais difundida na prática clínica. Embora menos utilizada para este fim. A nifedipina por via oral é considerada segura e muito eficaz, sendo considerada, também, uma droga de primeira linha no tratamento da emergência hipertensiva.

Embora não seja uma droga de primeira linha na gestação, o nitroprussiato de sódio passa a ser a primeira opção em casos de crise hipertensiva associados ao edema agudo de pulmão ou à insuficiência cardíaca congestiva.

Aspectos relacionados a intervenções obstétricas na pré-eclâmpsia grave		
IG < 24 à 26 semanas	IG entre 24/26 e 34 semanas	IG entre 34 à 37

		semanas
Decisão individualizada, compartilhando com o casal o prognóstico desfavorável do prolongamento da gestação, que está associada à elevada morbimortalidade materna e perinatal.	Na ausência das condições que indicam parto imediato, tentar avançar pelo menos até 34 semanas. Impõe-se atenta vigilância clínica e materna e fetal. Fazer ciclo de corticoterapia	nos casos com melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais → considerar o prolongamento da gestação, até 37ª semana.

Conduta - Independentemente da IG, o reconhecimento das situações a seguir indica o término da gravidez:

- Síndrome HELLP.
- Eclâmpsia.
- Edema pulmonar/descompensação cardíaca.
- Alterações laboratoriais progressivas (trombocitopenia, elevação de enzimas hepáticas).
- Insuficiência renal.
- Descolamento prematuro de placenta.
- Hipertensão refratária ao tratamento com três drogas antihipertensivas.
- Alterações na vitalidade fetal.

O puerpério na pré-eclâmpsia grave

- Há o risco de evoluir com eclâmpsia e síndrome HELLP; a prescrição de sulfato de magnésio pode ser necessária; o tempo de uso deverá se embasar no contexto clínico, sendo frequentemente mantido por 24 horas.
- É possível que ocorra piora dos níveis pressóricos do 3º ao 6º dia após o parto, secundária à redistribuição líquida.
- Deve-se evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroides no controle da dor.

Síndrome HELLP

O acrônimo HELLP significa hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia:

H emolysis

E levated

L iver enzymes

L ow

P latelets

A síndrome HELLP desenvolve-se em 10% a 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia. Essa síndrome está relacionada à anemia hemolítica microangiopática e ao vasoespasmismo no fígado materno. A sintomatologia geralmente é pobre, podendo-se encontrar mal-estar, epigastralgia, náuseas e cefaléia.

Conduta

É uma emergência obstétrica que requer atendimento imediato. A interrupção da gestação está indicada independentemente da IG. As bases do tratamento são a prevenção das complicações hemorrágicas e da eclâmpsia, o controle da hipertensão arterial grave e o desencadeamento do parto.

Conduta no pós-parto

O período pós-parto continua extremamente crítico. Em geral, nas primeiras 24 horas de puerpério, há uma piora transitória do quadro clínico, devido ao consumo de plaquetas e aos fatores de coagulação. Essa piora é mais acentuada quando o nascimento ocorreu por cesariana. Recomenda-se internação em Unidade de Tratamento Intensivo. A diurese deve ser controlada e mantida acima de 25 mL/h. A hipertensão arterial deve ser mantida abaixo de 150/100 mmHg.

Eclâmpsia - é a ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de coma ou de ambas, durante a gravidez ou o puerpério, em gestantes com pré-eclâmpsia, que não estão relacionadas com outras doenças do sistema nervoso central. A maioria dos quadros de eclâmpsia ocorre antes do parto. No pós-parto, o risco maior é dentro de uma semana.

Conduta na eclâmpsia

A eclâmpsia é uma emergência obstétrica e requer atendimento imediato.

As bases do tratamento são a manutenção da função cardiorrespiratória, o controle das convulsões, a prevenção de sua recorrência, a correção da hipoxemia e da acidose materna, o controle da hipertensão arterial grave e o desencadeamento do parto.

O aspecto mais urgente do tratamento não é o de parar de imediato a convulsão, mas o de garantir a oxigenação materna e minimizar o risco de aspiração.

Os 10 passos no manejo da convulsão eclâmpica

1. Aspirar as secreções e inserir um protetor bucal.
2. Medir a saturação de O₂ e administrar O₂ a 8 L a 10 L/min.
3. Instalar solução de glicose a 5% em veia periférica.
4. Recolher amostra de sangue e urina para avaliação laboratorial.
5. Manter a paciente em decúbito lateral.
6. Administrar sulfato de magnésio*.
7. Administrar nifedipina (VO) ou hidralazina (IV) se PA \geq 160/110 mmHg.
8. Inserir um cateter vesical de demora.
9. Aguardar a recuperação do sensório.
10. Programar a interrupção da gestação.

Tratamento das convulsões

O sulfato de magnésio é a droga de 1ª escolha para tratamento da eclâmpsia. Deve ser feito com a paciente em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, para evitar a compressão aortocava pelo útero gravídico e diminuir o risco de hipotensão arterial grave.

Avaliação para manutenção do uso do sulfato de magnésio	Avaliar paciente a cada 4 horas. <ul style="list-style-type: none">• Solicitar níveis séricos se parâmetros alterados.	<ul style="list-style-type: none">• Diurese: >25 mL/h)• Reflexos tendinosos: presentes• Frequência respiratória >12 mpm
Suspensão do uso	Depressão respiratória, ou diurese insuficiente, ou ausência de reflexos	Até 2 horas sem uso, reiniciar a infusão endovenosa. <ul style="list-style-type: none">• 2 horas suspenso = nova dose de ataque de 2 g sulfato.
	Se ocorrer depressão	Dar suporte respiratório

Intoxicação	respiratória: aplicar 10 mL de gliconato de cálcio a 10% (1 g) IV lentamente (3 min)	(O ₂ , 5 L/min, por máscara).
	A intoxicação pelo sulfato de magnésio com bloqueio mioneural, depressão e parada respiratória é um evento raro e só ocorre por acúmulo do magnésio na circulação materna por administração de doses excessivas na manutenção, ou por diminuição da excreção renal em pacientes com insuficiência renal.	

OBS: ESQUEMA TERAPÊUTICO PARA O USO DE SULFATO DE MAGNÉSIO NA ECLÂMPSIA (BRASIL, 2022, P.161 e 162)

OBS: Agentes recomendados para o tratamento da **crise** ou **emergência** hipertensiva em gestantes

Hidralazina Ampola de 20 mg/mL	A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim obtém-se a concentração de 1 mg/mL. Dose inicial: 5 mg, via intravenosa Repetir, se necessário: 5 mg a cada 20 minutos Dose máxima: 30 mg
Nifedipino Comprimido de 10 mg	Dose inicial: 10 mg, via oral Repetir, se necessário: 10 mg a cada 20 a 30 minutos (via oral) Dose máxima: 30 mg
Nitroprussiato de sódio Ampola 50 mg/2 mL	A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado 5%, assim teremos a concentração de 200 mcg/mL. Dose inicial: 0,5 mcg a 10 mcg/kg/min, infusão intravenosa contínua

Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação

Simpatolíticos de ação central, α_2 -agonistas: **metildopa, clonidina**

Bloqueadores de canais de cálcio: **nifedipina retard, Nifedipino de liberação rápida, Anlodipino**

Vasodilatador periférico: **hidralazina (drágeas)**

β -bloqueadores: **metoprolol, pindolol, carvedilol**

Momento de interrupção da gestação

O tratamento definitivo da eclâmpsia é o nascimento do feto e a retirada da placenta, que devem ocorrer independentemente da IG, logo que o quadro clínico estiver estabilizado, com a recuperação do sensório e o controle da hipertensão arterial grave. Não havendo contraindicação ao parto vaginal, o trabalho de parto pode ser induzido.

OBSERVAÇÕES FINAIS

- Toda gestante que apresentou pré-eclâmpsia em gestação anterior, principalmente formas clínicas mais graves, são eleitas para uso profilático de ácido acetil salicílico, na dose de 100mg diários, via oral, a partir de 12 e até 36 semanas de gravidez, além de suplementação de cálcio.

QUESTÕES

14. (Sofia Feldman 2022-23) a eclampsia é a ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de coma ou de ambas, durante a gravidez ou o puerpério, em gestantes com pré-eclâmpsia, que não estão relacionadas com outras doenças do sistema nervoso central. De acordo com seus conhecimentos acerca da ocorrência da eclampsia, assinale a alternativa **CORRETA**:
- (A) Gestantes com eclampsia e que serão transferidas para outro hospital devem receber a dose de ataque de MgSO_4 (4,0 g IV + 10g IM - 5,0 g em cada nádega), sendo que esse esquema dá uma cobertura anticonvulsivante de seis horas
 - (B) As bases do tratamento são a manutenção da função cardiorrespiratória, o controle das convulsões, a prevenção de sua recorrência, a correção da hipoxemia e da acidose materna, o controle da hipertensão arterial grave e o desencadeamento do parto.
 - (C) A avaliação laboratorial da paciente eclâmpica visa a confirmação do diagnóstico de pré-eclâmpsia e ao reconhecimento das complicações associadas, como a síndrome HELLP e a coagulação intravascular disseminada (CIVD), com o limite inferior de fibrinogênio em 100mg/dL
 - (D) A avaliação laboratorial da paciente eclâmpica visa a confirmação do diagnóstico de pré-eclâmpsia e ao reconhecimento das complicações associadas, como a síndrome HELLP e a coagulação intravascular disseminada (CIVD) com o limite inferior de fibrinogênio em 100mg/dL
15. (Sofia Feldman 2022-23) **Doenças hipertensivas da gestação estão entre as principais complicações do período gestacional, estando entre as principais causas do binômio, principalmente em países em desenvolvimento. Em relação ao diagnóstico e classificação da Síndrome Hipertensiva na Gestação, deve ser reconhecida a:**
- (A) Hipertensão gestacional quando a manifestação ocorreu após a 20ª semana de gestação
 - (B) Pré-eclâmpsia/eclampsia, a hipertensão arterial surge após 20 semanas de gestação e associada à proteinúria
 - (C) Hipertensão crônica, com qualquer etiologia identificada antes da gestação, ou antes de 25 semanas de gestação
 - (D) Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, em que a paciente previamente hipertensa desenvolveu proteinúria após 22 semanas de gestação.
16. (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) **As síndromes hipertensivas são as intercorrências clínicas mais comuns da gestação. Existem diversas classificações envolvendo as síndromes hipertensivas na gestação e torna-se fundamental o enfermeiro saber reconhecê-las e classificá-las. A identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, associada à presença de 300mg de proteína em urina de 24 horas pode ser classificada como:**
- (A) Hipertensão gestacional.
 - (B) Pré-eclâmpsia.
 - (C) Hipertensão Crônica.
 - (D) Eclâmpsia.
 - (E) Síndrome HELLP.

17. (UFF 2017 – Res Enf Multiprofissional) A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando está presente alguns critérios entre eles:

- (A) PA sistólica igual/menor que 110mmHg; proteinúria igual/menor que 1,0g em 24 horas e oligúria (menor que 300ml/dia, ou 15ml/hora).
- (B) PA sistólica igual/menor que 110mmHg; proteinúria igual/menor que 2,0g em 24 horas e oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora).
- (C) PA diastólica igual/menor que 110mmHg; proteinúria igual/menor que 1,0g em 24 horas e oligúria (menor que 300ml/dia, ou 15ml/hora).
- (D) PA diastólica igual/menor que 110mmHg; proteinúria igual/menor que 2,0g em 24 horas e oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora).

18. (UFF Enf Saúde Coletiva 2021) Entre as síndromes hipertensivas na gestação, o quadro que caracteriza a hipertensão gestacional é:

- (A) o aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria.
- (B) o aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa.
- (C) o registro de estado hipertensivo anterior ao início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.
- (D) elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes com idade gestacional acima de 20 semanas.

19. (UNIFESP 2018 - Res Enf Obstétrica) A enfermeira realizou a consulta de enfermagem de FS 18 anos, primigesta de 28 semanas, que não havia iniciado o pré-natal porque veio do interior da Bahia. Ao realizar o exame físico constatou pressão arterial (PA) de 146x98 mmHg com a gestante sentada, presença de edema +++/++++ em membros inferiores e a gestante referiu que a urina de manhã está com muita espuma e tinha tido dor de cabeça há dois dias. Os sinais e sintomas sugerem:

- (A) Diabetes Gestacional.
- (B) Pré-eclâmpsia.
- (C) Moléstia Trofoblástica Gestacional.
- (D) Síndrome Hellp.
- (E) Gravidez Tubária.

4.4. PREMATURIDADE (LEITURA COMPLEMENTAR)

O parto pré-termo é aquele que ocorre em até 36 semanas e 6 dias de idade gestacional, excluindo o período considerado como de abortamento.

São 3 as principais causas de partos pré-termo: o trabalho de parto prematuro, a rotura prematura pré-termo das membranas ovulares e a prematuridade terapêutica (quando alguma condição mórbida materna e/ou fetal ocasiona a antecipação do parto).

O comprimento do canal cervical ≤ 25 mm indica maior risco de parto pré-termo; e quanto mais curto o colo do útero, maior o risco.

O seu **diagnóstico** correto se caracteriza pela **ocorrência de contrações uterinas associadas a modificações do colo uterino** (amolecimento, esvaecimento e dilatação). Gestantes em trabalho de parto prematuro devem ser internadas e submetidas a anamnese e exame físico detalhados, buscando identificar diagnósticos diferenciais e eventuais comorbidades.

A **eficácia máxima da corticoterapia** parece ocorrer quando o parto ocorre de 2 a 7 dias após a administração da primeira dose, mas depois de 24 horas já existe algum efeito. Abaixo de 24 horas de administração, a eficácia é incompleta e declina após sete dias, embora algum efeito pareça permanecer por mais alguns dias. A utilização deve ser estimulada entre 24 e 34 semanas de gestação.

A **tocólise** é contraindicada quando os riscos maternos e/ou fetais de prolongar a gravidez ou os riscos associados à utilização de uterolíticos superarem os riscos decorrentes de um parto pré-termo.

As **principais contraindicações** são: morte fetal intrauterina, anomalia fetal letal, vitalidade fetal alterada, quadros hipertensivos graves (incluindo pré-eclâmpsia com achados graves), hemorragia materna com instabilidade hemodinâmica, corioamnionite e doenças cardíacas graves.

São consideradas eleitas para a tocólise pacientes com membranas íntegras, com até 4 cm a 5 cm de dilatação cervical e com idade gestacional entre 24 e 34 semanas.

Tocolíticos são preconizados por até 48 horas, sendo úteis para evitar o parto nesse período e, possivelmente, por até 7 dias

Agonistas beta-adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da prostaglandina sintetase e o antagonista específico do receptor de ocitocina são as classes medicamentosas mais utilizadas para essa finalidade.

- 1- Agonistas de receptores beta-2-adrenérgicos: **NÃO** É recomendado como medicação de primeira escolha, pela grande quantidade de efeitos adversos (mal-estar, palpitação, tremores, hiperglicemia, hipopotassemia, taquiarritmias e até edema agudo de pulmão) – TERBUTALINA (administrada por via intravenosa contínua, preferencialmente com bomba de infusão)
- 2- Inibidores das prostaglandina-sintetases: INDOMETACINA. Pode ser utilizado por via oral ou retal. Efeitos colaterais maternos podem incluir: náusea, vômito, gastrite e refluxo gastroesofágico. Alguns efeitos adversos feto/neonatais são descritos (constricção do canal arterial fetal e ocorrência de oligoâmnio, que é maior quando o uso for acima de 48 horas ou se a idade gestacional for ≥ 32 semanas). Portanto, seu uso não é recomendado a partir de 32 semanas de IG e em gestantes que já apresentam oligoâmnio e/ou restrição de crescimento fetal.
- 3- Bloqueadores de canal de cálcio: seu uso como uterolítico é considerado off label². **O medicamento mais utilizado deste grupo é a NIFEDIPINA, que tem sido recomendada como 1ª escolha na tocólise.** Seus efeitos colaterais maternos mais comuns são rubor facial, cefaleia, náuseas, hipotensão

² Uso diferente do aprovado em bula. Sem comprovação homologada. Uso essencialmente correto, mas ainda não aprovado.

(geralmente leve e fugaz). Está contraindicada em caso de doenças cardiovasculares, disfunções hepáticas e em gestantes muito hipotensas; em hipertensas, principalmente naquelas que já estão em uso de anti-hipertensivos ou naquelas em que serão usadas doses elevadas de nifedipina, pode ocorrer hipotensão importante, com risco de repercussões fetais desfavoráveis.

- 4- Antagonista do receptor da ocitocina: a ATOSIBANA é de utilização por via intravenosa, sendo sua dose a mais bem estabelecida; apresenta menos efeitos adversos, porém tem custo muito superior a todos os outros tocolíticos, o que dificulta muito a utilização.

Neuroproteção com sulfato de magnésio

Recomenda-se sua ministração até 31 semanas e 6 dias.

O uso deve ser iniciado quando se considerar que o parto tem alta probabilidade de ocorrer nas próximas 24 horas.

Esquema de uso: dose de ataque de 4g IV em 20 a 30 minutos, e seguir com dose de manutenção em infusão de 1 g IV, por hora, até o nascimento ou máximo de 24 horas de utilização (se não ocorrer o parto em 24 horas, a administração deve ser suspensa).

Na prematuridade eletiva (ou terapêutica), deve ser usado por quatro horas, até o nascimento. Durante a administração, o monitoramento materno e fetal deve ser realizado (controle de diurese, verificação de reflexo patelar, registro da frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial).

O uso é contraindicado em mulheres com miastenia gravis. A vigilância dos batimentos cardíacos fetais acompanha a rotina do que é preconizado no trabalho de parto prematuro, recomendando-se a cardiotocografia. Uma ampola de gluconato de cálcio 10% (10 mL = 1g) deve estar disponível para a rara possibilidade de observação de um quadro de intoxicação grave.

Independentemente da via de parto, garantir a **temperatura adequada na sala de parto** durante o nascimento de um prematuro → **entre 23°C e 26°C**.

Parece não haver impedimento para o clampeamento tardio do cordão umbilical (esperar pelo menos de 1 a 3 minutos), desde que o RN esteja em boas condições e não exista outro fator impeditivo.

4.5. ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES (LEITURA COMPLEMENTAR)

A rotura prematura de membranas (RPM) é definida como a saída espontânea de líquido amniótico pela vagina, após a perda da integridade das membranas ovulares, na ausência de sinais de trabalho de parto, **em gestações acima de 20 a 22 semanas**. O conceito do chamado período de latência: é o tempo decorrido entre a rotura e o início espontâneo do trabalho de parto.

Etiologia:

fatores causais, como: aumento da pressão intrauterina (determinada, por exemplo, por polidrâmnio ou gemelidade), fraqueza estrutural do colo uterino (como na insuficiência istmocervical e nos casos de cervicodilatação precoce) e processo inflamatório/infeccioso local → mais influente : Infecções vaginais ascendentes atingem o colo e o canal cervical, chegando à área das membranas (isso estaria ainda mais facilitado diante de cervicodilatação precoce), promovendo enfraquecimento das estruturas e sua rotura.

Outros fatores de risco: inserção baixa de placenta, infecções do trato urinário, tabagismo, excesso de movimentação fetal, e até fatores nutricionais e o baixo nível socioeconômico.

Principal complicação: infecção da cavidade amniótica.

Fatores complicadores da RPM: descolamento prematuro da placenta e o prolapso de cordão.

Oligoâmnio severo e persistente, em idades gestacionais precoces, podem ocorrer distúrbios de desenvolvimento fetal, como hipoplasia pulmonar, deformidades características da face, das mãos e dos pés e crescimento intrauterino restrito.

Diagnóstico

É fundamentalmente clínico → relato de perda de líquido em quantidade variada, mas frequentemente contínua, pelos genitais.

O exame físico costuma confirmar o diagnóstico; a palpação obstétrica pode revelar sensação de pouco líquido, e deve-se buscar a visualização direta do líquido amniótico saindo pelo orifício externo do colo uterino no exame especular.

Podem ser necessárias algumas manobras facilitadoras, como a mobilização cefálica e Valsalva.

Nos casos de dúvida diagnóstica → realizar exames do conteúdo cervicovaginal: cristalização do muco cervical em lâmina (em “folha de samambaia”), vista no microscópio, e a medida do pH por meio de fitas (quando acima de 6,5, reforça o diagnóstico). A ultrassonografia obstétrica pela observação de líquido amniótico em quantidades reduzida.

Conduta

Todas devem ser, inicialmente, internadas, avaliadas clinicamente (pulso, temperatura, pressão arterial, tônus uterino, presença de fisometria) e laboratorialmente, para detecção de processo infeccioso, e submetidas à pesquisa de estreptococo do grupo B.

A conduta obstétrica baseia-se IG.

- **Conduta na RPM antes da viabilidade fetal ou 24 semanas** → prognóstico desfavorável
- **Conduta na RPM entre 24 e 34 semanas** → conduta expectante, visando aguardar o crescimento e o amadurecimento fetais, com vigilância atenta contra as complicações infecciosas e monitoração da vitalidade conceptual.
Recomendam-se: Repouso relativo. Hidratação via oral generosa (mínimo de 2,5 L ao dia). Controle de pulso, pressão arterial e temperatura. Observação do tônus uterino e dos batimentos cardíacos fetais. Verificação do aspecto, do odor e da cor dos pensos de contenção vaginal. Controle de hemograma e proteína C reativa a cada 2 a 3 dias. Cardiotocografia diária. Ultrassonografia obstétrica com Doppler e perfil biofísico fetal duas vezes por semana. Corticoterapia antenatal. Tocolíticos devem ser evitados. Antibióticos: embora seu emprego não seja unânime entre os serviços, recomenda-se sua ministração com o objetivo de prevenir a doença neonatal pelo estreptococo do grupo B.

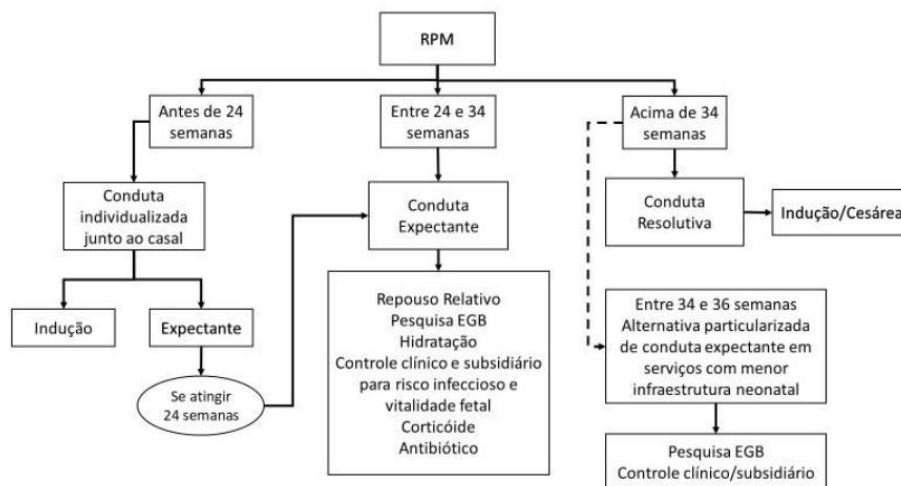
Motivos para interrupção da conduta expectante: • Sinais de infecção materna e/ou fetal*. • Comprometimento da vitalidade fetal. • Maturidade fetal confirmada. • Desencadeamento espontâneo do trabalho de parto. • Atingidas

as 34 semanas de gestação (a depender de cada serviço).

*ATENÇÃO – Sinais sugestivos de infecção intrauterina

- Taquicardia materna e/ou fetal. • Febre materna. • Leucócitos $>20.000/\text{mm}^3$ ou com desvio significativo à esquerda; • Ausência de movimentos respiratórios fetais no perfil biofísico.

- **Conduta na RPM após 34 semanas** → resolução da gestação, principalmente nas maternidades em que haja suporte neonatal adequado, evitando-se a exposição do binômio mãe-feto ao risco infeccioso.



Atenção (BRASIL, 2022):

- Presença de infecção intrauterina indica conduta ativa imediata, independentemente da idade gestacional.
- Sulfato de magnésio está recomendado como neuroprotetor conceptual se o parto for ocorrer antes de 32 semanas de gestação.

QUESTÃO

20. (RESIDÊNCIA ENFERMAFEM UERJ 2014) A administração de corticoides para amadurecimento pulmonar fetal tem sua indicação entre as seguintes semanas gestacionais:

- (A) 22 a 24
- (B) 24 a 34
- (C) 26 a 36
- (D) 36 a 38

4.6. Diabetes mellitus gestacional

Diabete Melito: doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrosomia fetal e malformações fetais.

Diabetes gestacional - Definido como a “intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto”.

Há dois tipos de hiperglicemia que podem ser identificadas na gestação:

- diabetes mellitus diagnosticado na gestação (DMDG)

- diabetes mellitus gestacional (DMG).

O nível de hiperglicemia diferencia esses dois tipos.

Dentre os fatores de risco, destacam-se: obesidade, idade materna superior a 25 anos, história familiar e/ou pessoal positiva, gemelidade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, macrosomia pregressa, óbito fetal sem causa aparente, entre outros.

OBS: FAZER LEITURA: Quadro 1 – Repercussões em curto, médio e longo prazo da hiperglicemia na gestação, na mãe e em seus filhos (BRASIL, 2022, p.133)

- ✓ Rastreamento universal, independentemente da presença de fator de risco (BRASIL, 2022) → O rastreamento deve ser oferecido a TODAS AS GESTANTES, independente da existência de fatores de risco!

Glicemia de jejum (GJ) na 1ª consulta de pré-natal.

- **glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL:** diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio);
- **glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL:** diabetes mellitus gestacional.
- Para pacientes com glicemia de jejum < 92 mg/dL no 1º trimestre: **realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre 24 e 28 semanas**, com avaliação da GJ, G1h e G2h.
- **TOTG-75g:** para o DMG (pelo menos um valor alterado), considerar os limites de:
 - GJ - 92 mg/dL
 - Glicemia de 1 hora - 180 mg/dL
 - Glicemia de 2h 153 mg/dL
- **se GJ ≥ 126 mg/dL e/ou duas horas ≥ 200 mg/dL:** diabetes prévio, diagnosticado na gestação.
- Na impossibilidade de realização do TOTG-75g, frente a recursos escassos, pode-se repetir a glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas, mantendo os mesmos valores de referência usados no 1º trimestre.

Caderno de Atenção Básica nº32 (BRASIL, 2013)

Primeira consulta com menos de 24 semanas – glicemia em jejum (avalie fatores de risco)

- Abaixo de 85mg/dl OU se entre 85 e 90mg/dl (sem fatores de risco) – NOMAL

- Se entre 85 e 90mg/dl (com fatores de risco) e valores de 90 à 109mg/dl – RASTREAMENTO POSITIVO → confirmação diagnóstica TTG 75g / 2h (entre 24 e 28 semanas).

→ Se acima de 110mg/dl – repita o exame de glicemia em jejum imediatamente

→ Se abaixo de 110mg/dl – confirmação diagnóstica TTG 75g / 2h (entre 24 e 28 semanas).

→ Se acima de 110 mg/dl – diabetes

Primeira consulta com mais de 24 semanas – confirmação diagnóstica TTG 75g / 2h (entre 24 e 28 semanas).

OBS 1: Resultado do TTG

- ➔ Em jejum: abaixo de 110mg/dl ou 2h: abaixo de 140mg/dl – **NORMAL**
- ➔ Em jejum: acima de 110mg/dl ou 2h: acima de 140mg/dl – **DIABETES GESTACIONAL**

OBS 2: para todos os diagnósticos de DIABETES GESTACIONAL encaminhe para o pré-natal de alto risco e mantenha acompanhamento na unidade de saúde de origem.

ATENÇÃO!

Duas glicemias plasmáticas de jejum >110mg/dl (BRASIL **confirma o diagnóstico de diabetes gestacional**, sem necessidade de teste de tolerância.

- As gestantes com rastreamento positivo, devem ser submetidas a confirmação diagnóstica com teste oral de tolerância a glicose após ingestão de 75g de glicose anidra em 250–300ml de água, depois de um período de jejum entre 8–14 horas (TOTG 75g 2h).

Manejo do diabetes na gravidez através de medidas não farmacológicas:

- Realizar o perfil glicêmico diariamente (ou pelo menos 3 vezes por semana): jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar.
- Para mulheres em uso de insulina, o controle deve ser preferencialmente diário.
- Para pacientes com diabetes tipo 1 ou tipo 2, o controle glicêmico inclui também medidas pré-prandiais.

Controle glicêmico após diagnóstico com automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro. O controle da glicemia materna tem como meta alcançar e manter níveis de normoglicemia:

- Jejum <95 mg/dL
- Uma hora pós-prandial <140 mg/dL
- Duas horas pós-prandial <120 mg/dL

- Dieta
- Atividade física - Recomenda-se a caminhada orientada – de intensidade moderada, 5 ou mais dias na semana, por 30 a 40 minutos.

Tratamento farmacológico

A insulina - primeira escolha no controle da hiperglicemia na gestação. Diferentes tipos de insulina estão disponíveis e são considerados seguros para uso na gestação. As insulinas de ação intermediária e longa são recomendadas para o controle no jejum e pré-prandial; as de ação rápida e ultrarrápida são indicadas para controle pós-prandial.

✓ Cuidados obstétricos pré-natais

Nas gestações complicadas pelo DMG, merecem especial atenção:

- O crescimento fetal, mais comumente o excessivo (ultrassonografia (US) do crescimento fetal é iniciada entre 24 e 28 semanas).
- As condições de oxigenação intrauterina, em que a hipóxia representa risco para o bem-estar fetal.

- O momento do parto, lembrando que a via do parto tem indicação obstétrica e que DMG não justifica a indicação de cesárea.

- ✓ Cuidados obstétricos no momento do parto

Nos casos de DMG bem controlado com tratamento não farmacológico, o parto não deve ser induzido antes de 39 semanas - conduta expectante até 40 6/7 semanas pode ser admitida, desde que monitorada adequadamente.

- ✓ No DMG em tratamento farmacológico, o parto deve acontecer entre 39 0/7 e 39 6/7.
- ✓ Nos casos de DMG mal controlado, recomenda-se que o parto seja realizado na maturidade, a partir da 37ª semana de gestação.

- ✓ Controle glicêmico no parto

- **Recomenda-se manter níveis de glicose intraparto entre 100 mg/dL e 120 mg/dL;** reposição contínua de glicose intravenosa (5% a 10%), quando os níveis estiverem abaixo de 70 mg/dL, e administração de insulina regular de ação rápida, via subcutânea, quando os níveis glicêmicos forem ≥ 120 mg/dL.
- Trabalho de parto com início espontâneo e insulina já administrada - infusão contínua de glicose a 5% (125 mg/h), por via intravenosa, e monitoramento da glicemia capilar a cada 1 ou 2 horas.
- Cesárea programada - jejum mínimo de 8 horas, metade a um terço da dose diária de insulina NPH na manhã do parto, controle da glicemia capilar de duas em duas horas e infusão contínua de glicose a 5%, na dose de 125 mg/h, por via intravenosa.

- ✓ Cuidados no pós-parto

- Recomenda-se **nova avaliação glicêmica após aproximadamente 6 a 8 semanas**, preferencialmente com TOTG 75 g, medidas de jejum e duas horas.
Os valores que definem diabetes são jejum ≥ 126 mg/dL ou duas horas ≥ 200 mg/dL.

QUESTÕES

21. (UFF 2023 Enf Obstétrica) **Após o diagnóstico de Diabetes Mellitus na Gravidez (DMG), o passo seguinte é o tratamento adequado para diminuir a morbimortalidade perinatal e a morbidade materna e da prole, em curto e longo prazo. Para tanto, o adequado controle da glicemia materna aumenta a possibilidade de o desfecho gestacional ser um recém-nascido vivo, com idade gestacional a termo, crescimento proporcional e sem distúrbios respiratórios e metabólicos após o nascimento. No que diz respeito ao diagnóstico e etapas precedentes, assinale a opção correta.**
- (A) Apenas o monitoramento regular da glicose não permite que as mulheres com DMG e os profissionais de saúde definam a modalidade terapêutica mais eficaz.
- (B) Após o diagnóstico inicial, não é necessário que em todas as consultas de pré-natal os marcadores de qualidade do controle glicêmico sejam reavaliados.
- (C) As metas para o controle glicêmico são definidas por níveis de glicose no jejum < 90 mg/dL, uma hora pós-prandial < 120 mg/dL e duas horas pós-prandial < 100 mg/dL.

(D) As metas para o controle glicêmico são definidas por níveis de glicose no jejum < 95 mg/dL, uma hora pós-prandial < 140 mg/dL e duas horas pós-prandial < 120 mg/dL.

22. (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) **A hiperglicemia na gestação deve ser investigada no início e na metade dela. O diagnóstico na gravidez, e o consequente controle dos níveis glicêmicos, reduz as complicações para a mãe e seu filho. Faz parte da rotina de exames do segundo trimestre o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g. Neste exame, a gestante ingere via oral um líquido composto por 75g de glicose e é avaliado os valores de glicemia em jejum, glicemia após 1 hora de ingestão e glicemia após 2 horas de ingestão. São considerados valores limites de normalidades do TOTG respectivamente:**

- (A) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL.
- (B) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 92 mg/dL, 153 mg/dL e 140 mg/dL.
- (C) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 85 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL.
- (D) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 85 mg/dL, 153 mg/dL e 140 mg/dL.
- (E) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 99 mg/dL, 160 mg/dL e 120 mg/dL.

23. (UFRJ Res Enf 2023 24) **Pode-se afirmar que no tratamento da Diabetes Mellitus gestacional é recomendado que a:**

- (A) dieta habitual da gestante deve incluir apenas micronutrientes, considerando o número de refeições.
- (B) caminhada de intensidade moderada por 30 a 40 minutos, durante 5 dias ou mais
- (C) administração de antidiabéticos orais como metformina e glibenclamida
- (D) Cesariana como indicação obstétrica da via de parto

24. (UFRJ Res Enf 2023 24) **De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco a hiperglicemia na gestação deve ser investigada no início e na metade dela. O diagnóstico na gravidez, e o consequente controle dos níveis glicêmicos reduzem as complicações para a mãe e seu filho. Analise a tabela a seguir.**

	EM JEJUM	PÓS-PRANDIAL: 1 HORA	PÓS-PRANDIAL: 2 HORAS
I	<95 mg/dL	<140mg/dL	<120mg/dL
II	<80mg/dL	<130mg/dL	<110mg/dL
III	<95mg/dL	<160mg/dL	<150mg/dL
IV	<100 mg/dL	<160mg/dL	<150mg/dL

Pode-se afirmar que o controle glicêmico materno tem como meta alcançar e manter níveis normoglicêmicos nas condições apresentadas nas alternativas:

- A) I
- B) II

- C) III
- D) IV

25. (EsFCEX 2024) Considere os diferentes aspectos relacionados à diabetes melito na gestação e assinale a alternativa correta.

- (A) Para gestantes com glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL no 1o trimestre, deve ser solicitada a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre a 20a e 24a semana de gestação, com avaliação da glicemia de jejum (GJ), após 1 hora (G1h) e 2 horas (G2h).
- (B) A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, e as gestantes em uso de insulina devem traçar seu perfil diariamente, com três momentos de monitorização: em jejum, 60 minutos após o almoço e 60 minutos após o jantar.
- (C) As gestantes com diabetes melito devem ser orientadas que, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), o controle da glicemia tem como meta alcançar e manter os seguintes níveis de glicemia: pré-prandial entre 65-95 mg/dL, 1 h pós-prandial menor que 140 mg/dL e 2 h pós- -prandial menor que 120 mg/dL.
- (D) A gestação normal é caracterizada por aumento da secreção de insulina materna e queda nos valores de glicose no jejum. Com o passar da gestação, o aumento na resistência à insulina evolui ficando bem definido na 16a semana e, caso o pâncreas materno não consiga responder às demandas na produção de insulina, instala-se a hiperglicemia materna.
- (E) As medidas não farmacológicas, incluindo a adequação nutricional e a prática de exercícios, bem como o tratamento farmacológico com antidiabéticos orais, como a metformina e glibenclamida, devem ser instituídas logo após o diagnóstico de diabetes melito gestacional.

4.7. Prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério

4.7.1. O vírus da dengue

Os arbovírus são organizados filogeneticamente em 6 famílias (Togaviridae, Flaviviridae, Bunyaviridae, Reoviridae, Rhabdoviridae e Orthomyxoviridae). O vírus da Dengue (DENV), pertencente à família Flaviviridae.

Por ser um vírus cujo genoma é formado por RNA, o DENV apresenta elevadas taxas de mutação. Possui quatro sorotipos diferentes, denominados DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4.

O principal vetor do DENV no ciclo urbano no Brasil é o mosquito *Aedes aegypti*, responsável tanto pelos surtos epidêmicos quanto pelas taxas endêmicas dessa infecção.

Alguns grupos populacionais são mais susceptíveis a complicações e evolução para as formas mais graves da dengue, entre eles as gestantes e puérperas, especialmente até 14 dias pós-parto, em decorrência do retorno lento das alterações fisiológicas aos padrões pré-gestacionais.

Para o lado materno, o risco aumentado de morbimortalidade baseia-se na ocorrência potencial das formas graves, como choque, hemorragias e óbito. Quanto ao prognóstico perinatal comprometido, as complicações mais frequentemente observadas são a prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal.

4.7.2. Fases clínicas da dengue e caracterização da gravidade

A 1ª fase é chamada de fase febril, a 2ª é chamada de fase crítica e a 3ª é chamada de fase de recuperação

Em média, 24 horas após a entrada do DENV no organismo, o sistema imune começa a esboçar sua resposta, inicialmente baseada na produção de imunoglobulina M (IgM), detectável para subsídio diagnóstico após o 5º dia de manifestações clínicas da dengue. A produção de imunoglobulina G (IgG) normalmente é detectável após 14 dias.

1.1.1. Fase febril

É também chamada de “dengue sem sinais de alarme”, sendo caracterizada por febre, geralmente de início súbito e elevada (39-40°C), associada a cefaleia, rash cutâneo maculopapular (50% dos casos), prostração, mialgia, artralgia de baixa intensidade e dor retro-ocular. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia com fezes pastosas também podem estar presentes. De forma geral, a prova do laço é positiva nessa fase. Após a fase febril, grande parte dos pacientes se recupera, com melhora da febre e retorno gradual para a normalidade.

1.1.2. Fase crítica

Fora e durante a gravidez, os sinais de alarme devem ser sistematicamente pesquisados e valorizados, visto que indicam alterações com potencialidade de evolução para formas mais graves da doença e piora da saúde materna. Normalmente, curso com leucopenia e plaquetopenia progressivas.

4.7.3. Dengue com sinais de alarme

Têm início com o declínio da febre, entre 3 e 7 dias após o início dos sintomas. Os sinais de alarme resultam do aumento da permeabilidade vascular e marcam o início da deterioração clínica, quadro que exigirá internação hospitalar

Na **fase inicial**, as manifestações clínicas são dominadas por febre, cefaleia, exantema maculopapular, mal-estar, astenia, mialgia, artralgia (normalmente de baixa intensidade) e dor retro-orbitária. Nos **casos mais graves**, a febre tende a ceder entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas (período de defervescência), mas surgem outras complicações que devem alertar o obstetra para uma evolução mais grave. São os casos de dor abdominal intensa, vômitos, derrames das cavidades virtuais, hipotensão, hepatomegalia, manifestações hemorrágicas e sinais de comprometimento do sistema nervoso central (letargia e/ou irritabilidade).

A prova do laço deve ser realizada na triagem de todos os pacientes com suspeita de dengue sem sangramento espontâneo.

1. Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula:

$$\text{Média da Pressão Arterial} = \frac{\text{Pressão Arterial Sistólica} + 2 \times \text{Pressão Arterial Diastólica}}{3}$$

2. Insuflar o manguito do esfigmomanômetro até o valor médio, manter durante cinco minutos em adultos ou três minutos em crianças;
3. Demarcar uma área de aproximadamente 2,5 cm x 2,5 cm abaixo 5 cm da dobra do cotovelo, delimitando-a como um quadrado na pele com caneta ou outro marcador;
4. Contabilizar o número de petéquias no quadrado;
5. Avaliar o resultado: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças



- ✓ Em decorrência da permeabilidade vascular comprometida, observam-se maior risco de choque, trombocitopenia e fenômenos hemorrágicos;
- ✓ Na fase aguda da doença, mulheres no ciclo gravídico-puerperal precisam de atenção e cuidado diferenciado, que deve incluir também gestantes com menos de 12 semanas
- ✓ Incluir nesse grupo de maior risco também a puérpera até o 14º dia após o parto.

1.2. FISIOPATOLOGIA DA DENGUE NA GESTAÇÃO

- O aumento da permeabilidade capilar em gestantes é uma adaptação funcional, mas que é nitidamente exacerbada na dengue. Esse fato alerta para o maior risco de a gestante e a puérpera com dengue desenvolverem edema agudo de pulmão quando incluídas em regime de hiper-hidratação, que faz parte do tratamento da doença;
- A produção de citocinas pró-inflamatórias pode estimular o útero, além de aumentar a permeabilidade capilar sistêmica e também placentária, com potencial para resultar em aumento das taxas de abortamento, prematuridade, restrição do crescimento fetal, morte fetal e transmissão vertical do DENV;
- Uma vez estabelecida a infecção pelo DENV, após um período inicial de incubação de tipicamente 3 a 7 dias, ela se manifesta com início súbito de febre acompanhada de viremia elevada, conhecida como fase febril
- A disfunção endotelial observada na fase crítica da dengue grave associa-se a um aumento transitório da permeabilidade vascular, em última análise a responsável pelo extravasamento vascular para o interstício, com acúmulo de

líquido nas cavidades pleural e peritoneal, e redução da pressão arterial e da pressão de pulso, resultando em má perfusão dos órgãos.

- Considera-se que a leucopenia e a trombocitopenia sejam as alterações hematológicas mais frequentes e típicas da dengue. A leucopenia acontece precocemente tanto na doença leve como nas formas mais graves e parece ser decorrente de um efeito direto do vírus na medula óssea. Algum grau de trombocitopenia é comum nas diferentes formas clínicas, mas a trombocitopenia grave (<50.000 plaquetas/mm³) está associada a maior gravidade da doença e a desfechos desfavoráveis.

1.3. Diagnóstico laboratorial

- ✓ Na fase aguda, que ocorre nos primeiros 3 a 7 dias após o início dos sintomas, o RNA viral sérico seria o melhor exame, para isso utilizando a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR).
- ✓ A partir do 6º dia das manifestações clínicas da dengue, o diagnóstico laboratorial da infecção é feito com base nos testes da resposta imune ao vírus, aferindo a presença de IgM e IgG.
- ✓ IgM (a partir do 7º dia) e IgG (a partir de 14-17 dias).
- ✓ O hemograma é fundamental não somente para auxiliar paralelamente no diagnóstico da dengue, mas também na classificação da gravidade: mais significativas são leucopenia, plaquetopenia e elevação do hematócrito

1.4. Formação de grupos segundo a gravidade da doença

- **Grupo A:** Preenche os requisitos de dengue, mas não apresenta nenhum sinal de alarme, sem condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades.
- **Grupo B:** Dengue sem sinais de alarme, mas apresenta condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades. Se houver sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço, também se classifica nesse grupo. As condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades são: gestantes, lactentes (< 2 ANOS) adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, doenças hematológicas crônicas (anemia falciforme e púrpura) doença renal crônica, hepatopatias e doenças autoimunes.
- **Grupo C:** Quando houver algum sinal de alarme.
- **Grupo D:** Quando houver algum sinal de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos)

SINAIS DE ALARME DE DENGUE

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Acúmulo de líquidos nas cavidades virtuais
- Hipotensão postural e/ou lipotímia
- Hepatomegalia (fígado > 2 cm abaixo do rebordo costal)
- Sangramento de mucosa
- Sinais de acometimento do sistema nervoso central (letargia, irritabilidade, alterações comportamentais, convulsão, entre outros)

- Aumento do hematócrito (>10%) e queda de plaquetas

SINAIS DE GRAVIDADE DE DENGUE

Extravasamento grave de plasma levando ao choque evidenciado por taquicardia

- Extremidades distais frias, com pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos)
- Pressão diferencial < 20 mmHg (pressão arterial convergente)
- Hipotensão arterial e cianose (fase tardia do choque)
- Taquipneia
- Hipotermia ou redução repentina da temperatura corporal
- Oligúria (<1,5ml/kg/h)
- Edema agudo com insuficiência respiratória
- Sangramento grave, podendo haver hematêmese e/ou melena
- Comprometimento grave de múltiplos órgãos

Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas		
Azul	Grupo A	Atendimento conforme o horário de entrada
Verde	Grupo B	Prioridade
Amarelo	Grupo C	Urgência - Atendimento o mais rápido possível
Vermelho	Grupo D	Emergência - Necessidade de atendimento imediato

Como não existe tratamento antiviral para a dengue, o tratamento, na maioria das vezes, consistirá em repouso, ingestão ou infusão de líquidos para prevenir desidratação e uso de analgésicos e antipiréticos como paracetamol ou dipirona, quando necessário.

O uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) está contraindicado, visto que pode agravar o quadro hemorrágico.

IMPORTANTE:

Outra variável que preocupa na assistência à gestante com dengue é o uso de AAS para a prevenção secundária de pré-eclâmpsia ou para evitar fenômenos tromboembólicos.

Na vigência da fase aguda da dengue, o uso desse medicamento deverá ser suspenso.

É senso comum que o AAS poderá ser reintroduzido uma semana após a remissão da doença.

Grupo B – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto sem sinais de alarme

Gestantes ou puérperas apresentem as manifestações clínicas sugestivas ou diagnóstico de dengue e não apresentem nenhum sinal de alarme ou gravidade. Devem ser atendidas o mais rápido possível, necessitam de vigilância e hidratação

Orientações para a hidratação oral de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue

- A hidratação oral das gestantes e puérperas deve ser iniciada em ambiente de assistência à saúde, o mais breve possível.
- Ingestão de 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral (SRO) e com volume maior no início. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros

(água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, entre outros), utilizando os meios mais adequados à idade e aos hábitos alimentares da paciente.

- Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para uma grávida de 70 kg, orientar a ingestão de 60 mL/kg/dia, totalizando 4,2 L/dia. Assim, será ingerido, nas primeiras 4 horas, um volume de 1,4 L. Os 2,8 L restantes serão distribuídos nos outros períodos. Nas primeiras 4 horas do atendimento, considerar a oferta de 1/3 do volume.
- Para gestantes e puérperas que não suportam a hidratação oral, permite-se infundir até 5 mL/kg/hora de solução fisiológica, obedecendo aos mesmos princípios de controle da hidratação. A intolerância ou recusa da hidratação oral pode ser motivo até de internação.
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, e sim liberada de acordo com a aceitação da gestante.

Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo B)

- Solicitar exames complementares de acordo com a condição clínica associada.
- Solicitar hemograma para avaliar a contagem de plaquetas e comparar o hematócrito com o valor basal (a gestante deve ter esse dado anotado em sua carteira de pré-natal). Se o hematócrito estiver até 10% maior que o seu basal: repetir hemograma diariamente até 48 horas após cessar a febre.
- Manter a gestante em leito de observação (controle rigoroso de sinais vitais, sinais e sintomas) até checar os resultados de exames.
- Iniciar a hidratação por via oral: inicial de 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 nas primeiras 4 horas.
- Repetir avaliação clínica, hematócrito e plaquetas após 4 horas de hidratação.
- Medicamentos sintomáticos: antitérmicos, analgésicos e antieméticos, conforme a necessidade. Os anti-inflamatórios não esteroidais estão contraindicados.
- Pacientes com hematócrito normal podem fazer o controle ambulatorial com reavaliação clínica e laboratorial diariamente (até 48 horas após cessada a febre); orientar sobre sinais de alarme, hemorragias ou choque e orientar a não se automedicar; permanecer em repouso e procurar serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais de alarme.
- A presença de hemoconcentração (aumento do hematócrito > 10% ou valor > 44% na ausência de exame para comparação) ou o aparecimento de sinais de alarme classifica automaticamente as gestantes ou puérperas até o 14º dia pós-parto no Grupo C, e elas deverão ser internadas. Contagem de plaquetas < 50.000/mm³ também é um indicador de gravidade, recomendando-se a internação hospitalar para melhor controle.

Grupo C – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto com sinais de alarme

Elas devem ser internadas, preferencialmente, em um hospital onde exista a possibilidade de cuidados intensivos, caso ocorra progressão da doença.

Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo C)

- Devem permanecer internadas até a estabilização, no mínimo 48 horas.
- Iniciar reposição volêmica imediata (10 mL/kg de soro fisiológico na primeira hora) em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.

- Monitoramento dos sinais vitais durante a infusão líquida, em especial a frequência cardíaca e respiratória, a ausculta respiratória, a qualidade do pulso, a turgência jugular, a diurese e o nível de consciência.
- Solicitar hemograma, eletrólitos, dosagem de albumina sérica e transaminases.
- Solicitar radiografia de tórax (com adequada proteção abdominal) e ultrassonografia abdominal.
- Na dependência da necessidade, solicitar glicemia, ureia, creatinina, gasometria, tempo de tromboplastina parcial ativada e ecocardiograma.
- Reavaliar após 1 hora (sinais vitais, pressão arterial, diurese – desejável 1 mL/kg/h), manter hidratação 10 mL/kg/h, na segunda hora, até avaliação do hematócrito, que deverá ocorrer em 2 horas (após a etapa de reposição volêmica). O total máximo de cada fase de expansão é 20 mL/kg em 2 horas, com administração gradativa e monitorada.
- Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até 3 vezes. Reavaliação clínica (sinais vitais, pressão arterial, diurese) após 1 hora e de hematócrito em 2 horas após a conclusão de cada etapa.
- Observando-se melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:
 - **Primeira fase:** 25 mL/kg em 6 horas; se houver melhora clínica, iniciar a segunda fase;
 - **Segunda fase:** 25 mL/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado.
- Gestantes do Grupo C devem permanecer internadas até a estabilização e critérios de alta, por período mínimo de 48 horas.
- Se não houver melhora clínica e laboratorial, conduzir como Grupo D

Grupo D – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto com sinais de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos)

Os sinais de choque na dengue são: taquicardia, extremidades distais frias, pulso fraco filiforme, enchimento capilar lento (>2 segundos), pressão arterial convergente (<20mmHg), taquipneia, oligúria (<1,5ml/kg/h) hipotensão arterial (fase tardia do choque) e cianose (fase tardia do choque).

Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo D)

- Solicitar leito de terapia intensiva. Caso esse não esteja acessível, instituir imediatamente as medidas de manejo e monitoramento.
- Para a reposição volêmica, iniciar imediatamente a fase de expansão rápida, parenteral, com soro fisiológico a 0,9% (20 mL/kg em até 20 minutos) em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.
- Reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos e de hematócrito a cada 2 horas. Essas pacientes necessitam de monitoramento contínuo.
- Repetir a fase de expansão até três vezes. Se houver melhora clínica e laboratorial após a fase de expansão, retornar para a fase de expansão do Grupo C e seguir a conduta recomendada.
- Solicitar hemograma completo e dosagem de albumina e transaminases.
- Solicitar radiografia de tórax (com adequada proteção abdominal) e ultrassonografia para avaliar derrames cavitários.

- Outros exames como glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de protrombina e atividade enzimática e ecocardiograma poderão ser realizados conforme necessidade.
- Essas pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de UTI até a estabilização (mínimo de 48 horas) e, após a estabilização, devem permanecer em leito hospitalar.
- Se a resposta for inadequada e caracterizada pelo choque, será preciso avaliar: - Hematócrito em ascensão após a reposição volêmica adequada, utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5 a 1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 mL dessa solução, usar 25 mL de albumina a 20% e 75 mL de soro fisiológico a 0,9%).

Na falta dela, utilizar coloides sintéticos (10 mL/kg/hora);

- Hematócrito em queda e persistência do choque, investigar hemorragias ocultas e avaliar a coagulação;

- Na presença de hemorragia: transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 mL/kg/dia);

- Na presença de coagulopatia: avaliar a necessidade de uso de plasma fresco (10 mL/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1 U para cada 5 a 10 kg);

- Considerar a transfusão de plaquetas nas seguintes condições: sangramento persistente não controlado, após a correção dos fatores de coagulação e do choque; trombocitopenia e INR >1,5 vez o valor normal.

- Se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, observar:

- Sinais de desconforto respiratório e sinais de insuficiência cardíaca congestiva, e investigar hiperhidratação;

- Reduzir a infusão de líquido e usar diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.

- A infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária se houver:

- Término do extravasamento plasmático;

- Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica; - Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento;

- Diurese normalizada;

- Resolução dos sintomas abdominais.

- Após preencher os critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme o Grupo B.

1.5. Linha de cuidado pré-natal, obstétrico e puerperal

Evento relativamente frequente entre gestantes com dengue grave é o **trabalho de parto pré-termo**, e a indicação é de que a inibição do trabalho de parto pré-termo pode ser realizada utilizando para a tocolise o fármaco mais adequado é a atosibana, um inibidor de ocitocina. O uso de AINES está contraindicado em qualquer fase da dengue. Por sua vez, a terbutalina, o sulfato de magnésio e o nifedipino apresentam limitações de uso em gestantes com dengue, principalmente na fase de choque, mas,

entre eles, o nifedipino seria aquele com melhor perfil para ser utilizado em gestantes com dengue atendidas em maternidades sem acesso à atosibana.

Dependendo da IG, está liberado o uso de corticoides para a profilaxia de hemorragias parenquimatosas do feto/neonato e a aceleração da produção de substâncias surfactantes. Preconizam-se a betametasona e, alternativamente, a dexametasona.

A melhor opção de parto para gestantes com dengue é o parto via vaginal, preferentemente com plaquetas acima de 50.000/mm.

Deve **evitar a via intramuscular** para administração de medicamentos em pacientes com dengue → ocitocina profilática universal do pós-parto por via endovenosa, conforme se segue: 5 UI in bolus em infusão lenta a cada três minutos e, se for necessário, até a 3ª dose. Na sequência, infundir mais 20 UI em 500 mL por 2 horas (250 mL/h) e mais 20 UI em 500 mL por 4 horas (125 mL/h)

Na eventualidade de parada cardiorrespiratória de gestante com dengue e com mais de 20 semanas de IG, a reanimação cardiopulmonar deve ser realizada com o deslocamento do útero para a esquerda, para descompressão da veia cava inferior. Considerar a realização da cesárea depois de 4 a 5 minutos de tentativa de ressuscitação cardiopulmonar.

Manejo obstétrico na gestante com dengue

- Inibição do trabalho de parto pré-termo com atosibana (preferentemente) ou nifedipino; permitido o uso de corticoide.
- O sulfato de magnésio pode ser utilizado em gestantes com dengue (sem choque ou hemorragias) com menos de 32 semanas ou nos casos de pré-eclâmpsia grave. Recomenda-se que o gluconato de cálcio esteja disponível para uso imediato, caso haja necessidade de seu uso.
- Suspender AAS e anticoagulação profilática na vigência de sangramento ou plaquetas $< 30.000 \text{ mm}^3$.
- Evitar a realização de procedimentos obstétricos que possam ser adiados.
- No parto/cesariana/aborto inevitáveis, a equipe deve estar preparada para possível aumento de sangramento, com reserva de sangue e medidas de prevenção. Manter plaquetas $> 50.000/\text{mm}^3$ no parto e $> 70.000/\text{mm}^3$ na cesárea.
- O aleitamento natural é permitido.
- Seguimento do neonato para avaliar a transmissão vertical se o nascimento ocorrer entre 10 dias antes e 10 horas após o início do quadro febril.

O risco de transmissão do DENV por meio da **amamentação** parece ser um evento raro, por isso, considerando as inúmeras vantagens do aleitamento natural, a orientação é a manutenção do aleitamento natural em puérperas com dengue

Não há dúvida de que as vacinas são recursos poderosos para evitar algumas infecções em gestantes, mas, considerando o DENV, **nenhuma das vacinas disponíveis está liberada para uso durante a gravidez**, visto que apresentam vírus atenuados em sua composição.

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
 - Ausência de febre por 24 horas.
 - Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
 - Plaquetas em elevação.

26. (EsFCEx 2024) No que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e puerpério, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda

(A) o início da reposição volêmica imediata, por via endovenosa com soro fisiológico 0,9%, (10 mL/kg), para gestantes e puérperas até o 30o dia pós-parto, com dengue, sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço.

(B) que, nos serviços de saúde, gestantes e puérperas, apresentando algum sinal de alarme no momento do acolhimento com classificação de risco, devem ser identificadas com a cor vermelha.

(C) a realização da prova do laço na triagem de todas as gestantes e puérperas com suspeita de dengue, devendo ser considerada como resultado positivo a presença de 10 ou mais petéquias na área definida.

(D) a ingestão de vitaminas do complexo B e o uso de repelentes à base de andiroba e citronela como medida complementar a outras medidas de prevenção da dengue, na fase de recuperação.

(E) a aplicação de repelentes à base de Icaridina, DEET e “IR3535” em toda a área exposta da pele e, no caso de serem usadas roupas de tecidos finos, aplicar sobre a roupa, como medida de profilaxia contra a picada do *Aedes aegypti*.

REFERÊNCIAS

Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Ministério da Saúde. **Manual de prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério**. São Paulo: Federação Brasileira de Associações de Ginecologia Obstetrícia/Ministério da Saúde, 2024.

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

Brasil. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018

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

GABARITO

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