

Escola de Saúde e Formação Complementar do Exército



LUCIANE PEREIRA DE ALMEIDA



Aula 1 – 04/11/2023 – Assistência ao pré-natal de baixo risco



Aula 2 – 17/02/2024 - Gestação de alto risco



Aula 3 – 24/02/2024 – Parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados ao RN



Aula 4 – 20/04/2024 – Assistência de Enfermagem à Saúde sexual e saúde reprodutiva



Aula 5 – 04/05/2024 – Prevenção do câncer do colo de útero e de mama

Assistência de enfermagem ao pré-natal de baixo risco



Avaliação Pré-concepcional

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

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



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

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

Atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional

- anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. História clínica, familiar e obstétrica.
- Orientações aos hábitos de vida: nutricional, risco do tabagismo, uso de medicamentos, avaliação das condições de trabalho.



Administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional - 5mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção



SETEMBRO 2013						
dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	DOM 20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12

Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.

PREVENÇÃO E AÇÕES QUANTO ÀS INFECÇÕES

Rubéola
Hepatite B
Toxoplasmose
HIV
Sífilis

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

EXAME GINECOLÓGICO



EXAME GINECOLÓGICO E COLETA DE MATERIAL PARA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

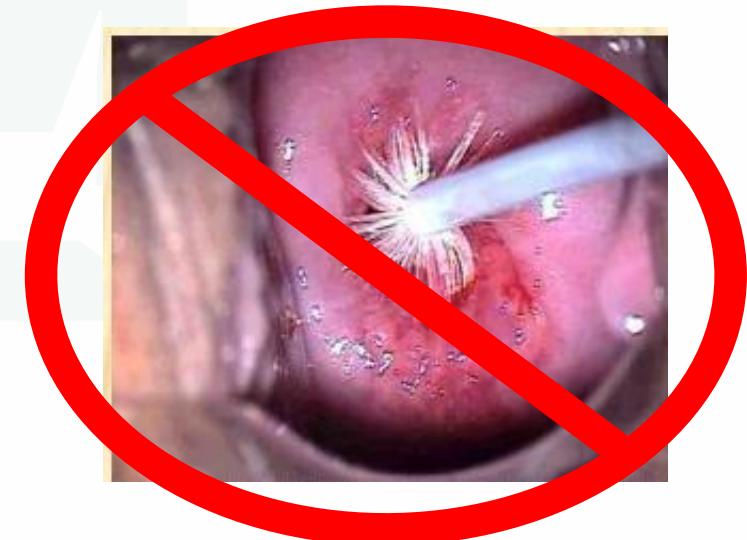
- O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal.
- Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.





Coleta do material para exame colpocitopatológico: deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice.

A coleta da parte interna, a endocérvice, **não deve ser realizada nas gestantes.**



Pré-natal – qual objetivo?

Assegurar o desenvolvimento da gestação,
permitindo o parto de um recém-nascido saudável,
sem impacto para a saúde materna, inclusive
abordando aspectos psicossociais e as atividades
educativas e preventivas

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013)

1º PASSO: Captação precoce na Atenção Primária à Saúde até a 12^a semana de gestação

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



10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013)



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

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

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013)

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

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013)

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

8º PASSO: Benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

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



10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013)

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



Agendamento das consultas



Mensais

Quinzenais

Semanais

NÃO HÁ risco gestacional -
acompanhamento com equipe de Atenção
Básica com o **mínimo de 6 consultas
médicas e de enfermagem intercaladas.**

**Confirmação de risco gestacional
encaminhar ao pré-natal de alto risco e
manter acompanhamento na Atenção
Básica por meio de consultas médicas e de
enfermagem.**



Por que a maior frequência das consultas deve ser no final da gestação?



avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre: trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.



ATENDIMENTO À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA

➤ PRÉ-NATAL

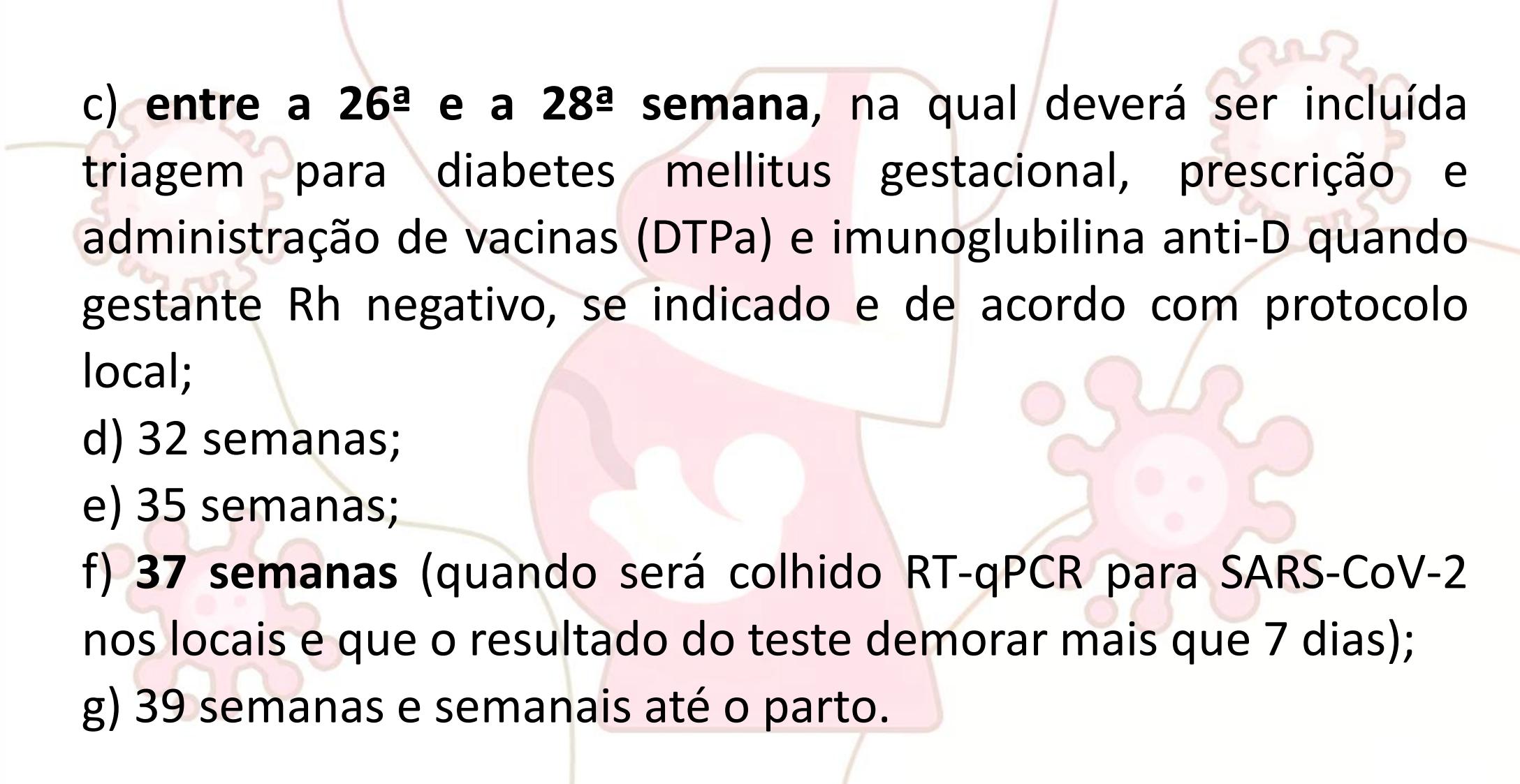
As teleconsultas podem ser realizadas nas seguintes idades gestacionais:

- abaixo de 11 semanas (obtenção da história clínica e orientações sobre como será realizado o seguimento pré-natal),
- entre 16 e 18 semanas,
- com 32, 38 semanas e
- após a alta hospitalar.

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

- a) **Entre a 11^a e a 14^a semana:** deve contemplar anamnese, exame físico completo (incluindo exame geral, cardiovascular, pulmonar, abdominal e gineco-obstétrico), coleta de exames laboratoriais e a 1^a ultrassonografia para confirmar a idade gestacional, data provável do parto (DPP) e avaliação de translucência nucal (US morfológico de 1º trimestre) nos locais em que for possível;

- b) **entre a 20^a e a 22^a semana,** coincidindo com a ultrassonografia para avaliação da anatomia fetal (ultrassonografia morfológica de 2º trimestre), nos locais em que for possível;

- 
- c) entre a **26^a** e a **28^a** semana, na qual deverá ser incluída triagem para diabetes mellitus gestacional, prescrição e administração de vacinas (DTPa) e imunoglobulina anti-D quando gestante Rh negativo, se indicado e de acordo com protocolo local;
 - d) 32 semanas;
 - e) 35 semanas;
 - f) **37 semanas** (quando será colhido RT-qPCR para SARS-CoV-2 nos locais e que o resultado do teste demorar mais que 7 dias);
 - g) 39 semanas e semanais até o parto.

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



**Atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana
após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o
parto).**



wikiHow

Questões



4- A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como por exemplo:

- (A)Oligoidrâmnio
- (B)vômitos inexplicáveis no 3º trimestre
- (C)anemia grave (hemoglobina < 8)
- (D)trabalho de parto prematuro

4- A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como por exemplo:

- (A)Oligoidrâmnio
- (B)vômitos inexplicáveis no 3º trimestre
- (C)anemia grave (hemoglobina < 8)
- (D)trabalho de parto prematuro

5- O Ministério da Saúde preconiza que uma atenção de pré-natal adequada tem que ter, no mínimo, 6 consultas. Estas consultas são divididas em um calendário de periodicidade de acordo com cada etapa da gestação. As consultas de pré-natal devem ser realizadas:

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

5- O Ministério da Saúde preconiza que uma atenção de pré-natal adequada tem que ter, no mínimo, 6 consultas. Estas consultas são divididas em um calendário de periodicidade de acordo com cada etapa da gestação. As consultas de pré-natal devem ser realizadas:

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

Indicadores

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

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

Conforme Manual Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013) – avaliação permanente da assistência pré-natal.

A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

- distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto);
- abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;
- óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério;
- óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- crianças com tétano neonatal;
- recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g);
- VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos;

Sinais e sintomas iniciais da gravidez



Sintomas da Gravidez

Sinais de Presunção – são em grande parte subjetivos e observados pela própria mulher que podem ser experimentados em períodos variados.

Sinais de Probabilidade – são sinais prováveis principalmente descobertos pelo médico ou enfermeiro, após exame cuidadoso.

Sinais de certeza

Sinais de Probabilidade

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



Sinais de Certeza



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



Questões



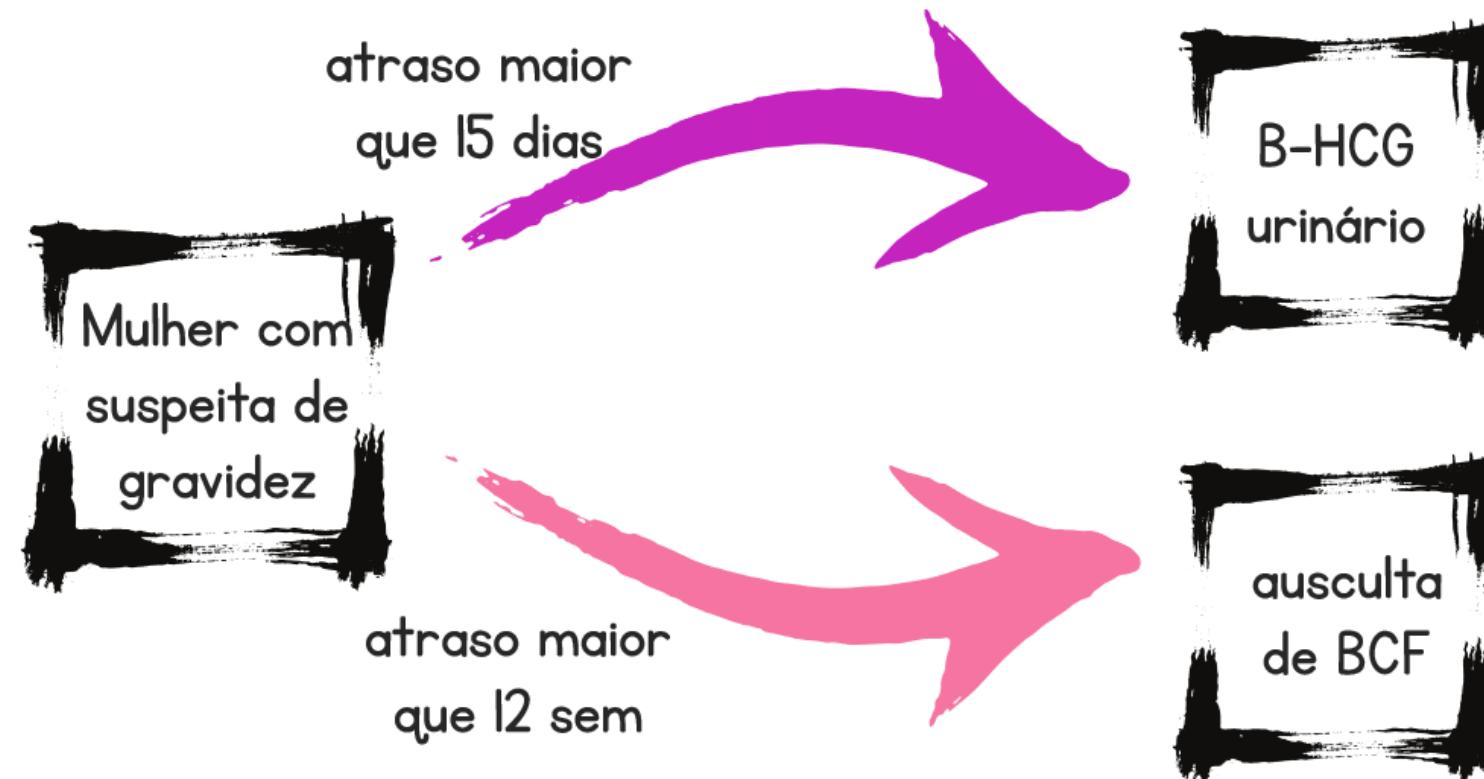
6- Entre os sinais que indicam uma gestação, existem os de presunção, os de probabilidade e os de certeza, a saber:

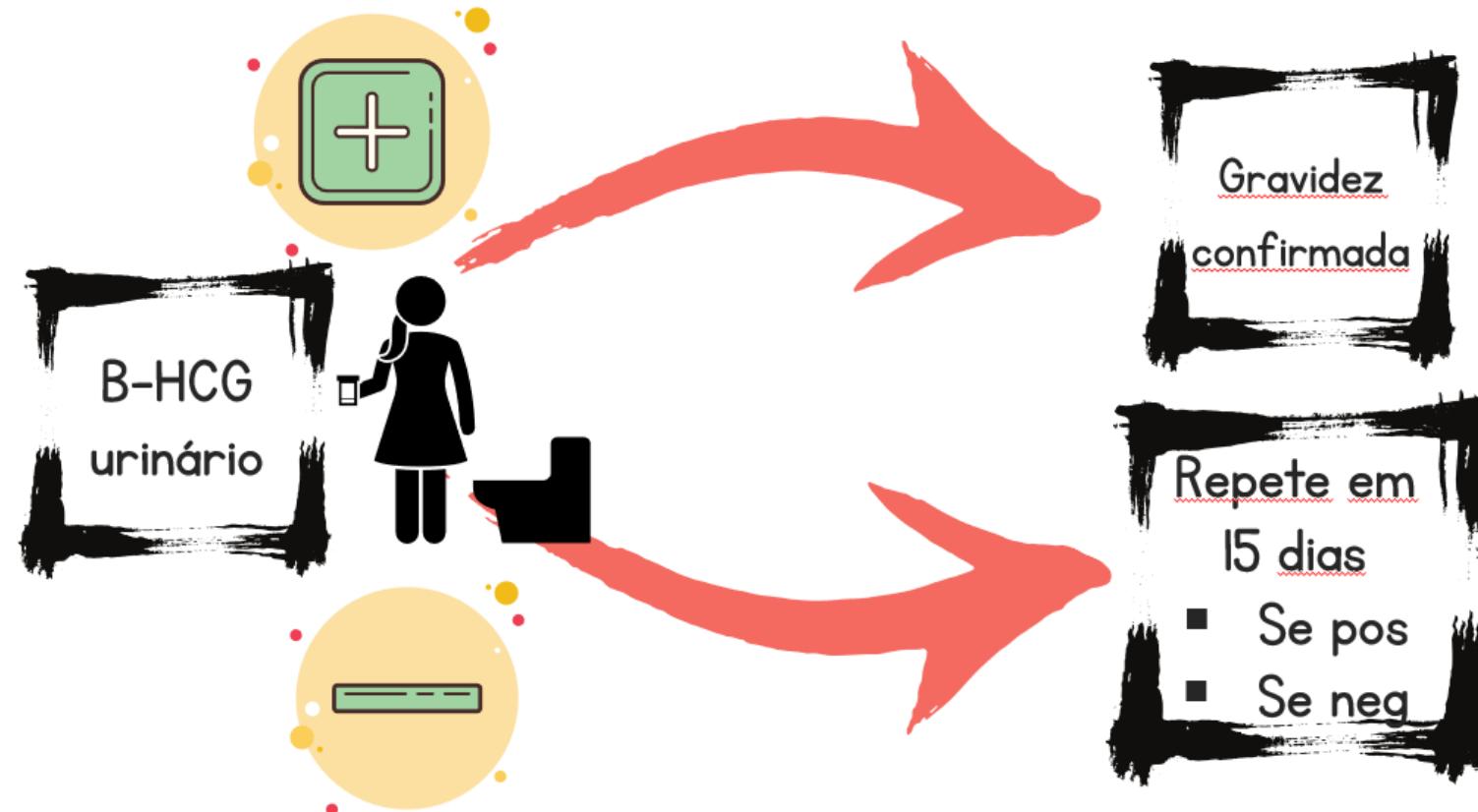
- (A)modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo) são sinais de presunção.
- (B)cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal, amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume e frequência urinária são sinais de probabilidade.
- (C)paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais) e náuseas, vômitos, tonturas são sinais de certeza.
- (D)percepção dos movimentos fetais pela mulher, atraso menstrual, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência são sinais de certeza.

6- Entre os sinais que indicam uma gestação, existem os de presunção, os de probabilidade e os de certeza, a saber:

- (A)modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo) são sinais de presunção.
- (B)cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal, amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume e frequência urinária são sinais de probabilidade.
- (C)paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais) e náuseas, vômitos, tonturas são sinais de certeza.
- (D)percepção dos movimentos fetais pela mulher, atraso menstrual, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência são sinais de certeza.

TESTE IMUNOLÓGICO DE GRAVIDEZ





- O β HCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez.
- Entre 10 e 13 semanas, utiliza-se o comprimento cabeça–nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15^a semana, a estimativa de idade gestacional será feita pela medida do diâmetro biparietal.



Questões



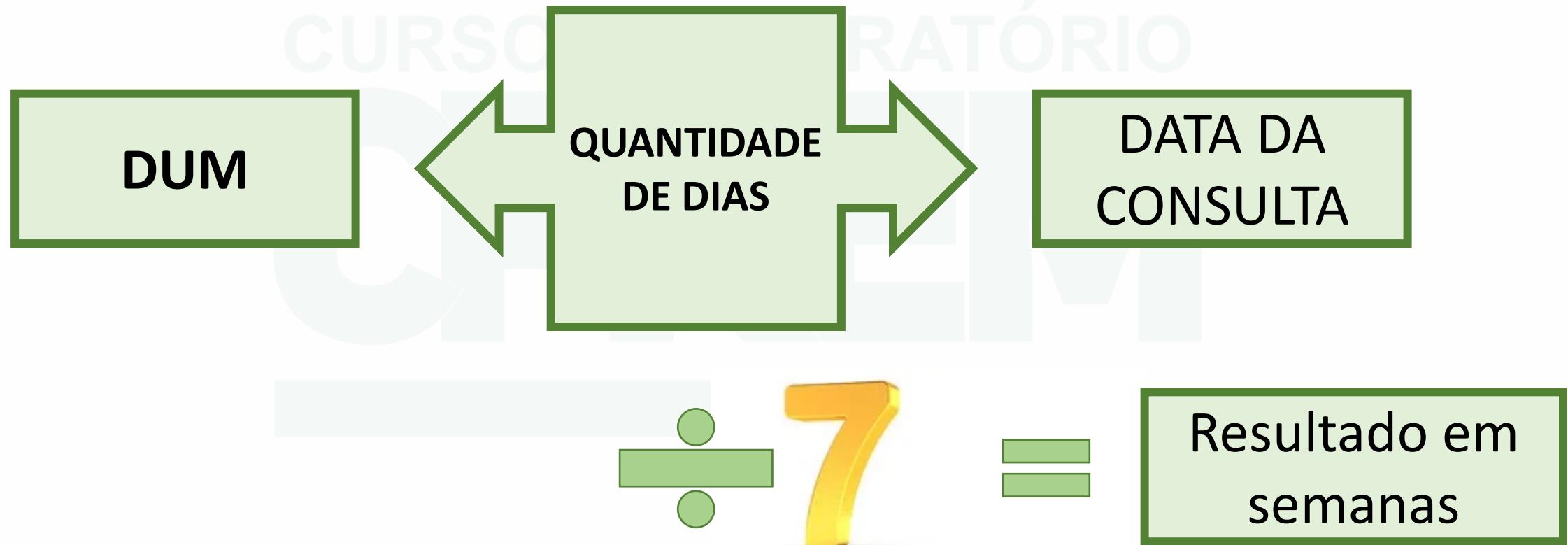
Cálculo da data Provável do Parto

Para estimar o período do provável nascimento é necessário o conhecimento da data da última menstruação (DUM).

- Calendário;
- Gestograma;
- Regra de Nägele;



CALCULO DA IDADE GESTACIONAL



Questões



10 - Para responder às questões números **38** e **39**, considere o relato a seguir.
Em 09/09/2022, M.A., 24 anos, solteira, primigesta compareceu à unidade de saúde para consulta de enfermagem de pré-natal. Informou que seus ciclos menstruais eram regulares, com intervalo de 28 dias e que sua última menstruação

(DUM) iniciara em 27.05.2022 e terminara em 31.05.2022.

Relatou ainda que o enjojo matinal havia melhorado e, no momento, vinha se sentindo bem. Ao analisar o resultado do primeiro exame de sorologia para toxoplasmose, realizado em amostra de sangue coletada na 11^a semana de gestação, o enfermeiro constatou: IGG = positiva; IGM positiva e teste de avidez de IGG = forte.

(EsFCEx Versão A – Questão 38)

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

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

REGRA DE NAEGELE

Soma 7 dias ao 1º dia da
DUM

Diminui 3 meses ao mês



DUM = 27.05.2022



Maio tem 31 dias

$27 + 7$ dias = 03/06/2022

03/06/2022

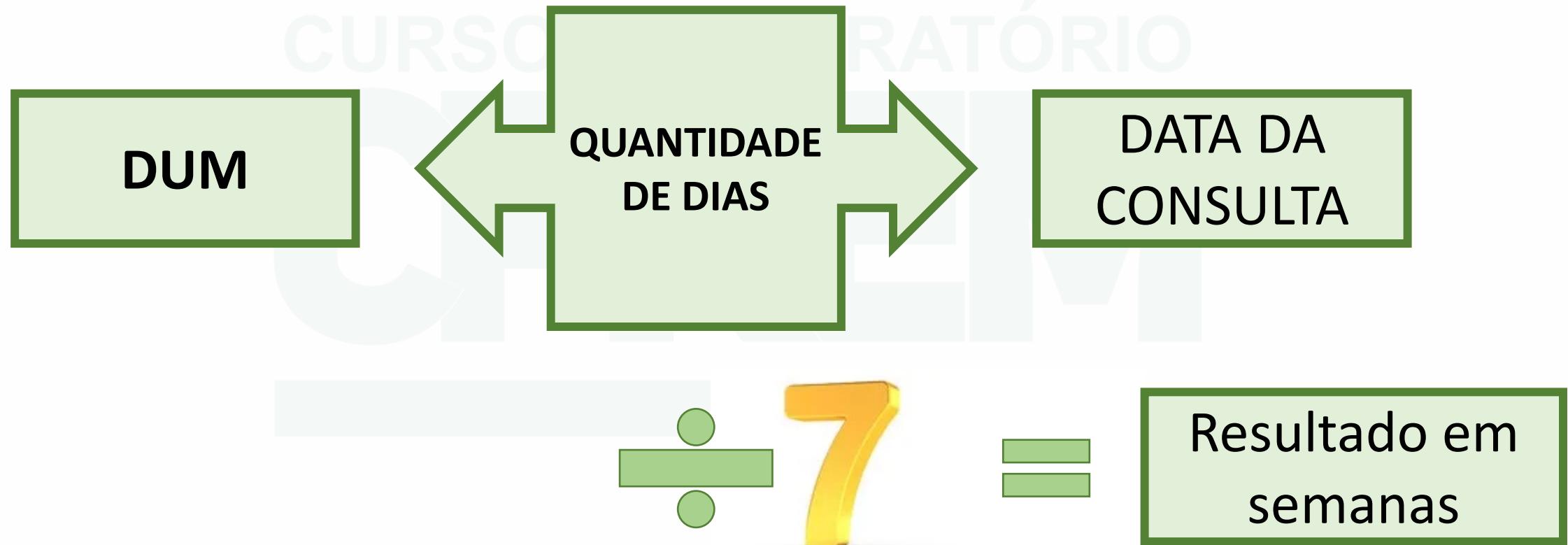
Mês de Junho (06) + 9
meses OU – (menos) 3
meses. DPP = 03/03/2023

(EsFCEx Versão A – Questão 38)

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

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

CALCULO DA IDADE GESTACIONAL



CALCULO DA IDADE GESTACIONAL

DUM =
27/05

**QUANTIDADE
DE DIAS**
105

CONSULTA
= 09/09

Maio = 4

Junho = 30

Julho = 31

Agosto = 31

Setembro = 09

$$\frac{\text{QUANTIDADE DE DIAS}}{7} = \text{CONSULTA} - \text{DUM}$$

105 ÷ 7 = 15 sem

(EsFCEx Versão A – Questão 38)

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

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

Medida da altura uterina (AU)

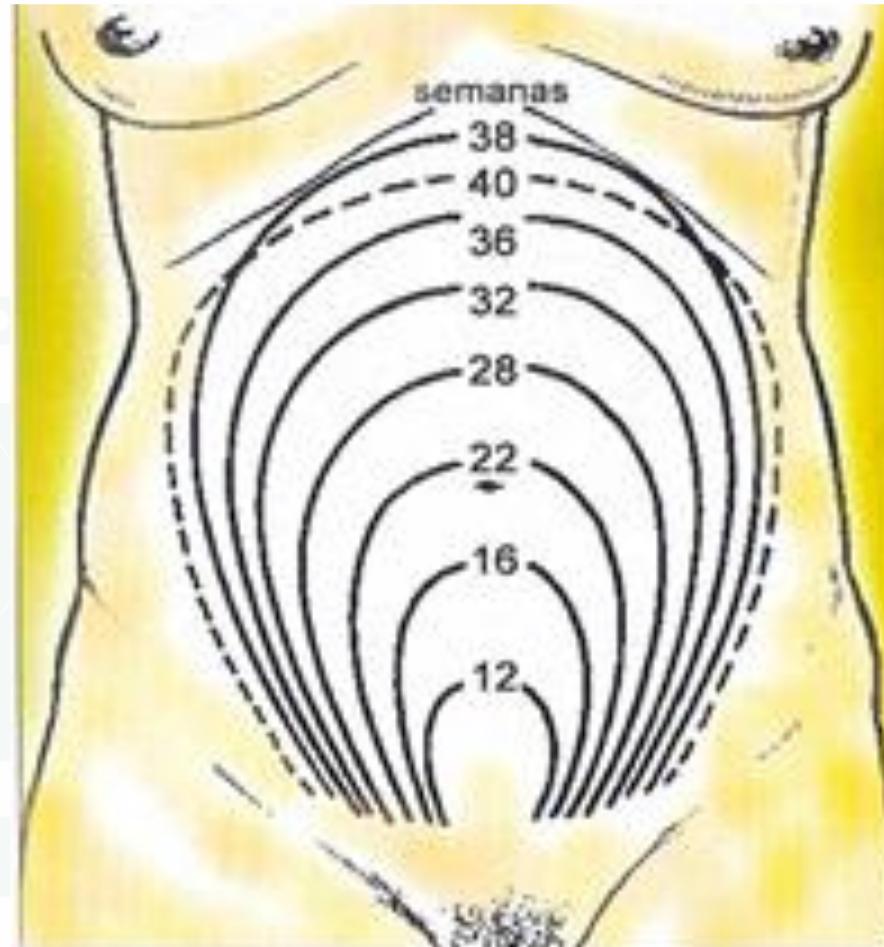
Objetivo: Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação

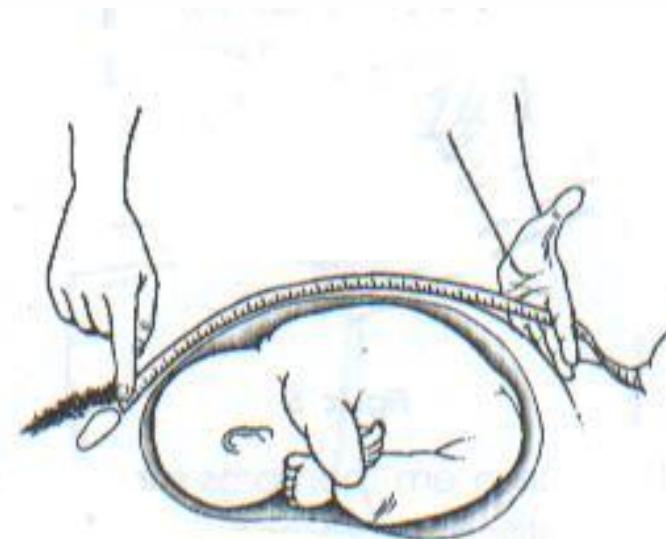
E quando a mulher desconhece o dia
que menstruou pela última vez?

E quando ela não sabe o dia e o mês?



- ✿ Até 6 sem.;
- ✿ 8^a semana;
- ✿ 10^a semana;
- ✿ 12^a semana;
- ✿ 16^a semana;
- ✿ 20^a semana;





→ 20^a à 30^a semana - existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina;

macrossomia, gestação
gemelar, mola
hidatiforme.



feto morto, oligoidrâmnio, ou
restrição de crescimento
intrauterino.

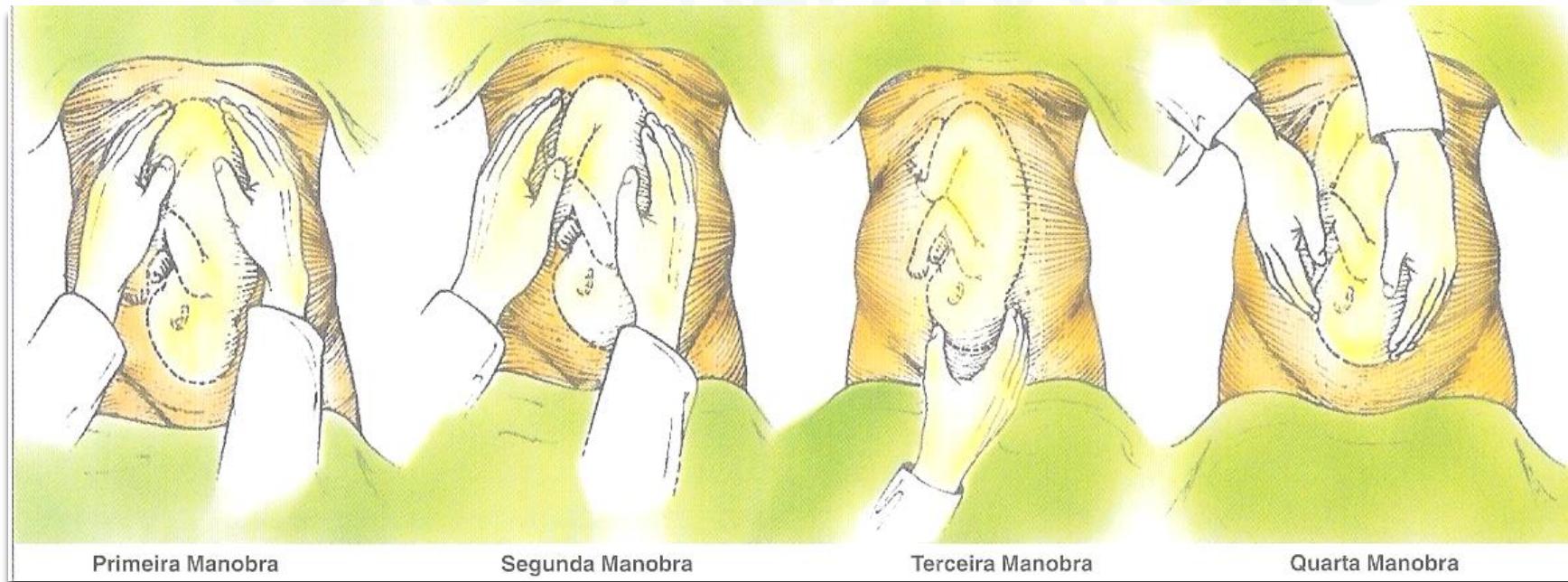
Questões



12- Quando a data da última menstruação não for conhecida, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Uma gestante que encontra-se com a altura do fundo do útero entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical possivelmente estará grávida de:

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

Palpação obstétrica Manobra de Leopold Zweifel



Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)



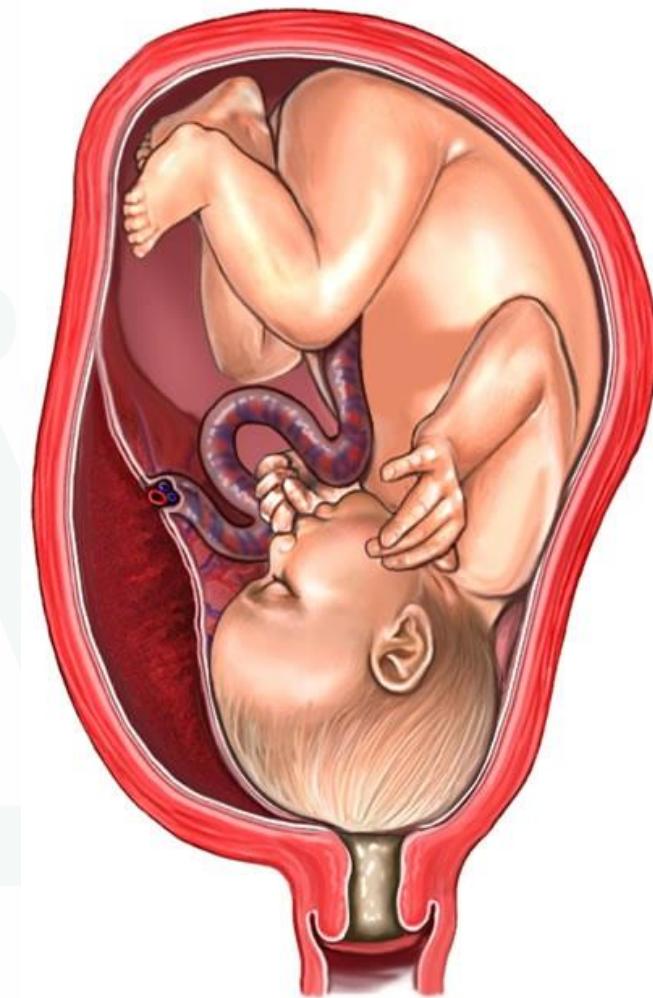
Objetivos:

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

SITUAÇÃO

POSIÇÃO

APRESENTAÇÃO



Palpação obstétrica Manobra de Leopold Zweifel





1º tempo

Delimite o fundo do útero e reconheça a parte fetal que o ocupa;

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



2º tempo



3º tempo

Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;

Determine a situação fetal.



4º tempo

Ausculta dos batimentos cardiofetais



Quadro 10 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

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

Fonte: (BRASIL, 2005e).

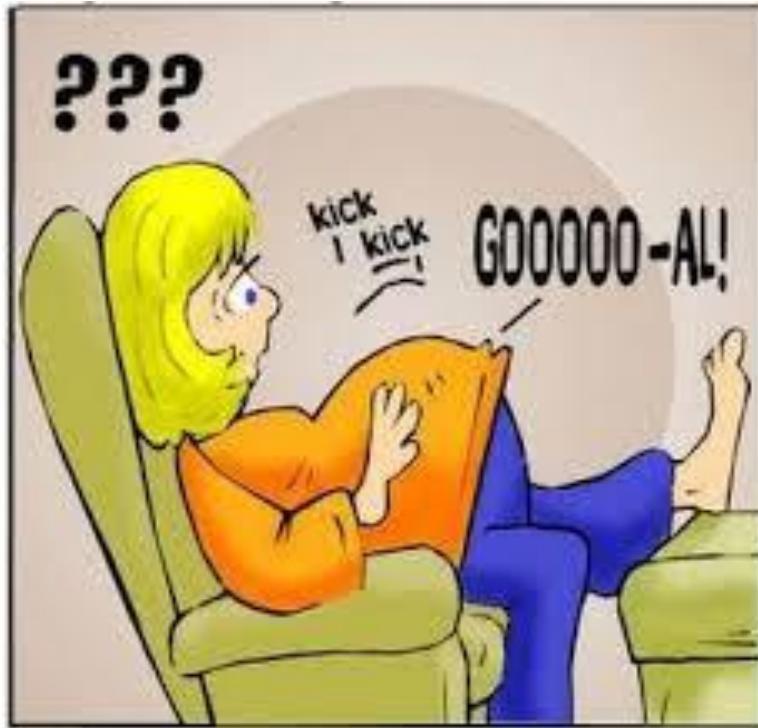
Movimentos Fetais

Objetivo: Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34^a semana.

Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34^a semana gestacional.



Contagem dos Movimentos Fetais



período máximo de
uma hora –
6 movimentos

Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess)

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

2. Técnica:

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

Considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.



**Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess) – estudar
Interpretação do resultado: teste positivo e teste negativo**

Interpretação do resultado:

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

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

Questões



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

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

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

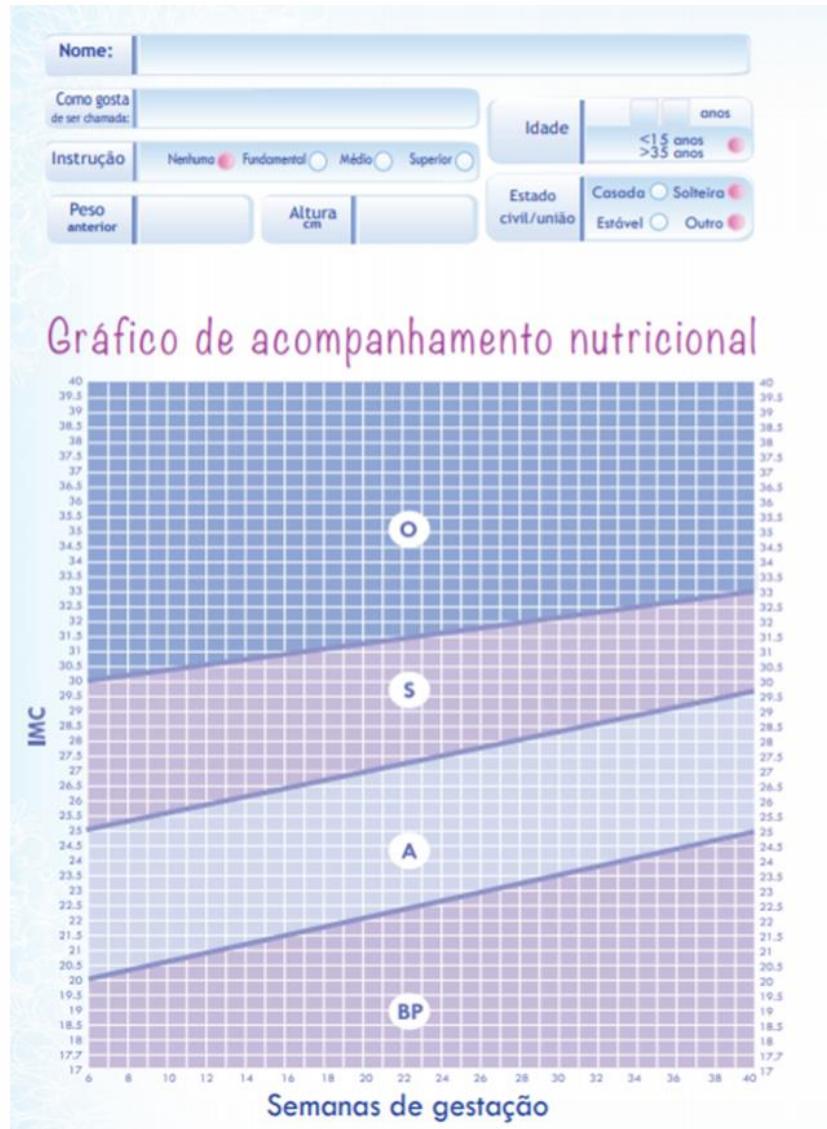
- (A)20^a
- (B)24^a
- (C)30^a
- (D)34^a

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

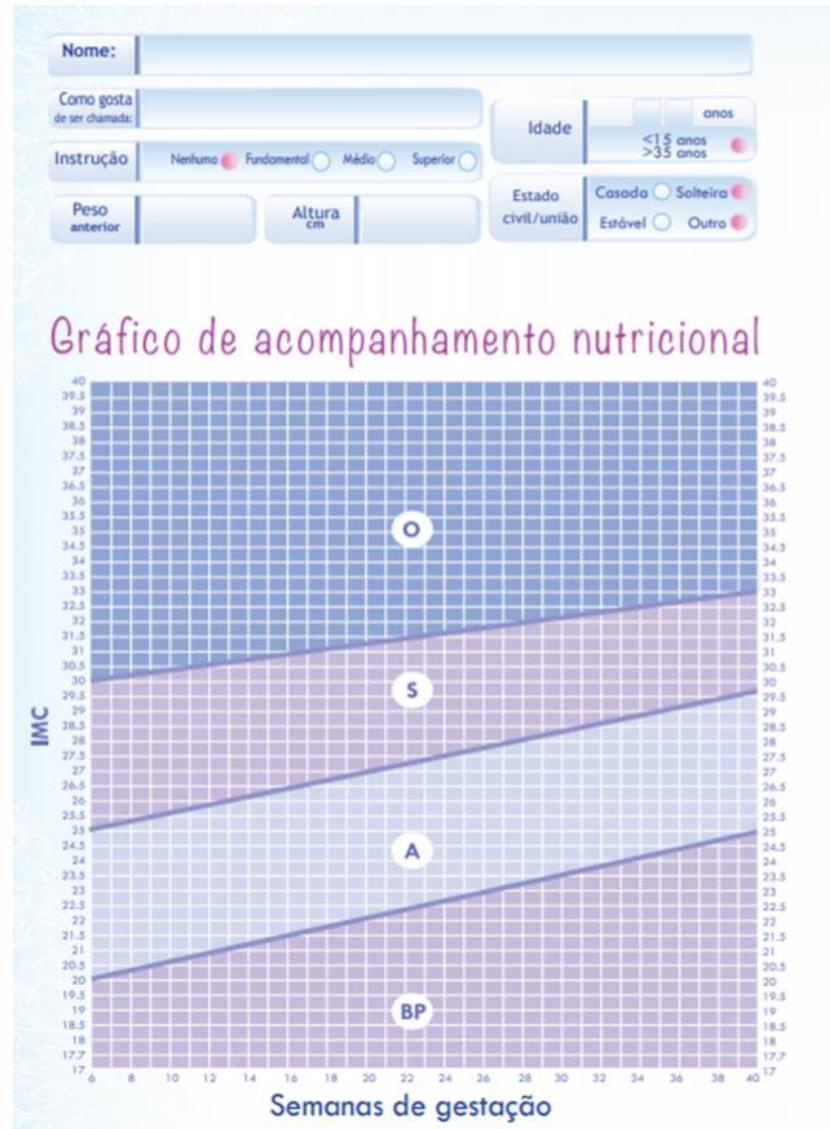




A estatura pode ser aferida apenas na 1^a consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 19 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente.



O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13^a semana gestacional.



Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial ($< 45\text{ kg}$ e $> 75\text{ kg}$)



Condutas conforme o diagnóstico nutricional realizado:

Baixo peso (BP): investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes.

Dê a orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis.

Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual.



Condutas conforme o diagnóstico nutricional realizado:

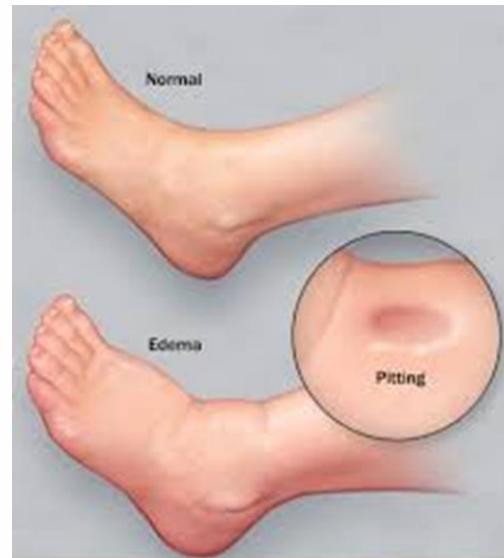


Sobrepeso e obesidade (S e O):
investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla.

Dê orientação nutricional à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo.

Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual.

Verificação da presença de edema



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

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

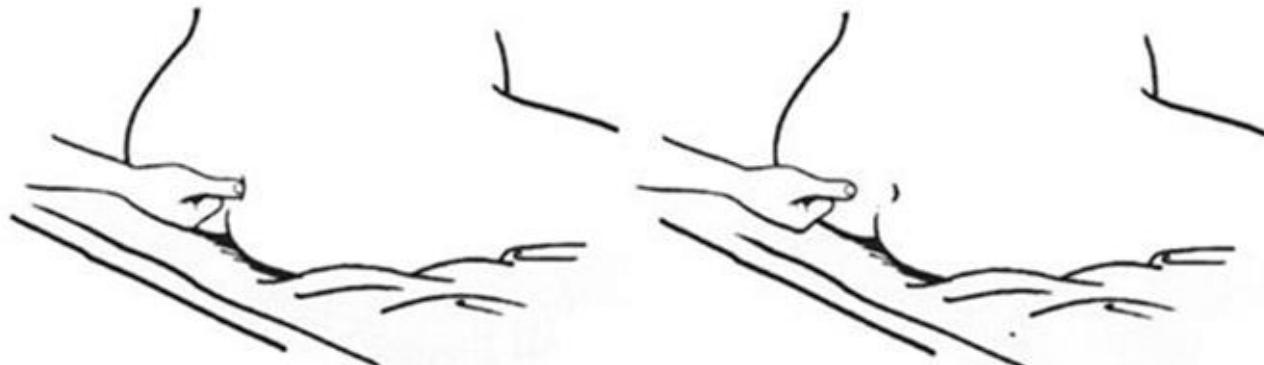
Verificação da presença de edema membros inferiores

- Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).
- O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado



Verificação da presença de edema - região sacra

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



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

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

Questões



18- A detecção do edema em gestantes deve ser realizada aplicando a compressão manual por alguns segundos nos seguintes locais:

- (A)região perimaleolar e face.
- (B)região pré-tibial e face.
- (C)região sacra e região perimaleolar.
- (D)membros superiores e tornozelos.
- (E)membros superiores e face.

18- A detecção do edema em gestantes deve ser realizada aplicando a compressão manual por alguns segundos nos seguintes locais:

- (A)região perimaleolar e face.
- (B)região pré-tibial e face.
- (C)região sacra e região perimaleolar.**
- (D)membros superiores e tornozelos.
- (E)membros superiores e face.

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

- (A)Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.
- (B)Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.
- (C)Edema ausente.
- (D)Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.
- (E)Edema unilateral de MMIII, com dor e/ou sinais flogísticos.

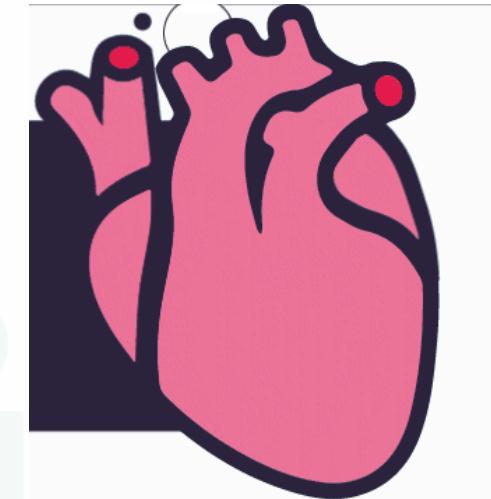
19- O edema ocorre em 80% das gestantes. Sendo assim, torna-se importante sua avaliação, a fim de detectar precocemente a ocorrência do edema patológico. Durante a anamnese, uma gestante foi avaliada com edema (++) , quais são os achados clínicos desta gestante?

- (A)Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.
- (B)Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.
- (C)Edema ausente.
- (D)Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.
- (E)Edema unilateral de MMIII, com dor e/ou sinais flogísticos.

Avaliação da pressão arterial

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros:

A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos em 3 ocasiões.



I. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial:

Reposo por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo.

Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida.

2. Certifique-se de que ela não:

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



3. Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado.

O braço deve estar na altura do coração livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

- Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff).
- Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).



VACINAÇÃO DA GESTANTE

ANTI-TETÂNICA



Deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. A última dose deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto.



ANTI-TETÂNICA

Gestante sem nenhuma dose registrada

Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses)

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose há menos de 5 anos

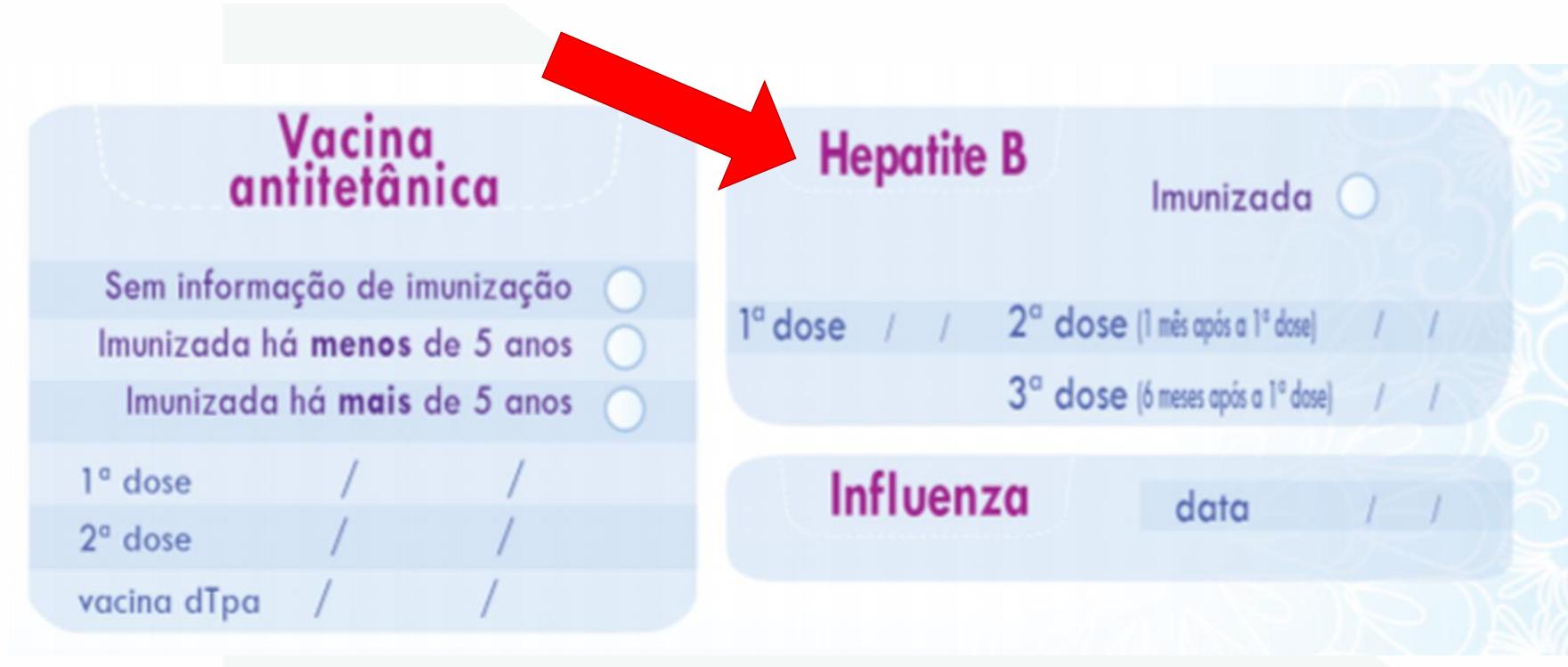
Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há mais de 5 anos e menos de 10 anos

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos



A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional.

O esquema consta de uma dose no período da campanha.



Vacina contra Hepatite B



Caderno de Atenção Básica nº 32 (BRASIL, 2013)

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



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

IMPORTANTE!

As **vacinas virais vivas** que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais.

→ avaliar cada situação.

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução.

Imunização - dTpa



CALENDÁRIO VACINAL

GESTANTE E PUÉRPERA
(ATÉ 45 DIAS APÓS O PARTO)

- A vacinação da dTpa para gestantes a partir da 20^a semana, segue com uma dose a cada gestação, a partir da vigésima semana (20^a) de gestação ou vacinação no puerpério (até 45 dias após o parto).
- A vacina protege contra difteria, tétano e coqueluche.



Quadro 15: Esquema vacinal para gestante

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

Fonte: BRASIL, 2016

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher

Questões



20- O esquema de vacinação com a vacina dTpa recomendado para gestantes é

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

15- O esquema de vacinação com a vacina dTpa recomendado para gestantes é

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

21- Para gestantes que não receberam a vacina dTpa durante o período gestacional, a recomendação do Ministério da Saúde é

Alternativas

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

21- Para gestantes que não receberam a vacina dTpa durante o período gestacional, a recomendação do Ministério da Saúde é

Alternativas

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

22- As mulheres em idade fértil devem ser orientadas a evitar a gravidez no período de trinta dias após receber a vacina:

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

22- As mulheres em idade fértil devem ser orientadas a evitar a gravidez no período de trinta dias após receber a vacina:

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

Exames solicitados no pré-natal

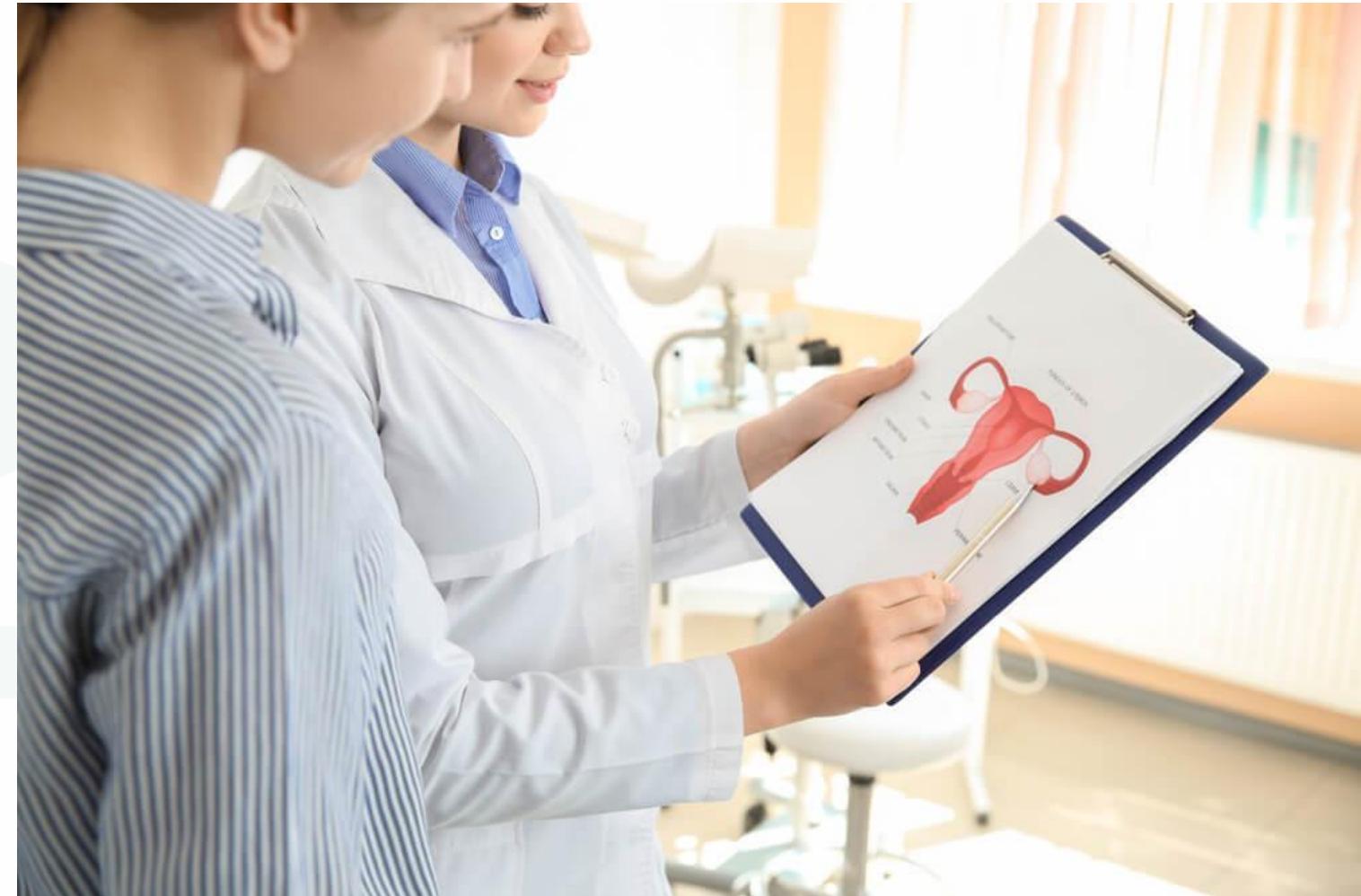


Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)

Período	Exames
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Brasil, 2005e.

Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina



Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Quadro 20 – Formas de exposição materna ao sangue fetal

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

Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.



Exames de rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none"> • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

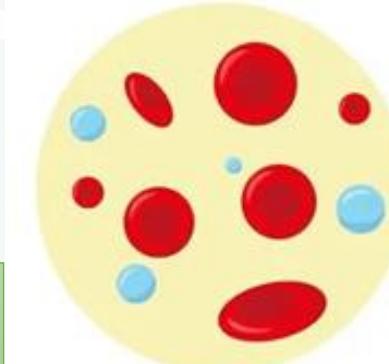
A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.



NORMAL

Hb > 11g/dl – ausência de anemia

Hb entre 8 e 11g/dl – anemia leve a moderada



ANEMIA

Hb < 8 – anemia grave



**Hb > 11g/dl –
ausência de anemia**

Suplementação de ferro à partir da 20^a semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar

Hb entre 8 e 11g/dl – anemia leve a moderada

- 1- Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes;
- 2- Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral

Questões



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

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

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

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

24- Gestante com 18 semanas, comparece à consulta pré-natal com exame de hemoglobina de 10g/dl. Refere tontura e fadiga e apresenta exame físico normal. Frente a tal achado, o enfermeiro deve ter como conduta:

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

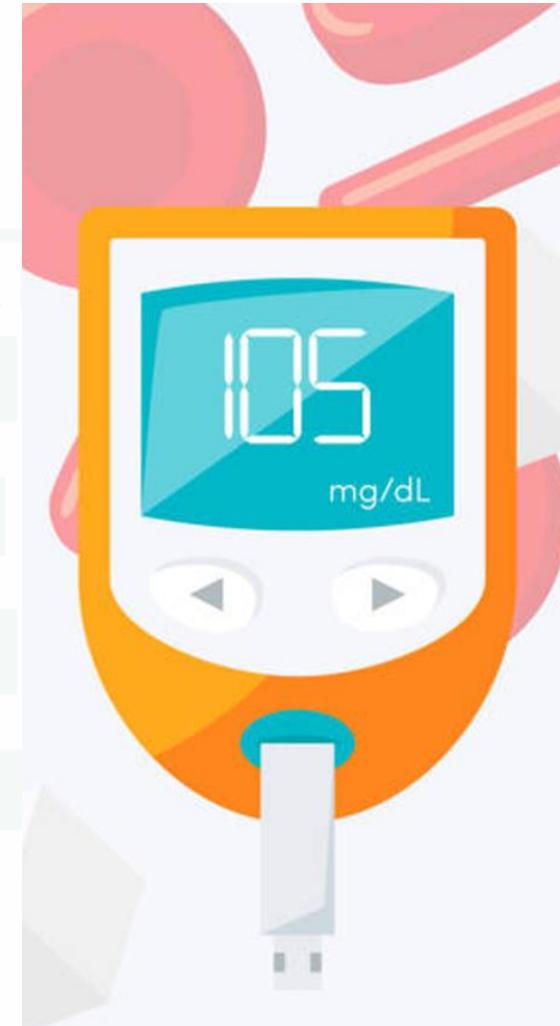
24- Gestante com 18 semanas, comparece à consulta pré-natal com exame de hemoglobina de 10g/dl. Refere tontura e fadiga e apresenta exame físico normal. Frente a tal achado, o enfermeiro deve ter como conduta:

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

- Exames

Brasil (2022) - **Glicemia em jejum** –
realizar 1^a consulta / 3º trimestre

Interpretação dos
resultados



Toxoplasmose gestacional



- Exames

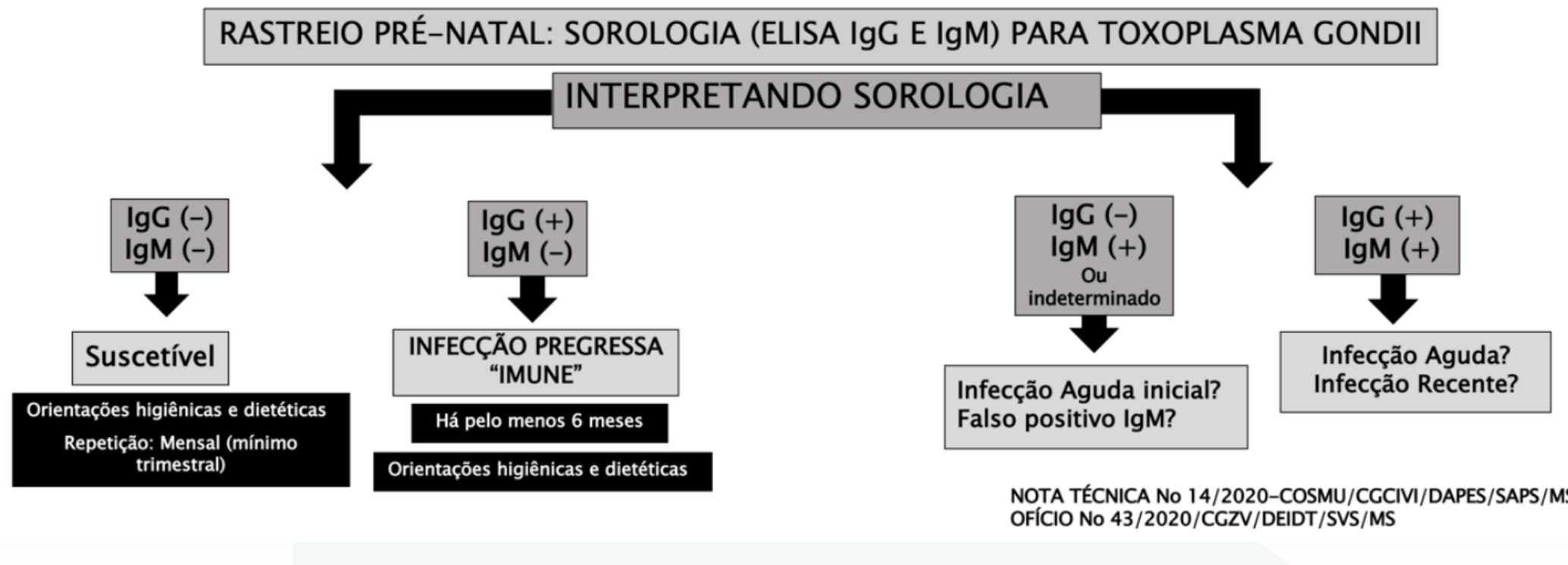
A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário intracelular obrigatório.

A taxa de transmissão vertical do *T. gondii* é diretamente proporcional à IG, enquanto a morbimortalidade fetal é inversamente proporcional ao tempo de gestação no momento da infecção aguda.

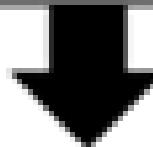
- 1º trimestre - 15 a 20% dos fetos serão contaminados
- 2º trimestre - chegando a 25 a 30%
- 3º trimestre - de 50 a 90%

- As **lesões oculares** são as manifestações mais frequentes da **toxoplasmose congênita** (70% das afecções): retinocoroidite, atrofia do nervo óptico, microftalmia, paralisia ocular, catarata e estrabismo.
- As **alterações neurológicas** podem ser de extrema gravidade: microcefalia, ventriculomegalia, surdez neurosensorial e calcificações cerebrais.
- As **alterações sistêmicas** são menos comuns

- Exames



IgG (+)
IgM (-)

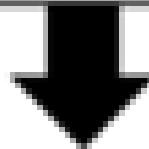


**INFECÇÃO PREGRESSA
“IMUNE”**

Há pelo menos 6 meses

Orientações higiênicas e dietéticas

IgG (-)
IgM (-)



Suscetível

Orientações higiênicas e dietéticas

Repetição: Mensal (mínimo
trimestral)

IgG (-)
IgM (+)
Ou
indeterminado

Infecção Aguda inicial?
Falso positivo IgM?

IgG (+)
IgM (+)

Infecção Aguda?
Infecção Recente?

Na presença de IgM +
com menos de 16 semanas

TESTE DE AVIDEZ IgG na mesma amostra

BAIXA AVIDEZ

ALTA AVIDEZ

Infecção aguda e deve
iniciar espiramicina

Infecção antiga e não
necessita de tratamento

Confirmada a infecção aguda **antes da 16^a semana** → **iniciar espiramicina imediatamente** e repetir a sorologia em 2 a 3 semanas. A espiramicina diminui o risco de transmissão vertical entre 60 e 70%.

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

RASTREIO PRÉ-NATAL: SOROLOGIA (ELISA IgG E IgM) PARA TOXOPLASMA GONDII**INTERPRETANDO SOROLOGIA**

IgG (-)
IgM (-)

Suscetível

Orientações higiênicas e dietéticas
Repetição: Mensal (mínimo trimestral)

IgG (+)
IgM (-)

INFECÇÃO PREGRESSA
"IMUNE"

Há pelo menos 6 meses

Orientações higiênicas e dietéticas

IgG (-)
IgM (+)
Ou
indeterminado

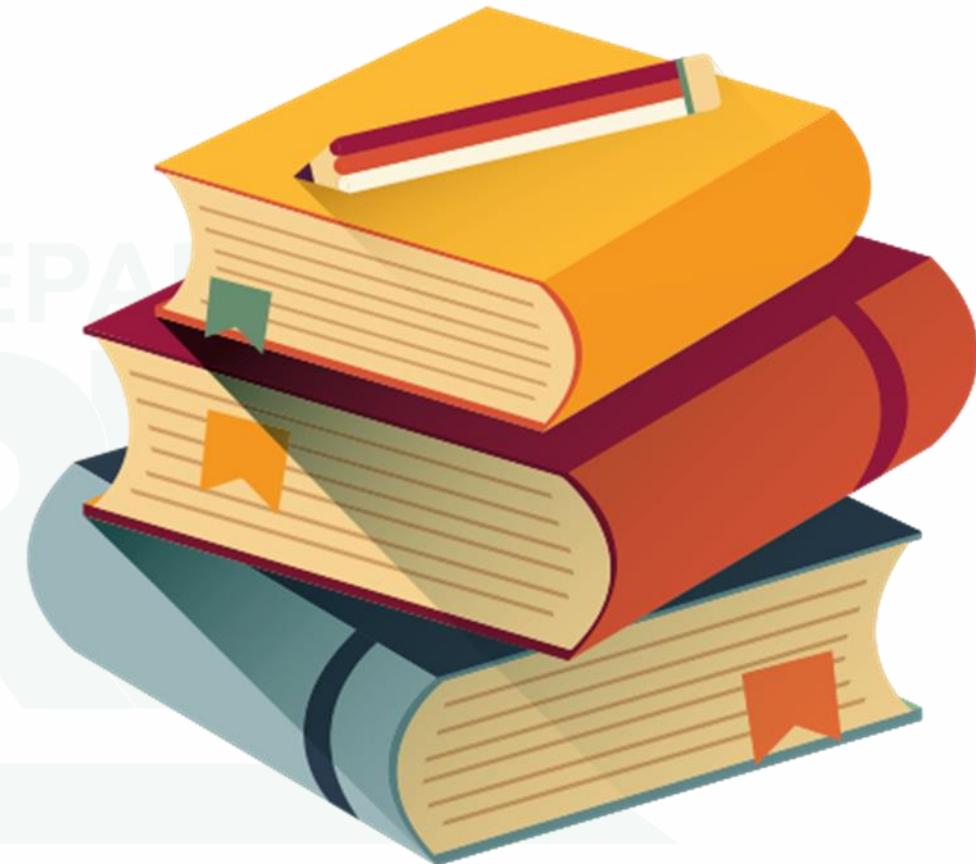
Infecção Aguda inicial?
Falso positivo IgM?

IgG (+)
IgM (+)

Infecção Aguda?
Infecção Recente?

NOTA TÉCNICA No 14/2020-COSMU/CCCVI/DAPES/SAPS/MS
OFÍCIO No 43/2020/CGZV/DEIDT/SVS/MS

LEITURA COMPLEMENTAR



Questões



26 - Para responder às questões números **38** e **39**, considere o relato a seguir.
Em 09/09/2022, M.A., 24 anos, solteira, primigesta compareceu à unidade de saúde para consulta de enfermagem de pré-natal. Informou que seus ciclos menstruais eram regulares, com intervalo de 28 dias e que sua última menstruação

(DUM) iniciara em 27.05.2022 e terminara em 31.05.2022.

Relatou ainda que o enjojo matinal havia melhorado e, no momento, vinha se sentindo bem. Ao analisar o resultado do primeiro exame de sorologia para toxoplasmose, realizado em amostra de sangue coletada na 11^a semana de gestação, o enfermeiro constatou: IGG = positiva; IGM positiva e teste de avidez de IGG = forte.

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

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

23- Os exames pré-natais que a gestante realiza, são de extrema importância para prevenção e tratamento de diversas doenças. Sobre a interpretação do resultado e conduta do exame de toxoplasmose, preencha a lacuna e assinale a alternativa correta. Recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe _____ (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de positividade, significa doença ativa e o tratamento deve ser instituído.

- (A) IgA
- (B) IgE
- (C) IgG
- (D) IgM

23- Os exames pré-natais que a gestante realiza, são de extrema importância para prevenção e tratamento de diversas doenças. Sobre a interpretação do resultado e conduta do exame de toxoplasmose, preencha a lacuna e assinale a alternativa correta. Recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe _____ (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de positividade, significa doença ativa e o tratamento deve ser instituído.

- (A) IgA
- (B) IgE
- (C) IgG
- (D) IgM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Queixas mais comuns
na gestação

Náuseas, vômitos e tonturas



- Queixas na gestação

HIPERÊMESE GRAVÍDICA





Pirose

CURSO PREPARATÓRIO
CPREM

Sialorréia



Fraquezas e desmaios

- Evitar a inatividade;
- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);
- Evitar jejum prolongado;

Dor abdominal,
cólicas, flatulência e
obstipação intestinal





Hemorroidas

Queixas urinárias

Corrimento vaginal



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS VULVOVAGINITES

Doença	Agente	Aspecto	Odor	pH	Teste das Aminas	Microscopia à Fresco
Candidíase	<i>C. albicans</i>	Branco grumoso	Inodoro	<4	negativo	Hifas e esporos birrefringentes
Tricomonase	<i>T. vaginalis</i>	Abundante, amarelado/esverdeado, bolhoso	Não característico	>4,5	negativo	Protozoários flagelados móveis
Vaginose	<i>G. vaginalis</i> , outros	Acinzentado, homogêneo, cremoso ou fluido	Fétido	>4,5	positivo	Clue cells; Ausência de lactobacilos

Falta de ar e dispneia

Dor nas mamas



Dor lombar



Cefaleia

Orientar:

- Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;

Sangramento nas
gengivas

Varizes



Cãimbras



Estrias



Cloasma



FAZER LEITURA: Queixas mais comuns na gestação
(páginas 127 até 132).

PUBLICAÇÃO E REDE SOCIAL



Instagram



@prof.luciane.pereira