

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 ≤ 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 $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), 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) Macrossomia 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 macrossomia 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. 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

3. (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.
4. (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.

3. 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

5. (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).**

3.1. Síndromes hemorrágicas da primeira metade da gestação

3.1.1. 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;

3.1.2. 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.

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

3.1.4. 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.

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

3.1.6. 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	
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.	HEMORRAGIA	INFECÇÃO
	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 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.	Medicamentosa - A droga mais comumente utilizada é o misoprostol; o seu uso a cada 6 horas mostra elevada taxa de sucesso. Há risco de sangramento aumentado e eliminação incompleta. A paciente deve receber analgesia oral ou endovenosa durante a eliminação.	Cirúrgica - é a escolha para mulheres com sangramento excessivo, instabilidade hemodinâmica, sinais de infecção, comorbidades cardiovasculares ou 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.

3.1.7. 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, consequentemente, 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.

3.1.8. **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 (pelvipерitonite);

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

6. (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.

7. (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.

3.2. Síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação

3.2.1. 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

De acordo com BRASIL (2012):

- baixa (próxima ao orifício, sem atingi-lo),
- marginal – atinge o orifício interno do colo do útero sem recobri-lo completamente
- completa ou centro-total.

Conduta

A conduta clínica depende da intensidade do sangramento.

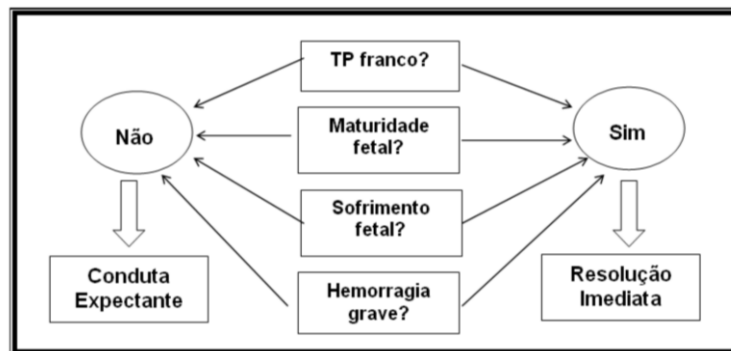
- ✓ Para os casos em que é adotada a conduta expectante, recomenda-se avaliação quinzenal do crescimento fetal e da localização placentária, para programação do parto. Alcançada a maturidade fetal, com 36 semanas, é indicada a resolução da gestação.
- ✓ O parto vaginal poderá ser escolhido nas placentações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



3.2.2. 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.

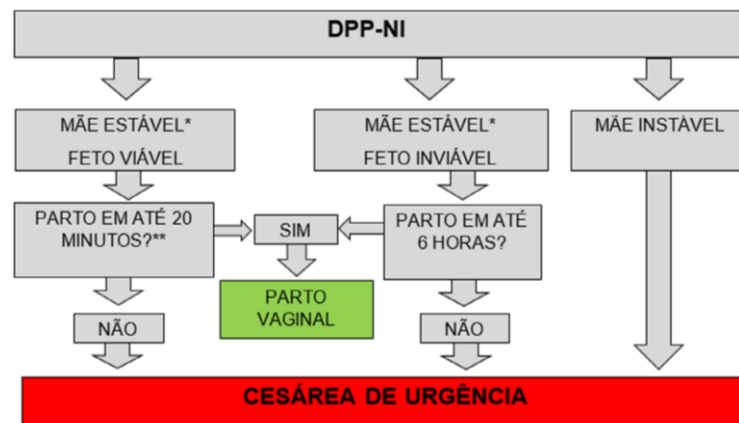
▪ Conduta

- 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.
- Pronta 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

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

9. (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.

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

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

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 eclâmpsica

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	Até 2 horas sem uso, reiniciar a infusão endovenosa.

	ausência de reflexos	• 2 horas suspenso = nova dose de ataque de 2 g sulfato.
Intoxicação	Se ocorrer depressão respiratória: aplicar 10 mL de gliconato de cálcio a 10% (1 g) IV lentamente (3 min)	Dar suporte respiratório (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)

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 sensorio 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

10. (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 MgSO₄ (4,0 g IV + 10g IM - 5,0 g em cada nádega), sendo que esses 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

11. (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/eclâmpsia, 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.

12. (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.

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

14. (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.

15. (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.

3.4. PREMATURIDADE

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 tocolíse 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 tocolíse.** Seus efeitos colaterais maternos mais comuns são rubor facial, cefaleia, náuseas, hipotensão (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.

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

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.

3.5. ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES

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.

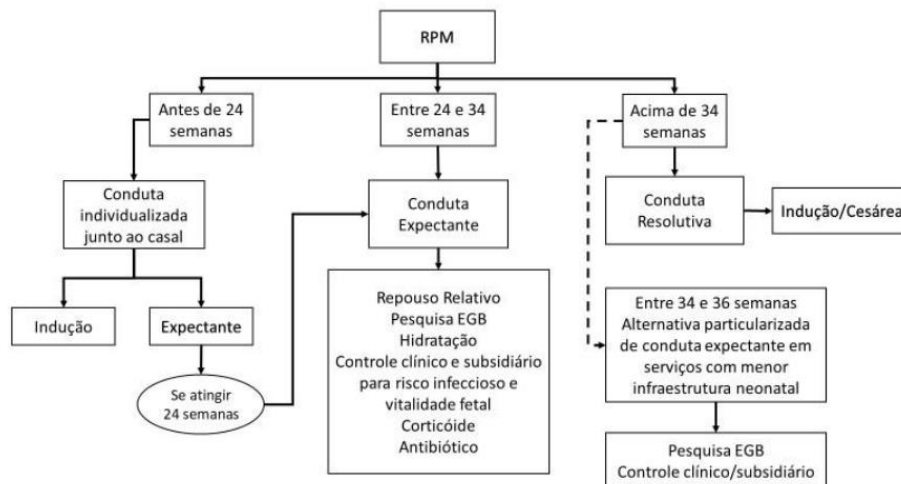
- **Conduta na RPM antes da viabilidade fetal ou 24 semanas** → prognóstico desfavorável
- **Conduta na RPM entre 24 e 34 semanas** → conduta expectante, visando aguardar o crescimento e o amadurecimento fetais, com vigilância atenta contra as complicações infecciosas e monitoração da vitalidade conceptual. 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

16. (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

3.6. 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.

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

17. (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.
18. (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.
19. (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

20. (UFRJ Res Enf 2023 24) De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco a hiperglicemia na gesta o 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

3.7. HIV NA GESTAÇÃO

A carga viral elevada e a rotura prolongada das membranas amnióticas são os principais fatores associados a transmissão vertical do HIV.

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25 e 30%. Desse percentual, 25% referem-se a transmissão intrauterina e 75% a transmissão intraparto. No entanto, diversos estudos publicados na literatura médica demonstram a redução da transmissão vertical do HIV para níveis entre 1 e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como: o uso de antirretrovirais combinados (promovendo a queda da carga viral materna para menos que 1.000 cópias/ml ao final da gestação); o parto por cirurgia cesariana eletiva; o uso de quimioprofilaxia com o AZT na parturiente e no recém-nascido; e a não amamentação.

In cio da Tarv durante a gestação, sem exposição prévia à Tarv (BRASIL, 2022)

- Esquema inicial preferencial para 1  trimestre (até 12 semanas): não há estudos suficientes que garantam segurança total da exposição fetal   Tarv.

Deve-se pesar risco-benefício para iniciar a Tarv nesse período.

Esquema preferencial para início da Tarv na gestante:

Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG)

➔ Iniciar DTG após 12 semanas de gestação.

Profilaxia de infecções oportunistas na gestante que vive com HIV/aids (BRASIL, 2022)

Profilaxia primária:   uma estratégia que visa evitar o desenvolvimento de infecções oportunistas, baseando-se no valor do CD4.

Uso de sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMP) na profilaxia de pneumocitose e toxoplasmose se CD4 for menor que 200 células/mm³.

Uso de zidovudina se CD4 for menor que 350 células/mm³. Considerando que a tuberculose (TB) é a principal causa de óbito em pacientes que vivem com HIV, recomenda-se pesquisá-la em todas as consultas do pré-natal.

Profilaxia secundária: essa estratégia tem como objetivo evitar a recidiva de infecções oportunistas que já tenham recebido tratamento completo (ver medicações para cada infecção – página 276).

Manejo obstétrico e vias de parto na gestante vivendo com HIV (BRASIL, 2022)

- **Trabalho de parto pré-termo**: a tocolise é a conduta mais adequada se o evento for antes das 34 semanas de gestação. Atentar para o uso da zidovudina endovenosa concomitante à inibição do TPPT se CV for maior que 1.000 cópias/mL.
- **CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL** → na 34ª semana de gestação, ter a cesárea eletiva indicada com 38 semanas, pois essa medida reduz o risco de TV do HIV.
- **Gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da CV sustentada, ou pelo menos CV menor que 1.000 cópias/mL**, a via de parto é obstétrica → parto vaginal.
- **Mulher em trabalho de parto e corioamnirrexe prematura (CP)**, é preciso avaliar as condições de evolução do trabalho de parto e o risco de complicações. Frente à previsão de um parto demorado ou distócico, mesmo que a CV seja menor que 1.000 cópias/mL, deve-se considerar a resolução por cesariana. Caso as condições do colo do útero sejam favoráveis e a gestante esteja usando Tarv, com CV menor que 1.000 cópias/mL e apresentação cefálica, a via de parto pode ser vaginal. Nesse cenário, pode-se utilizar ocitocina e/ou misoprostol para induzir ou estimular o trabalho de parto.

Cuidados específicos durante o parto vaginal

- Parto instrumentalizado deve ser evitado. A aplicação do fórceps ou do vácuo-extrator será admitida somente com indicação obstétrica precisa.
- Iniciar AZT EV quando indicado (se CV detectável) e manter infusão contínua até o clampeamento do cordão.
- Evitar toques sucessivos durante o trabalho de parto, assim como amniotomia artificial. Utilizar partograma.
- Se CV for >50 cópias e <1.000 cópias, evitar CP por longos períodos. A taxa de TV se eleva depois de quatro horas da bolsa rota.
- A ligadura do cordão deve ser feita imediatamente após a expulsão do feto. Nunca ordenhar o cordão.
- A episiotomia deve ser realizada apenas após avaliação criteriosa e protegida por compressas úmidas com o degermante utilizado na assepsia inicial.

Cuidados específicos da cesariana eletiva

- Confirmar idade gestacional de 38 semanas.
- Se houver trabalho de parto antes da realização da cesárea, avaliar dilatação cervical. Em caso de dilatação menor que 4 cm, manter indicação de cesárea e iniciar imediatamente o AZT EV por pelo menos 3 horas.
- Proceder a parto empelcado sempre que possível.
- A ligadura do cordão deve ser imediata após a retirada do feto.

A Tarv deve ser mantida após o parto, independentemente da contagem de CD4, CV e dos sinais e sintomas clínicos da mulher. O risco de TV do HIV continua por meio da amamentação. Sendo assim, a lactação dessas pacientes deve ser bloqueada no pós-parto imediato com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos por via oral tomados juntos em dose única.

Manejo clínico do recém-nascido exposto ao HIV

Após o nascimento, se for necessário, deve-se aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido (RN), assim como o conteúdo gástrico, evitando traumas. É necessário realizar precocemente o banho em água corrente e limpar todo o sangue e as secreções maternas que possam estar aderidas ao corpo do RN.

Recomenda-se colocar o RN junto à mãe o mais brevemente possível, orientando a não amamentação, substituindo o aleitamento materno pelo artificial até o 6º mês de idade. O RN deve permanecer em alojamento conjunto.

A profilaxia medicamentosa ao RN deve seguir critérios de avaliação de risco:

- RNs de mães em uso de Tarv pelo menos desde a metade da gestação e com CV do HIV indetectável a partir de 28 semanas (terceiro trimestre) e sem falha de adesão deverão ter coleta de sangue periférico para dosagem de CV-HIV e utilizarão AZT solução oral, ainda em sala de parto → O AZT xarope será mantido nas primeiras 4 semanas de vida desse RN.

RNs de mães com as seguintes condições deverão seguir as orientações de acordo com a IG no momento do parto:

- Mães sem pré-natal ou sem uso de Tarv na gestação
- Mães com CV desconhecida
- Mães com teste rápido positivo no momento do parto e sem diagnóstico prévio
- Mães com indicação de profilaxia endovenosa (AZT) intraparto que não a receberam
- Mães com início da Tarv depois da segunda metade da gestação
- Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento
 - ➔ Esses RN deverão colher a CV-HIV no sangue periférico e usar Tarv ainda na sala de parto e da seguinte maneira:
 - **RN ≥ 37 semanas e ≥ 2 kg de peso:** AZT+3TC+RAL (Raltegravir)
 - **RN ≥ 34 semanas e < 37 semanas:** AZT+3TC+NVP (nevirapina)
 - **RN < 34 semanas:** AZT

QUESTÃO

21. (UNIFASE Enf Obstétrica 2023) Sobre o uso de Terapia Antirretroviral como profilaxia da transmissão vertical do HIV no parto, é correto afirmar que:

(A) O AZT injetável é indicado para a prevenção de transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou até 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical.

(B) Para as mulheres já em TARV, os ARV devem ser suspensos durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada.

(C) É imprescindível o uso do AZT profilático Endovenoso (EV) naquelas gestantes que apresentam carga viral CV-HIV indetectável após 34 semanas de gestação, ainda que estejam em TARV com boa adesão.

(D) A parturiente somente deve receber AZT EV após o clampeamento do cordão umbilical.

(E) O esquema AZT via Oral (VO) é recomendável pela absorção adequada, mantendo nível sérico oportuno e deve ser de 300mg VO, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300mg a cada três horas, até o clampeamento do cordão umbilical.

3.8. SÍFILIS

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

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

Sinais e sintomas:

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

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

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

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

Exames

Teste rápido (ou outros testes treponêmicos)

+ VDRL/RPR (diagnóstico).

VDRL/RPR (seguimento pós-tratamento).

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

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

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

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

continuação

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

continua

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

QUESTÃO

22. (Luciane de Almeida 2022) Das alternativas abaixo, aquela que apresenta uma informação FALSA sobre exames laboratoriais solicitados no pré-natal de gestantes com sífilis é:

- (A) VDRL negativo e FTA-ABS positivo indicam sífilis em fase bem inicial ou já curada
- (B) VDRL positivo e FTA-ABS negativo indicam outra doença que não sífilis
- (C) VDRL positivo e FTA-ABS positivo confirmam o diagnóstico de sífilis
- (D) VDRL negativo e FTA-ABS negativo indicam a repetição do exame em 30 dias

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

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

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

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

Tratamento - Penicilina. Orientações importantes:

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

Durante a gravidez – em situações de VDRL positivo

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

ATENÇÃO: É considerado TRATAMENTO INADEQUADO PARA SÍFILIS MATERNA:

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

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

Assinale a opção que corresponde a esta manifestação clínica:

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

Reação de Jarish-Herxheimer

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

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

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

QUESTÕES

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

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

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

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

A alternativa correta é:

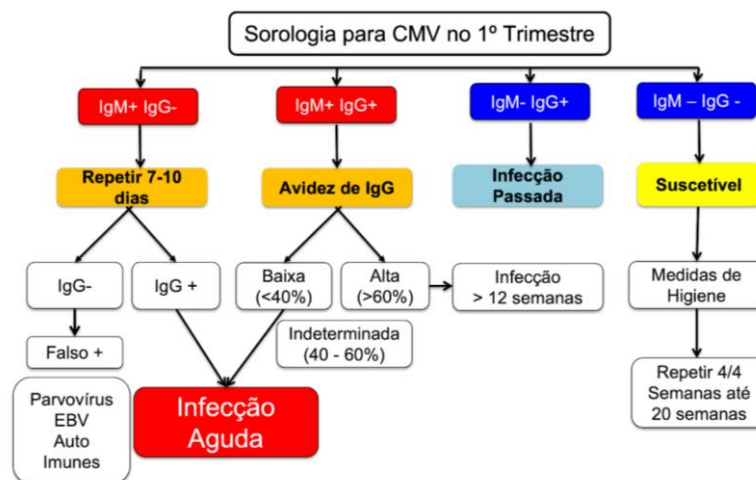
- (A) I, II e III
- (B) I, III e IV
- (C) I, II e IV
- (D) I, III e V
- (E) I, II e V

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

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

CITOMEGALOVÍRUS

- O citomegalovírus é um herpesvírus tipo 5 que apresenta grande relevância no período gravídico-puerperal em virtude da sua capacidade de gerar danos fetais.
- Período de incubação - varia de 28 a 60 dias (média de 40 dias), e a transmissibilidade permanece possível por 2 anos após a priminfecção.
- Após a infecção, o vírus permanece latente e pode ser reativado em situações de imunodepressão. O ser humano é o único reservatório do citomegalovírus.
- A transmissão vertical pode ocorrer por via transplacentária, por secreções durante o parto e na amamentação. A infecção na gestação pode gerar abortamento e malformações, havendo tropismo pelo sistema nervoso central.
- O quadro clínico é assintomático na maioria das vezes, podendo apresentar sintomas inespecíficos, como febre, calafrios, sudorese exantema, dor articular, linfadenopatia, anorexia, cansaço, mal-estar, entre outros.
- Gestantes com filhos em idade escolar, babás e professoras infantis compõem o grupo de maior risco associado à presença de sintomas gripais.
- A IgM torna-se reagente 1 a 3 semanas após a infecção e permanece reagente por 9 a 12 meses. A IgG torna-se reagente 3 a 5 semanas após a infecção e permanece reagente por tempo indeterminado.
- **Pacientes com infecção aguda** - IgM e IgG reagentes. Realização do teste de avidiz para IgG, condicionada à positividade do IgM e do IgG.
 - Nos casos de IgM reagente e IgG não reagente, deve-se realizar nova coleta entre 7 a 10 dias. Nas infecções agudas, o IgG deve se tornar reagente. Nos casos em que o IgG permanecer não reagente, configurar-se-á falso positivo para citomegalovírus.



- Gestantes suscetíveis (IgG e IgM não reagentes) devem realizar medidas profiláticas que são:
 - Assumir que crianças <3 anos tenham citomegalovírus na urina e na saliva.
 - Lavar as mãos com sabão e água quente após qualquer cuidado com a criança.
 - Não compartilhar talheres, copos, toalhas, lençóis e travesseiros.
 - Evitar dormir na mesma cama.
 - Lavar as roupas separadamente.

- Uso de máscara em caso de infecção confirmada.

Tratamento – valaciclovir 2g de 6/6h até 21 sem de gestação → custo elevado e não é fornecido pelo SUS.

A infecção aguda por citomegalovírus em lactantes pode ser transmissível através da amamentação, devendo-se, portanto, considerar riscos e benefícios.

O Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) recomenda:

- Não amamentar RN com IG <32 semanas ou peso ≤1,5kg. Ofertar preferencialmente leite materno pasteurizado e, na ausência deste, fórmula artificial.
- No RN de termo, deve-se recomendar a amamentação, mas a paciente deve ser informada de que pode haver doença sintomática no RN

Arboviroses (febre amarela, dengue, chikungunya, zica)

Sinais/sintomas	DENV	ZIKV	CHIKV
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril ≤38°C (1 a 2 dias subfebril)	Febre alta >38°C (2 a 3 dias)
Manchas na pele (frequência)	Surge a partir do 4º dia em 30% a 50% dos casos	Surge no primeiro ou no segundo dia em 90% a 100% dos casos	Surge em 2 a 5 dias em 50% dos casos
Dor nos músculos (frequência)	+++ / +++	++ / +++	+ / +++
Dor articular (frequência)	+ / +++	++ / +++	+++ / +++
Dor articular (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e de leve intensidade	Frequente e de moderado a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia (frequência e intensidade)	+++	++	++
Prurido	Leve	Moderado/intenso	Leve
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	Ausente	Leve
Acometimento neurológico	Raro	Mais frequente que em DENV e CHIKV	Raro (predominante em neonatos)

REFERÊNCIAS

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



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

GABARITO

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