

Aula 00 - Prof. Thaysa
Prefeitura Municipal de Paraty-RJ
(Técnico de Enfermagem ESF)
Conhecimentos Específicos - 2024
(Pós-Edital)

Autor:
Breno da Silva Caldas Júnior,
Guilherme Gasparini, Thaysa
Vianna

15 de Setembro de 2024

Conteúdo

Apresentação	3
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	4
Rede Cegonha	7
Assistência pré-natal	40
Diagnóstico de Gravidez	48
Roteiro da primeira consulta.....	49
Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas.....	66
Principais infecções sexuais.....	69
Assintomáticas	69
Sintomáticas	74
Gestação de alto risco	84
Síndromes hipertensivas na gravidez	84
Síndromes Hemorrágicas	94
Diabetes gestacional.....	104
Assistência no parto	105
Períodos clínicos do parto.....	106
Assistência no puerpério	109
Planejamento Familiar.....	110



Métodos contraceptivos	112
Controle do Câncer	115
Câncer de colo uterino.....	115
Câncer de mama	121
Climatério	124
Questões Comentadas	126
Lista de Questões.....	158
Gabarito.....	176
Resumo.....	4



APRESENTAÇÃO

Olá, amigos do Estratégia Concursos, tudo bem?

Amigos, o conteúdo dessa aula, (Saúde da Mulher), aparece com alta frequência em provas de enfermagem.

Considerando 2050 questões analisadas (2017 a 2020), temos 394 questões deste tema, o que equivale a 19,22% das questões (referentes aos grupos específicos).

Portanto o estudo desta aula é fundamental para a sua preparação e futura aprovação.

Dito isso, não podemos perder tempo!!

E-mail: enfthaysavianna@gmail.com

Instagram: [@profthaysavianna](https://www.instagram.com/profthaysavianna)



ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Concurseira(o),

Vamos iniciar nossos estudos sobre os Conceitos Básicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ¹. Os concursos geralmente costumam abordar a literalidade desta política, por isso, é fundamental que façamos a leitura dos tópicos que abordaremos abaixo...

Primeiramente devemos saber "a quem" esta política se destina...

A PNAISM foi criada em 2004 destinada a abarcar as mulheres em todos os ciclos de vida, repetindo as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

Basicamente, a atuação desta política busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelos momentos da confirmação da gravidez, pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto, cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. E toda essa assistência deve ser disponibilizada dentro do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Os **objetivos gerais** da PNAISM são:

¹ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. 2004.
Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf



Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de saúde



Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais



Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Já os **objetivos específicos** são:





Geralmente as condutas desta política não são muito abordadas nos concursos, mas é importante conhecermos algumas delas, pois estão intimamente ligadas à prática profissional e ao manejo clínico das mulheres. Por isso, vale a leitura...

As principais Condutas da PNAISM são:

- I. **Ampliar e qualificar** a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
- II. **Ampliar o acesso das mulheres** às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
- III. **Garantir a oferta** de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
- IV. **Ampliar e qualificar** a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e AIDS;
- V. **Reduzir a morbimortalidade** por câncer na população feminina;
- VI. **Garantir o cumprimento** da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;
- VII. **Implantar o Programa de Anemia Falciforme** (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal

Falaremos agora sobre a Rede Cegonha... Este tema é bastante visto em provas... Atenção total!

Rede Cegonha

Pessoal, a Rede Cegonha (instituída em 2011, através da Portaria nº 1.459) é uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o **direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (até 28 dias)**, bem como à criança o **direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis**.



Os concursos costumam abordar os detalhes dessa portaria, por isso, vamos conhecê-los...
Destacarei os pontos mais relevantes, porém, **atenção TOTAL aos componentes!**

Princípios	Objetivos	Diretrizes	Componentes
<p>O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;</p> <p>O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;</p> <p>A promoção da equidade;</p> <p>O enfoque de gênero;</p> <p>A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;</p> <p>A participação e a mobilização social;</p> <p>A compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.</p>	<p>Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses.</p> <p>Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e</p> <p>Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.</p>	<p>Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;</p> <p>Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;</p> <p>Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;</p> <p>Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e</p> <p>Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.</p>	<p>Pré-Natal</p> <p>Parto e Nascimento</p> <p>Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança</p> <p>Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação</p>

Cada componente compreende uma série de **ações de atenção à saúde**, vamos conhecê-las?

Componente Pré-natal:

- Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;



- Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites; e
- Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Componente Parto e Nascimento

- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

- Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- Busca ativa de crianças vulneráveis;
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos.



Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

- Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- Implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Amiga(o)s, vamos treinar o que acabamos de estudar?



1-(IBADE/ Pref Jaru- 2019) A Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. De acordo com o MS a Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes:

- a) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (60 dias após o parto) e atenção integral à saúde da gestante e sistema logístico que se refere à acomodação da gestante durante o parto.
- b) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (40 dias após o parto) e atenção integral à saúde do binômio mãe/bebê e sistema logístico que se refere as consultas do pré-natal nas redes públicas e privadas.
- c) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (50 dias após o parto) e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação.
- d) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (38) dias após o parto) e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao cumprimento de todo o acompanhamento do pré-natal na atenção básica.



e) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (28 dias após o parto) e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. O erro da afirmativa está no tempo de puerpério e em afirmar que fazem parte dos componentes a atenção integral à saúde da gestante e o sistema logístico que se refere à acomodação da gestante durante o parto.

A **alternativa B** está incorreta. O erro da afirmativa está no tempo de puerpério e em afirmar que são componentes dessa política: A atenção integral à saúde do binômio mãe/bebê e sistema logístico que se refere às consultas do pré-natal nas redes públicas e privadas.

A **alternativa C** está incorreta. Como vimos, o erro da afirmativa está no tempo de puerpério.

A **alternativa D** está incorreta. Além do tempo de acompanhamento no puerpério está incorreto, outro erro da afirmativa está em dizer que o Sistema Logístico se refere ao cumprimento de todo o acompanhamento do pré-natal na atenção básica, o correto seria dizer que o Sistema Logístico refere-se ao Transporte Sanitário e Regulação.

A **alternativa E** está correta. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro Componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Basicamente, a atuação desta política busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelos momentos da confirmação da gravidez, pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dando continuidade a nossa aula... Iremos a partir de agora abordar os temas mais relevantes para os concursos em relação à assistência de enfermagem na área de saúde da mulher... Preparada (o)s? Vamos lá!

CONSULTA GINECOLÓGICA

Pessoal, a consulta de enfermagem em ginecologia é uma atividade que proporciona ao profissional de enfermagem condições para atuar de forma direta e independente,



caracterizando, desse modo, sua autonomia profissional e favorecendo a elaboração compartilhada de um plano de cuidados que atenda às reais e singulares necessidades de cada mulher (ALMEIDA, LP; REIS, AT, 2021).

A consulta, seja individual ou coletiva, configura-se como **um instrumento estratégico ao desenvolvimento de práticas educativas que favoreçam o empoderamento das mulheres e a efetivação das ações propostas pelas políticas de saúde**, de modo a assegurar sua eficácia, impactando nos indicadores de saúde. Além disso, é durante a consulta ginecológica que, muitas vezes, se tem a oportunidade de identificar e orientar as mulheres sobre muitos dos agravos clínicos à saúde e não apenas aqueles reconhecidos como da área ginecológica.

Assim, o roteiro da consulta compreende história de vida da mulher (anamnese), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, de maneira que possibilite uma assistência integral à mulher, desenvolvida de modo sistematizado e contribuindo efetivamente para melhora da sua qualidade de vida. Para isso, é necessário compreender a mulher como um ser complexo, observando-a em todos os aspectos: emocionais, biológicos, sociais, culturais, entre outros.

Cabe comentar que os roteiros e rotinas institucionais devem servir para ajudar e facilitar o trabalho da enfermeira, não devendo ser seguidos de maneira rígida e inflexível, sendo ajustados conforme a situação apresentada por cada mulher.

A fase inicial da consulta, denominada no processo de enfermagem como história, compreende a coleta de dados por meio de entrevista e exame físico. A coleta de informações deve abranger os dados biológicos, sociais, econômicos, culturais, ou seja, deve haver um olhar holístico para que seja possível prosseguir com segurança para as fases seguintes: diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Para a realização de intervenções de enfermagem adequadas às reais necessidades das mulheres, é necessário que o profissional estabeleça um vínculo de confiança com elas, proporcionando-lhes uma relação terapêutica e possibilitando-lhes uma postura ativa, com verbalização de todas as suas demandas, dúvidas e ansiedade. Assim, a enfermeira contribuirá para a melhora efetiva da qualidade de vida das mulheres, sensibilizando-as, abrindo caminho para novas ideias que visem alcançar a resolução de suas necessidades.



ANAMNESE

No momento da coleta de dados, é necessário obter as seguintes informações: nome, estado civil, ocupação, profissão, data de nascimento e idade, nacionalidade, naturalidade e escolaridade.

Para que a relação entre o profissional e a paciente seja mais estreita, é fundamental chamá-la pelo nome. Com relação à idade, pode-se afirmar que facilita a estratificação dos problemas, tornando possível o estabelecimento de relação com algumas doenças como, por exemplo, o fato de os carcinomas invasivos acometerem com mais frequência mulheres com mais de 40 anos de idade (Brasil, 2013).

Ter ou não uma união estável pode interferir na vida sexual, econômica e social da mulher. Com frequência, as mulheres em união estável acabam aderindo menos às medidas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), por acreditarem na fidelidade de seus(suas) parceiros(as) sexuais, ficando mais vulneráveis a essas doenças.

O esclarecimento quanto à atividade laboral da mulher é útil para o estabelecimento de sua jornada de trabalho e das necessidades relacionadas a ele. Com a mulher cada vez mais inserida no mercado de trabalho, sem desvincular-se de suas funções domésticas e dos cuidados com os filhos, ela acaba assumindo uma jornada tripla, o que propicia riscos ocupacionais que antes eram predominantemente do sexo masculino.

A identificação da escolaridade é primordial para que a enfermeira adote uma linguagem de fácil entendimento para a mulher. Da mesma maneira, a nacionalidade e a naturalidade esclarecem sobre a possibilidade de desenvolvimento de doenças endêmicas ou epidêmicas de região específica.

Religião, raça/cor e condição socioeconômica também são marcadores sociais importantes que fornecem à enfermeira um panorama das vulnerabilidades das mulheres.

Orientação sexual e identidade de gênero também são determinantes sociais de saúde que devem ser abordados e considerados, pois as vivências que contrariam as normas sociais hegemônicas costumam ser alvo de prejulgamentos e discriminação, inclusive nos serviços de



saúde. Sua abordagem durante a consulta deve ser realizada de modo respeitoso e livre de preconceitos.

O motivo da consulta é extremamente relevante, e a mulher deve ser encorajada a falar sobre ele. Entretanto, a prática profissional mostra que o motivo da consulta costuma ser devidamente **esclarecido no decorrer do atendimento**, apenas quando se estabelece um vínculo de confiança entre o profissional e a mulher.

Conhecer as condições em que vive a paciente é essencial para a elaboração de intervenções de enfermagem adequadas, pois estas devem ser coerentes com a realidade da mulher. É extremamente importante descobrir os hábitos de vida da mulher. Caso o tabagismo ou o etilismo estejam presentes, a mulher fica predisposta ao desenvolvimento do câncer de colo de útero (Brasil, 2013).

Para que se possa realizar uma avaliação completa, é necessário investigar os padrões de sono e repouso, assim como o estado nutricional, o qual deverá ser relacionado com o meio em que a mulher está inserida, pois, além de registrar o número de refeições diárias, o horário em que são feitas e o que as compõe, é relevante identificar os alimentos habitualmente consumidos e disponíveis na região onde mora.

Após a investigação desses dados, torna-se indispensável conhecer os antecedentes familiares e pessoais – este último dividido em:

- **Gerais:** cirurgias anteriores, dor pélvica, utilização de hemocomponentes, medicações, doenças crônicas, neoplasias, verminoses, distúrbios urinários, dentre outros
- **Ginecológicos:** menarca, menopausa, duração do ciclo menstrual, corrimentos, contracepção utilizada, distúrbios mamários, ISTs, dentre outros
- **Obstétricos:** números de gestações, parturições e abortos, tipos de partos, ocorrência e quantidade de natimortos e/ou neomortos, amamentação, dentre outros.



EXAME FÍSICO

Na etapa seguinte, realiza-se o exame físico, que abrange essencialmente inspeção, ausculta, palpação, percussão e expressão.

Para iniciar a inspeção, o(a) enfermeiro(a) deve orientar a mulher a despir-se, colocar o avental próprio com a abertura para a frente e esvaziar a bexiga. Deve-se garantir à mulher que sua privacidade será respeitada e que ela não será exposta desnecessariamente.

Inicia-se o **exame físico geral no sentido cefalocaudal** – cabeça, tórax, abdome, genitália e extremidades dos membros. Sendo assim, é de extrema relevância que sejam observadas mucosas (integridade e coloração); pele (integridade, coloração e turgor), gânglios (presença, simetria e dor); ausculta cardíaca, pulmonar e ruídos hidroaéreos (peristaltismo); membros superiores e membros inferiores (perfusão periférica, varicosidade e edema); peso, altura e pressão arterial.

Após essas verificações, inicia-se a **avaliação ginecológica**, que deve **compreender mamas, abdome e genitália**.

- **Mamas**

O exame das mamas é dividido **em inspeção (estática e dinâmica), palpação e expressão, e seu maior objetivo é a detecção precoce do câncer de mama**. Na prática ginecológica, recomenda-se que o exame clínico seja realizado semestralmente nas mulheres que tenham algum risco para o desenvolvimento de câncer de mama, anualmente naquelas que não apresentam risco e imediatamente nas que detectarem alguma alteração no autoexame das mamas.

Segundo a publicação Cadernos de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (Brasil, 2013), a recomendação para o rastreamento do câncer de mama de mulheres assintomáticas é por meio do **exame clínico das mamas (ECM) (a partir de 40 anos de idade), com periodicidade anual; e mamografia (entre 50 e 69 anos de idade), com intervalo máximo de 2 anos entre os exames**. Para situações em que **a mulher está inserida**



em grupos populacionais de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama, tanto o ECM como a mamografia são indicados **a partir de 35 anos de idade**, com periodicidade anual.



De acordo com o manual supracitado, os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama incluem **história familiar, menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal – pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de 5 anos –, obesidade e sedentarismo.**

A inspeção das mamas deverá ser realizada em local de boa iluminação, com a mulher sentada, com o tronco desnudo e os braços dispostos ao longo do tórax, e voltada para a enfermeira. Garantidas essas condições, devem-se observar:



- Número: frequentemente tem-se duas, mas, em algumas situações cirúrgicas ou na vigência de anomalias congênitas, poderá haver apenas uma ou mais de duas
- Simetria: normalmente são simétricas, mas algumas condições podem provocar assimetria, como escoliose e tumorações
- Volume: distúrbios de desenvolvimento ou condições patológicas podem ocasionar hipertrofia ou retração da mama
- Formato: as mamas podem ser pendulares, cônicas ou esféricas
- Consistência: túrgidas ou flácidas
- Contorno: a enfermeira deve estar atenta a contornos irregulares proporcionados por protuberâncias, retrações ou depressões
- Pele: modificações fisiológicas, como a rede de Haller em gestantes e as víbices (estrias), que geralmente surgem após o estiramento do tecido epitelial. Além disso, é importante que a enfermeira observe alterações oriundas de processos patológicos, tais como: pele que se assemelha a casca de laranja (geralmente causada por modificações neoplásicas) e pregueamento da pele (geralmente causado por carcinomas). Os mamilos (ou papilas) também deverão ser observados para identificação de retração, ulcerações, descamações ou fissuras
- Mamilos podem ser:
 - Protrusos: apresentam ângulo de 90° em relação à junção mamiloareolar
 - Planos ou semiprotrusos: não mantêm ângulo de 90° com a base, mostrando-se pouco salientes; porém, quando estimulados, salientam-se
 - Hipertróficos ou compridos: protrusos, de tamanho maior



- Falsos ou pseudoinvertidos: apresentam-se em sentido oposto ao regular, mas quando estimulado, pouco se exteriorizam, ficando quase planos e retornando, logo em seguida, ao estado invertido
- Invertidos: apresentam-se invaginados e em repouso após estímulos. Sua aderência interna impede a sua evasão.

Em seguida, o(a) enfermeiro(a) deve solicitar à mulher **que eleve e abaixe os braços, repetidas vezes, e depois coloque as mãos sobre o quadril, realizando contrações musculares para a frente**. Esses movimentos possibilitarão à enfermeira, na **inspeção dinâmica**, melhor visualização do **contorno da mama**.

Terminada a inspeção, o(a) enfermeiro(a) prossegue a sua avaliação com a palpação. Deve-se avaliar desde a linha medioesternal até a linha axilar posterior, e desde a axila até a prega inframamária. O(a) enfermeiro(a) divide imaginariamente a mama em quatro quadrantes, tendo como eixo o mamilo. Os movimentos palpatórios deverão ser circulares e começar de fora para dentro, indo até a região areolar.

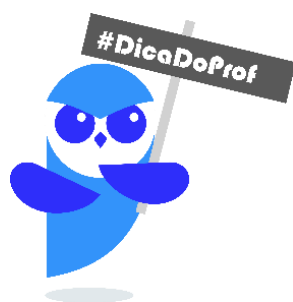
Essa etapa do exame deverá ser realizada em dois momentos: **com a mulher sentada e com a mulher deitada**. Na **primeira posição, busca-se evidenciar a existência de linfonodos**. O(a) enfermeiro(a) se posicionará à frente da mulher e palpará toda a região axilar profundamente de ambos os hemisférios, buscando linfonodos: quantidade, localização, dor, mobilidade e consistência. Após a palpação da região axilar, deverão ser examinadas as regiões submandibulares, supra e infraclaviculares.

Com a **mulher deitada em decúbito dorsal, com as mãos atrás da nuca, a enfermeira inicia a palpação da mama utilizando as polpas digitais, procurando tumores**: quantidade, sensibilidade, localização, tamanho (avaliado em milímetros ou centímetros considerando-se o maior diâmetro), mobilidade e contorno.



Em seguida, o(a) enfermeiro(a) deve realizar a expressão mamilar de maneira suave. Com os dedos indicador e polegar, o avaliador deve partir da base areolar e realizar a expressão.

Caso a descarga mamilar esteja presente, a enfermeira deve observar sua **coloração, odor, quantidade e registrar em instrumento próprio**. Secreção pode **significar processo inflamatório, lesões benignas ou malignas**, e por isso o material deve ser coletado e encaminhado para análise citológica.



Atenção alunos, segundo **Almeida e Reis (2021)** o **autoexame das mamas** deve ser orientado da seguinte maneira:

Além do ECM, é necessário orientar as mulheres quanto à realização do autoexame das mamas. A enfermeira deverá informar que:

- A periodicidade do exame é mensal e ele deve ser realizado 7 a 10 dias após o início da menstruação
- A amamentação não impede a realização do exame, que deve ser realizado após o esvaziamento da mama
- As mulheres menopausadas (apresentaram a última menstruação) devem escolher uma data fixa no mês
- O exame inicia-se com a observação e, portanto, a mulher deve estar com o tronco desnudo em frente ao espelho. A mulher deverá observar se existem alterações visuais em ambas as mamas



■ Logo após a inspeção, deverá realizar a palpação das mamas e dos linfonodos das regiões axilares, supra e infraclaviculares e cervicais, sempre com movimentos circulares, da base em direção ao mamilo.

Para o **Ministério da Saúde e o INCA (2019)**, O **AUTOEXAME NÃO É RECOMENDADO** como técnica a ser ensinada às mulheres para rastreamento do câncer de mama. Grandes estudos sobre o tema demonstraram baixa efetividade e possíveis danos associados a essa prática.

Por isso, estejam atentos à referência utilizada pela banca! 😊

- **Abdome**

A avaliação do abdome será dividida em: inspeção, ausculta, percussão e palpação. Para isso, é necessário lembrar a divisão topográfica do abdome.

Na inspeção abdominal, o(a) enfermeiro(a) deve estar atento(a) para:

- Pele: víbices, lesões, cicatrizes, veias dilatadas e tortuosas
- Formato: gravídico, globoso, ascítico, escavado, plano
- Massas ou visceromegalias
- Pulsações: a pulsação aórtica é normalmente visível no epigástrico.

A **ausculta deverá ser realizada antes do manejo do abdome** para que não haja interferência.

Com o auxílio de um estetoscópio, o(a) enfermeiro(a) realizará a ausculta nos quatro quadrantes, buscando identificar os ruídos hidroaéreos que poderão estar aumentados (diarreia) ou diminuídos (íleo paralítico).

A percussão será a próxima etapa do exame desenvolvido pelo(a) enfermeiro(a). Também realizada em todos os quadrantes, devem-se observar timpanismo (predominantes nessa



região em virtude dos gases no sistema digestório) e som maciço (presente na ocorrência de líquidos ou fezes nesse sistema).

- **Genitália feminina**

A genitália feminina é compreendida por estruturas:

■ **Externa:** grandes e pequenos lábios, vestíbulo, clitóris, monte pubiano

■ **Interna:** vagina, útero, tubas uterinas e ovários.

Após a vestimenta do avental ou da camisola e a confirmação da mulher com relação ao **completo esvaziamento da bexiga**, ela deve ser orientada para assumir a posição ginecológica. O profissional lava as mãos e insere as luvas. Deve-se garantir à mulher um ambiente agradável e uma relação de confiança para que o exame transcorra com o menor desconforto possível.

O(a) enfermeiro(a) deve separar os grandes e os pequenos lábios, e inspecionar toda a região vulvar. Deverão ser observados aspectos de higiene, lacerações, ulcerações (ocasionadas por prurido) e lesões características de ISTs.

O introito vaginal de mulheres que nunca tiveram atividade sexual com penetração apresenta-se recoberto pela membrana himenal. Por outro lado, nas mulheres que já iniciaram a prática sexual, o introito encontra-se entreaberto, podendo ser observados em seu contorno restos himenais.

Também é necessário observar **as glândulas de Bartholin e de Skene, paravaginais e parauretrais**, respectivamente, pois podem estar aumentadas em virtude de processos inflamatórios e/ou infecciosos; o clitóris e as secreções presentes na vagina, caracterizando-as quanto a odor, coloração, característica e quantidade.



Contudo, cabe ressaltar que as secreções vaginais podem ser fisiológicas ou oriundas de processos patológicos.

A **secreção fisiológica** é **inodora, incolor, intermitente, constituída por células epiteliais descamadas, transudato vaginal, secreções vulvares e uterinas**. Essa secreção contribui para a manutenção do pH vaginal (ácido), que funciona como proteção para as mulheres.

As **secreções patológicas** são geralmente causadas por **colpites (inflamações da mucosa vaginal), mas podem estar associadas a cervicocolpites ou vulvites**. A intensidade das manifestações clínicas está diretamente relacionada com a duração da infecção. As causas mais comuns são:

■Tricomoniase: tem como agente causador o protozoário *Trichomonas vaginalis*. É considerada uma IST e provoca secreção de odor fétido, de coloração amarelo-esverdeada, fluida e espumosa/bolhosa. Costuma causar prurido, polaciúria, dispareunia, disúria e hiperemia da mucosa vaginal

■Candidíase: tem como agente causador um fungo denominado *Candida albicans*. Os fatores de risco são gravidez, contraceptivos, diabetes, antibioticoterapia e qualquer condição em que a imunidade esteja diminuída. Provoca um corrimento tipo "nata de leite", leitoso e grumoso. Costuma associar-se a prurido intenso e hiperemia da mucosa vaginal, da região perineal e da vulva

■*Gardnerella vaginalis*: bactéria que causa corrimento acinzentado, de odor fétido (peixe podre), que se acentua após as relações sexuais.

Outros microrganismos são capazes de provocar resposta inflamatória no sistema genital interno feminino. A *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* são causas frequentes de cervicites e promovem mucopus endocervical, friabilidade do colo do útero e dor à mobilização do mesmo.

Os principais causadores da cervicocolpíte são o herpes-vírus e o papilomavírus humano (HPV). O herpes-vírus simples do tipo II ocasiona lesões vesiculares, muito dolorosas e



ulcerativas. O corrimento varia de aquoso a purulento e surgem mal-estar, náuseas, cefaleia e vômito. O HPV, também conhecido como condiloma acuminado, pode ser oncogênico e representa um grande problema da atualidade. Na dependência do subtipo do vírus, pode provocar verrugas na genitália, corrimento com odor fétido e que, muitas vezes, se assemelha a "água de carne".

Com o uso de dispositivo intrauterino (DIU) e contraceptivos hormonais à base de estrogênio, pode haver aumento da secreção fisiológica de muco, que será inodoro, incolor e fluido, denominada mucorreia.

Além das secreções, o(a) enfermeiro(a) deve observar a posição ocupada pelo útero, estando atento(a) aos prolapso genitais. **Podem-se citar a colpocele – projeção da coluna rugosa do útero através da vagina; e a histerocele – prolapso uterino.** Em geral, as mulheres queixam-se de sensação de peso e de corpo estranho que se exterioriza da vagina, incontinência urinária de esforço, polaciúria e desconforto pélvico.

Para avaliar a genitália interna, o profissional de enfermagem realizará o exame especular e, em seguida, o toque vaginal bimanual.

Uma avaliação importante da genitália interna é feita por meio do exame especular. Com o auxílio do espéculo (instrumento de válvulas articuladas), o(a) enfermeiro(a) visualizará o canal vaginal e o colo do útero, que deverá preceder o toque quando o objetivo for a coleta de material para colpocitologia oncótica (preventivo ou exame de Papanicolaou).

Recomenda-se que o espéculo seja oferecido à mulher para que ela o introduza no canal vaginal, certificando-se que esteja com as mãos devidamente limpas. Esta é uma estratégia que promove uma participação mais ativa da mulher durante o exame e contribui com a redução de desconforto e ansiedade, frequentemente envolvidos nesse momento do exame.

Acresce-se que, com auxílio de um espelho acoplado a um foco de luz, é possível que a própria mulher possa visualizar o seu colo de útero e paredes vaginais, o que em nossa experiência facilitará tanto o autoconhecimento sobre o corpo quanto a compreensão sobre possíveis situações de saúde apresentadas e identificadas por ocasião desse exame.



O rastreamento precoce de células precursoras do câncer do colo do útero pode ser realizado por exame colpocitológico e o diagnóstico confirmado por colposcopia e exame histopatológico. Conforme informação do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), esse tipo de câncer apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em aproximadamente 80% dos casos.

No período da menacme, que é conhecido como a fase reprodutiva da mulher, a junção escamocolunar (JEC) situa-se no nível do orifício externo da cérvix uterina ou para fora desse – ectopia ou eversão. A JEC é caracterizada pelo encontro de dois tipos de mucosas do colo do útero (endocérvix e ectocérvix). Assim, o canal cervical ou endocérvix é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco – epitélio colunar simples. E na parte externa, que mantém contato com a vagina, denominada ectocérvix, o revestimento se dá por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado.

Na vigência de ectopia, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Assim, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, transformam-se em células mais adaptadas (escamosas), dando origem a um novo epitélio, situado entre os tecidos originais, denominado terceira mucosa ou zona de transformação. Nessa região pode ocorrer obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, **criando estruturas císticas sem significado patológico, conhecidas como cistos de Naboth.** Cabe destacar que é na **zona de transformação que se localizam mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero.**

É no período reprodutivo da mulher que existe a maior propensão para as alterações celulares no colo do útero. Por esse motivo, o Ministério da Saúde recomenda o início da coleta colpocitológica aos **25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, seguindo até os 64 anos de idade,** com intervalo entre os exames **de 3 anos,** após **dois exames anuais consecutivos negativos para câncer.** Após essa idade, podem ser interrompidos quando as mulheres tiverem **pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos.**

Entretanto, para mulheres que fazem uso rotineiro de métodos contraceptivos hormonais e que estão em atividade sexual regular, recomenda-se a realização do exame anualmente.



A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada diretamente com a diminuição do **risco de contágio pelo HPV**. Todavia, além dos aspectos relacionados à própria infecção por esse vírus, outros fatores de risco também estão envolvidos no desenvolvimento do câncer do colo do útero como: **comportamento sexual, ou seja, início da atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros, higiene íntima inadequada, aquisição de ISTs; imunidade, genética e tabagismo, que está proporcionalmente relacionado ao número de cigarros fumados por dia (Brasil, 2013).**

Na prática assistencial, o exame ginecológico é realizado envolvendo coleta dupla em lâmina única, ou seja, de ectocérvice e endocérvice, usando a espátula de Ayre e a escovinha tipo Campos da Paz, respectivamente.

Segundo **Almeida e Reis (2021) no caso de mulheres grávidas**, a coleta endocervical **não é contraindicada e pode ser realizada, desde que utilizada técnica adequada**. Admite-se que a coleta de material exclusiva da ectocérvice seja suficiente para obter material celular da zona de transformação, tendo em vista a frequência com que a ectopia ocorre nos casos de gravidez. No caso de mulheres histerectomizadas, recomenda-se verificar a permanência do colo; se estiver presente, deve-se proceder à coleta normalmente.

Cabe ressaltar que, para realizar o exame, a mulher deve ser orientada a aguardar o quinto dia após o término da menstruação. No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é necessário e a coleta é recomendada. Para tanto, deve-se retirar o excesso de sangue do canal vaginal e do colo do útero com gaze seca antes da coleta.

Nas 48 horas que antecedem o exame, deve-se evitar o uso **de lubrificantes, espermicidas, duchas ou medicamentos vaginais**; não ter realizado exame ultrassonográfico transvaginal e abster-se de relações sexuais, mesmo com o uso de preservativos, já que a lubrificação do produto pode propiciar alterações no resultado do material coletado. **A presença de espermatozoides não compromete a avaliação.**



Na consulta de enfermagem em ginecologia, em virtude da magnitude do câncer de cérvix uterina, a coleta de material para exame preventivo é parte obrigatória. Assim, o Ministério da Saúde, por meio de Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Brasil, 2016), padronizou as ações preventivas e, com isso, a coleta de material, o tratamento e as condutas.

No que tange ao resultado do exame citopatológico normal indicando achados microbiológicos, por serem considerados achados normais, pois fazem parte da microbiota própria da vagina, na ausência de sinais e sintomas, não caracteriza infecção que necessite de tratamento. A recomendação que segue é manter a rotina de rastreamento citológico.

Para resultados de amostras insatisfatórias, com leitura prejudicada do material fixado em lâmina, muito comum em casos de microrganismos que são capazes de provocar uma resposta inflamatória no sistema genital interno feminino, a recomendação é realizar o tratamento preconizado, conforme quadro sintomático, e repetir o exame entre **6 e 12 semanas após terapêutica empregada.**

Para resultados dentro da normalidade que indicam atrofia com inflamação, na ausência de atipias, pode ser um achado comum no período climatérico, muitas vezes associado a sintomas como secura vaginal e dispareunia. Para tais casos a recomendação a ser seguida é manter a rotina de rastreamento citológico. Para isso, deverá ser prescrito estrogênio para tratamento* da colpíte atrófica, com coleta citológica a ser **realizada 7 dias após a finalização do esquema terapêutico.**

A **colpocitologia oncológica não é método adequado para diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs.** No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar esses microrganismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados.

As recomendações citadas pelo Manual Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (Instituto Nacional de Câncer [Inca], 2016) para resultados de exame citopatológico anormal seguem uma conduta



diferenciada para leituras de células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica, que inclui a **repetição da citologia em 6 meses para mulheres com idade igual ou superior a 30 anos ou em 12 meses para mulheres entre 25 e 29 anos de idade.**

Nas atipias em células escamosas com resultado de lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL), indica-se a repetição da citologia em 6 meses para mulheres com idade igual ou acima de 25 anos.

Nos demais casos, incluindo-se lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau, células glandulares atípicas de significado indeterminado, células atípicas de origem indefinida e câncer, a mulher deve ser encaminhada para **unidades de maior complexidade**, conforme o fluxograma dos procedimentos de cuidado usados para o câncer do colo do útero (Brasil, 2019).

PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Explicar a finalidade e a periodicidade do exame preventivo
- Esclarecer as dúvidas da mulher com relação à coleta de material no exame preventivo
- Explicar a anatomia e a fisiologia do sistema reprodutivo utilizando recursos didáticos
- Informar a finalidade, a técnica e a periodicidade de realização do autoexame das mamas
- Proporcionar espaço para discussão de dúvidas relacionadas com a sexualidade
- Indicar métodos contraceptivos disponíveis
- Incentivar a adesão da paciente às medidas de prevenção das ISTs e orientá-la adequadamente sobre as práticas sexuais



- Ensinar a higienização correta
- Oferecer testes rápidos para os vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatite tipos B e C e sífilis, conforme o protocolo de abordagem sindrômica
- Informar sobre vacinas e encaminhar quando necessário para o setor de imunização
- Promover a participação ativa da mulher, compartilhando a elaboração do plano de cuidados
- Explicar a importância do retorno para entrega do resultado do exame preventivo e tratamento adequado
- Encorajar as consultas de retorno da mulher à unidade de saúde, mesmo na ausência de sinais ou sintomas, para que adote um comportamento preventivo
- Conquistar a parceria das mulheres na luta pela mobilização de outras mulheres, de seu convívio cotidiano, para aderirem às recomendações para rastreamento e detecção precoce do câncer ginecológico e demais cuidados com a saúde.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Sabemos que no mundo, a violência apresenta estatísticas alarmantes, independentes de classe social, raça, idade ou religião. Sob diversas formas e intensidades, a violência contra as mulheres configura-se como grave violação dos direitos humanos e relaciona-se com crimes hediondos (Brasil, 2011; Waiselfisz, 2015).

Nesse contexto, o Brasil ocupa **o quinto lugar** entre os países com maior número de homicídios femininos. Segundo o mapa da violência publicado pela ONU, 106.093 mulheres brasileiras foram assassinadas no período de 1980 a 2013, sendo 33,3% no ambiente doméstico e 55,3% pelo parceiro ou ex-parceiro (Waiselfisz, 2015).

Apesar das dificuldades para alcançar a real magnitude da violência contra as mulheres, a Fundação Perseu Abramo afirma que 1 em cada 5 mulheres considera já ter sofrido alguma



vez “algum tipo de violência de parte de algum homem, conhecido ou desconhecido” (Fundação Perseu Abramo, 2010). Corroborando o dimensionamento desse fenômeno, os indicadores nacionais compilados no “Panorama da Violência contra a Mulher” (Brasil, 2018) revelam que:

■Comparando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde para os anos de 2006, 2014 e 2015, as taxas de homicídios de mulheres, apesar da discreta queda, ainda são muito elevadas no Brasil, apresentando índice de 4,4 mulheres assassinadas por 100 mil habitantes, em 2015. Além disso, é possível verificar que a morte de mulheres atinge de forma diferenciada as negras e pardas, cuja taxa de homicídio é 5,2, enquanto a de mulheres brancas é 3, indicando que as mulheres negras são as maiores vítimas de assassinato

■Nos registros de casos de violência por meio do Ligue 180,* os índices estatísticos são crescentes. Em 2011, foram 530.542 ligações e no ano de 2015 foram realizados 749.024 atendimentos, dos quais 76.651 relacionavam-se a situações de violência contra as mulheres, sendo: 50,16% de violência física; 30,33% de violência psicológica; 7,25% de violência moral; 2,1% de violência patrimonial; 4,54% de violência sexual; 5,17% de cárcere privado; e 0,46% de tráfico de pessoas

■Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação* (Sinan) relacionados com a violência contra as mulheres indicam que, de um total de 182.287 notificações em 2016, se confirmou uma taxa de 138,8 registros de agravos de violência contra a mulher por 100 mil habitantes, sendo 101.218 de violência física, 50.955 de violência psicológica/moral, 27.059 de violência sexual e 3.055 de violência patrimonial.

Apesar dos avanços em relação à abordagem da violência contra a mulher como uma questão de desrespeito aos direitos humanos e um agravo à sua saúde, verifica-se que ainda vigora o paradigma de naturalização e banalização desse tipo de violência na sociedade. Nesse sentido, a pesquisa «Tolerância social à violência contra as mulheres» constatou que 63% dos entrevistados concordam, total ou parcialmente, que «casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família»; 89% concordam que «a roupa suja deve ser lavada em casa»; e 82% consideram que «em briga de marido e mulher não se mete a colher» (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2014).



De acordo com alguns dados, determinados tipos de violência têm registro por minutos/hora (Instituto Patrícia Galvão, 2017):

- 1 estupro a cada 11 minutos (11a Edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública. FBSP, 2017)
- 1 mulher assassinada a cada 2 horas (11a Edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública. FBSP, 2017)
- 503 mulheres vítimas de agressão a cada hora (Pesquisa visível e invisível: vitimização de mulheres no Brasil. Data Folha/FBSP, 2017)
- 5 espancamentos a cada 2 minutos (Mulheres brasileiras nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo – FPA/SESC, 2010).

Em 2021, ocorreram um total de 1.319 feminicídios no país, recuo de 2,4% no número de vítimas registradas em relação ao ano anterior. No total, foram 32 vítimas de feminicídio a menos do que em 2020, quando 1.351 mulheres foram mortas. Em 2021, em média, uma mulher foi vítima de feminicídio a cada 7 horas. A taxa de mortalidade por feminicídio foi de 1,22 mortes a cada 100 mil mulheres, recuo de 3% em relação ao ano anterior, quando a taxa ficou em 1,26 mortes por 100 mil habitantes do sexo feminino.

Tipos e manifestações da violência contra a mulher

Uma das formas mais antigas e comuns de violência contra as mulheres é a violência entre os parceiros íntimos (violência conjugal), a qual, frequentemente, está associada às noções tradicionais da honra masculina e da obediência feminina, que justificam a punição da mulher pelo parceiro diante do que julga ser um descumprimento do seu papel. Essa dinâmica de abuso tende a ser amparada pela dependência emocional e financeira, bem como pela falta de apoio sociofamiliar das mulheres (Krug et al., 2002).



A violência perpetrada pelo parceiro íntimo pode ser reconhecida apenas em situações em que a vítima e o agressor possuem um relacionamento íntimo, independentemente de esse relacionamento ser oficializado legalmente e/ou de os cônjuges morarem na mesma residência. Cabe destacar que tal violência entre os parceiros íntimos se dá no contexto da violência doméstica/intrafamiliar que ocorre principalmente no ambiente da casa, mas não só (Habigzang, 2018).

Tipos e manifestações de violência contra a mulher.

Tipo de violência	Manifestações
Violência física: qualquer comportamento que ofenda a integridade ou a saúde corporal	<ul style="list-style-type: none">•Tapas •Empurrões •Chutes •Bofetadas •Tentativa de asfixia •Ameaça com faca



	<ul style="list-style-type: none">•Tentativas de homicídios•Puxões de cabelo•Beliscões•Mordidas•Queimaduras
Violência psicológica: qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões da mulher	<ul style="list-style-type: none">•Humilhações•Ameaças de agressão•Privação da liberdade•Impedimento ao trabalho ou estudo•Danos propositais a objetos queridos



	<ul style="list-style-type: none">•Danos a animais de estimação•Danos ou ameaças a pessoas queridas•Impedimento de contato com a família e os amigos
Violência sexual: conduta ofensiva à mulher que a obrigue a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos	<ul style="list-style-type: none">•Expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa•Toques e carícias não desejados•Exibicionismo e voyeurismo•Prostituição forçada•Participação forçada em pornografia
Violência patrimonial: qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e	<ul style="list-style-type: none">•Destruição, venda ou furto de objetos pertencentes à vítima



<p>direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades</p>	<ul style="list-style-type: none">•Destruição, venda ou furto dos instrumentos de trabalho da vítima •Destruição de documentos da vítima ou de seus filhos •Venda, aluguel ou doação de imóvel pertencente à vítima ou ao casal, sem a autorização da mulher <p>Violência moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria</p> <ul style="list-style-type: none">•Fazer comentários ofensivos na frente de estranhos e/ou conhecidos •Humilhar a mulher publicamente •Expor a vida íntima do casal para outras pessoas, inclusive nas redes sociais •Acusar publicamente a mulher de cometer crimes
--	---



	<ul style="list-style-type: none">• Inventar histórias e/ou falar mal da mulher para os outros com o intuito de diminuí-la perante amigos e parentes
--	--

Fonte: Lei Maria da Penha (art. 7º).

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO PERÍODO PERINATAL

- Violência contra a mulher na gestação

A violência, independentemente da tipologia, torna-se ainda mais grave quando a mulher estiver grávida, pois proporciona consequências significativas para a saúde materna e fetal, tais como: baixo peso do recém-nascido, abortos, parto e nascimento prematuros e até mortes materna e fetal (Medina e Penna, 2008).

A violência na gestação está frequentemente associada às mulheres que vivem com parceiros violentos, de modo que a gravidez pode ter sido uma consequência da própria violência ou a causa para sua ocorrência (OPAS/OMS, 2012). Estudos apontam que as agressões perpetuam-se durante a gestação, com agravamento, manutenção ou diminuição da intensidade e frequência da violência (Ramalho et al., 2017; Teixeira et al., 2015; Medina e Penna, 2008).

A violência perpetrada pelo parceiro íntimo é responsável por grande parte da mortalidade materna, porém não é reconhecida (Krug, 2002). As evidências científicas apontam para a prevalência da violência psicológica contra a gestante, muitas vezes associada às agressões física e sexual (Ramalho et al., 2017).

Alguns fatores podem estar associados à ocorrência de violência na gestação (Couto et al., 2015; Silva et al., 2015; Sgobero et al., 2015; Pires et al., 2017; Menezes et al., 2003), como:



- História familiar de violência da mulher, principalmente, mas do parceiro também (violência doméstica na infância e na adolescência, expressa por abandono e rejeição pelos pais e também pela exposição à violência conjugal destes)
- Mulheres adolescentes/jovens
- Mulheres multigestas
- Mulheres que sofreram violência psicológica em gestações anteriores
- Gravidez indesejada aumenta a prevalência de violência psicológica durante a gestação
- Parceiro sem trabalho remunerado
- Mulheres sem renda própria
- Baixa escolaridade da mulher e do parceiro
- Uso de álcool e/ou drogas ilícitas pela mulher e pelo parceiro
- Brigas frequentes entre o casal (inclui conflito interpessoal, insatisfação com a relação, comunicação precária e dificuldade para resolver problemas, especialmente discussões sobre a atividade sexual podem levar ao aumento de violência sexual)
- Parceiro com comportamento controlador
- Agressão física perpetrada pela mulher contra seu parceiro.

- **Violência contra a mulher no parto e no puerpério**

A invisibilidade desse tipo de violência é um fator limitador para alcançar sua real magnitude no Brasil e que contribui para sua reprodução por diferentes agentes nas instituições de saúde.



Porém, calcula-se que 1 em cada 4 mulheres sofre algum tipo de violência obstétrica durante o parto, ou seja, em 25% dos partos normais que aconteceram em maternidades, houve alguma forma dessa violência (Diniz et al., 2015; OMS, 2014; Fundação Perseu Abramo, 2010).

Acometendo, principalmente, mulheres solteiras, de baixo nível socioeconômico, adolescentes, usuárias de drogas ilícitas, soropositivas e minorias étnicas, a violência obstétrica pode expressar-se de diferentes maneiras (OMS, 2014), como exposto no Quadro 4.2.

Apesar de a expressão “violência obstétrica” ter conquistado espaços em debates da sociedade nos últimos anos, sua gênese consiste no modelo assistencial tecnocrático que compreende o parto como patológico, o corpo da mulher como imprevisível e incapaz de lidar com a gestação e a parturição. Com base nessas concepções e diante da necessidade de controlar os riscos e de conduzir o conceito a um desfecho seguro, verificou-se a entrada da figura masculina na obstetrícia, acompanhada de intervenções médicas expressas no uso excessivo de medicamentos para indução ou aceleração do parto, amniotomia, anestesia e episiotomia, trazendo consigo altos índices de cesarianas desnecessárias e, conseqüentemente, aumento significativo nas taxas de nascimentos prematuros (Sena e Tesser, 2017; Leal e Gama, 2014).

Tipos	Manifestações
Física: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico, sem recomendação baseada em evidências científicas	<ul style="list-style-type: none">•Privação de alimentos •Interdição à movimentação da mulher •Tricotomia •Manobra de Kristeller



	<ul style="list-style-type: none">•Uso rotineiro de ocitocina•Cesariana eletiva sem indicação clínica•Não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada
Psicológica: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perdas de integridade, dignidade e prestígio	<ul style="list-style-type: none">•Ameaças•Mentiras•Chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens ou ofensas•Omissão de informações•Informações prestadas em linguagem pouco acessível•Desrespeito ou desconsideração de seus



	padrões culturais
Sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo	<ul style="list-style-type: none">•Episiotomia•Assédio•Exames de toque invasivos, constantes ou agressivos•Lavagem intestinal•Cesariana sem consentimento informado•Ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado•Imposição da posição supina para dar à luz•Exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento ou consentimento
	•Impedimento do acesso aos serviços de



<p>Institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada</p>	<p>atendimento à saúde</p> <ul style="list-style-type: none">• Impedimento à amamentação• Omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério• Falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes• Protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes
---	--

Fonte: Cielo et al., 2012 aput Almeida e Reis (2021).

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Pessoal, falaremos a respeito do pré-natal... Este tema é sempre visto nas questões de concurso, portanto bastante atenção a ele, ok?

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



Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), devem ser realizadas **no mínimo 6 consultas** (mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo). Com atenção especial às grávidas com maiores riscos.

Assim, a avaliação do risco deve ser permanente e dinâmica, ou seja, deve acontecer em todas as consultas.

Quando identificamos **fatores associados a um pior prognóstico** materno e perinatal, a gravidez é definida como de **alto risco**, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes utilizando procedimentos com maior densidade tecnológica.

Para melhor a avaliação da paciente, alguns fatores de risco devem ser considerados: 1- Os que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica; 2- Os que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco; 3- Os que indicam encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica.

Vamos conhecer quais são eles?

- I) Fatores de risco que **permitem** a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica:



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.

II) Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao **pré-natal de alto risco**:



Fatores relacionados às condições prévias

- Cardiopatias e/ou Pneumopatias graves (incluindo a asma);
- Nefropatias graves e/ou endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
- Doenças hematológicas e/ou Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA > 140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia) e/ou Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento;
- Doenças autoimunes e/ou Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias e/ou Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase, Tuberculose, e/ou Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual

- Restrição do crescimento intrauterino; Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade; e/ou Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa; e/ou Obesidade mórbida ou baixo peso;
- NIC III e/ou Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (encaminhar ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.



III) Fatores de risco que indicam encaminhamento à **urgência/ emergência obstétrica:**

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;



Edema não é considerado critério diagnóstico.

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax $> = 37,8C$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);



- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.



Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

Para melhor entendimento, devemos lembrar que os trimestres gestacionais são divididos da seguinte maneira: o primeiro trimestre de gestação é até 14 semanas, 2º trimestre é compreendido entre 14 até 28 semanas e o 3º trimestre é a partir de 28 semanas.

Não existe alta do pré-natal, caso o parto não ocorra até a 41º semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal e provável indução do parto.





Sabemos que ofertar um pré-natal de qualidade é fundamental, mas como podemos fazer isso?

Bem, para o Ministério da Saúde os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica, são:





1° passo	<ul style="list-style-type: none">• Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
2° passo	<ul style="list-style-type: none">• Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3° passo	<ul style="list-style-type: none">• Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4° passo	<ul style="list-style-type: none">• Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5° passo	<ul style="list-style-type: none">• Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6° passo	<ul style="list-style-type: none">• É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
7° passo	<ul style="list-style-type: none">• Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8° passo	<ul style="list-style-type: none">• Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9° passo	<ul style="list-style-type: none">• Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10° passo	<ul style="list-style-type: none">• As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.



Portanto, nós profissionais de saúde, devemos: abordar sobre a importância do pré-natal; identificar precocemente todas as gestantes na comunidade, proporcionar acompanhamento pré-natal ainda no 1º trimestre da gravidez, além de garantirmos a possibilidade de que as mulheres realizem o teste de gravidez na UBS sempre que necessário.

Caso a gestação seja confirmada, deve-se realizar o cadastro no SisPreNatal e disponibilizar o Cartão da Gestante preenchido para que a mesma leve-o a cada consulta.

Mas como confirmamos a gravidez?

Este será o nosso próximo tópico, vamos lá?

Diagnóstico de Gravidez

Para acelerar a captação da gestante e o início do pré-natal é realizado o teste rápido para gravidez. Este teste é realizado na própria unidade básica de saúde.

Caso a mulher apresente história de atraso menstrual superior a 15 dias deverá ser solicitado o Teste Imunológico de Gravidez (TIG). Este é considerado o método mais sensível e confiável.

A dosagem de gonadotrofina coriônica humana (β HCG) pode ser detectada no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez.



Na prática, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos.

Em 90% dos casos de mulheres com atraso menstrual superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez pode ser feito através dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico (sendo desnecessária a solicitação do TIG).



As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais.

Os sinais de gravidez podem ser divididos em três categorias: sinais de presunção, de probabilidade e de certeza. Abaixo detalharemos cada um deles.



Sinais de presunção

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

Sinais de probabilidade

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

Sinais de certeza

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

Roteiro da primeira consulta

Galera, após a confirmação da gravidez, dá-se início ao acompanhamento. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de pré-natal e no Cartão da Gestante.

Durante a primeira consulta deverão ser fornecidos: o Cartão da Gestante (com a identificação preenchida), o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as



orientações sobre este; o calendário de vacinas e suas orientações; a solicitação dos exames de rotina; além das orientações sobre a participação nas atividades educativas.

Durante a consulta, devemos pesquisar os principais componentes listados a seguir: **data precisa da última menstruação**; regularidade dos ciclos; uso de anticoncepcionais; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; **detalhes de gestações prévias**; hospitalizações anteriores; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível; exposição ambiental ou ocupacional de risco; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemelaridade anterior; fatores socioeconômicos; atividade sexual; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; **vacinações prévias**; história de violências.

Antecedentes obstétricos

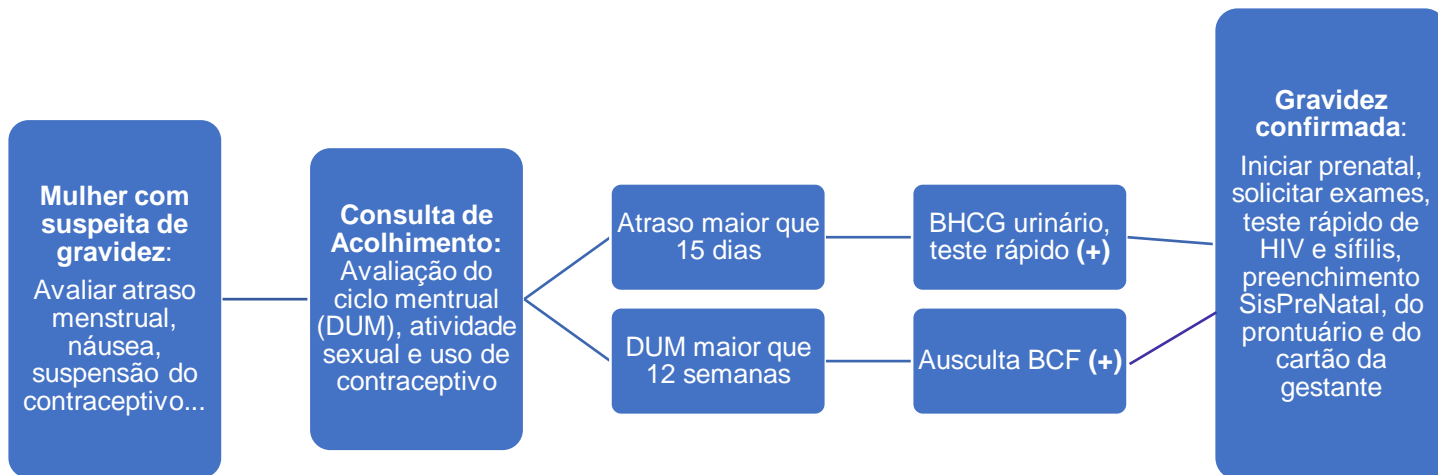
Vocês lembram daquele famoso: “Gesta, para, aborto”? Pois é, serão fundamentais para esta fase da consulta de pré-natal.

A investigação dos antecedentes obstétricos inclui (entre outros dados): o **número de gestações** (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); **número de partos** (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações); **número de abortamentos** (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento); **número de filhos vivos**; idade na primeira gestação; intervalo entre as gestações (em meses); **isoimunização Rh** (...)



Caso você não se lembre do “gesta, para, aborto”: São dados referentes (respectivamente) ao número de gestações (independente do desfecho gestacional), número de partos (> de 22 semanas de gestação, independente da viabilidade fetal) e número de abortos (gestações < de 22 semanas e /ou

com feto pesando menos de 500g). As anotações no prontuário da paciente devem seguir este padrão.



Exame físico

Amiga(o)s da enfermagem, durante o **exame físico** alguns dados são **indispensáveis**, tais como: a **avaliação nutricional** (peso e cálculo do IMC), a **medida da pressão arterial**, a palpação abdominal e a percepção dinâmica, a medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cardíofetais, o registro dos movimentos fetais, a realização do teste de estímulo sonoro simplificado, a **verificação da presença de edema**, o **exame ginecológico e a coleta de material para colpocitologia oncótica**, o exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e a idade gestacional.

Porém os **mais importantes** componentes são: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireóide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades.

No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a **12ª semana**, o profissional da saúde deve medir a **altura do fundo** uterino no abdome. A **ausculta fetal** será possível após a **10ª-12ª semana**, com o sonar-doppler.



Controle da pressão arterial (PA)

Como vimos, devemos realizar a medida da PA em todas as consultas de pré-natal, pois as alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade.

A hipertensão na gestação é tão grave que se tornou a principal causa de mortalidade materna em países em desenvolvimento.

Mas como conceituamos a hipertensão arterial na gestação?

A partir dos seguintes parâmetros: níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que **140mmHg** de pressão sistólica e iguais ou maiores do que **90mmHg** de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos **três ocasiões**.

Falaremos com detalhes sobre hipertensão na gravidez mais adiante, por hora devemos saber que durante a gestação a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é classificada utilizando as seguintes categorias principais: **Hipertensão arterial sistêmica crônica, Hipertensão gestacional, Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica**.



<u>CLASSIFICAÇÃO DA HAS NA GESTAÇÃO.</u>	<u>DEFINIÇÃO</u>
Pré-eclâmpsia	HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação , em mulheres previamente normotensas ;
Eclâmpsia:	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica	Elevação aguda da PA + proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes hipertensas crônicas com idade gestacional superior a



	20 semanas;
Hipertensão arterial sistêmica crônica	Hipertensão registrada antes da gestação,, antes da 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
Hipertensão gestacional	HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria , podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).

Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)

Pessoal, estas técnicas têm por objetivo: identificar o crescimento fetal; diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional, assim como conhecer a situação e a apresentação fetal.

A **palpação obstétrica** deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Consiste em um método palpatório do abdome materno em **4 passos**:



Técnica de Palpação (Manobra de Leopold)

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

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

3º Tempo: Explore a **mobilidade do polo**, que se apresenta no estreito superior pélvico;

4º Tempo: Determine a **situação fetal**, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta.

As **situações** que podem ser encontradas são: **longitudinal** (apresentação cefálica e pélvica), **transversa** (apresentação córmica) e **oblíqua**.

As **apresentações** mais frequentes são a **cefálica e a pélvica**.



A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gestação, podem significar risco no momento do parto

Medida da altura uterina (AU)

A medida da **altura uterina** deve ser utilizada como indicador relacionado ao **número de semanas de gestação**. Quando a data e o período do mês da última menstruação não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão determinadas basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal considerando-se os seguintes parâmetros:



Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;

Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;

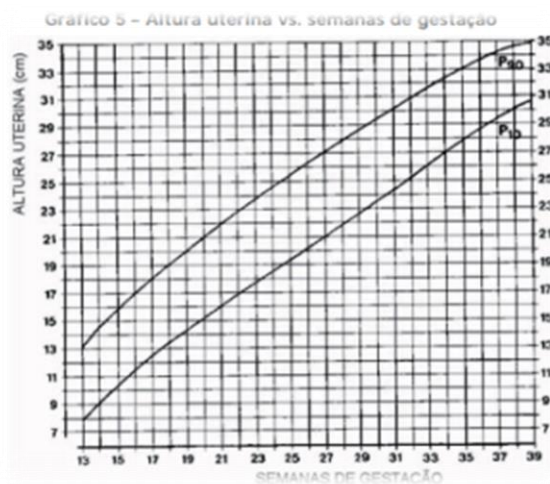
Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;

Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;

Na **16ª semana**, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;

Na **20ª semana**, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;

A partir da **20ª semana**, existe **relação direta entre as semanas da gestação** e a medida da altura uterina. Este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.



Serão considerados **parâmetros de normalidade** para o crescimento uterino o **percentil 10** (para o limite inferior) e o **percentil 90** (para o limite superior).

O resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas: excessivo (acima do percentil 90) e deficiente (abaixo do percentil 10).



Ausculda dos batimentos cardíofetais



É considerada **normal** a frequência cardíaca fetal entre **120 a 160** batimentos por minuto. São **sinais de alerta**: **BCF não audíveis** com estetoscópio de Pinard (quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas), além de **bradicardia e taquicardia**.

Registro dos movimentos fetais

Sabemos que a presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal, não é verdade?

Portanto, em **gestação de baixo risco**, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da **34ª semana gestacional**. A **contagem** dos movimentos é realizada por período máximo de **uma hora**, porém caso a gestante consiga registrar **seis movimentos** em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa.

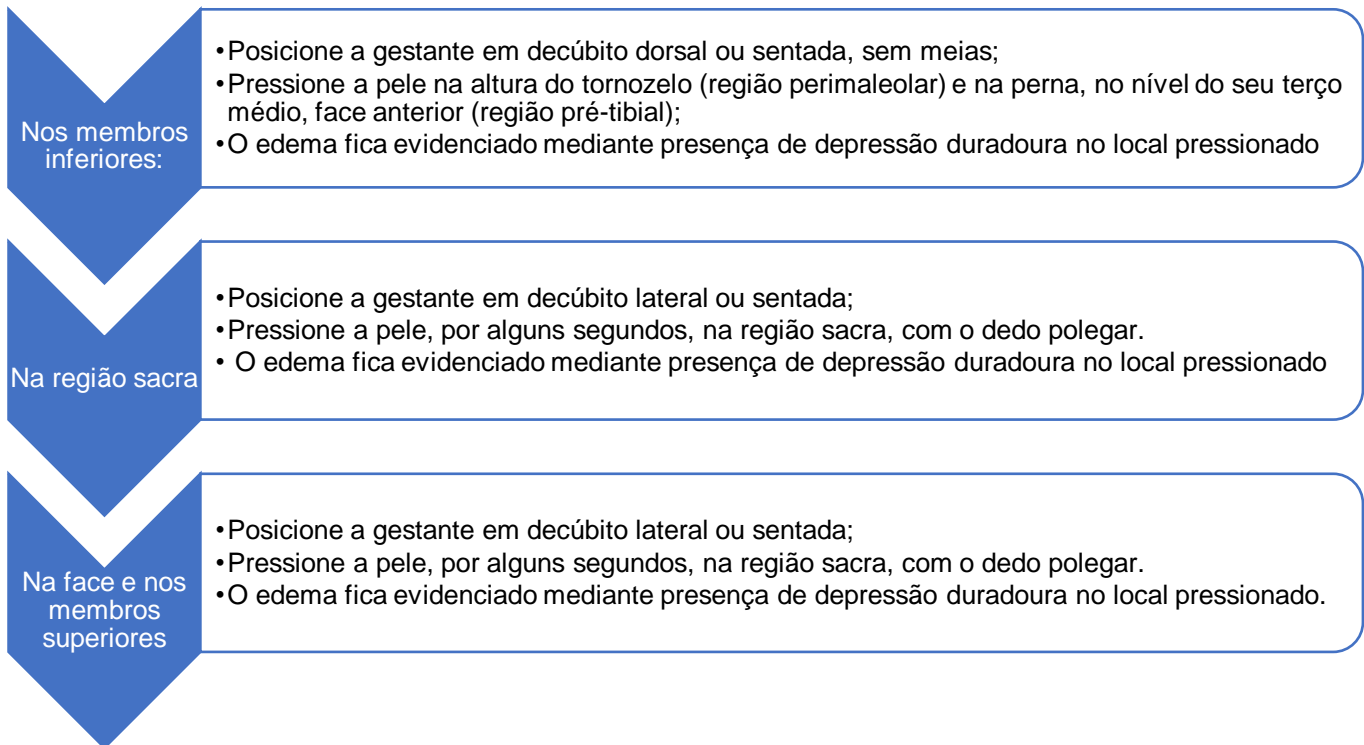
Vale ressaltar que algumas **recomendações** devem ser dadas: A gestante deve **alimentar-se antes** de começar o registro; ficar em **posição semi-sentada**, com a mão no abdome; marcar o horário de início e registrar **seis movimentos** e marcando o horário do último.

Se no período de uma hora, o bebê não se mexer seis vezes, a gestante deve repetir o registro, caso a diminuição persista ela deve procurar a unidade de saúde.

4.2.5 Identificar a presença de edema

Nós profissionais de saúde devemos detectar precocemente a ocorrência de edema patológico. Vale ressaltar que a presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Vamos ver como detectamos a presença de edemas?



Após realizarmos as técnicas descritas acima, é fundamental anotarmos os achados e traçarmos as condutas referentes a eles, portanto, atenção à tabela abaixo.



Achados	Anotações	Condutas
Edema ausente.	-	Acompanhe a gestante e siga o calendário de rotina
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura , ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado;
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo . Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia, pergunte a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. A gestante deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão , a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco .
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que está presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

Exames complementares de rotina e condutas

Durante o pré-natal a realização de exames laboratoriais é fundamental, abaixo temos o roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco, de acordo com a idade gestacional.

Período Gestacional	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	<ul style="list-style-type: none">Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh;



- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Glicemia em jejum
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU)
- Ultrassonografia obstétrica
- Citopatológico de colo de útero (se for necessário)
- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica)
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)

2º trimestre

- Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana)
- Coombs indireto (se for Rh negativo)

3º trimestre

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



de 37 semanas de gestação)

Dependendo do resultado encontrado nos exames algumas condutas² são necessárias, veremos agora as principais.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20 ^a semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg) antes das refeições
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl (Anemia leve a moderada)	Solicite exame e trate as parasitoses, se presentes; Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias:
	Hemoglobina < 8g/dl (Anemia grave).	Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 - 119mg/dl Se a glicemia plasmática em jejum for ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL , será feito o diagnóstico de DMG (SBD, 2020).	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação (BRASIL, 2013).
	> 110mg/dl	Repita o exame: se o resultado for maior que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional (BRASIL, 2013).

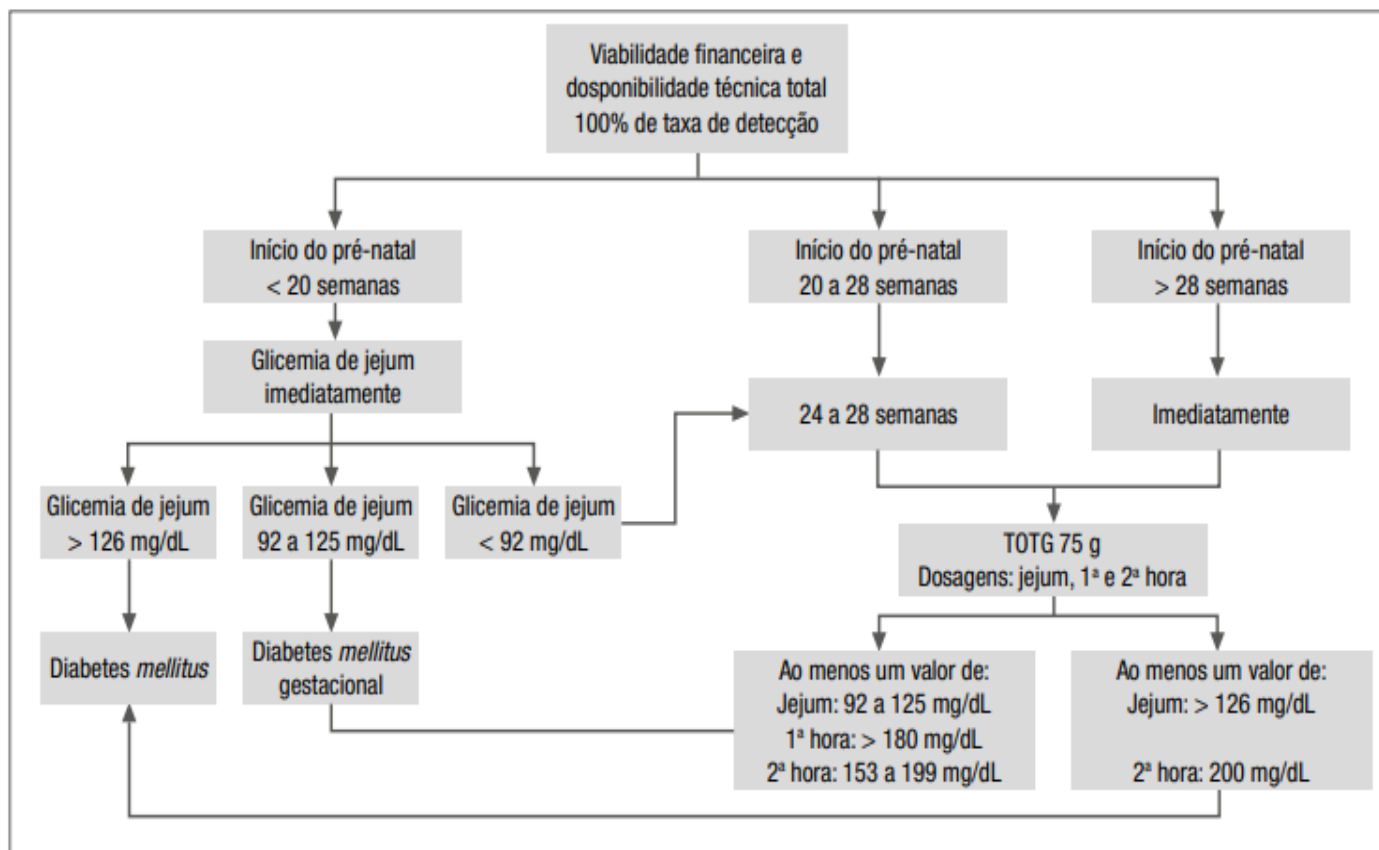
² Manual de atenção básica. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf



<p>TTGO 75g (2h)</p> <p>(1° coleta: em jejum/ 2° coleta: duas horas após ingestão de 75g de dextrosol)</p>	<p>Jejum < 110mg/dl; 2h < 140mg/dl</p>	<p>Teste normal</p>
	<p>Jejum > 110mg/dl; 2h > 140mg/dl</p> <p>Pela SBD, ao menos um valor de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jejum: 92 a 125 mg/dL • 1a hora: > 180 mg/dL • 2a hora: 153 a 199 mg/dL 	<p>DM gestacional.</p>
<p>Urina tipo I e urocultura</p>	<p>Proteinúria</p>	<p>“Traços” sem hipertensão: repetir exame em 15 dias;</p>
	<p>Piúria/bacteriúria/leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)</p>	<p>“Traços” + hipertensão e/ou edema; ou “Maciça”: é necessário encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
	<p>Hematúria</p>	<p>Trate infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma.</p> <p>Excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.</p>

Vale ressaltar que pela Sociedade Brasileira de Diabetes as recomendações para diagnóstico de DMG em local em situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica total são:





Cálculo da idade gestacional e data provável do parto

Pessoal, quando falamos sobre cálculo da idade gestacional e data provável do parto, basicamente os métodos para esta estimativa destes dependem da data da última menstruação (primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual).

Considerando três situações podemos **calcular a idade gestacional**:



Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa

- **Uso do calendário:** some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);
- **Uso de disco (gestograma):** coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado.

Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

- Se o período foi **no início, meio ou fim do mês**, considere como data da última menstruação os dias **5, 15 e 25**, respectivamente.
- Proceda, então, com o método descrito anteriormente (usando o calendário ou gestograma)

Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos

- Utilizamos como referência a medida da **altura do fundo do útero**;
- A data de **início dos movimentos fetais** (geralmente ocorrem entre **18 e 20** semanas).
- Quando não for possível determinar clinicamente a IG solicite a ultrassonografia obstétrica.

Para obtermos a **data provável do parto** levando em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas), podemos utilizar o gestograma ou a Regra de Nägele. (Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês passe os dias excedentes para o mês seguinte, somando 1 (um) ao final do cálculo do mês.



Caso você não lembre ou não conheça a Regra Nägele, explicarei passo a passo para que questões que abordem o tema sejam rapidamente resolvidas e gabaritadas no seu concurso, certo?

Vamos ao exemplo:

Supondo que a data da última menstruação (DUM) seja **13/09/2020**.

Passo 1: Ao dia somamos 7 ($13+7=20$)

Passo 2: Ao mês subtraímos 3 ($9-3=6$)



Passo 3: Adicionamos 1 ao ano pois a data da última menstruação foi em setembro, por tanto a gestante só terá o bebê no ano seguinte. (2020+1=2021)

Assim, a data provável do parto é **20/06/2021**.

obs1: *Caso a data da última menstruação tenha ocorrido nos meses de Janeiro, Fevereiro ou Março, a conta fica mais fácil se você somar 9 ao invés de subtrair 3. Mas se você quiser continuar a subtraindo 3 também dará certo, você só precisa ficar atento com a mudança do ano, ok?*

obs2: *Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, você deve passar os dias excedentes para o mês seguinte, somando 1 (um) ao final do cálculo do mês.*

Por exemplo:

Supondo que a DUM tenha sido **27/01/2020**

Passo 1: Somamos $27+7=34$, porém sabemos que Janeiro não tem 34 dias e sim 31 então contamos até 31 e os outros 3 dias acrescentamos a fevereiro. Para não errar sugiro que façam assim: ($27+7=34$. $34-31=3$)

Passo 2: Ao mudarmos o mês acrescentamos + 1 portanto fica (01 (janeiro)+9 (outubro) +1 (novembro).

Desta forma, a data provável do parto será: **03/11/2020**.

Avaliação do IMC e ganho de peso recomendado

Galera, vocês já se perguntaram sobre a recomendação de ganho de peso para as gestantes? Será que deve ser igual para todas as mulheres?

Não sei se já aconteceu com vocês... Mas eu sempre escuto pessoas falando que durante a gestação a mulher deve ganhar no máximo 9 quilos (1 kg por mês) e isso é um equívoco, pois



a recomendação de ganho de peso durante a gestação é individual e baseada no IMC inicial da mulher...

Para desmistificar essa informação vejamos a tabela abaixo... Lembrando que para calcularmos o IMC devemos dividir o peso pela altura² e de acordo com o resultado e da semana gestacional, classificamos a gestante em: baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade.

E assim, o ganho de peso deve ser recomendado utilizando os seguintes parâmetros:

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m ²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (> 30kg/m ²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Vimos então somente as mulheres com IMC acima de 30kg/m² é que devem engordar no máximo 9 quilos, em contra partida, podemos recomendar para que as mulheres de baixo peso podem engordar o dobro (18kg).

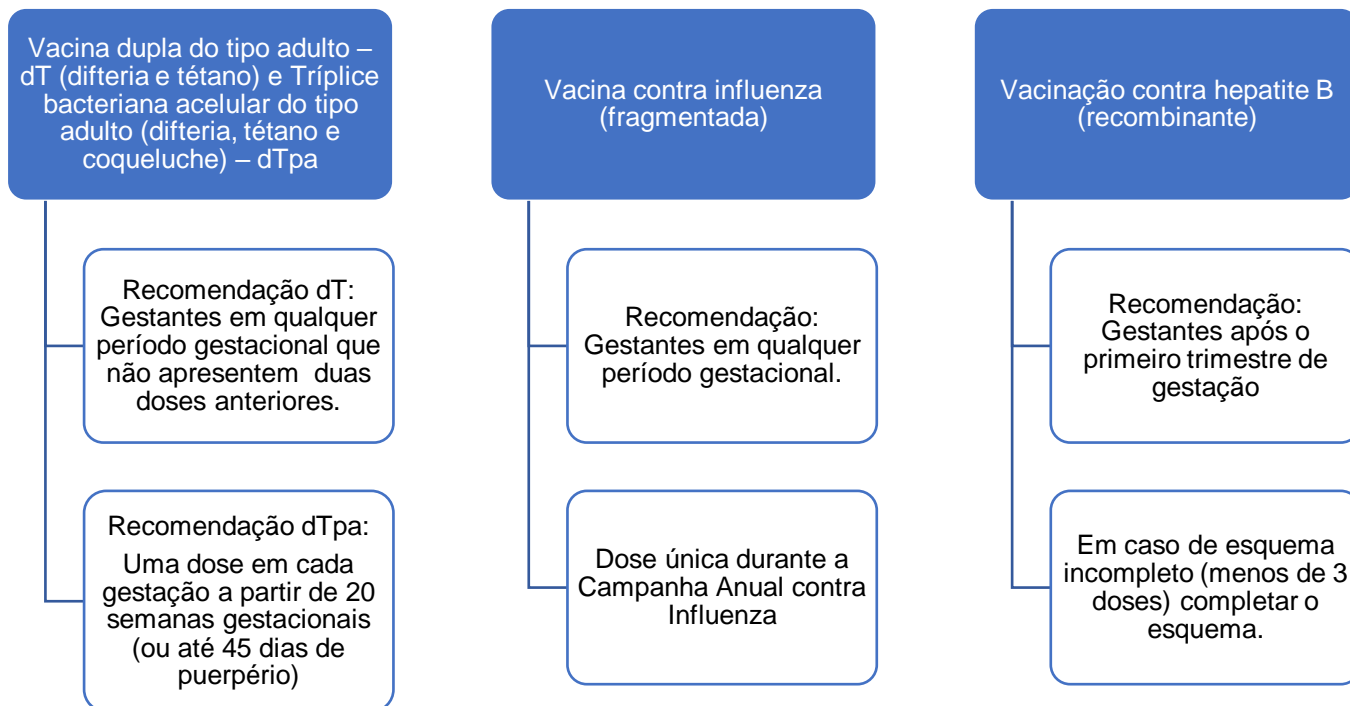
Vacinação na gestação

Vamos ver se vocês estão atentos? Tentem lembrar da nossa aula 00 e digam quais são as vacinas recomendadas para as gestantes...

-Tenho certeza que você disse: dT, dTpa, influenza e hepatite! :)

Para massificar esse tema, pois é MUITO cobrado pelas bancas... vamos à uma pequena revisão...





Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas

Pessoal, as orientações a seguir são válidas para os casos em as queixas são transitórias e que não evoluem para patologias mais complexas.

Na maior parte dos casos essas manifestações diminuem ou desaparecem sem o uso de medicamentos (que devem ser evitados ao máximo).

*Ah... essa primeira recomendação (**Consumir dieta fracionada 6 refeições leves ao dia**) é sempre vista em provas, por isso, lembrem-se que ela deve ser orientada nos casos onde a gestante apresenta **náuseas, vômitos, tonturas, fraquezas e desmaios...***

Vamos conhecer quais são as outras recomendações?

<u>Sintomas</u>	<u>Recomendações</u>
Náuseas, vômitos e tonturas	Consumir dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes



	<p>e não consumir líquidos durante as refeições,</p> <p>Ingerir alimentos sólidos e gelados</p>
Pirose (azia)	<p>Dieta fracionada, evitando frituras, café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo</p>
Sialorreia (salivação excessiva)	<p>Dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;</p> <p>Oriente-a a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância</p>
Fraquezas e desmaios	<p>Não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;</p> <p>Indique dieta fracionada (evitando jejum prolongado)</p> <p>Sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente.</p>
Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	<p>Certifique-se de que não sejam contrações uterinas;</p> <p>Caso apresente flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;</p> <p>Dieta rica em resíduos (frutas cítricas, verduras, mamão), aumento da ingestão de líquidos e redução no consumo de alimentos com alta fermentação.</p>
Hemorroidas	<p>Alimentação rica em fibras;</p> <p>Não deve ser utilizado papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo)</p> <p>Higiene perianal com água e sabão neutro, banhos de vapor ou compressas mornas devem ser recomendados</p>
Corrimento vaginal (o aumento de fluxo vaginal é comum na gestação)	<p>Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;</p>
Queixas urinárias	<p>O aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação e mesmo sendo incômodo é de</p>



	<p>extrema importância a ingestão hídrica adequada;</p> <p>Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;</p>
Falta de ar e dificuldades para respirar (sintomas frequentes, causados pelo aumento uterino que ocasiona compressão pulmonar)	<p>Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar.</p>
Mastalgia (devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento das glândulas)	<p>Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;</p>
Lombalgia (dor lombar)	<p>Correção postural ao sentar e ao andar; usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; associados a aplicação de calor local;</p>
Cefaleia (dor de cabeça)	<p>Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia e oriente quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.</p>
Sangramento nas gengivas	<p>Escovação dentária após as refeições com escova de dentes macia; realizar massagem na gengiva e usar fio dental;</p>
Varizes	<p>Recomende que a gestante não fique muito tempo em pé ou sentada e faça intervalos de 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;</p> <p>Utilizar (se possível) meia-calça elástica para gestante</p>
Câimbras	<p>Massagear o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; evite o excesso de exercícios e realize alongamentos.</p>
Cloasma gravídico (costuma diminuir ou desaparecer após o parto)	<p>Não expor o rosto diretamente ao sol e utilizar protetor solar.</p>
Estrias (resultantes da distensão dos tecidos)	<p>Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.</p>

Tudo ok até aqui? Falaremos sobre um tema muito importante! Atenção total...



PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUAIS

Como nós sabemos as infecções sexuais podem ocorrer em qualquer momento da gestação, podendo ser sintomáticas ou assintomáticas.

As infecções, como a sífilis (em especial, a latente), a gonorreia, a clamídia em mulheres, as hepatites virais B e C e a infecção pelo HIV, muitas vezes **não apresentam sintomas** e quando não detectadas, levam a complicações mais graves, como sífilis congênita, DIP, infertilidade, cirrose hepática e aids.

Entre as mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10% a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis.

A sífilis é, na maioria das vezes, diagnosticada por triagem de gestantes ou de pessoas com IST. Já a cervicite por gonorreia e por clamídia não é diagnosticada com frequência.

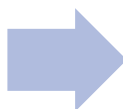
Assintomáticas

Sífilis latente

A sífilis latente é uma das variantes clínicas da sífilis em que não se observam sinais e sintomas clínicos, portanto o diagnóstico é unicamente através de testes imunológicos.

A sífilis latente pode ser classificada, de acordo com o tempo de infecção:

Sífilis latente recente:
Até um ano de infecção.



Sífilis latente tardia:
Mais de um ano de infecção.

A penicilina é o medicamento de escolha. Alguns pacientes no primeiro ano de latência, sem tratamento, intercalam lesões e períodos de latência.

Gonorreia e clamídia em mulheres: cervicites

A cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical. Os **agentes etiológicos** mais comuns são **C. trachomatis** e **N. gonorrhoeae**.



Os principais **fatores de risco** para infecção são: **mulheres** sexualmente ativas com **idade inferior a 25 anos**, parcerias sexuais recentes, múltiplas ou com IST, história prévia ou presença de outra IST e **uso irregular de preservativo**.

Cerca de 70% a 80% das cervicites são assintomáticas, porém, em **casos sintomáticos**, as principais queixas são **corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia e disúria**.

Durante o exame físico, **podem estar presentes**: dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e **sangramento ao toque da espátula** ou swab.

A infecção gonocócica **na gestante** poderá estar associada a um maior **risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal**.

No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite purulenta do RN (**oftalmia neonatal**) que pode levar a cegueira.

O diagnóstico é basicamente laboratorial e o tratamento é realizado com uso de antibióticos.

HIV

Agora vamos falar especificamente sobre HIV, vamos lá?

A infecção por HIV é de notificação compulsória semanal (incluindo os casos de infecção pelo HIV em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.³).

Esta infecção pode ser subdividida em **fase aguda e fase de latência clínica**, quando não tratadas as pessoas podem desenvolver a doença (**AIDS**) em média **10 anos** após o contágio⁴.

³ Lista de notificação compulsória 2020. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prto264_19_02_2020.html

⁴ Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos. Ministério da Saúde 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>



Falando especificamente sobre as fases... Detalharemos cada uma delas.

Fases	Manifestações Clínicas	Achados laboratoriais	Comentários
Fase aguda (o indivíduo é altamente infectante)	Síndrome Retroviral Aguda (SRA): febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. Duram em torno de três a quatro semanas.	O diagnóstico da infecção aguda pelo HIV pode ser realizado mediante a detecção da CV-HIV.	Geralmente, a janela diagnóstica dos imunoenaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias.
Fase de latência clínica	Linfadenopatia e plaquetopenia são comuns nesta fase. Com o avançar da infecção surgem os sintomas constitucionais, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas, candidíase oral, além do herpes-zoster	Ocorre diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 céls/mm ³	O diagnóstico diferencial inclui doenças linfoproliferativas e tuberculose ganglionar.
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	Infecções comuns: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Neoplasias comuns: sarcoma de Kaposi (SK),	Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ situa-se abaixo de 200 céls/mm ³ .	O aparecimento de Infecções oportunistas (IO) e neoplasias são definidores da aids. Outras complicações como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, também podem ocorrer.



	linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens.		
--	---	--	--

O **diagnóstico de HIV** é feito através de **exames de testagem**, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais.

O tratamento (**terapia antirretroviral**) está indicado inclusive para **todas as gestantes infectadas pelo HIV**, independentemente de critérios clínicos e imunológicos e não deve ser suspenso após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+.

Durante o parto as gestantes devem receber **AZT intravenoso (IV)** desde o **início do trabalho** de parto ou pelo menos **3 horas antes da cesárea** eletiva, devendo ser mantido até o clampamento do cordão umbilical. Já o RN deve receber a solução de AZT por via oral de preferência ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento, pois, não há evidências científicas que comprovem a eficácia da profilaxia quando iniciada após 48 horas do nascimento.

Além disso, sempre que possível, deve-se realizar o **parto empelicado**, com a retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras; **clampear imediatamente** o cordão após o nascimento, sem qualquer ordenha; **limpar com compressas macias todo sangue** e secreções visíveis no Rn e imediatamente após o nascimento **proceder com banho**, ainda na sala de parto, usando preferencialmente chuveirinho, torneira ou qualquer fonte de água corrente.



A **TARV** poderá ser **iniciada** na gestante a partir da **14ª semana** de gestação, logo após a coleta de exames e antes mesmo de se ter os resultados de LT-CD4+ e carga viral (CV), pois a carga viral materna suprimida (CV plasmática abaixo de 50 **cópias/mL**) próxima ao parto e o uso de TARV durante a gravidez **reduzem a taxa de transmissão vertical** do HIV.

Após o **início da TARV**, em algumas situações, observa-se um **quadro clínico de caráter inflamatório exacerbado**, chamado de SIR (**Síndrome inflamatória da reconstituição imune**).

A SIR se manifesta como piora "paradoxal" de doenças preexistentes, geralmente autolimitadas, mas que podem assumir formas graves.

Ocorre entre **4 e 8 semanas do início** do tratamento antirretroviral

Tem como fator preditivo o início da TARV em pacientes com baixas contagens de LT-CD4+

Beleza! Agora que vimos os principais tópicos de HIV vamos treinar com mais uma questão?



2-(CEBRASPE-CESPE/ HUB-2017) Para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, estabeleceu-se, desde o ano de 1996, o tratamento antirretroviral (TARV). A partir da introdução do TARV, houve um decréscimo na mortalidade anual associada à AIDS, ou seja, a doença tornou-se crônica, com a necessidade de reestruturação do cuidado direcionado às pessoas portadoras de HIV/AIDS. Acerca desse tema, julgue o próximo item.

A transmissão vertical do HIV/AIDS é um problema de saúde pública que pode ser evitado com a profilaxia no parto e puerpério. O uso de AZT no recém-nascido deve ser iniciado ainda na sala de parto.

Certo

Errado

Comentários:

A afirmativa está **certa**. Como vimos o RN deve receber a solução de AZT por via oral de preferência ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento; outros cuidados são: preferencialmente realizar o parto empelicado, limpar



todo sangue e secreções visíveis e dar banho no RN ainda na sala de parto com água corrente.

Tenho certeza que você acertou essa! Vamos adiante...

Sintomáticas

Pessoal, de forma geral as principais **manifestações clínicas** das infecções sexualmente transmissíveis são: **corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais, DIP e verrugas anogenitais**.

Essas manifestações possuem agentes etiológicos bem estabelecidos, facilitando a escolha dos testes diagnósticos e do tratamento.

Na tabela a seguir temos as manifestações clínicas e os respectivos agentes etiológicos.

	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	Chlamydia trachomatis	LGV
	Haemophilus ducrey	Cancroide
	Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital
	Klebsiela granulomatis	Donovanose
	Treponema pallidum	Sífilis
Corrimento uretral/vaginal	Candida albicans	Candidíase vulvovaginal
	Chlamydia trachomatis	Infecção por Clamídia
	Neisseria gonorrhoeae	Gonorreia
	Trichomonas vaginalis	Tricomoniase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana
DIP	Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae Bactérias facultativas anaeróbias (ex: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, Streptococcus agalactiae), entre outros.	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelvipertonite, abscesso tubo ovariano
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado



Candidíase vulvovaginal

Amiga(o), esta é uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo que já habita a mucosa vaginal e digestiva.

A **relação sexual não é a principal forma de transmissão**, porém essa infecção é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual.

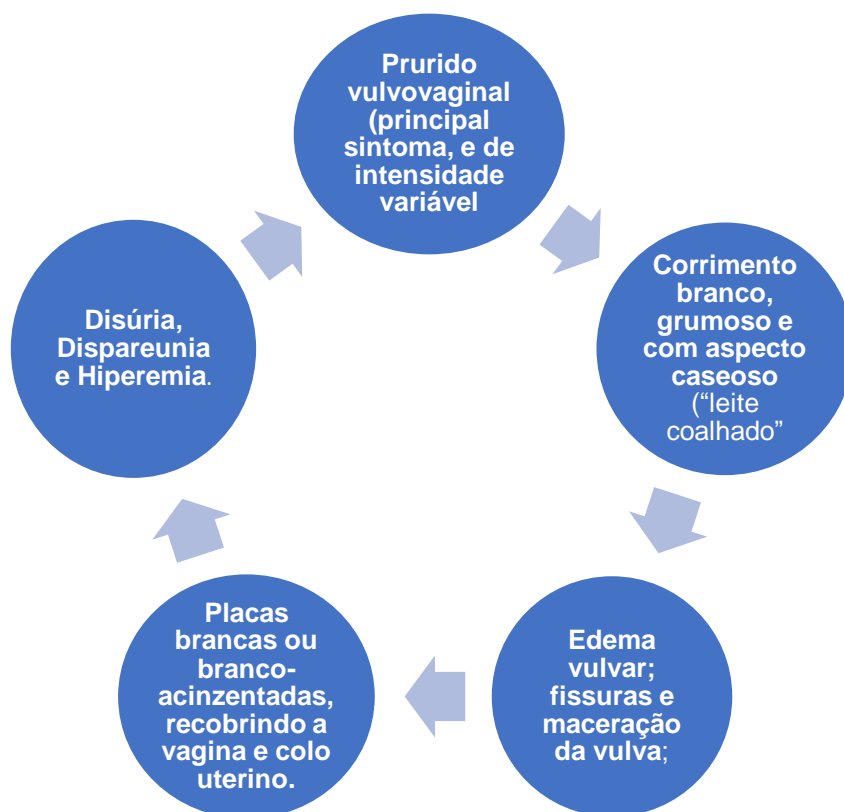
A Candidíase é **comum durante a gestação** e pode apresentar recidivas pelas condições propícias do **pH vaginal**.

Caso a mulher apresente candidíase vulvovaginal **recorrente** (**quatro ou mais** episódios sintomáticos **em um ano**), devem ser investigados fatores predisponentes como: diabetes mellitus, infecção pelo HIV, uso de corticoide sistêmico e imunossupressão.

As **parcerias sexuais não precisam** ser tratadas, exceto as sintomáticas.

Os **sinais e sintomas** mais comuns da candidíase vulvovaginal são:





Vaginose bacteriana

Pessoal, esta infecção é caracterizada pelo desequilíbrio da microbiota vaginal normal, associada a redução ou desaparecimento de lactobacilos acidófilos e aumento de bactérias anaeróbias.

É a **causa mais comum de corrimento** vaginal, afetando cerca de 10% a 30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na atenção básica. Em alguns casos, pode ser assintomática.

Não é uma infecção de transmissão sexual, mas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas.

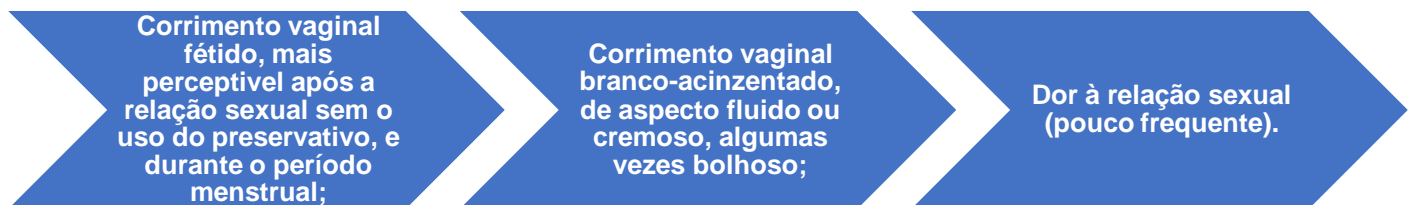
A vaginose bacteriana **aumenta o risco de aquisição das IST** e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea).



Além disso, **aumenta o risco de DIP** quando presente nos procedimentos invasivos (curetagem uterina, biópsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino)

O **tratamento das parcerias** sexuais **não está recomendado**.

Os **sinais e sintomas** são:



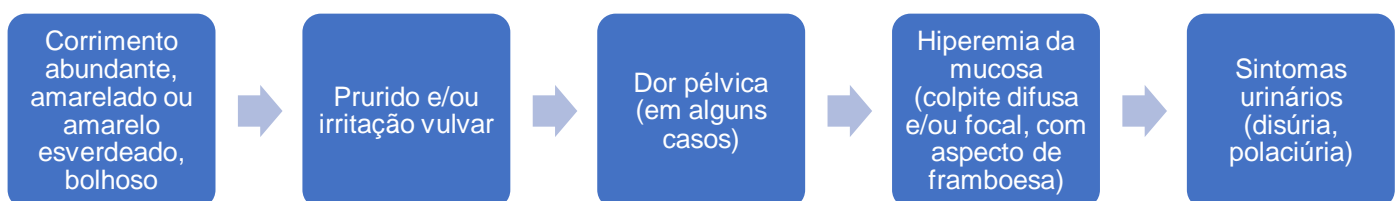
Tricomoníase

Galera, o **protozoário (T. vaginalis)** que causa a tricomoníase tem como **reservatório o colo uterino, a vagina e a uretra**. Portanto o diagnóstico é feito por meio da visualização dos protozoários móveis em material do ectocérvice.

O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital nos RN

As **parcerias sexuais devem ser tratadas** com o mesmo esquema terapêutico.

Os **sinais e sintomas** são:



Uretrite gonocócica

Pessoal, este é um **processo infeccioso e inflamatório** da mucosa uretral, causado pela **N. gonorrhoeae**.

Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção (membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva).



O corrimento **mucopurulento ou purulento é frequente**. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite.

Uretrite não gonocócica

Como o nome já diz, é a uretrite sintomática negativa para o gonococo. A uretrite não gonocócica **caracteriza-se**, habitualmente, pela presença de **corrimentos mucoides, discretos, com disúria** leve e intermitente.

7.6- Sífilis primária e secundária

Concurseira(o), atenção total a Sífilis! Pois é frequentemente abordada nos concursos, ok?

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano, cujo **agente** etiológico é o **Treponema pallidum**.

Sua **transmissão** ocorre principalmente por **contato sexual**; porém, pode ser transmitida **verticalmente para o feto**. Durante a gestação, pode ocasionar **abortamento, prematuridade**, natimortalidade, **manifestações congênitas** precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.





A sífilis adquirida, congênita e em gestante deve ser notificada semanalmente.

Para melhor orientação do tratamento e monitoramento, a sífilis é dividida em estágios: **Sífilis recente** (com até um ano de evolução) pode ser classificada em: **primária, secundária e latente recente** ou **Sífilis tardia** (com mais de um ano de evolução)- que pode ser classificada em: **latente tardia e terciária**.

Conheceremos agora com mais detalhes cada estágio da sífilis, vamos lá?

Estágios da Sífilis	Manifestações Clínicas	Comentários
Primária (o tempo de incubação é entre 10 a 90 dias (média de três semanas).	Cancro duro (ulcera genital) Linfonodos regionais	A primeira manifestação é caracterizada por úlcera rica em treponemas, única e indolor, com borda bem definida e regular ("cancro duro"). Dura em média entre três e oito semanas, e a lesão desaparece sem tratamento.
Secundária (ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro.	Lesões cutâneo-mucosas (roseola, placas mucosas, sífilides papulosas e palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadro neurológico, ocular e hepático.	O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios Ocorre febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, mesmo sem tratamento. A neurosífilis meningovascular, pode acompanhar essa fase.
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática	O diagnóstico é feito exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos.
Latente tardia (mais de um ano de duração.	Assintomática	



Terciária (pode surgir entre 1 e 40 anos após início da infecção).	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.	Nesse estágio é comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.
---	--	---

Diagnóstico

Para que ocorra o diagnóstico de sífilis é necessário que os dados clínicos sejam correlacionados aos resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a avaliação correta e o tratamento adequado.

Os testes imunológicos podem ser tanto os treponêmicos (por exemplo, o Teste Rápido) quanto os não treponêmicos (VDRL) e para confirmação do diagnóstico ambos precisam estar positivados.



A **análise** isolada do título **de um único resultado** de um teste **não treponêmico** (ex.: VDRL, RPR) **é um equívoco frequente**. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas. Pois os **títulos altos** nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes **adequadamente tratados**, e **títulos baixos** podem ser encontrados em casos de **infecção recente ou tardia** e em casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação. Esse fenômeno (temporário ou persistente) é **denominado cicatriz sorológica**. (BRASIL, 2019).⁵

Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação (caso a gestante não faça o tratamento adequado, o RN é notificado como caso de sífilis congênita e deve ser submetido à investigação clínica e laboratorial)

Tanto a pessoa portadora da infecção, quanto suas parcerias sexuais devem ser tratadas preferencialmente com a benzilpenicilina benzatina.

Em alguns casos é recomendado o tratamento imediato, após apenas um teste reagente:

- Gestantes;
- Vitimas 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.

⁵ Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>





NOVIDADE!

Estadiamento	Esquema terapêutico	Tratamento alternativo (exceto para gestantes)	Acompanhamento (Teste não treponêmico)
Sífilis recente: primária, secundária e latente recente.	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada lado)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias.	Teste não treponêmico trimestral (mensal em gestantes)
Sífilis tardia: terciária e latente tardia (ou com duração desconhecida).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI. 1 x/semana por 3 semanas. obs: Caso o intervalo entre as doses ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado.	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (mensal em gestantes)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV. Em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização.





A **benzilpenicilina benzatina** (também chamada de **penicilina benzatina** ou **penicilina G benzatina**) deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM), preferencialmente na região **ventro-glútea** (por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local (COFEN, 2016).

Doença inflamatória pélvica (DIP)

A DIP é uma síndrome clínica atribuída à **ascensão de microrganismos** do trato genital inferior, **espontânea** ou ocasionada pela **manipulação** (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo o endométrio (endometrite), as tubas uterinas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

Constitui uma das **mais importantes complicações** das IST e um sério problema de saúde pública, sendo comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida.

Está associada à **sequelas** importantes em longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem **infertilidade** por fator tubário, **gravidez ectópica** e **dor pélvica crônica**.



Os **sintomas** de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de **dor à mobilização do colo do útero ao toque**, podem estar presentes na DIP.

GESTÃO DE ALTO RISCO

Como sabemos, a gestação é algo fisiológico, é um fenômeno que naturalmente o corpo feminino está apto a desenvolver, e por isso, na maior parte das vezes, a evolução da gravidez ocorre sem maiores complicações.

Porém, **algumas gestantes**, muitas vezes por serem portadoras de alguma doença, problema ou agravo, apresentam maiores **chances de evolução desfavorável**, tanto para o feto como para a ela.

Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". E nessa parte da aula, este será nosso tema.

Abordaremos as principais intercorrências que a mulher pode desenvolver ao longo de sua gestação. Vamos lá?

Síndromes hipertensivas na gravidez

Nós já vimos que a gravidez pode causar hipertensão arterial em mulheres previamente normotensas ou agravar uma hipertensão preexistente.

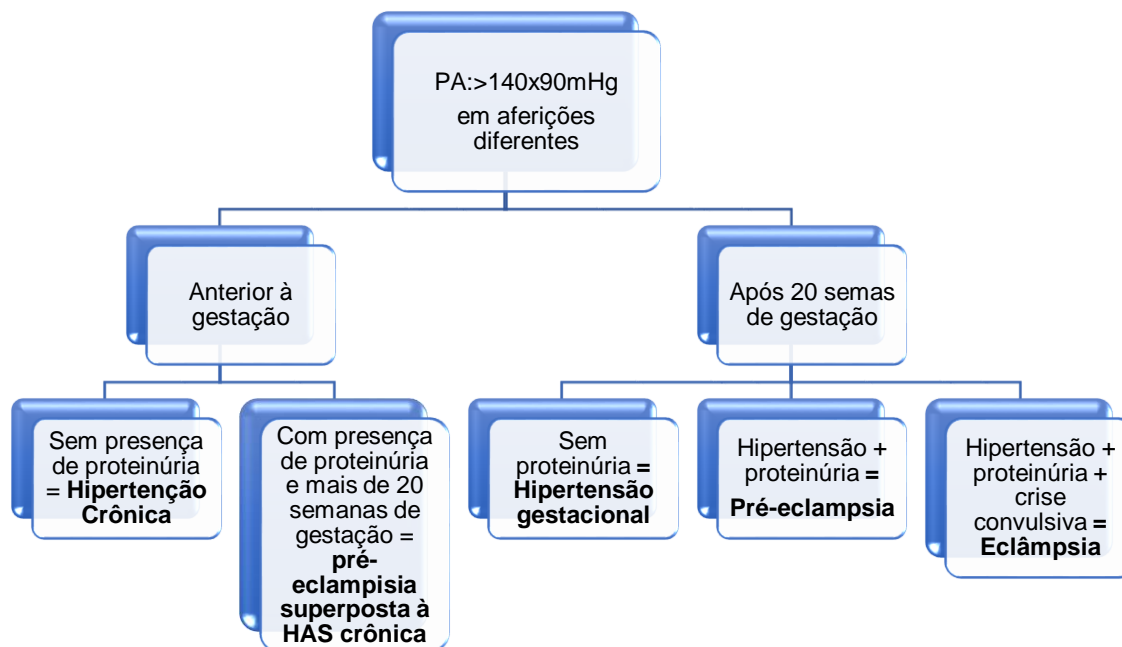
A **hipertensão arterial** sistêmica (HAS) é a doença que complica mais frequentemente a gravidez, ocorre entre 5% a 10% das gestações e é uma das **principais causas** de **morbimortalidade materna e perinatal**.



Como vimos, a HAS na gestação é classificada em 5 categorias principais, veremos agora maiores detalhes sobre elas.

<u>CLASSIFICAÇÃO DA HAS NA GESTAÇÃO</u>	<u>DEFINIÇÃO</u>
Hipertensão arterial sistêmica crônica	É caracterizada por hipertensão anterior a 20 semanas de gestação ou após 12 semanas de parto . Na hipertensão crônica a gestante não apresenta edema e proteinúria (a não ser que haja dano renal anterior à gravidez).
Hipertensão gestacional	HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria , podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão). Esta condição geralmente é recorrente em cerca de 80% das próximas gestações.
Pré-eclâmpsia	HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas ; Na ausência de proteinúria, o profissional deve considerar suspeita quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais , dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas.
Eclâmpsia:	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica	Elevação aguda da PA + proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes hipertensas crônicas com idade gestacional superior a 20 semanas ; O diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta a HAS crônica é feito quando ocorre a piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia (> 6mg/dL) e da proteinúria após a primeira metade da gestação.





Conduas na Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave. Considera-se grave quando um ou mais dos seguintes critérios está presente:



- Pressão arterial diastólica igual/menor que 110mmHg
- Proteinúria igual/menor que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)



- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito • Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$)
- Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

- Acidente vascular cerebral
- Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose
- Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio

Manejo clínico

Antecipar o parto é o único **tratamento definitivo** para a pré-eclâmpsia. As indicações para a antecipação estão listadas na tabela abaixo:

Maternas	Fetais
Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade.	Restrição grave do crescimento fetal
Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes	Suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal.
Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos.	Oligohidrânio (Índice de líquido amniótico
Contagem de plaquetas	Idade gestacional confirmada de 40 semanas.
Deterioração progressiva da função hepática e renal	
Suspeita de descolamento de placenta.	
Trabalho de parto ou sangramento.	

A **conduta conservadora** pode ser adotada em mulheres **com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 33 semanas e 6 dias**, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. Nesses casos as gestantes devem ser observadas por 24 horas utilizando-se as seguintes condutas:



- Administração de sulfato de magnésio (veremos adiante);
- Uso de corticoide para maturidade pulmonar (betametasona 12mg, a cada 24 horas, 2 aplicações IM);
- Administração de anti-hipertensivos de ação rápida (Hidralazina ou Nifedipina);
- Infusão de solução de Ringer lactato a 100-125ml/h;
- Exames laboratoriais: hemograma completo com plaquetas, creatinina sérica, ácido úrico, AST/TGO, ALT/TGP, desidrogenase láctica, proteinúria de 24 horas;
- Dieta suspensa (permitir pequenas ingestões de líquidos claros e medicação oral).

Após as 24 horas de observação, caso seja mantida a conduta expectante, o sulfato de magnésio é interrompido, mantém-se a medicação anti-hipertensiva e exames laboratoriais para acompanhamento materno e fetal. Utilizando sempre a avaliação dos critérios para antecipação do parto.



Nos casos de hipertensão aguda utiliza-se: **nifedipina ou hidralazina**. **Nitroprussiato de sódio** – é utilizado quando não existe resposta com as drogas anteriores e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva.

Detalhando:

Se a PA for =**160mmHg sistólica e/ou =105mmHg diastólica persistente**, utiliza-se:

Nifedipina: Comece com **10mg oral** e repita em 30 minutos se necessário. **OU**

Hidralazina: Ampola de 20mg – 1ml. Diluir com 19ml de água bi-destilada. Comece com **5ml (5mg) EV**. Caso a pressão não seja controlada repita a



intervalos de 20 minutos (5 a 10mg – dependendo da resposta), até **o máximo de 20mg.**

- Caso haja impossibilidade de acesso venoso pode ser administrada **IM-10mg**, repetindo a cada 20 minutos até o **limite de 30mg**. Se não houver controle após 20mg EV ou 30mg IM, considerar outra droga. Assim que a pressão estiver controlada, repita se necessário, em 3 horas, a dose inicial.

O **Nitroprussiato de Sódio** às vezes é necessário para a hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Comece a uma taxa de **0,25 microgramas/kg/ min** até uma dose **máxima de 5 microgramas/kg/min**. O **envenenamento cianídrico fetal** pode ocorrer se usado por **mais de 4 horas**. O seu uso está restrito às **unidades de terapia intensiva**.

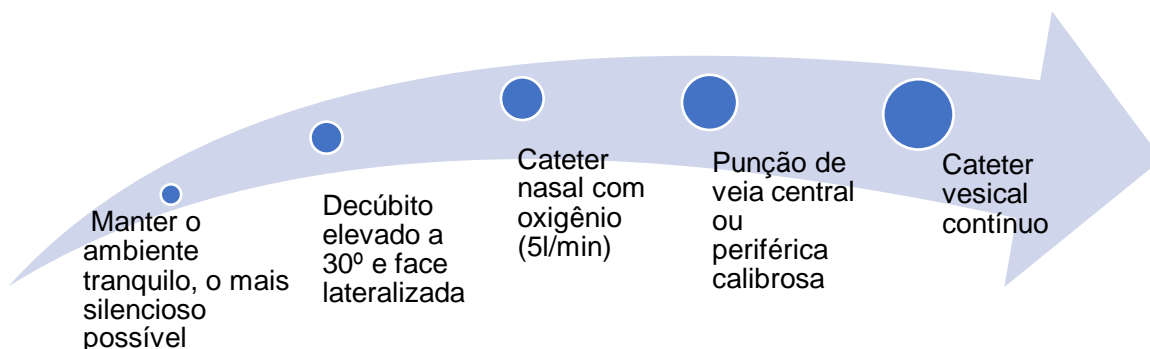
A ocorrência de convulsões caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais.

Pessoal, os cuidados para tratamento de gestantes com essa patologia são vistos com frequência em prova... Por isso, atenção total!



Cuidados Gerais na Eclâmpsia:





A **conduta obstétrica** visa à **estabilização do quadro materno**, à avaliação das condições de **bem-estar fetal** e a **antecipação do parto**, em qualquer idade gestacional.

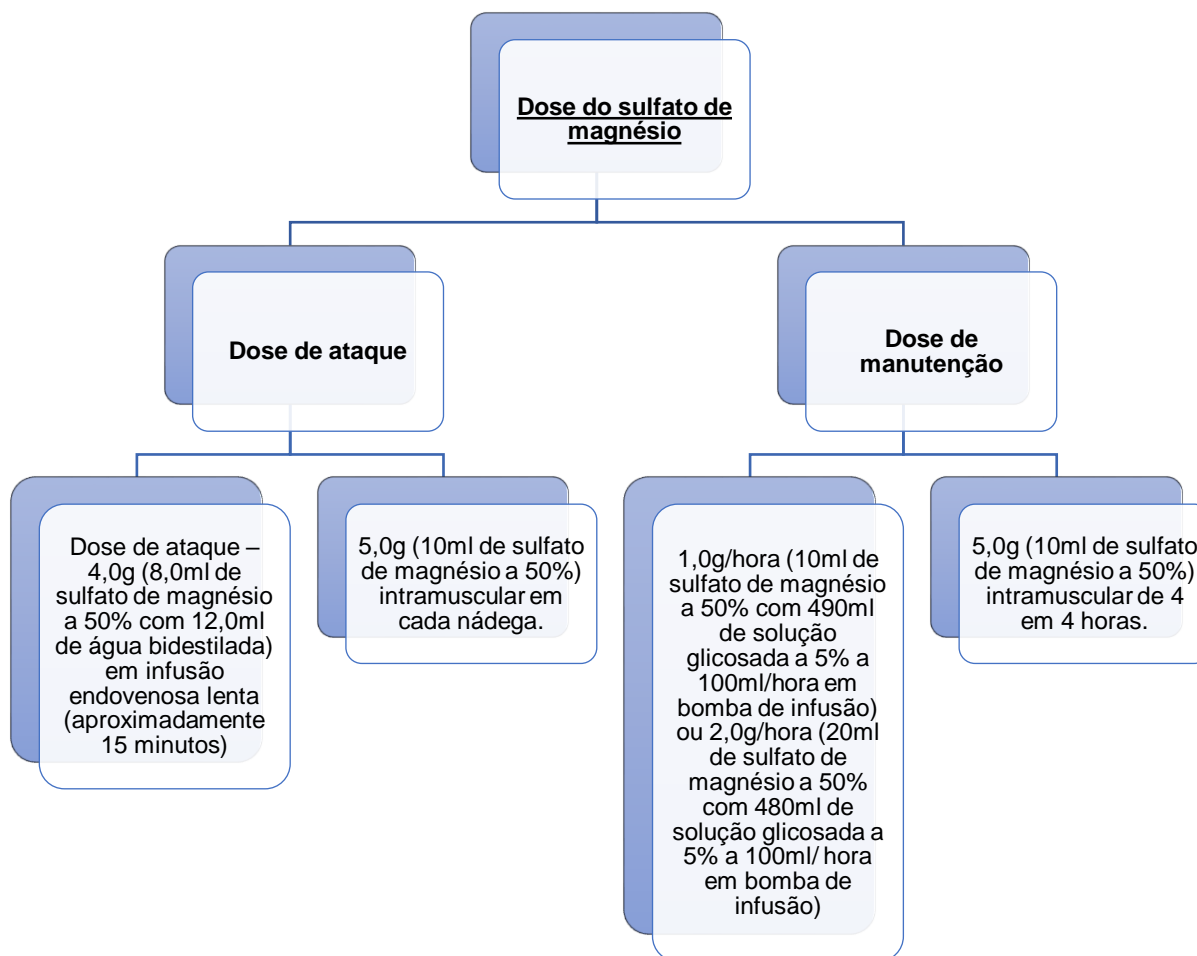
Terapia anticonvulsivante

Este tipo de terapia visa prevenir a ocorrência de convulsões para mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga indicada.



O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.

Esquema do sulfato de magnésio:



Cuidados com o uso do sulfato de magnésio

Pessoal, como sabemos o sulfato de magnésio pode causar alguns efeitos colaterais leves e outros mais graves, como a hipotensão, hipotermia, bradipneia e bradicardia, até mesmo colapso circulatório.

Portanto, é fundamental que a equipe de enfermagem esteja atenta as intercorrências e conheça as condutas que devem ser tomadas caso sejam necessárias.

Abaixo temos listados os cuidados que devemos ter quando prestamos assistência a gestantes que estejam (como dizemos nos hospitais) "sulfatando".



A administração da dose de manutenção deverá ser **suspensa** caso a frequência respiratória tenha **menos de 16 incursões por minuto**, os reflexos patetares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.

Na recorrência de convulsões, utiliza-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenilhidantoína até a alta.

Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração intramuscular

O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória.

Síndrome HELLP

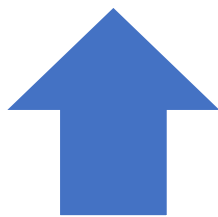
Como sabemos, a **síndrome de Hellp** é uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com **pré-eclâmpsia ou eclâmpsia** e que causa grandes índices de mortalidade materno-fetal.

O nome **HELLP** é formado pelas iniciais do quadro clínico que esta patologia apresenta: hemólise (**H = "hemolysis"**), elevação de enzimas hepáticas (**EL = "elevated liver functions tests"**) e plaquetopenia (**LP = "low platelets count"**).

As seguintes alterações indicam uma **chance de mais de 75% de morbidade materna grave**: **DHL >1.400UI/L, TGO >150UI/L, TGP >100UI/L e ácido úrico >7,8 mg/dL**, além disso, a presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna.

A Hellp pode ser classificada em:





Síndrome HELLP Completa:

Plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600 U/l), bilirrubina total $> 1,2$ mg/dl, TGO > 70 U/l.



Síndrome HELLP Incompleta:

Quando a paciente apresenta apenas um ou dois dos resultados descritos acima.

Pessoal, é importantíssimo resolver o máximo de questões, pois elas são fundamentais para fixar o conteúdo... Por isso, vamos fazer mais uma da FCC?



3- (FCC/ALESE - 2018) A síndrome HELLP, uma emergência hipertensiva específica da gravidez, é caracterizada por

- a) pressão arterial diastólica maior ou igual a 100 mmHg, proteinúria e alta contagem de plaquetas.
- b) eritrocitose, dor torácica típica e síndrome de pânico associados à pressão arterial elevada.
- c) pressão arterial sistólica maior ou igual a 120 mmHg sem lesão de órgão-alvo e trombocitose.
- d) hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas.
- e) leucocitose, bradicardia fetal e enzimas cardíacas elevadas.

Comentários

Questão bem direta! Essa é daquele tipo que ou sabe ou não sabe...E vocês alunos do Estratégia podem marcar com toda certeza a letra D.



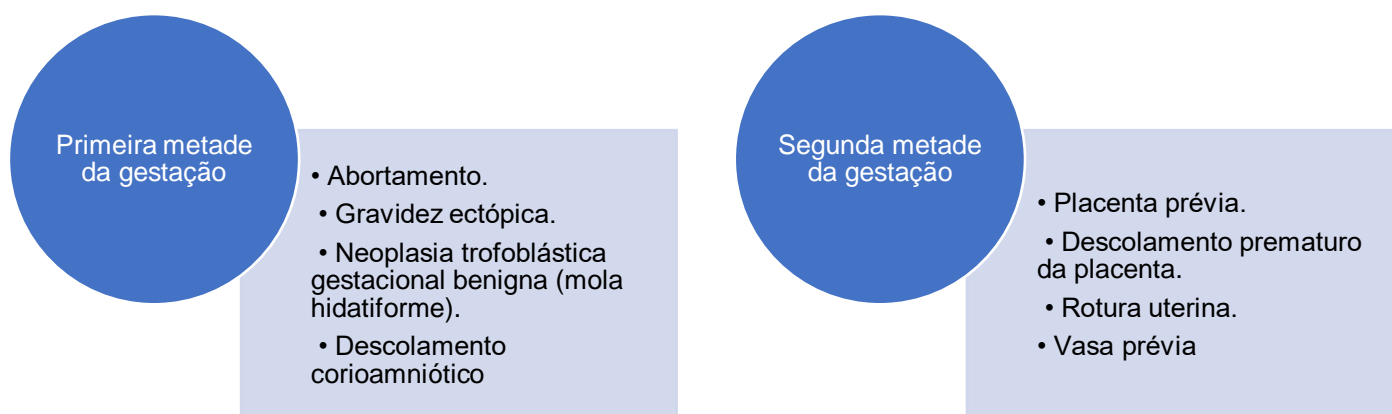
A HELLp, como o próprio nome já diz, é caracterizada por hemólise (H = "hemolysis"), elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = "low platelets count").

Agora ficou fácil, não é? ;)

Vamos retomar nossa aula falando das Síndromes Hemorrágicas...

Síndromes Hemorrágicas

Pessoal, estejam atentos, pois as mais importantes manifestações hemorrágicas na gestação podem ser classificadas de acordo com o período gestacional em que elas ocorrem.



As manifestações como: cervicites, pólipos endocervicais, ectrôpio, câncer de colo uterino, trauma vaginal podem ser presentes durante toda a gestação, já o sangramento do colo durante o trabalho de parto ocorre na segunda metade da gestação.

Abortamento

O abortamento é conceituado como: a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g⁶⁷.

O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12^a semana e tardio quando ocorre entre a 13^a e a 22^a semanas. E pode ser classificado de diferentes formas:



- **Abortamento espontâneo:** é a perda involuntária da gestação.
- **Ameaça de abortamento:** é a ocorrência de sangramento uterino com a **cérvix fechada** sem eliminação de tecidos ovulares. O volume uterino é compatível com a idade gestacional.
- **Abortamento completo:** quando a **totalidade do conteúdo** uterino foi eliminada.
- **Abortamento incompleto:** quando apenas **parte do conteúdo** uterino foi eliminado.
- **Abortamento inevitável:** quando há **sangramento e dilatação cervical**, porém não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.

⁶ Manual gestação de alto risco. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

⁷ Manual pré-natal de baixo risco. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf



- **Abortamento retido:** quando ocorre a **morte do embrião** ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, **sem ser eliminado**. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.
- **Abortamento infectado:** é o processo de **abortamento** acompanhado de **infecção genital**, tais como endometrite, parametrite e peritonite. Pode evoluir para choque séptico.
- **Abortamento habitual:** perdas espontâneas e sucessivas de **três ou mais gestações**.
- **Abortamento eletivo previsto em lei** (segundo Manual de Atenção Humanizada ao abortamento⁸):

Abordaremos mais detalhadamente os principais... Ok?

Tipo de aborto	Manifestações Clínicas ⁹	Condutas
Ameaça de aborto	<ul style="list-style-type: none">• Cólicas leves• Sangramento genital discreto• Colo impérvio• Útero compatível com a idade gestacional.	Antiespasmódico
Aborto Incompleto	<ul style="list-style-type: none">• Cólicas intensas• Sangramento genital moderado / intenso• Colo dilatado• Útero compatível ou menor que idade	Gestação com menos de 12 semanas: Curetagem uterina, sob perfusão ocitócita Gestação com mais de 12 semanas: Misoprostol 200mg

⁸ Manual Ministério da Saúde Atenção Humanizada ao abortamento, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

⁹ CADERNO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL ALTO RISCO. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf5.pdf>



	<p>gestacional</p> <ul style="list-style-type: none">• Saída de restos ovulares	<p>via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.</p>
Aborto Retido	<ul style="list-style-type: none">• Sangramento escuro• Colo impérvio• Útero menor que a idade gestacional.	<p>Gestação com menos de 12 semanas: Misoprostol 200mg via vaginal, dose única, preparo do colo uterino. Curetagem uterina após 4 horas do misoprostol, sob perfusão ocitócita.</p> <p>Gestação com mais de 12 semanas: Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.</p>
Aborto Infectado	<ul style="list-style-type: none">• Cólica leve/ moderada;• Febre (38°C);• Taquicardia;• Colo dilatado com saída de restos, odor fétido e secreção purulenta.	<p>Antibioticoterapia (Metronidazol, Gentamicina , Cefalotina) Reposição volêmica, oxigenoterapia, transfusão de papa de hemácias e Tratamento Cirúrgico (curetagem, laparotomia, histerectomia, se necessário).</p>

Vamos fazer mais uma questão para treinar sobre o tema que acabamos de ver?



4-(CONSULPLAN/ Pref Sabará- 2017) O aborto é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da



concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm. Sobre a sintomatologia da ameaça do aborto, assinale a afirmativa correta.

- a) O abortamento inevitável apresenta sinais de peritonite com secreções purulentas.
- b) O abortamento incompleto apresenta pequena hemorragia mesclada a fragmentos do ovo e cólicas discretas.
- c) O aborto retido revela morte fetal, habitualmente sem sangramento vaginal, sem cólicas e volume do útero menor que o correspondente à idade gestacional.
- d) Na ameaça de aborto, a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. No abortamento inevitável há sangramento e dilatação cervical, porém não ocorreu eliminação de conteúdo uterino. A descrição da alternativa é compatível com abortamento infectado.

A **alternativa B** está incorreta. No abortamento incompleto ocorrem cólicas intensas, sangramento genital moderado / intenso, colo dilatado e o útero compatível ou menor que idade gestacional e saída de restos ovulares

A **alternativa C** está incorreta. No aborto retido realmente o útero apresenta-se com volume menor que a idade gestacional. O erro da alternativa está em dizer que geralmente não ocorre sangramento, visto que no aborto retido ocorre sangramento na cor escura.

A **alternativa D** está correta. Perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia

A **alternativa E** está correta. Na ameaça de aborto a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la. Além disso, o colo apresenta-se impérvio e o útero é compatível com a idade gestacional.



Gravidez Ectópica

Galera, a **gravidez ectópica** acontece quando a **nidação e o desenvolvimento** do ovo se dão **fora da cavidade endometrial**.

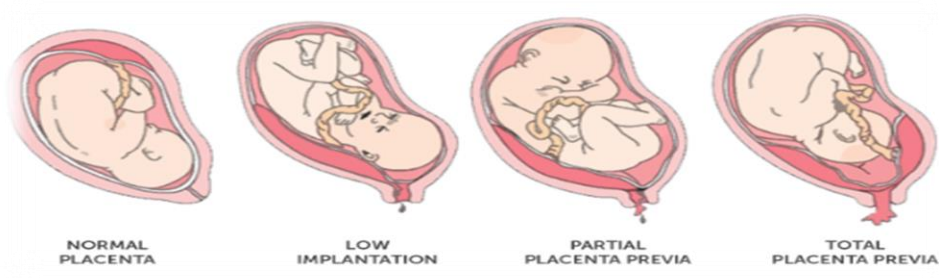
Ocorre na maior parte dos casos **na tuba uterina** (98 % das gestações ectópicas), mas pode acontecer também **nos ovários** (1% dos casos) e na região **abdominal** (cerca de 1 % das ectópicas).

Essa patologia possui como **fatores de risco**: a **doença inflamatória pélvica**; endometriose; cirurgia tubária prévia; **contracepção com progesterona ou DIU**; e/ou antecedente de gravidez ectópica anterior.

A **dor e o sangramento vaginal** são os principais e mais importantes sintomas da gravidez ectópica. O sangramento pode ser de pequena quantidade e/ou irregular, às vezes após pequeno atraso da menstruação.

O tratamento clínico com metotrexato (MTX) é uma alternativa à cirurgia em algumas mulheres. Nos casos de tratamento cirúrgico pode ser conservador ou radical, no tratamento conservador a trompa é preservada por intermédio de uma salpingostomia linear, já no radical é realizada salpingectomia. Ambos podem ser feitos por laparoscopia ou laparotomia.

Placenta prévia (PP)



Pessoal, a **placenta prévia** é implantação total ou parcial da **placenta no segmento inferior do útero**.

São considerados **fatores de risco**: idade avançada, **curetagem uterina prévia**, gravidez gemelar, patologias que deformem a cavidade uterina, **cesarianas anteriores** e infecção puerperal.

Os **relatos das pacientes** podem incluir: **perda sanguínea** por via vaginal, súbita, **de cor vermelha viva**, de quantidade variável, **não acompanhada de dor**.

Durante o **exame obstétrico** pode ser identificado volume e **tono uterinos normais** e frequentemente apresentação fetal anômala.

Geralmente, os **batimentos cardíacos fetais** estão **presentes**. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.

A conduta terapêutica vai depender do sangramento apresentado e da resposta hemodinâmica de cada paciente.

Nos casos onde o sangramento é discreto e a paciente apresenta idade gestacional inferior a 37 semanas orienta-se repouso relativo. Nos casos de sangramento abundante ou gestação acima de 37 semanas a cesariana é indicada.

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

O **descolamento prematuro de placenta** (DPP) é definido como a **separação da placenta da parede uterina** antes do parto. Essa separação pode ser parcial ou total.

Os principais **fatores de risco** são: hipertensão, **rotura prematura de membranas ovulares**, **cesariana prévia**, **tabagismo**, idade materna avançada, uso de drogas (álcool, cocaína e crack), condições que causem sobredistensão uterina (polihidrâmnio, gestação gemelar), trauma (automobilístico e trauma abdominal direto), DPP em gestação anterior, **amniocentese e cordocentese**.

O DPP começa por um sangramento no interior da decídua, causando hematoma e o descolamento abrupto da placenta do seu sítio normal de implantação. O sangue fica retido e coagula atrás da placenta (hematoma retroplacentário).



O sangramento vaginal que pode variar entre discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno.

Na **fase inicial** do DPP, ocorre taqui-hipersístolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de **hipertonia uterina** e alteração dos batimentos cardíacos fetais;

Na sua **forma grave** pode apresentar quadro caracterizado por **atonia uterina (útero de Couvelaire)**.



Em 80% dos casos, o sangue desloca ou rompe as membranas e flui para o exterior, causando a hemorragia externa. Nos 20% restantes, o sangue fica totalmente retido atrás da placenta, caracterizando a hemorragia oculta.

O diagnóstico é clínico, as principais manifestações são: **dor abdominal súbita**, com intensidade variável, **perda sanguínea de cor vermelho-escura**, com coágulos e em quantidade, às vezes, pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque.

Ao exame obstétrico, **o útero, em geral, encontra-se hipertônico**, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os **batimentos cardíacos fetais** podem estar **alterados ou ausentes**.



Concurseira(o), há um grande número de questões onde os examinadores perguntam sobre as manifestações clínicas do descolamento de placenta e colocam as manifestações pertencentes à placenta prévia...Portanto, para não nos confundirmos, vejamos o resumo abaixo...



Descolamento prematuro de placenta (DPP):

Dor abdominal, perda sanguínea de cor vermelho-escuro, útero hipertônico, doloroso, batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes.

Placenta prévia (PP):

Perda sanguínea de cor vermelha viva, não acompanhada de dor, volume e tônus uterinos normais, batimentos cardíacos fetais estão presentes.

Vamos treinar com mais uma questão?



5-(FEPESE/ SES SC- 2019) Relacione as colunas 1 e 2 abaixo, com relação aos sinais e sintomas de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e a Placenta Prévia (PP).

Coluna 1

1. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP).
2. Placenta Prévia (PP)

Coluna 2: Sinais e Sintomas

- 1-()Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável.
- 2-()Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável.
- 3-()Na fase inicial, ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina.
- 4-()O volume e tônus uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.



5-() Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire).

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 2 • 1
- b) 1 • 2 • 1 • 2 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

Comentários

A **afirmativa 1**: Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável é característico do descolamento Prematuro de Placenta (DPP).

A **afirmativa 2**: Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável é característico da Placenta Prévia (PP)

A **afirmativa 3**. Na fase inicial do DPP ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina

A **afirmativa 4**. Na placenta prévia, o volume e tono uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.

A **alternativa 5**. O DPP pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire).

A sequência correta é 1 - 2 - 1 - 2 - 1

Gabarito: **Alternativa B**

Retomando a nossa aula, falaremos sobre diabetes gestacional... Vamos lá?



Diabetes gestacional

Galera, a diabetes gestacional¹⁰ é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, identificado pela primeira vez na gestação, que geralmente se encerra no período pós-parto e pode muitas vezes retornar anos depois.

Os **sinais e sintomas** característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: **poliúria, polidipsia, polifagia e perda repentina de peso**. Outros sintomas como: prurido, visão turva e fadiga, também podem estar presentes.

O **diagnóstico** de diabetes é feito através da detecção de hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que são utilizados no diagnóstico: glicemia casual, **glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas** (TTG) e, em alguns casos, **hemoglobina glicada (HbA1c)**.

O exame deve ser oferecido na primeira consulta e/ou em 24 a 28 semanas de gestação. Os principais fatores de risco para desenvolvimento da diabetes mellitus que devem ser avaliados para toda gestante são:

- Idade de 35 anos ou mais;
- Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- Baixa estatura (< 1,50m);
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso > 4,5kg) ou DMG;
- História familiar de DM em parentes de 1º grau;
- Síndrome de ovários policísticos

¹⁰ Caderno de atenção básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf



ASSISTÊNCIA NO PARTO

Pessoal, nessa parte da aula falaremos a respeito do parto...Tema bastante importante! Vamos lá?

Como sabemos, o número de partos cesáreos é muito grande no nosso país, pois diversos fatores contribuem para isso, como falta de profissionais para acompanhar de perto o trabalho de parto, medos e mitos que envolvem o parto normal, entre outros...

As principais desvantagens da cesariana incluem elementos como: acréscimo no período de recuperação e internação, aumento da morbidade materna e risco de problemas respiratórios neonatais.



Com as elevadas taxas de cesariana tem se observado um número crescente de casos de acretismo placentário, que culminam com quadros graves de hemorragia.

Em alguns casos, a cesariana pode ser fundamental para prevenção de comorbidades maternas e fetais.

Existem algumas **indicações obstétricas** que apontam a **necessidade de um parto cesáreo**. Essas indicações podem ser classificadas como: absolutas ou relativas.

As **indicações absolutas** são: **desproporção céfalo-pélvica**, cicatriz uterina prévia corporal, **situação fetal transversa** (ou apresentação córmica), herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, **morte materna com feto vivo**.

Já as **relativas** incluem: **feto não reativo** em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), **apresentação pélvica**, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia.



Dito isto, vamos aos períodos clínicos do parto?

Períodos clínicos do parto

Considera-se **trabalho de parto estabelecido** a ocorrência de **dilatação cervical ≥ 4 cm e contrações uterinas regulares**.

Os períodos clínicos do parto são classificados em:



Dilatação

O período de dilatação ocorre na transição do período de pré-parto, com início difícil de precisar. A mulher apresenta dor lombar, que se irradia para o baixo ventre.

As **contrações uterinas** produzem dilatação cervical (aumento do diâmetro do colo uterino de milímetros) até a **dilatação completa (10 cm)** e **apagamento do colo** (incorporação do colo à cavidade uterina)

Nesse momento algumas mulheres apresentam **rotura espontânea** da bolsa (**amniorrexe**) devido ao aumento da pressão intra-amniótica contra a reduzida resistência das membranas.

Quando a rotura ocorre de **forma artificial** denomina-se **amniotomia**.



É importante avaliar o **aspecto do líquido amniótico**, pois suas características associadas à ausculta BCF indicam a vitalidade do feto: quanto o líquido está **transparente** – indica prematuridade; **opalescente** – indica pós-datismo; **achocolatado** – morte fetal; **sanguinolento** (hemoâmnio) e **esverdeado (mecônio)** – sofrimento fetal.

Expulsão

A expulsão inicia com a **dilatação cervical total** e termina com a **expulsão fetal**.

No período de expulsão clássico ocorre a descida da apresentação e, a partir daí, os fenômenos mecânicos do parto.

Os **mecanismos do parto** são manobras realizadas pelo feto que permitem sua passagem no canal de parto, são divididas em 6 períodos:

- Insinuação
- Descida ou Progressão
- Rotação interna
- Desprendimento cefálico
- Rotação externa
- Desprendimento do tronco



Para **preservação do períneo** é indicada a realização da **manobra de Ritgen** que tem o intuito de reduzir a velocidade de desprendimento do pólo cefálico.

Dequitação

Pessoal, o terceiro período do parto (dequitação) é o **momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas**. Pode ocorrer em até **30 minutos**.

O **descolamento e a saída da placenta** ocorrem de duas maneiras, pela face materna (**Baudeloque Duncan**) e pela face fetal (**Baudeloque Schultze**).

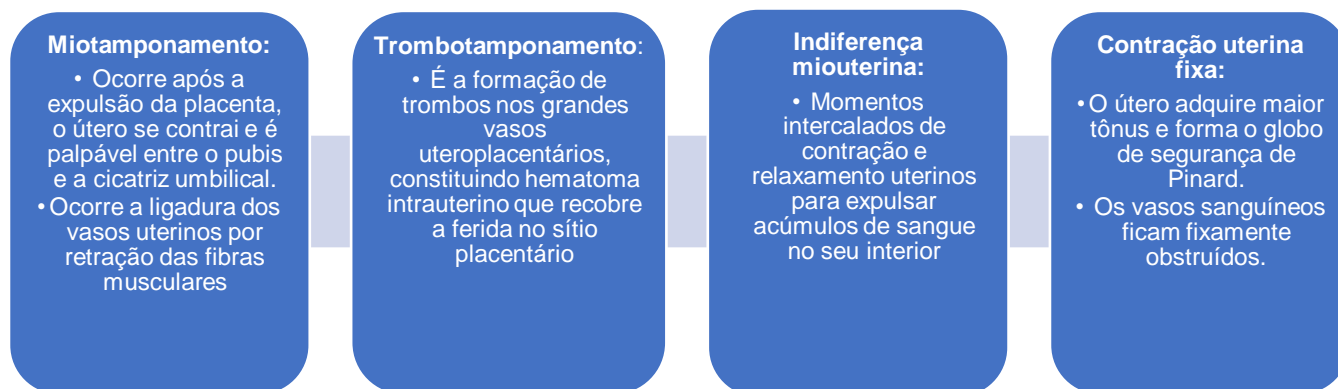
A revisão da placenta e das membranas ovulares deve ocorrer de forma sistemática visando identificar a integridade, a forma, o aspecto da placenta, a inserção do cordão umbilical, a presença do âmnio e cório e o odor.



Greenberg

Corresponde à **primeira hora após a saída da placenta** (alguns autores consideram a primeira e a segunda hora após a saída da placenta).

O período de Greenberg é dividido em quatro fases:



Durante essa fase a equipe de enfermagem deve estar atenta ao sangramento, pois hemorragias puerperais podem ocorrer, para isso é fundamental que se verifique a **firmeza do fundo do útero (globo de segurança de Pinard)**.

A **hemorragia puerperal** é a perda sanguínea com volume **maior que 500 ml** após o **parto vaginal**; **superior a 1.000 ml** após o **parto cesáreo** ou em qualquer volume quando acompanhado por instabilidade hemodinâmica.

O útero atinge a cicatriz umbilical nas primeiras 24 horas após o parto. Acompanhado da involução uterina, apresentam-se os **lúquios** que até o **5º dia pós-parto são sanguinolentos** (semelhantes à menstruação) entre o **5º e 10º dia apresentam-se serosanguinolentos** e a partir da **10ª semana adotam aspecto seroso**.

A **atonía uterina** é a causa mais comum de hemorragia pós-parto, nesses casos deve-se **massagear o fundo uterino** e **infundir ocitocina**: 20 a 40 mU/minuto em perfusão venosa. Além disso, as mulheres no pós-parto devem receber ocitocina profilática, pois essa é a principal estratégia para se evitar o quadro hemorrágico no puerpério.



ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO

Pessoal, o **puerpério** é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico. Ele **inicia após o parto** com a expulsão da placenta e o término é imprevisto, pois está relacionado ao **término do processo de amamentação**.

O **puerpério** é classificado: em imediato (entre o 1º e 10º dia), tardio (10º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia).

A **alta hospitalar** é um acontecimento importante e na maioria das vezes ocorre no puerpério imediato, a maior parte das puérperas recebe alta hospitalar entre o segundo e terceiro dia pós-parto.



Além das recomendações referentes à **amamentação e higienização**, a equipe de saúde deve estar atenta ao **fator Rh materno e fetal**. Visto que nos casos onde a mãe possui fator Rh negativo e o RN possui fator Rh positivo com coombs direto negativo, utiliza-se a imunoglobulina anti-D, nas primeiras 72 horas, a fim de prevenir a doença hemolítica perinatal nas próximas gestações.

*Portanto, não confunda: devemos aplicar a **imunoglobulina anti-D** quando a **Mãe for Rh - e o Bebê Rh + e coombs -**.*

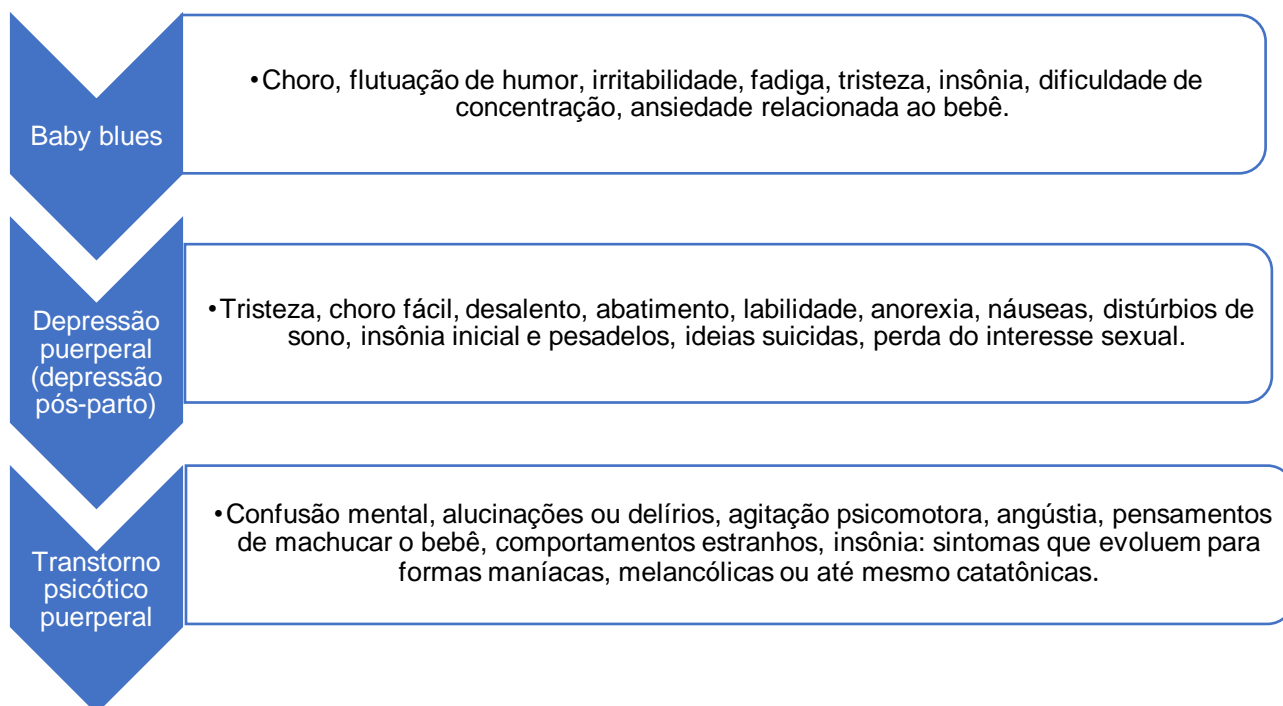
No período puerperal algumas manifestações clínicas (discreta elevação da temperatura, dor tipo cólica e os lóquios) podem ocorrer.

Dentre as manifestações, vale destacar, a principal **alteração psíquica** (ocorre em cerca de 80% dos casos) o **blues puerperal** (também chamado de baby blues, maternity blues ou tristeza puerperal) é caracterizado por breves crises de choro e instabilidade emocional.





Os concursos costumam tentar confundir o candidato colocando características da depressão pós-parto ou da psicose puerperal como sendo pertencentes ao blues ou vice-versa. Por isso, vamos conhecer as manifestações clínicas que diferenciam cada uma delas?



Agora que já passamos pelas fases da gestação, parto e puerpério, falaremos sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos. Vamos lá?

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Galera, vocês sabem que existe uma lei específica para a regulamentação do planejamento familiar? Falaremos agora sobre ela e sobre os aspectos principais que envolvem esse tema, vamos lá?



Atualmente, a regulação do planejamento familiar é por meio da Lei nº 9.263/96, essa lei foi uma conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas

A Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Segundo esta lei, a esterilização cirúrgica (ligadura tubária ou vasectomia) só poderá ser realizada em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

Além disso, a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.



Métodos contraceptivos

Os **métodos contraceptivos**¹¹ podem ser **temporários** (hormonais, barreira, intrauterinos, comportamentais e duchas vaginais) ou **definitivos** (ligadura tubária e vasectomia).

Nós profissionais de saúde, sabemos que os índices de infecções transmissíveis por via sexual são bastante elevados, por isso, é imprescindível que orientemos sobre a **dupla proteção**.

A dupla que é caracterizada pelo **uso combinado** do **preservativo masculino ou feminino** (são os únicos métodos de planejamento reprodutivo que protegem contra a transmissão de DST/HIV) com **algum outro método anticoncepcional**, tendo como finalidade promover, ao mesmo tempo, a prevenção da gravidez e a prevenção da infecção pelo HIV/Aids e por outras IST.

Para melhor entendimento sobre esse assunto vamos esquematizar os métodos contraceptivos:

<u>Métodos temporários</u>	
Hormonais	<ul style="list-style-type: none">• Orais Combinados (ex: monofásicos, bifásicos, minipílulas)• Injetáveis (mensais e trimestrais)• Implantes subcutâneos• Percutâneos (adesivos)• Vaginais (comprimidos e anel)• Sistema liberador de levonorgestrel (SIU)
Barreira	<ul style="list-style-type: none">• Feminino (diafragma, espermaticida, esponjas, capuz cervical, preservativo feminino)• Masculino (preservativo masculino)
Intrauterinos	<ul style="list-style-type: none">• DIU de cobre• Diu com levonorgestrel

¹¹ Ministério da Saúde: Saúde sexual e reprodutiva. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf



Comportamentais ou naturais	<ul style="list-style-type: none">• Tabela ou calendário (Ogino-Knaus)• Curva térmica basal ou de temperatura• Sintotérmico Billings (mucocervical)• Coito interrompido
Duchas vaginais	
Métodos definitivos	
Feminino: Laqueadura tubária	
Masculino: Vasectomia	

Anticoncepcionais hormonais orais combinados

Os anticoncepcionais hormonais orais combinados possuem dois hormônios sintéticos, o **estrogênio e o progestogênio**, que atuam inibindo a ovulação e tornando o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides.

Além disso, provocam alterações nas características do endométrio e da tuba uterina, interferindo na implantação e motilidade.

É um método muito eficaz quando usado corretamente. No **primeiro mês** deve-se ingerir o primeiro comprimido no **primeiro dia do ciclo menstrual** ou, no máximo, até o quinto dia.

Não são recomendados para lactantes e podem causar **acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto do miocárdio** em fumantes (mais de 15 cigarros/dia) **com 35 anos** ou mais.

Anticoncepcionais hormonais apenas de progestogênio

Estes, também conhecidos como **minipílulas**, são os anticoncepcionais orais mais apropriados para a **mulher que amamenta**. A ausência do componente estrogênico permite sua utilização em pessoas com doenças cardiovasculares e tabagistas.

A ação desse fármaco é mais pronunciada sobre o endométrio e o muco cervical e seu efeito contraceptivo é mais baixo em relação às pílulas combinadas.



Dispositivo intrauterino – DIU

O DIU é um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T que, inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. É um dos métodos de planejamento familiar mais usado em todo o mundo.

Diferentemente do que pensam o DIU não provoca aborto. Atua basicamente **impedindo a fecundação** porque torna mais **difícil a passagem do espermatozóide** pelo trato reprodutivo feminino. Pode ser **inserido** logo **após o parto e dura entre 5 e 10 anos**.

Vasectomia

Pessoal, por mais que a vasectomia seja um procedimento realizado somente em homens, com muita frequência as bancas abordam este tema “entrelaçando” com os métodos contraceptivos utilizados pela mulher, por isso, para melhor organização metodológica falaremos dele aqui...

A vasectomia um **procedimento cirúrgico simples**, de pequeno porte, seguro e rápido e consiste na **ligadura dos ductos deferentes**.

Este procedimento geralmente é realizado em ambulatório, com anestesia local e não altera a vida sexual do homem. O desejo e a potência sexual continuam iguais ao que eram antes da cirurgia.

Comparada à esterilização feminina, a vasectomia é considerada um pouco mais segura, mais fácil de ser realizada e de menor custo.

O homem deve fazer o **espermograma** para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz. Ele pode ser feito em qualquer momento **após três meses do procedimento ou após 20 ejaculações**.

Vale lembrar que até a confirmação da eficácia do procedimento outros métodos anticoncepcionais devem ser utilizados.



Anticoncepção ou contracepção de emergência

Este método consiste na utilização de **pílulas contendo estrogênio e progestogênio** ou apenas progestogênio depois de uma **relação sexual desprotegida**, para evitar gravidez.

A mulher deve **tomar as pílulas** de anticoncepção de emergência **até cinco dias (120 horas)** após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precocemente maior a proteção.

Quando a pílula anticoncepcional de emergência é tomada antes da ovulação, inibe ou atrasa a liberação do óvulo do ovário. Além disso, pode interferir na migração dos espermatozoides do colo uterino às trompas.

Entre as **principais indicações** da anticoncepção de emergência, encontram-se: relação sexual sem uso de anticoncepcional, falha ou esquecimento do uso de algum método: ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do diafragma, no **caso de violência sexual**, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional.

CONTROLE DO CÂNCER

Câncer de colo uterino

Para começarmos a falar sobre câncer de colo de útero, quero que você saiba que ele está intimamente ligado ao HPV¹² (papilomavírus humano).

Existem entre 12 a 18 tipos de HPV que são **considerados oncogênicos** para o colo uterino, dentre esses os principais são os **tipos 16 e 18** (presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero).

Segundo o INCA (2019) cerca de 80% das mulheres serão infectadas por algum tipo de HPV durante a sua vida sexual, por isso, com o objetivo de diminuir o contágio, o Ministério da

¹² Inca: Câncer do colo do útero, 2019 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero/profissional-de-saude>



Saúde fornece a **vacina** para as **meninas de 9 a 14 anos** e para os **meninos de 11 a 14 anos** de idade.

Além disso, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer.

O **rastreamento** do câncer do colo do útero se baseia na **história natural da doença** e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de **lesões precursoras** (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma *in situ*)

Para detectar precocemente **exame citopatológico** do colo do útero é a **principal estratégia** para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico **precoce da doença**.



Este exame deve ser oferecido às **mulheres (inclusive as gestantes)** na faixa etária de **25 a 64 anos** e que já tiveram **atividade sexual**, com **repetição** do exame a cada **três anos**, após **dois exames normais** consecutivos realizados com intervalo de um ano.

Nos casos de mulheres **portadoras do vírus HIV** ou imunodeprimidas o exame deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, **anualmente após dois exames normais** consecutivos realizados com intervalo de 6 meses.

Mulheres submetidas à **histerectomia total por lesões benignas**, sem histórico de lesões cervicais de alto grau, **podem ser excluídas do rastreamento**, desde que apresentem exames anteriores normais.

Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

Coleta do exame

A coleta, o acondicionamento e o transporte das amostras de forma adequada, são fundamentais para a qualidade do exame citopatológico e, portanto, para o sucesso das ações de rastreamento.

A garantia de esfregaço satisfatório para avaliação oncótica implica na presença de células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica.

É considerada **insatisfatória** a amostra cuja leitura esteja prejudicada por **material acelular ou hipocelular (75% do esfregaço)**.



O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material.

Na **fixação com álcool a 96%** (considerada a melhor) a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o **esfregaço seja coberto**. Após, o enfermeiro deve fechar o recipiente cuidadosamente e envolvê-lo com a requisição.

Na **fixação com spray** de polietilenoglicol borrifa-se a lâmina, que deve estar em posição horizontal, imediatamente após a coleta, com o spray fixador, a uma **distância de 20 cm**.

Acondiciona-se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas revestida com espuma de náilon e papel (para evitar a quebra) lacrando-se a tampa da caixa com fita gomada.

Recomendações antes da coleta:

A **utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais** deve ser **evitada por 48 horas antes da coleta**, pois essas substâncias prejudicam a qualidade da amostra.



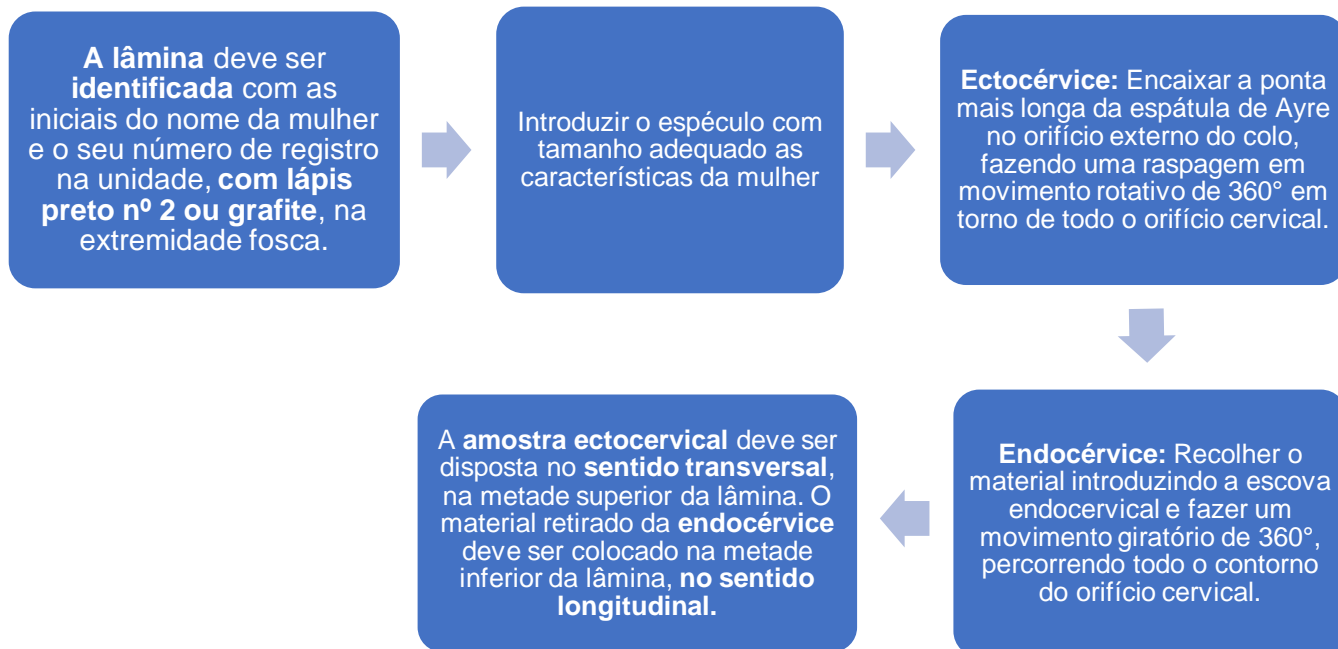
Além disso, a realização de **exames intravaginais**, como a **ultrassonografia**, também deve ser **evitada nas 48 horas anteriores** à coleta devido à utilização do gel para a introdução do transdutor.

Outra recomendação é que o exame não seja coletado no **período menstrual**, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico, devendo ser coletado no **5° dia após o término da menstruação**.



A recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozóides não compromete a avaliação microscópica.

Técnica da coleta:



Caso o resultado do exame encontre-se alterado, algumas condutas¹³ devem ser seguidas:

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Vamos fazer uma questão sobre este tema?

¹³ Inca: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016).

Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf





6-(IBADE Pref. Ji-Paraná- 2018) O exame preventivo de câncer do colo do Útero deve ser realizado em toda mulher que tem ou já teve vida sexual e com idade entre:

- a) 20 a 60 anos.
- b) 30 a 55 anos.
- c) 25 a 64 anos.
- d) 18 a 45 anos.
- e) 15 e 35 anos.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. A faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo INCA é 25 e 64 anos de idade.

A **alternativa B** está incorreta. A faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo INCA é 25 e 64 anos de idade.

A **alternativa C** está correta. Toda mulher que tem ou já teve vida sexual e que estão entre 25 e 64 anos de idade. Devido à longa evolução da doença, o exame pode ser realizado a cada três anos. Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais.

A **alternativa D** está incorreta. A faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo INCA é 25 e 64 anos de idade.

A **alternativa E** está incorreta. A faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo INCA é 25 e 64 anos de idade.

Tenho certeza que vocês acertaram... Sempre que puderem façam questões, elas são um grande diferencial na sua preparação...



Abordaremos agora os principais tópicos do CA de mama... Toda(o)s preparada(o)s?

Câncer de mama

Como sabemos, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres e o seu processo de carcinogênese tão lento que pode levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável.

Os **principais sítios de metástases** deste tipo de câncer são: **ossos, pulmões e pleura, fígado**, e com menor frequência **cérebro, ovário e pele**.

Os **principais fatores de risco** conhecidos para o câncer de mama estão ligados à **idade, aos fatores genéticos e aos endócrinos**. A **idade** constitui o **mais importante fator de risco** para o câncer de mama.

Outros **fatores de risco** conhecidos são:

- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Primeira gravidez após os 30 anos
- Nuliparidade
- Exposição à radiação
- Terapia de reposição hormonal
- Obesidade
- Ingestão regular de álcool
- Sedentarismo
- História familiar



São considerados grupos com **risco muito elevado** para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade.
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

O **sintoma mais comum** é o aparecimento de um **nódulo, geralmente indolor, duro e irregular**, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos.

Em geral as **manifestações clínicas** do CA de mama, são:

- Nódulo palpável.
- Endurecimento da mama.
- Secreção mamilar.
- Eritema mamário.
- Edema mamário em "casca de laranja".
- Retração ou abaulamento.
- Inversão, descamação ou ulceração do mamilo.
- Linfonodos axilares palpáveis.

Vale destacar que na presença dos seguintes **sinais e sintomas** o paciente deve ser **encaminhado urgentemente** para serviços de diagnóstico mamário:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos.
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual.
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade.



- Descarga papilar sanguinolenta unilateral.
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos.
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral.
- Presença de linfadenopatia axilar.
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.
- Retração na pele da mama.
- Mudança no formato do mamilo.



Atualmente **não se recomenda o autoexame das mamas** como técnica a ser ensinada às mulheres para rastreamento do câncer de mama. Grandes estudos sobre o tema demonstraram baixa efetividade e possíveis danos associados a essa prática. Porém, a mulher deve ser estimulada a conhecer o que é normal em suas mamas e a perceber alterações suspeitas de câncer, por meio da observação e palpação ocasionais de suas mamas, em situações do cotidiano, sem periodicidade e técnicas padronizadas como acontecia com o método de autoexame (INCA, 2019).

A **mamografia** é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama e deve ser recomendada para as **mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos**.

Os **resultados do exame mamográfico** são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (**BI-RADS®**)¹⁴. Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta.

Categoria	Interpretação	Condutas recomendadas
-----------	---------------	-----------------------

¹⁴ Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf



0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Para encerrarmos nosso estudo sobre Saúde da Mulher, falaremos sobre Climatério...)

CLIMATÉRIO

Pessoal, a OMS define o **climatério**¹⁵ como **uma fase biológica** da vida e **não um processo patológico**, que compreende a **transição** entre o **período reprodutivo e o não reprodutivo** da mulher.



O climatério **inicia** por volta dos **40 anos** e **se estende** até os **65 anos**.

¹⁵ Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. 2008.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf



No acompanhamento laboratorial identifica-se o **aumento do hormônio folículo-estimulante (FSH)**, sua elevação ocorre a partir do período reprodutivo tardio (indicando a proximidade do climatério). Portanto, é um importante marcador para **identificação da falência ovariana**.

A **menopausa** é um marco dessa fase, correspondendo ao **último ciclo menstrual**, somente reconhecida **depois de passados 12 meses** da sua ocorrência e acontece **geralmente em torno** dos **48 aos 50 anos** de idade.

O climatério ocorre de maneira diferenciada entre as mulheres, algumas não apresentam **sintomatologia**, outras podem referir manifestações como: distúrbios vasomotores, cefaleia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido. Os **fogachos ou "ondas de calor"** constituem o sintoma mais comum nas mulheres e podem ocorrer em qualquer fase do climatério.

Os **sinais e sintomas clínicos** do climatério ainda podem ser divididos em **transitórios (alterações do ciclo menstrual e sintomatologia mais aguda)** e **não transitórios (fenômenos atróficos genitourinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo)**.

O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve são as alterações no aparelho genital (**hipotrofia genital**). Causando manifestações clínicas como:



Nesses casos a frequência sexual, o uso de medicações locais e **exercícios de Kegel**, podem ajudar a modificar a perda da elasticidade vaginal e a lubrificação.



Chegamos ao fim da nossa aula, espero que vocês tenham gostado e que tenha sido bastante produtiva!

Toda(o)s preparada(o)s para uma lista de questões?

QUESTÕES COMENTADAS

7- (CIAAR/ EAOAp- 2019) A determinação da apresentação da posição fetal pode ser feita nos últimos meses de gravidez, através da palpação abdominal da gestante. As manobras de Leopold devem ser realizadas de maneira sistemática para determinar se o feto está paralelo ou transversal ao corpo da mãe.

A manobra pela qual se determina se é a cabeça ou a pelve do feto que está no fundo do útero é a:

- a) primeira manobra de Leopold.
- b) segunda manobra de Leopold.
- c) terceira manobra de Leopold.
- d) quarta manobra de Leopold.

Comentários

A **alternativa A** está correta. Na primeira manobra de Leopold ou 1º Tempo o profissional delimita o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconhece a parte fetal que o ocupa.

A **alternativa B** está incorreta. Na segunda manobra de Leopold o profissional desliza as mãos do fundo uterino até o pólo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;

A **alternativa C** está incorreta. Na terceira manobra de Leopold o profissional deve explorar a mobilidade do pólo, que se apresenta no estreito superior pélvico;

A **alternativa D** está incorreta. O profissional deve determinar a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o pólo fetal, que se apresenta.



8- (VUNESP/ Buritizal- 2018) Durante visita domiciliar, o marido de uma puérpera informou ao enfermeiro da equipe de saúde da família que vinha observando atitudes que considerava anormais para sua esposa. Contou que, cerca de cinco dias após o parto, ela passara a apresentar choro fácil, tristeza, flutuação do humor, dificuldade de concentração, fadiga e grande ansiedade relacionada ao bebê.

Frente os comportamentos descritos, o enfermeiro deve suspeitar que a puérpera está apresentando um quadro de:

- a) baby blues ou tristeza puerperal, sendo necessário o apoio emocional à puérpera e a discussão com o marido sobre a importância de que sua esposa se sinta amada e segura.
- b) depressão pós-parto, devendo o enfermeiro solicitar o encaminhamento do casal à equipe de saúde mental, para o início de tratamento psicoterápico.
- c) transtorno psicótico puerperal, sendo necessário encaminhar a usuária, com urgência, ao Centro de Atenção Psicossocial (Caps), para início do tratamento com psicofármacos.
- d) estresse pós-traumático, sendo necessário seu encaminhamento ao médico para avaliar a necessidade de tratamento com medicamentos ansiolíticos.
- e) depressão pós-parto, sendo necessário encaminhar a puérpera ao Centro de Atenção Psicossocial (Caps), para avaliar a introdução de tratamento com psicofármacos.

Comentários

A **alternativa A** está correta. Como vimos o comportamento apresentado no baby blues é Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê, ou seja, exatamente os mesmos descritos pela questão.

A **alternativa B** está incorreta. Na depressão pós-parto o comportamento apresentado pela paciente é de tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual, portanto, não é compatível com a sintomatologia apresentada pela questão.

A **alternativa C** está incorreta. No transtorno psicótico puerperal a paciente apresenta confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas



maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas, portanto, não é compatível com a sintomatologia apresentada pela questão.

A **alternativa D** está incorreta. No estresse pós-traumático os sintomas comuns são: Lembranças persistentes - reviver involuntariamente o trauma através de memórias angustiantes e repetitivas, pesadelos ou sensação de que o evento traumático está acontecendo novamente ("flashbacks"), portanto, não é compatível com a sintomatologia apresentada pela questão.

A **alternativa E** está incorreta. Na depressão pós-parto o comportamento apresentado pela paciente é de tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual, portanto, não é compatível com a sintomatologia apresentada pela questão.

9- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Ao desenvolver atividades com grupos de planejamento familiar, o enfermeiro deve esclarecer que, comparada à laqueadura tubária, a vasectomia

- a) é um método 100% eficaz após sete dias da realização do procedimento.
- b) apresenta um número menor de complicações, sendo a ocorrência de episódios de ejaculação precoce a mais importante.
- c) é eficaz no controle da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, se realizada corretamente.
- d) é um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido, que consiste na ligadura das vesículas seminais.
- e) torna necessário o uso de condons ou outro método anticoncepcional eficaz durante as primeiras 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Como vimos, o homem deve fazer o espermograma para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz. Ele pode ser feito em qualquer momento após três meses do procedimento ou após 20 ejaculações, por tanto não condiz com a informação trazida pela banca.



A **alternativa B** está incorreta. A vasectomia não altera a vida sexual do homem, o desejo e a potência sexual continuam iguais ao que eram antes da cirurgia.

A **alternativa C** está incorreta. A vasectomia não é eficaz no controle da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, para esse tipo de proteção indica-se o preservativo feminino ou masculino (camisinha/condons).

A **alternativa D** está incorreta. Essa alternativa era para “pegar” o candidato que não estava atento! A resposta estava QUASE correta, só um pequeno detalhe... A vasectomia consiste na ligadura dos ductos deferentes e não na ligadura das vesículas seminais.

A **alternativa E** está correta. É necessário o uso de condons ou outro método anticoncepcional eficaz durante as primeiras 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento. Após esse período o homem deve fazer o espermograma para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz.

10- (VUNESP/Buritizal- 2018) Ao atuar em grupos educativos sobre planejamento familiar, o enfermeiro deve esclarecer que, devido ao fato de que os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método anticoncepcional, está contraindicado para mulher, com idade maior ou igual a 35 anos e fumante, o uso de:

- a) dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e a minipílula.
- b) anticoncepcional hormonal oral apenas com progestogênio e laqueadura tubária.
- c) anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem
- d) minipílula e diafragma.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. As contraindicações do DIU são: puépera há mais de 48 horas e há menos de 4 semanas; infecção dos órgãos reprodutivos durante as primeiras 6 semanas após o parto ou(sepsia puerperal) ou infecção recente no útero provocada por um aborto (aborto séptico); sangramento vaginal inexplicável que sugira gravidez ou um problema médico subjacente; câncer cervical, endometrial ou ovariano; doença trofoblástica gestacional; tuberculose pélvica; Aids clinicamente instável e sem terapia anti-retroviral.; alta probabilidade de exposição a gonorreia ou clamídia não devem colocar um DIU.



A **alternativa B** está incorreta. Contra indicações do anticoncepcional hormonal oral apenas com progestogênio (minipílula): doença aguda ativa no fígado (icterícia, hepatite ativa, cirrose aguda, tumor no fígado), de coágulo sanguíneo superficiais; uso de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina, câncer de mama. Quanto à laqueadura, não é contra indicada para mulheres de 35 anos que fazem uso de cigarro.

A **alternativa C** está correta. As principais contraindicações dos anticoncepcionais orais combinados são: mulheres com 35 anos de idade ou mais que fumem; portadoras de doença hepática ativa grave; mulheres em tratamento de hipertensão; diabetes por mais de 20 anos ou algum dano em suas artérias, visão, rins ou sistema nervoso causado por diabetes; coágulo sanguíneo em suas pernas ou nos pulmões, infarto ou outros problemas cardíacos graves; câncer de mama.

A **alternativa D** está incorreta. As contraindicações da minipílula estão descritas na alternativa B. As contraindicações relacionadas ao uso do DIU são: história de síndrome de choque tóxico; alergia ao látex, especialmente se a reação alérgica for moderada; irritação moderada; risco elevado de infecção pelo HIV.

11- (FCC/TRT 2ª Região- 2018) Durante o agendamento da coleta de material para a realização do exame citopatológico do colo do útero de uma mulher adulta, o enfermeiro deve orientá-la para

- a) solicitar ao parceiro sexual o uso do preservativo, caso a relação sexual ocorrer nas 48 horas anteriores à coleta.
- b) evitar por 48 horas antes da coleta a utilização de espermicidas ou medicamentos vaginais.
- c) utilizar lubrificante vaginal no dia anterior ao exame, para facilitar a introdução do espéculo no dia do exame.
- d) agendar a ultrassonografia transvaginal 5 dias antes ou 48 horas depois do exame citopatológico.
- e) notificar se estiver, na data agendada, no primeiro ou segundo dia da menstruação, devendo reagendar o exame após o quarto dia do início da menstruação.

Comentários



A **alternativa A** está incorreta. A recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozóides não compromete a avaliação microscópica.

A **alternativa B** está correta. Deve-se evitar 48 horas antes da coleta a utilização de espermicidas ou medicamentos vaginais.

A **alternativa C** está incorreta. A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias prejudicam a qualidade da amostra.

A **alternativa D** está incorreta. A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta devido à utilização do gel para a introdução do transdutor. A alternativa está incorreta pois não há necessidade de 5 dias antes ou 48 horas depois do exame citopatológico, basta evitar as 48 horas antes da coleta do preventivo.

A **alternativa E** está incorreta. O exame não seja coletado no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico, devendo ser coletado no 5º dia após o término da menstruação.

12- (FEPESE/Pref Florianópolis- 2019) Analise a frase abaixo:

O climatério ocorre habitualmente entre os _____anos. A menopausa, e a interrupção da menstruação, sendo caracterizado por _____meses consecutivos de amenorreia.

Assinale a alternativa que completa corretamente as lacunas do texto.

- a) 40 e 65 • temporária • 6 meses
- b) 40 e 65 • permanente • 12 meses
- c) 45 e 65 • permanente • 12 meses
- d) 48 e 50 • permanente • 12 meses
- e) 50 e 65 • temporária • 6 meses

Comentários



A alternativa A está incorreta. Como vimos o climatério inicia por volta dos 40 anos e se estende até os 65 anos e menopausa é a interrupção permanente da menstruação, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade.

Alternativa B

13-(VUNESP /Pref Olímpia- 2019) De acordo com a Resolução COFEN nº 381/2011, no âmbito da equipe de Enfermagem, a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau é privativa do Enfermeiro. O Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento, que contempla:

- a) para a coleta na ectocérvice, encaixar a ponta mais curta da espátula de Ayres no orifício externo do colo e girar.
- b) o movimento adequado da espátula para raspagem do material da ectocérvice é de ida e volta, na amplitude de 180 graus.
- c) após a disposição do material sobre a lâmina, aguardar a secagem e em seguida fazer a imersão em álcool 96%.
- d) o material da endocervice é obtido pela introdução da escova no canal cervical, girando em 360 graus, abrangendo o seu contorno.
- e) após a coleta e fixação do material, identificar a lâmina na parte fosca, com as iniciais da mulher e seu número de registro.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Pois para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre. O enfermeiro deve encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente.

A **alternativa B** está incorreta. O movimento correto da espátula para raspagem do material da ectocérvice é em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.



A **alternativa C** está incorreta. O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecação do material.

A **alternativa D** está correta. O material da endocervice é obtido pela introdução da escova no canal cervical, girando em 360 graus, abrangendo o seu contorno.

A **alternativa E** está incorreta. A lâmina deve ser identificada antes da coleta, na parte fosca, com as iniciais da mulher e seu número de registro.

14- (VUNESP/ Pref.Campinas-2019) Para responder à questão, considere o relato a seguir. Pela manhã, gestante múltipara, com 40 semanas de idade gestacional, em acompanhamento pré-natal por equipe de saúde da família, chegou com seu marido à unidade básica de saúde relatando que estava indo para a maternidade de referência porque estava sentindo contrações há cerca de duas horas, mas “achava que não ia dar tempo de chegar lá”. Ao examiná-la, o enfermeiro da equipe de saúde da família constatou que estava em período expulsivo e a cabeça do feto pressionava o períneo. Imediatamente solicitou auxílio e o material necessário e se preparou para fazer o parto com manejo fisiológico e de modo humanizado, o que envolve, entre outros itens, as seguintes ações:

- I. A manutenção da parturiente em decúbito dorsal no momento do nascimento;
- II. O clampeamento do cordão umbilical após parar a pulsação;
- III. A expulsão da placenta por esforço materno.

Está correto o apresentado em:

- a) III, apenas.
- b) II, apenas.
- c) I, II e III.
- d) I e II, apenas.
- e) II e III, apenas.

Comentários



Afirmativa I: Incorreta. As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto. Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.

Afirmativa II: correta. Deve-se realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal

Afirmativa III: correta. Segundo o Ministério da Saúde (2017), a conduta fisiológica no terceiro período do parto envolve um conjunto de cuidados que inclui: não utilizar rotineiramente os uterotônicos, o clampeamento do cordão deve ser realizado após parar a pulsação e a expulsão da placenta deve ocorrer por esforço materno.

Gabarito da questão: **Alternativa E**

15- (IMPARH/ SMS Fortaleza- 2018) As síndromes hipertensivas da gravidez ocorrem quando a pressão arterial (PA) atinge valores iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg. Incluem a pré-eclâmpsia, eclampsia e a síndrome HELLP. Considerando que o enfermeiro deve compreender cada uma dessas condições clínicas emergenciais, associe, corretamente, as duas colunas abaixo. (Adaptada)

(1) Pré-eclâmpsia	() Condição em que a PA se mantém elevada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada, pela primeira vez, durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto.
(2) Eclampsia	() Quando a gestante apresenta proteinúria $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$ antes da 20ª semana de gestação ou há elevação abrupta da proteinúria, está instalado este quadro.
(3) Síndrome HELLP	() Situação de agravamento caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e diminuição de plaquetas.



(4) Hipertensão arterial crônica	() Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
----------------------------------	---

A sequência correta, de cima para baixo, é:

- a) 1, 2, 3, 4.
- b) 4, 3, 2, 1.
- c) 4, 1, 3, 2.
- d) 3, 4, 2, 1.

Afirmativa 1: Definição de Pré-eclâmpsia: HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Na ausência de proteinúria, o profissional deve considerar suspeita quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas.

Afirmativa 2: Definição de Eclampsia. A eclâmpsia corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

Afirmativa 3: Definição da Síndrome HELLP- A síndrome de hellp é uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e que causa grandes índices de mortalidade materno-fetal. O nome HELLP é formado pelas iniciais das manifestações clínicas que esta patologia apresenta: hemólise (H = "hemolysis"), elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = low platelets count ")

Afirmativa 4: Definição da Hipertensão arterial crônica - É caracterizada por hipertensão anterior a 20 semanas de gestação ou após 12 semanas de parto. Na hipertensão crônica a gestante não apresenta edema e proteinúria (a não ser que haja dano renal anterior à gravidez).

Sequência correta: 4-1-3-2. Gabarito: **Alternativa C**

16- (VUNESP/ Buritizal- 2018) Durante a consulta de enfermagem de pré-natal, A.P., 28 anos, primigesta com 32 semanas de idade gestacional, informou que não vinha se sentindo bem desde o início da manhã. Relatou cefaleia, tonturas, escotomas, epigastralgia e náuseas. Ao realizar o exame físico, o enfermeiro observou, entre outros



itens: ausência de sangramento vaginal, dinâmica uterina ausente, feto único, cefálico, com frequência cardíaca = 144 batimentos por minuto. Ao realizar os sinais vitais da gestante obteve: temperatura = 37 °C; pulso = 90 batimentos por minuto; respiração = 20 respirações por minuto; pressão arterial = 142 X 92 mmHg. Ao realizar o teste rápido para proteinúria obteve resultado positivo. Frente a essa situação, o enfermeiro solicitou atendimento médico considerando se tratar de um caso de:

- a) descolamento prematuro de placenta.
- b) eclâmpsia.
- c) gastrite.
- d) pré-eclâmpsia.
- e) doença trofoblástica gestacional.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação da placenta da parede uterina antes do parto. Essa separação pode ser parcial ou total. É das piores complicações obstétricas, com aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de hemorragia, de anemias, coagulopatias, hemotransfusões, cesárea, histerectomia e até morte materna; podem ocorrer ainda complicações perinatais, como prematuridade, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal.

A **alternativa B** está incorreta. A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato.

A **alternativa C** está incorreta. Gastrite é a inflamação da mucosa que reveste as paredes internas do estômago. Ela pode ser aguda ou crônica e é provocada por diferentes fatores. Quando sinais e sintomas estão presentes, aparecem na forma de: dor epigástrica: dor circunscrita que começa na região logo abaixo do esterno, osso vertical situado na parte anterior do tórax.



A **alternativa D** está correta. Pré- eclampsia é caracterizada por hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas.

A **alternativa E** está incorreta. A doença trofoblástica gestacional é um tumor que pode classificado em: Mola hidatidiforme e neoplasia trofoblástica gestacional. O atraso menstrual é a primeira manifestação. Na gravidez molar pode ocorrer sangramento indolor e de intensidade progressiva, às vezes associado a eliminação de vesículas com aspecto de "cachos de uva". Em consequência das perdas sanguíneas pode haver anemia. A exacerbação dos sintomas de gravidez, às vezes com presença de náuseas e vômitos de difícil controle (hiperemese gravídica, pré-eclâmpsia, tireotoxicose).

17-(FUNRIO /ALERR- 2018) A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para essa terapêutica.

O (A) enfermeiro(a) deve saber que

- a) o gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto, evitando uma possível parada respiratória.
- b) o sulfato de magnésio somente pode ser utilizado em gestantes fora do trabalho de parto e no parto.
- c) a dose de ataque indicada é de 4,0 g (8,0 mL d sulfato de magnésio a 50% com 12,0 mL de água bidestilada) em infusão endovenosa rápida.
- d) a dose de manutenção indicada é de 4,0g/hora (10 mL de sulfato de magnésio a 50% com 490 mL de solução glicosada a 5% a 100 mL/hora em bomba de infusão).

Comentários

A **alternativa A** está correta. O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória.



A **alternativa B** está incorreta. O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, quando iniciado antes do parto, deve ser mantido por 24 horas após o parto. Caso tenha sido iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.

A **alternativa C** está incorreta. A dose de ataque do sulfato de magnésio é de 4,0g (8,0ml de sulfato de magnésio a 50% com 12,0ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular em cada nádega.

A **alternativa D** está incorreta. A dose de manutenção A dose de ataque do sulfato de magnésio é de 1,0g/hora (10ml de sulfato de magnésio a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 2,0g/hora (20ml de sulfato de magnésio a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 100ml/ hora em bomba de infusão) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas.

18-(Instituto AOCP / SES PE-2018)Uma enfermeira obstetra recebe na sala de emergência uma gestante de 20 anos, GII, PI, A0, com 27 semanas, em estado convulsivo. Os familiares relatam que ela não é epiléptica e estava bem até o momento, apesar do grande edema de mãos e face instalados há uma semana. Ao verificar os sinais vitais, identifica-se pressão arterial de 180/120 mmHg. Diante da gravidade do caso e das evidências de se tratar de um caso de eclâmpsia, qual é a conduta adequada?

a) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, comunicar o obstetra plantonista, realizar sondagem vesical de demora e medicar a paciente com diazepam 5 mg e hidralazina 20 mg, conforme prescrição médica, a cada 20 minutos.

b) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, puncionar acesso venoso calibroso, realizar sondagem vesical de demora e iniciar hidratação venosa + carbamazepina, conforme orientação médica.

c) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, iniciar imediatamente infusão de dose de ataque difenil-hidantoína, conforme protocolo para crises convulsivas, além de uma dose de hidralazina 20 mg endovenosa e realizar sondagem vesical de demora.

d) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, puncionar acesso venoso calibroso para hidratação, administrar 3 ml da solução de hidralazina 20 mg a cada 20 minutos, administrar 3



ml de sulfato de magnésio a 50% intramuscular em cada nádega e realizar sondagem vesical de demora.

e) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, administrar 5 ml a cada 20 minutos da solução de hidralazina(20 mg) se necessário, iniciar dose de ataque (4 g) de sulfato de magnésio a 50%, preparar dose de manutenção de sulfato de magnésio (5 g) para correr em bomba de infusão e realizar sondagem vesical de demora, conforme protocolo.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. O diazepam 5 mg não é utilizado no manejo clínico do quadro de eclâmpsia.

A **alternativa B** está incorreta. Hidratação venosa + carbamazepina não são condutas protocolares no caso de eclâmpsia.

A **alternativa C** está incorreta. A dose de ataque difenil-hidantoína não é utilizada no protocolo de eclâmpsia.

A **alternativa D** está incorreta. O correto seria administrar 5 ml da solução de hidralazina a cada 20 minutos; 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular em cada nádega.

A **alternativa E** está correta. A equipe de saúde deve instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, administrar 5 ml a cada 20 minutos da solução de hidralazina(20 mg) se necessário, iniciar dose de ataque (4 g) de sulfato de magnésio a 50%, preparar dose de manutenção de sulfato de magnésio (5 g) para correr em bomba de infusão e realizar sondagem vesical de demora. Além disso, é importante verificar a frequência respiratória e ter sempre a mão uma ampola de gluconato de cálcio a 10% para os casos de eventual parada respiratória.

19- (IBFC /Pref Candeias- 2019) Gestante, G2P1A0, Idade Gestacional: 33 semanas e 3 dias, procurou o serviço de atendimento de urgência referindo náuseas, tontura, dor epigástrica. Apresentando escleras ictericas, abdome gravídico, feto único, longitudinal, cefálico, dorso à direita, movimentação fetal presente, BCF: 140 bpm (batimentos cardíacos fetais), nega perdas via vaginal. Pressão Arterial: 150 x 96 mmHg (milímetros de mercúrio). Foram coletados exames, com os seguintes resultados: Bilirrubina: 1,4 mg/dL (miligramas por decilitro), Plaquetas: 90000 mm³ (milímetros cúbicos), TGO: 150 UI/L (Unidades Internacionais por Litro), TGP: 100 UI/L (Unidades Internacionais por Litro).



Neste caso, sobre a possível patologia obstétrica que pode envolver uma situação de urgência, assinale a alternativa correta.

- a) hipertensão gestacional
- b) pré-eclâmpsia
- c) eclâmpsia
- d) síndrome HELLP

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Na hipertensão gestacional

A **alternativa B** está incorreta. Hidratação venosa + carbamazepina não são condutas protocolares no caso de eclâmpsia.

A **alternativa C** está incorreta. A dose de ataque difenil-hidantoína não é utilizada no protocolo de eclâmpsia.

A **alternativa D** está correta. Na síndrome de HELLP ocorre Plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600 U/l), bilirrubina total $> 1,2$ mg/dl, TGO > 70 U/l. Além disso, As seguintes alterações indicam uma chance de mais de 75% de morbidade materna grave: DHL > 1.400 UI/L, TGO > 150 UI/L, TGP > 100 UI/L e ácido úrico $> 7,8$ mg/dL. A presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna.

20-(IMPARH/ SMS Fortaleza- 2018) O abortamento é a expulsão ou extração do concepto antes da viabilidade fetal, ou seja, o produto conceptual com peso < 500 g e idade gestacional < 22 semanas. A respeito das diversas classificações dos tipos de abortamento, assinale a alternativa correta.

- a) No abortamento retido, parte dos produtos da concepção fica retida e parte é eliminada, com restos placentários aderidos ao útero, e o colo uterino encontra-se aberto.
- b) O aborto completo é a perda do concepto, mas não dos anexos, sendo possível visualizá-los em ultrassonografia.



- c) No abortamento infectado, ocorre aborto acompanhado de infecção, podendo evoluir para choque séptico, pois o colo permanece dilatado, favorecendo a invasão bacteriana.
- d) No abortamento incompleto, há perda sanguínea, e o orifício cervical interno encontra-se fechado.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. No abortamento retido ocorre a morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.

A **alternativa B** está incorreta. No aborto completo a totalidade do conteúdo uterino é eliminada.

A **alternativa C** está correta. O aborto infectado é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite, que pode evoluir para choque séptico. As manifestações clínicas são: cólica leve/ moderada; febre (38°C) e taquicardia. O colo encontra-se dilatado e apresenta saída de restos, odor fétido e secreção purulenta.

A **alternativa D** está incorreta. No abortamento incompleto apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado. As cólicas são intensas, o sangramento genital moderado / intenso, o colo apresenta-se dilatado, o útero é compatível ou menor que idade gestacional e ocorre a saída de restos ovulares.

21- (CRESCER/ Pref Jijoca de J- 2019) Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008a). Sobre o câncer do colo do útero, é incorreto afirmar que:

- a) O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos e que já tiveram atividade sexual.
- b) O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância.



c) O câncer geralmente se origina na zona de transformação, uma região dinâmica entre a junção escamocolunar (JEC). A lesão pode se apresentar como uma ulceração superficial, um tumor exófitico na exocérvice ou uma lesão infiltrativa na endocérvice.

d) O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano).

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Preconiza-se para rastreamento do CA de colo do útero pessoas de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, com repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano.

A **alternativa B** está correta. O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância.

A **alternativa C** está correta. O câncer geralmente se origina na zona de transformação, uma região dinâmica entre a junção escamocolunar (JEC). A lesão pode se apresentar como uma ulceração superficial, um tumor exófitico na exocérvice ou uma lesão infiltrativa na endocérvice

A **alternativa D** está correta. O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano). Principalmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais.

22-(FEPESE/Pref Florianópolis-2019) Quanto ao sinais e sintomas apresentados por mulheres com corrimento vaginal ou cervicites, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Cervicites ou corrimento vaginal

1. Candidíase
2. Vaginose bacteriana

Coluna 2: Sinais e sintomas

- I- () Prurido vulvar
- II-() Teste do KOH negativo
- III-() Corrimento acinzentado
- IV-() Corrimento grumoso



V-() Teste do KOH positivo

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 1 • 2
- b) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 2
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

Comentários

Sinal e Sintoma I: Prurido vulvar- As manifestações clínicas da Candidíase vulvovaginal são: Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; sem odor; prurido vaginal intenso; edema de vulva; hiperemia de mucosa; dispareunia de introito.

Sinal e Sintoma II: Teste do KOH negativo- O Teste das aminas (Whiff-test) onde utiliza-se o hidróxido de potássio (KOH) a 10%, na candidíase é negativo.

Sinal e Sintoma III: Corrimento acinzentado- As manifestações clínicas da Vaginose bacteriana são: Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, sem sintomas inflamatórios.

Sinal e Sintoma IV: Corrimento grumoso- Como vimos o corrimento branco e grumoso é uma manifestação clínica da candidíase.

Sinal e Sintoma V: Teste do KOH positivo - O Teste das aminas (Whiff-test) na vaginose bacteriana é positivo. Detalhando um pouco mais esse teste: São adicionadas 1 a 2 gotas de hidróxido de potássio (KOH) a 10% na secreção vaginal e depositados em uma lâmina. O teste é considerado positivo quando surge odor desagradável (peixe em putrefação).

Portanto, a sequência correta é 1 - 1 - 2 - 1 - 2

Gabarito: **Alternativa A**



23- (FEPESE/ Pref Rio das Antas- 2018) Identifique abaixo as afirmativas verdadeiras (V) e as falsas (F) com relação à atenção ao pré-natal de baixo risco.

1. () O segundo tempo da Manobra de Leopold permite determinar a posição fetal.
2. () A coleta do material para exame colpocitopatológico nas gestantes deve ser realizada antes de 20ª semana de gestação.
3. () A vacina contra a influenza não é recomendada para as gestantes em qualquer período gestacional.
4. () Na 16ª semana de gestação, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.
5. () A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina, mas este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) V • F • V • V • V
- b) V • F • V • F • V
- c) V • F • F • V • V
- d) F • V • V • F • V
- e) F • F • V • V • F

Comentários

A **alternativa 1** está correta. O segundo tempo da Manobra de Leopold permite determinar a posição fetal, onde o profissional desliza as mãos do fundo uterino até o pólo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;

A **alternativa 2** está incorreta. A coleta do material para exame colpocitopatológico nas gestantes deve ser realizada em qualquer período gestacional, preferencialmente até o sétimo mês de gestação.

A **alternativa 3** está incorreta. A vacina contra a influenza é recomendada para as gestantes em qualquer período gestacional.



A **alternativa 4** está correta. Na 16ª semana de gestação, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.

A **alternativa 5** está correta. Como vimos, a partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina, mas este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Gabarito: **Alternativa C**

24- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.

Frente ao resultado obtido no teste rápido para sífilis, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, entre outras ações, o enfermeiro deve

- iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI.
- encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, para tratamento e acompanhamento.
- tratar a gestante e o companheiro com primeira dose de penicilina G benzatina 1 200 000 UI, por via intramuscular profunda.
- repetir duas vezes, em dias alternados, a realização do teste rápido para sífilis para confirmação do resultado.
- tratar a gestante com penicilina cristalina 2 400 000 UI, em dose única, e encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.



Comentários

A **alternativa A** está correta. Deve-se iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI. Lembrando que a testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre, no momento do parto ou em caso de aborto.

A **alternativa B** está incorreta. O pré-natal de alto risco só deve ser indicado caso a gestante fosse portadora de sífilis terciária. Os casos de sífilis terciária geralmente são sintomáticos, por isso a gestante estaria apresentando manifestações clínicas como: lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas. Na questão o enfermeiro relata que o exame físico não apresentava normalidades, portanto, não é um caso de sífilis terciária.

A **alternativa C** está incorreta. O tratamento para sífilis recente, primária e secundária e latente recente é com penicilina G benzatina, 2 400 000 UI e não com 1.200.000UI conforme afirmou a questão.

A **alternativa D** está incorreta. O tratamento para sífilis deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

A **alternativa E** está incorreta. O tratamento para sífilis recente, primária e secundária e latente recente é com penicilina G benzatina e não com penicilina cristalina. A penicilina cristalina só é utilizada nos casos de neurosífilis.

25- (VUNESP/ Pref Valinhos- 2019) Na consulta de pré-natal de baixo risco, o enfermeiro avalia a presença de edema na gestante. Está correta a correlação entre achados, anotação (-,+,++ ou +++) e conduta, descrita em:

- a) edema ausente, (-), orientar repouso no leito e uso de meias elásticas durante a gestação para que o edema não se instale.
- b) edema em apenas um dos membros inferiores, com dor e/ou sinais flogísticos, (+++), agendar consulta de rotina para avaliação médica.
- c) edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão, (++) , orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, investigar presença de movimentos fetais e verificar sinais de pré-eclâmpsia.
- d) edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso, (-), orientar repouso no leito e encaminhar para avaliação médica.



e) edema generalizado em face, tronco e membros, (+++), recomendar repouso no leito. Se não melhorar em sete dias, encaminhar para avaliação médica.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Nos casos onde o edema é ausente (–), a orientação dada pelo Manual é: acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.

A **alternativa B** está incorreta. Casos de edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos são suspeitos de processos trombóticos (tromboflebite, TVP). Nessas situações a gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

A **alternativa C** está correta. Nos casos de edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso o profissional deve orientar que a gestante faça repouso em decúbito lateral esquerdo. Deve verificar a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia e perguntar à gestante sobre os movimentos fetais.

A **alternativa D** está incorreta. Nos casos de edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso, a anotação adequada é (+), a conduta adequada nesses casos é verificar se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado

o profissional deve

A **alternativa E** está incorreta. Os edemas generalizados (face, tronco e membros) ou que estão presentes quando a gestante acorda (estando acompanhados ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso) caracterizam uma situação de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências.

26-(VUNESP/Pref Ibaté- 2019) Gestante, com 28 semanas de idade gestacional, compareceu à unidade básica de saúde para consulta de enfermagem de pré-natal. Durante o atendimento, queixou-se de dor abdominal em cólicas há cerca de duas horas. Ao ser avaliada, constatou-se que a usuária apresentava um quadro compatível com trabalho de parto prematuro. Entre outros cuidados, o enfermeiro providenciou a remoção da usuária para a maternidade de referência e, considerando que os sinais vitais



da gestante estavam na faixa da normalidade, orientou que durante o transporte, a gestante fosse mantida na posição

- a) de Trendelenburg.
- b) supina.
- c) de Trendelenburg reverso.
- d) de decúbito lateral esquerdo.
- e) de Fowler.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. A posição de Trendelenburg é uma variação da posição de decúbito dorsal onde a parte superior do dorso é abaixada e os membros inferiores são elevados, esta posição é utilizada para cirurgias de órgãos pélvicos e laparotomia de abdome inferior.

A **alternativa B** está incorreta. Posição supina é uma posição do corpo quando o indivíduo deita de face para cima, em contraposição à posição prona, que é de face para baixo. É muito utilizada em procedimentos cirúrgicos, pois garante acesso às regiões torácicas e abdominais.

A **alternativa C** está incorreta. A posição de Trendelenburg reverso é uma variação da posição Trendelenburg, porém na Trendelenburg reverso os membros inferiores ficam abaixados e a parte superior dorsal fica elevada. Essa posição mantém as alças intestinais na parte inferior da cavidade abdominal e reduz a pressão sanguínea cerebral

A **alternativa D** está correta. É indicado que a gestante faça repouso no maior tempo, em decúbito lateral esquerdo, para evitar a compressão da veia cava inferior e promover uma melhora do fluxo útero-placentário e renal.

A **alternativa E** está incorreta. A posição de Fowler é aquela em que o paciente é colocado em decúbito dorsal com a cabeça mais alta que os pés. Esta posição é muito utilizada nos momento de alimentação do paciente e em casos de dificuldade respiratória.

27- (COCP/ IFMT – 2019) As vulvovaginites representam uma das queixas mais frequentes em ginecologia, tendo no corrimento vaginal sua maior expressão clínica. De acordo com



os protocolos da atenção básica e com a atenção integral à saúde das mulheres na atenção básica, são afirmações corretas, EXCETO:

- a) A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras
- b) O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginose bacterianas e candidíase.
- c) A cervicite é o principal sintoma nas infecções por *Gardnerella vaginalis*, e, quando acompanhada de dor acentuada após o coito, pode ser indicativa de doença inflamatória pélvica (DIP).
- d) Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse.
- e) No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

Comentários

A **alternativa A** está correta. A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras

A **alternativa B** está correta. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginose bacterianas e candidíase. No tratamento de corrimento vaginal e cervicite as parcerias sexuais devem ser tratadas nos casos de infecção por Gonorreia e Clamídia e Tricomoníase. Vale ressaltar que a exceção para tratar o parceiro com candidíase é quando o parceiro apresenta a forma sintomática.

A **alternativa C** está incorreta. Portanto é o gabarito da questão. As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as



principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.

A **alternativa D** está correta. Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse (hipersensibilidade ao álcool que ocasiona reações como náuseas e vômitos, e em casos mais graves depressão respiratória e arritmias cardíacas.

A **alternativa E** está correta. No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

28 (FEPESE/ Pref Videira-2018) Com relação ao corrimento vaginal e cervicite, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidíase vulvovaginal
2. Tricomoníase
3. Vaginose bacteriana
4. Vaginose citolítica

Coluna 2: Sinais

- () A secreção vaginal é branca e grumosa.
- () A secreção vaginal é acinzentada e cremosa.
- () A secreção vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.



() O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lútea.

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

a) 1 • 2 • 3 • 4

b) 1 • 3 • 2 • 4

c) 2 • 3 • 4 • 1

d) 3 • 2 • 1 • 4

e) 4 • 3 • 2 • 1

Comentários

Afirmativa 1: As manifestações clínicas da Candidíase vulvovaginal são: Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; sem odor; prurido vaginal intenso; edema de vulva; hiperemia de mucosa; dispareunia de introito.

Afirmativa 2: As manifestações clínicas da Tricomoniase são: Secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida. Outros sintomas que podem ocorrer são: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em "framboesa", e com menos frequência pode ocorrer disúria.

Afirmativa 3: As manifestações clínicas da Vaginose bacteriana são: Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, sem sintomas inflamatórios.

Afirmativa 4: As manifestações clínicas da Vaginose citolítica são: Prurido vaginal; queimação vaginal; dispareunia; disúria terminal e corrimento branco abundante (que piora na fase lútea).

Portanto, a sequência correta é 1 - 3 - 2 - 4.

Gabarito: **Alternativa B**

29- (ADM&TEC/ Pref Major Isidoro- 2019) Leia as afirmativas a seguir:



I. A Política Nacional de Saúde da Mulher busca reduzir a mortalidade feminina por causas evitáveis.

II. A mamografia é um exame complexo que consiste em um raio-X do tórax e apenas permite descobrir o câncer quando o tumor já está em estágio bastante avançado.

III. Com relação ao câncer de mama, recomenda-se que a mulher, na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico da mama anual, evite fazer uma mamografia a cada dois anos.

Marque a alternativa CORRETA:

- a) Nenhuma afirmativa está correta.
- b) Está correta a afirmativa I, apenas.
- c) Está correta a afirmativa II, apenas.
- d) Está correta a afirmativa III, apenas.
- e) Todas as afirmativas estão corretas.

Comentários

Afirmativa I: Correta. São objetivos gerais da Política Nacional de Saúde da Mulher: 1- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. 2- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. 3- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Afirmativa II: Incorreta. A mamografia é um exame radiológico da mama, realizado num mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a permitir a captação de melhores imagens, portanto, amplia-se a capacidade de diagnóstico. É o único exame utilizado no



rastreamento que tem a capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama.

Afirmativa III: Incorreta. A mamografia deve ser recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

Portanto, está correta somente a alternativa I.

Gabarito da questão: **Alternativa B**

30-(IBADE/ Pref Jaru- 2019) As consultas de pré-natal são realizadas tanto por médicos(as) quanto por enfermeiros(as). Já os grupos de gestantes podem ser realizados por qualquer profissional de saúde. É importante que todos os profissionais façam parte do cuidado durante o pré-natal, como agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista e, se necessário, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros. De acordo com o cronograma contido na caderneta da gestante do Ministério da Saúde (MS), as consultas de pré-natal devem ser realizadas até a:

- a) 24ª semana – mensalmente; da 24ª até a 32ª semana – quinzenalmente; da 32ª até a 41ª semana – semanalmente.
- b) 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 38ª semana – quinzenalmente; da 38ª até a 41ª semana – semanalmente.
- c) 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.
- d) 24ª semana – mensalmente; da 24ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.
- e) 18ª semana – mensalmente; da 18ª até a 26ª semana – quinzenalmente; da 26ª até a 41ª semana – semanalmente.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Segundo o Ministério da Saúde e a OMS, o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o



seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A **alternativa B** está incorreta. Segundo o Ministério da Saúde e a OMS, o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A **alternativa C** está correta. Segundo o Ministério da Saúde e a OMS, o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A **alternativa D** está incorreta. Segundo o Ministério da Saúde e a OMS, o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A **alternativa E** está incorreta. Segundo o Ministério da Saúde e a OMS, o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

31- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes



rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.

No dia da consulta, a idade gestacional (IG) e a data provável de parto (DPP) de A.A. são, respectivamente,

- a) IG = $20^{(2/7)}$ semanas; DPP = 05.10.2018.
- b) IG = 21 semanas; DPP = 05.10.2018.
- c) IG = $21^{(1/7)}$ semanas; DPP = 03.11.2018.
- d) IG = $20^{(2/7)}$ semanas; DPP = 05.11.2018.
- e) IG = $20^{(4/7)}$ semanas; DPP = 03.11.2018.

Comentários

Cálculo da idade gestacional (IG)

DUM: 29.01.2018

Data da Consulta: 20.06.2018

Para calcular a idade gestacional devemos contar o número de dias desde a data da última menstruação até a data que está sendo realizada a consulta. Em seguida, para sabermos o número de semanas dividimos o número de dias por 7, O resultado será o número de semanas e o resto será o número de dias.

Segue o exemplo:

DUM: 29.01.2018

Data da Consulta: 20.06.2018

- 2 DIAS = JAN
- 28 DIAS = FEV
- 31 DIAS = MAR
- 30 DIAS = ABR
- 31 DIAS = MAI



20 DIAS = JUN

Total: 142 DIAS / 7 = 20 Semanas com resto 2.

Portanto a IG é: **20 semanas e 2 dias, ou $20^{(2/7)}$ semanas.**

Cálculo da DPP

DUM: 29.01.2018

$29+7= 36$

$01+09= 10$

Como o número de dias ultrapassou 31 (Janeiro) devemos passar os dias restantes para o mês seguinte e somar +1 , ou seja:

$36-31= 5$

$10+1=11$

Portanto, a data provável do parto é: **5/11/2018.**

Gabarito: **Alternativa D**

32- (VUNESP/ Campinas- 2019) Ao realizar a consulta de enfermagem de pré-natal, o enfermeiro deve estar atento à presença de fatores de risco que indicam o encaminhamento da gestante ao pré-natal de alto risco, tais como:

- a) dependência de drogas lícitas ou ilícitas, gemelaridade e hipotireoidismo.
- b) altura menor do que 145 cm; três ou mais cesarianas, e epilepsia.
- c) idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; situação conjugal insegura e escolaridade menor do que cinco anos de estudo regular.
- d) hipertensão arterial crônica; multiparidade (cinco ou mais partos); e não aceitação da gravidez.
- e) gravidez na adolescência, ocupação que exige esforço físico intenso, e história de recém-nascido pré-termo.

Comentários



A **alternativa A** está correta. A dependência de drogas lícitas ou ilícitas, gemelaridade e hipotireoidismo são fatores de risco que indicam o acompanhamento da gestante com o pré-natal de alto risco.

A **alternativa B** está incorreta. Altura menor do que 1,45m e Três ou mais cesarianas, são fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica.

A **alternativa C** está incorreta. Possuir idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; situação conjugal insegura e baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular) são fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica.

A **alternativa D** está incorreta. A Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente, são fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica.

A **alternativa E** está incorreta. Possuir ocupação que necessite de esforço físico excessivo, com carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse e recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado, são fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica.

33- (NC-UFPR /UFPR-2018) Em face da epidemia de cesarianas no Brasil, são necessárias ações para sua precisa indicação, de acordo com princípios das políticas públicas. Considera-se uma indicação absoluta para a realização de cesariana:

- a) história de cesariana anterior.
- b) circular de cordão umbilical.
- c) grau da placenta.
- d) apresentação córmica.
- e) macrossomia.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Um histórico de cesariana anterior não é uma indicação absoluta para a cesariana e sim uma indicação relativa. Portanto, a via de parto para pacientes com duas cesáreas anteriores deve ser individualizada.



A **alternativa B** está incorreta. A circular de cordão umbilical não é indicação para realizar uma cesariana, pois a movimentação constante do feto pode levar que se façam e desfaçam circulares até o momento do parto.

A **alternativa C** está incorreta. Grau de placenta significa grau de amadurecimento, uma placenta Grau III atingiu o nível máximo de amadurecimento, essa não é uma indicação para cesariana.

A **alternativa D** está correta. São indicações absolutas para cesariana: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa (ou apresentação córmica), herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo.

A **alternativa E** está incorreta. A macrosomia fetal é uma indicação relativa para cesariana e não uma indicação absoluta. Nesses casos a casariana pode ser indicada para mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, caso o feto tenha estimativa de peso em ultrassonografia maior que 4500g. Já as mulheres sem diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, a cesariana pode ser indicada para fetos com estimativa de peso em ultrassonografia maior que 5000g.

Agora a lista de questões sem os comentários para vocês treinarem!

LISTA DE QUESTÕES

1-(IBADE/ Pref Jaru- 2019) A Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. De acordo com o MS a Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes:

a) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (60 dias após o parto) e atenção integral à saúde da gestante e sistema logístico que se refere à acomodação da gestante durante o parto.



b) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (40 dias após o parto) e atenção integral à saúde do binômio mãe/bebê e sistema logístico que se refere as consultas do pré-natal nas redes públicas e privadas.

c) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (50 dias após o parto) e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação.

d) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (38) dias após o parto) e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao cumprimento de todo o acompanhamento do pré-natal na atenção básica.

e) pré-natal, parto e nascimento, puerpério (28 dias após o parto) e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação.

2-(CEBRASPE-CESPE/ HUB-2017) Para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, estabeleceu-se, desde o ano de 1996, o tratamento antirretroviral (TARV). A partir da introdução do TARV, houve um decréscimo na mortalidade anual associada à AIDS, ou seja, a doença tornou-se crônica, com a necessidade de reestruturação do cuidado direcionado às pessoas portadoras de HIV/AIDS. Acerca desse tema, julgue o próximo item.

A transmissão vertical do HIV/AIDS é um problema de saúde pública que pode ser evitado com a profilaxia no parto e puerpério. O uso de AZT no recém-nascido deve ser iniciado ainda na sala de parto.

Certo

Errado

3- (FCC/ALESE - 2018) A síndrome HELLP, uma emergência hipertensiva específica da gravidez, é caracterizada por

a) pressão arterial diastólica maior ou igual a 100 mmHg, proteinúria e alta contagem de plaquetas.

b) eritrocitose, dor torácica típica e síndrome de pânico associados à pressão arterial elevada.

c) pressão arterial sistólica maior ou igual a 120 mmHg sem lesão de órgão-alvo e trombocitose.

d) hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas.



e) leucocitose, bradicardia fetal e enzimas cardíacas elevadas.

4-(CONSULPLAN/ Pref Sabará- 2017) O aborto é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm. Sobre a sintomatologia da ameaça do aborto, assinale a afirmativa correta.

a) O abortamento inevitável apresenta sinais de peritonite com secreções purulentas.

b) O abortamento incompleto apresenta pequena hemorragia mesclada a fragmentos do ovo e cólicas discretas.

c) O aborto retido revela morte fetal, habitualmente sem sangramento vaginal, sem cólicas e volume do útero menor que o correspondente à idade gestacional.

d) Na ameaça de aborto, a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la.

5-(FEPESE/ SES SC- 2019) Relacione as colunas 1 e 2 abaixo, com relação aos sinais e sintomas de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e a Placenta Prévia (PP).

Coluna 1

1. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP).
2. Placenta Prévia (PP)

Coluna 2: Sinais e Sintomas

- 1-()Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável.
- 2-()Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável.
- 3-()Na fase inicial, ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina.
- 4-()O volume e tono uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.



5-() Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire).

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 2 • 1
- b) 1 • 2 • 1 • 2 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

6-(IBADE Pref. Ji-Paraná- 2018) O exame preventivo de câncer do colo do Útero deve ser realizado em toda mulher que tem ou já teve vida sexual e com idade entre:

- a) 20 a 60 anos.
- b) 30 a 55 anos.
- c) 25 a 64 anos.
- d) 18 a 45 anos.
- e) 15 e 35 anos.

7- (CIAAR/ EAOAp- 2019) A determinação da apresentação da posição fetal pode ser feita nos últimos meses de gravidez, através da palpação abdominal da gestante. As manobras de Leopold devem ser realizadas de maneira sistemática para determinar se o feto está paralelo ou transversal ao corpo da mãe.

A manobra pela qual se determina se é a cabeça ou a pelve do feto que está no fundo do útero é a:

- a) primeira manobra de Leopold.
- b) segunda manobra de Leopold.
- c) terceira manobra de Leopold.
- d) quarta manobra de Leopold.

8- (VUNESP/ Buritizal- 2018) Durante visita domiciliar, o marido de uma puérpera informou ao enfermeiro da equipe de saúde da família que vinha observando atitudes que



considerava anormais para sua esposa. Contou que, cerca de cinco dias após o parto, ela passara a apresentar choro fácil, tristeza, flutuação do humor, dificuldade de concentração, fadiga e grande ansiedade relacionada ao bebê.

Frente os comportamentos descritos, o enfermeiro deve suspeitar que a puérpera está apresentando um quadro de:

- a) baby blues ou tristeza puerperal, sendo necessário o apoio emocional à puérpera e a discussão com o marido sobre a importância de que sua esposa se sinta amada e segura.
- b) depressão pós-parto, devendo o enfermeiro solicitar o encaminhamento do casal à equipe de saúde mental, para o início de tratamento psicoterápico.
- c) transtorno psicótico puerperal, sendo necessário encaminhar a usuária, com urgência, ao Centro de Atenção Psicossocial (Caps), para início do tratamento com psicofármacos.
- d) estresse pós-traumático, sendo necessário seu encaminhamento ao médico para avaliar a necessidade de tratamento com medicamentos ansiolíticos.
- e) depressão pós-parto, sendo necessário encaminhar a puérpera ao Centro de Atenção Psicossocial (Caps), para avaliar a introdução de tratamento com psicofármacos.

9- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Ao desenvolver atividades com grupos de planejamento familiar, o enfermeiro deve esclarecer que, comparada à laqueadura tubária, a vasectomia

- a) é um método 100% eficaz após sete dias da realização do procedimento.
- b) apresenta um número menor de complicações, sendo a ocorrência de episódios de ejaculação precoce a mais importante.
- c) é eficaz no controle da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, se realizada corretamente.
- d) é um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido, que consiste na ligadura das vesículas seminais.
- e) torna necessário o uso de condons ou outro método anticoncepcional eficaz durante as primeiras 20 ejaculações ou por três meses após o procedimento.

10- (VUNESP/Buritizal- 2018) Ao atuar em grupos educativos sobre planejamento familiar, o enfermeiro deve esclarecer que, devido ao fato de que os riscos possíveis e



comprovados superam os benefícios do método anticoncepcional, está contraindicado para mulher, com idade maior ou igual a 35 anos e fumante, o uso de:

- a) dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e a minipílula.
- b) anticoncepcional hormonal oral apenas com progestogênio e laqueadura tubária.
- c) anticoncepcionais orais combinados de baixa dosagem
- d) minipílula e diafragma.

11- (FCC/TRT 2ª Região- 2018) Durante o agendamento da coleta de material para a realização do exame citopatológico do colo do útero de uma mulher adulta, o enfermeiro deve orientá-la para

- a) solicitar ao parceiro sexual o uso do preservativo, caso a relação sexual ocorrer nas 48 horas anteriores à coleta.
- b) evitar por 48 horas antes da coleta a utilização de espermicidas ou medicamentos vaginais.
- c) utilizar lubrificante vaginal no dia anterior ao exame, para facilitar a introdução do espécuro no dia do exame.
- d) agendar a ultrassonografia transvaginal 5 dias antes ou 48 horas depois do exame citopatológico.
- e) notificar se estiver, na data agendada, no primeiro ou segundo dia da menstruação, devendo reagendar o exame após o quarto dia do início da menstruação.

12- (FEPESE/Pref Florianópolis- 2019) Analise a frase abaixo:

O climatério ocorre habitualmente entre os _____anos. A menopausa, é a interrupção da menstruação, sendo caracterizado por _____meses consecutivos de amenorreia.

Assinale a alternativa que completa corretamente as lacunas do texto.

- a) 40 e 65 • temporária • 6 meses
- b) 40 e 65 • permanente • 12 meses
- c) 45 e 65 • permanente • 12 meses
- d) 48 e 50 • permanente • 12 meses



e) 50 e 65 • temporária • 6 meses

13-(VUNESP /Pref Olímpia- 2019) De acordo com a Resolução COFEN nº 381/2011, no âmbito da equipe de Enfermagem, a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau é privativa do Enfermeiro. O Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento, que contempla:

a) para a coleta na ectocérvice, encaixar a ponta mais curta da espátula de Ayres no orifício externo do colo e girar.

b) o movimento adequado da espátula para raspagem do material da ectocérvice é de ida e volta, na amplitude de 180 graus.

c) após a disposição do material sobre a lâmina, aguardar a secagem e em seguida fazer a imersão em álcool 96%.

d) o material da endocervice é obtido pela introdução da escova no canal cervical, girando em 360 graus, abrangendo o seu contorno.

e) após a coleta e fixação do material, identificar a lâmina na parte fosca, com as iniciais da mulher e seu número de registro.

14- (VUNESP/ Pref.Campinas-2019)Para responder à questão, considere o relato a seguir. Pela manhã, gestante múltipara, com 40 semanas de idade gestacional, em acompanhamento pré-natal por equipe de saúde da família, chegou com seu marido à unidade básica de saúde relatando que estava indo para a maternidade de referência porque estava sentindo contrações há cerca de duas horas, mas “achava que não ia dar tempo de chegar lá”. Ao examiná-la, o enfermeiro da equipe de saúde da família constatou que estava em período expulsivo e a cabeça do feto pressionava o períneo. Imediatamente solicitou auxílio e o material necessário e se preparou para fazer o parto com manejo fisiológico e de modo humanizado, o que envolve, entre outros itens, as seguintes ações:

I. A manutenção da parturiente em decúbito dorsal no momento do nascimento;

II. O clampeamento do cordão umbilical após parar a pulsação;

III. A expulsão da placenta por esforço materno.



Está correto o apresentado em:

- a) III, apenas.
- b) II, apenas.
- c) I, II e III.
- d) I e II, apenas.
- e) II e III, apenas.

15- (IMPARH/ SMS Fortaleza- 2018) As síndromes hipertensivas da gravidez ocorrem quando a pressão arterial (PA) atinge valores iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg. Incluem a pré-eclâmpsia, eclampsia e a síndrome HELLP. Considerando que o enfermeiro deve compreender cada uma dessas condições clínicas emergenciais, associe, corretamente, as duas colunas abaixo. (Adaptada)

(1) Pré-eclâmpsia	() Condição em que a PA se mantém elevada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada, pela primeira vez, durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto.
(2) Eclampsia	() Quando a gestante apresenta proteinúria $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$ antes da 20ª semana de gestação ou há elevação abrupta da proteinúria, está instalado este quadro.
(3) Síndrome HELLP	() Situação de agravamento caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e diminuição de plaquetas.
(4) Hipertensão arterial crônica	() Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;

A sequência correta, de cima para baixo, é:

- a) 1, 2, 3, 4.
- b) 4, 3, 2, 1.
- c) 4, 1, 3, 2.



d) 3, 4, 2, 1.

16- (VUNESP/ Buritizal- 2018) Durante a consulta de enfermagem de pré-natal, A.P., 28 anos, primigesta com 32 semanas de idade gestacional, informou que não vinha se sentindo bem desde o início da manhã. Relatou cefaleia, tonturas, escotomas, epigastralgia e náuseas. Ao realizar o exame físico, o enfermeiro observou, entre outros itens: ausência de sangramento vaginal, dinâmica uterina ausente, feto único, cefálico, com frequência cardíaca = 144 batimentos por minuto. Ao realizar os sinais vitais da gestante obteve: temperatura = 37 °C; pulso = 90 batimentos por minuto; respiração = 20 respirações por minuto; pressão arterial = 142 X 92 mmHg. Ao realizar o teste rápido para proteinúria obteve resultado positivo. Frente a essa situação, o enfermeiro solicitou atendimento médico considerando se tratar de um caso de:

- a) descolamento prematuro de placenta.
- b) eclâmpsia.
- c) gastrite.
- d) pré-eclâmpsia.
- e) doença trofoblástica gestacional.

17-(FUNRIO /ALERR- 2018) A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para essa terapêutica.

O (A) enfermeiro(a) deve saber que

- a) o gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto, evitando uma possível parada respiratória.
- b) o sulfato de magnésio somente pode ser utilizado em gestantes fora do trabalho de parto e no parto.
- c) a dose de ataque indicada é de 4,0 g (8,0 mL d sulfato de magnésio a 50% com 12,0 mL de água bidestilada) em infusão endovenosa rápida.
- d) a dose de manutenção indicada é de 4,0g/hora (10 mL de sulfato de magnésio a 50% com 490 mL de solução glicosada a 5% a 100 mL/hora em bomba de infusão).



18-(Instituto AOCP / SES PE-2018)Uma enfermeira obstetra recebe na sala de emergência uma gestante de 20 anos, GII, PI, A0, com 27 semanas, em estado convulsivo. Os familiares relatam que ela não é epiléptica e estava bem até o momento, apesar do grande edema de mãos e face instalados há uma semana. Ao verificar os sinais vitais, identifica-se pressão arterial de 180/120 mmHg. Diante da gravidade do caso e das evidências de se tratar de um caso de eclâmpsia, qual é a conduta adequada?

a) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, comunicar o obstetra plantonista, realizar sondagem vesical de demora e medicar a paciente com diazepam 5 mg e hidralazina 20 mg, conforme prescrição médica, a cada 20 minutos.

b) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, puncionar acesso venoso calibroso, realizar sondagem vesical de demora e iniciar hidratação venosa + carbamazepina, conforme orientação médica.

c) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, iniciar imediatamente infusão de dose de ataque difenil-hidantoína, conforme protocolo para crises convulsivas, além de uma dose de hidralazina 20 mg endovenosa e realizar sondagem vesical de demora.

d) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, puncionar acesso venoso calibroso para hidratação, administrar 3 ml da solução de hidralazina 20 mg a cada 20 minutos, administrar 3 ml de sulfato de magnésio a 50% intramuscular em cada nádega e realizar sondagem vesical de demora.

e) Instalar cateter de oxigênio a 5 l/minuto, administrar 5 ml a cada 20 minutos da solução de hidralazina(20 mg) se necessário, iniciar dose de ataque (4 g) de sulfato de magnésio a 50%, preparar dose de manutenção de sulfato de magnésio (5 g) para correr em bomba de infusão e realizar sondagem vesical de demora, conforme protocolo.

19- (IBFC /Pref Candeias- 2019) Gestante, G2P1A0, Idade Gestacional: 33 semanas e 3 dias, procurou o serviço de atendimento de urgência referindo náuseas, tontura, dor epigástrica. Apresentando escleras ictericas, abdome gravídico, feto único, longitudinal, cefálico, dorso à direita, movimentação fetal presente, BCF: 140 bpm (batimentos cardíacos fetais), nega perdas via vaginal. Pressão Arterial: 150 x 96 mmHg (milímetros de mercúrio). Foram coletados exames, com os seguintes resultados: Bilirrubina: 1,4 mg/dL (miligramas por decilitro), Plaquetas: 90000 mm³ (milímetros cúbicos), TGO: 150 UI/L (Unidades Internacionais por Litro), TGP: 100 UI/L (Unidades Internacionais por Litro).



Neste caso, sobre a possível patologia obstétrica que pode envolver uma situação de urgência, assinale a alternativa correta.

- a) hipertensão gestacional
- b) pré-eclâmpsia
- c) eclâmpsia
- d) síndrome HELLP

20-(IMPARH/ SMS Fortaleza- 2018) O abortamento é a expulsão ou extração do concepto antes da viabilidade fetal, ou seja, o produto conceptual com peso <500g e idade gestacional <22 semanas. A respeito das diversas classificações dos tipos de abortamento, assinale a alternativa correta.

- a) No abortamento retido, parte dos produtos da concepção fica retida e parte é eliminada, com restos placentários aderidos ao útero, e o colo uterino encontra-se aberto.
- b) O aborto completo é a perda do concepto, mas não dos anexos, sendo possível visualizá-los em ultrassonografia.
- c) No abortamento infectado, ocorre aborto acompanhado de infecção, podendo evoluir para choque séptico, pois o colo permanece dilatado, favorecendo a invasão bacteriana.
- d) No abortamento incompleto, há perda sanguínea, e o orifício cervical interno encontra-se fechado.

21- (CRESCER/ Pref Jijoca de J- 2019) Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008a). Sobre o câncer do colo do útero, é incorreto afirmar que:

- a) O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos e que já tiveram atividade sexual.
- b) O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância.



c) O câncer geralmente se origina na zona de transformação, uma região dinâmica entre a junção escamocolumnar (JEC). A lesão pode se apresentar como uma ulceração superficial, um tumor exofítico na exocérvice ou uma lesão infiltrativa na endocérvice.

d) O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano).

22-(FEPESE/Pref Florianópolis-2019) Quanto ao sinais e sintomas apresentados por mulheres com corrimento vaginal ou cervicites, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Cervicites ou corrimento vaginal

1. Candidíase
2. Vaginose bacteriana

Coluna 2: Sinais e sintomas

- I- () Prurido vulvar
- II-() Teste do KOH negativo
- III-() Corrimento acinzentado
- IV-() Corrimento grumoso
- V-() Teste do KOH positivo

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 1 • 2
- b) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 2
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

23- (FEPESE/ Pref Rio das Antas- 2018) Identifique abaixo as afirmativas verdadeiras (V) e as falsas (F) com relação à atenção ao pré-natal de baixo risco.



6. () O segundo tempo da Manobra de Leopold permite determinar a posição fetal.
7. () A coleta do material para exame colpocitopatológico nas gestantes deve ser realizada antes de 20ª semana de gestação.
8. () A vacina contra a influenza não é recomendada para as gestantes em qualquer período gestacional.
9. () Na 16ª semana de gestação, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.
10. () A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina, mas este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) V • F • V • V • V
- b) V • F • V • F • V
- c) V • F • F • V • V
- d) F • V • V • F • V
- e) F • F • V • V • F

24- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.



Frente ao resultado obtido no teste rápido para sífilis, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, entre outras ações, o enfermeiro deve

- a) iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI.
- b) encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, para tratamento e acompanhamento.
- c) tratar a gestante e o companheiro com primeira dose de penicilina G benzatina 1 200 000 UI, por via intramuscular profunda.
- d) repetir duas vezes, em dias alternados, a realização do teste rápido para sífilis para confirmação do resultado.
- e) tratar a gestante com penicilina cristalina 2 400 000 UI, em dose única, e encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

25- (VUNESP/ Pref Valinhos- 2019) Na consulta de pré-natal de baixo risco, o enfermeiro avalia a presença de edema na gestante. Está correta a correlação entre achados, anotação (-,+,++ ou +++) e conduta, descrita em:

- a) edema ausente, (-), orientar repouso no leito e uso de meias elásticas durante a gestação para que o edema não se instale.
- b) edema em apenas um dos membros inferiores, com dor e/ou sinais flogísticos, (+++), agendar consulta de rotina para avaliação médica.
- c) edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão, (++) , orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, investigar presença de movimentos fetais e verificar sinais de pré-eclâmpsia.
- d) edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso, (-), orientar repouso no leito e encaminhar para avaliação médica.
- e) edema generalizado em face, tronco e membros, (+++), recomendar repouso no leito. Se não melhorar em sete dias, encaminhar para avaliação médica.

26-(VUNESP/Pref Ibaté- 2019) Gestante, com 28 semanas de idade gestacional, compareceu à unidade básica de saúde para consulta de enfermagem de pré-natal. Durante o atendimento, queixou-se de dor abdominal em cólicas há cerca de duas horas. Ao ser avaliada, constatou-se que a usuária apresentava um quadro compatível com trabalho de parto prematuro. Entre outros cuidados, o enfermeiro providenciou a



remoção da usuária para a maternidade de referência e, considerando que os sinais vitais da gestante estavam na faixa da normalidade, orientou que durante o transporte, a gestante fosse mantida na posição

- a) de Trendelenburg.
- b) supina.
- c) de Trendelenburg reverso.
- d) de decúbito lateral esquerdo.
- e) de Fowler.

27- (COCP/ IFMT – 2019) As vulvovaginites representam uma das queixas mais frequentes em ginecologia, tendo no corrimento vaginal sua maior expressão clínica. De acordo com os protocolos da atenção básica e com a atenção integral à saúde das mulheres na atenção básica, são afirmações corretas, EXCETO:

- a) A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras
- b) O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginose bacterianas e candidíase.
- c) A cervicite é o principal sintoma nas infecções por Gardnerella vaginalis, e, quando acompanhada de dor acentuada após o coito, pode ser indicativa de doença inflamatória pélvica (DIP).
- d) Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse.
- e) No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

28 (FEPESE/ Pref Videira-2018) Com relação ao corrimento vaginal e cervicite, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.



Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidíase vulvovaginal
2. Tricomoníase
3. Vaginose bacteriana
4. Vaginose citolítica

Coluna 2: Sinais

- () A secreção vaginal é branca e grumosa.
- () A secreção vaginal é acinzentada e cremosa.
- () A secreção vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.
- () O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lútea.

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 2 • 3 • 4
- b) 1 • 3 • 2 • 4
- c) 2 • 3 • 4 • 1
- d) 3 • 2 • 1 • 4
- e) 4 • 3 • 2 • 1

29- (ADM&TEC/ Pref Major Isidoro- 2019) Leia as afirmativas a seguir:



I. A Política Nacional de Saúde da Mulher busca reduzir a mortalidade feminina por causas evitáveis.

II. A mamografia é um exame complexo que consiste em um raio-X do tórax e apenas permite descobrir o câncer quando o tumor já está em estágio bastante avançado.

III. Com relação ao câncer de mama, recomenda-se que a mulher, na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico da mama anual, evite fazer uma mamografia a cada dois anos.

Marque a alternativa CORRETA:

- a) Nenhuma afirmativa está correta.
- b) Está correta a afirmativa I, apenas.
- c) Está correta a afirmativa II, apenas.
- d) Está correta a afirmativa III, apenas.
- e) Todas as afirmativas estão corretas.

30-(IBADE/ Pref Jaru- 2019) As consultas de pré-natal são realizadas tanto por médicos(as) quanto por enfermeiros(as). Já os grupos de gestantes podem ser realizados por qualquer profissional de saúde. É importante que todos os profissionais façam parte do cuidado durante o pré-natal, como agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista e, se necessário, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros. De acordo com o cronograma contido na caderneta da gestante do Ministério da Saúde (MS), as consultas de pré-natal devem ser realizadas até a:

- a) 24ª semana – mensalmente; da 24ª até a 32ª semana – quinzenalmente; da 32ª até a 41ª semana – semanalmente.
- b) 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 38ª semana – quinzenalmente; da 38ª até a 41ª semana – semanalmente.
- c) 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.



d) 24ª semana – mensalmente; da 24ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

e) 18ª semana – mensalmente; da 18ª até a 26ª semana – quinzenalmente; da 26ª até a 41ª semana – semanalmente.

31- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.

No dia da consulta, a idade gestacional (IG) e a data provável de parto (DPP) de A.A. são, respectivamente,

a) IG = 20^(2/7) semanas; DPP = 05.10.2018.

b) IG = 21 semanas; DPP = 05.10.2018.

c) IG = 21^(1/7) semanas; DPP = 03.11.2018.

d) IG = 20^(2/7) semanas; DPP = 05.11.2018.

e) IG = 20^(4/7) semanas; DPP = 03.11.2018.

32- (VUNESP/ Campinas- 2019) Ao realizar a consulta de enfermagem de pré-natal, o enfermeiro deve estar atento à presença de fatores de risco que indicam o encaminhamento da gestante ao pré-natal de alto risco, tais como:

a) dependência de drogas lícitas ou ilícitas, gemelaridade e hipotireoidismo.

b) altura menor do que 145 cm; três ou mais cesarianas, e epilepsia.



- c) idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; situação conjugal insegura e escolaridade menor do que cinco anos de estudo regular.
- d) hipertensão arterial crônica; multiparidade (cinco ou mais partos); e não aceitação da gravidez.
- e) gravidez na adolescência, ocupação que exige esforço físico intenso, e história de recém-nascido pré-termo.

33- (NC-UFPR /UFPR-2018) Em face da epidemia de cesarianas no Brasil, são necessárias ações para sua precisa indicação, de acordo com princípios das políticas públicas. Considera-se uma indicação absoluta para a realização de cesariana:

- a) história de cesariana anterior.
- b) circular de cordão umbilical.
- c) grau da placenta.
- d) apresentação córmica.
- e) macrossomia.

GABARITO

- | | |
|----------|-------|
| 1. E | 10. C |
| 2. Certo | 11. B |
| 3. D | 12. B |
| 4. E | 13. D |
| 5. B | 14. E |
| 6. C | 15. C |
| 7. A | 16. D |
| 8. A | 17. A |
| 9. E | 18. E |



19.D

27.C

20.C

28.B

21.A

29.B

22.A

30.C

23.C

31.D

24.A

32.A

25.C

33.D

26.D



RESUMO

○ Rede Cegonha:

↳ Componentes da Rede Cegonha:

- Pré-Natal
- Parto e Nascimento
- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança
- Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

○ Pré-natal

↳ Número de Consultas:

- Uma consulta mensal até a 28ª semana
- Uma consulta quinzenal entre 28 e 36 semanas
- Uma consulta semanal entre 37 e 41 semanas
- > 41 semanas: avaliação do feto e indução do parto

○ Sinais de gravidez:

↳ Sinais de presunção

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

↳ Sinais de probabilidade

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

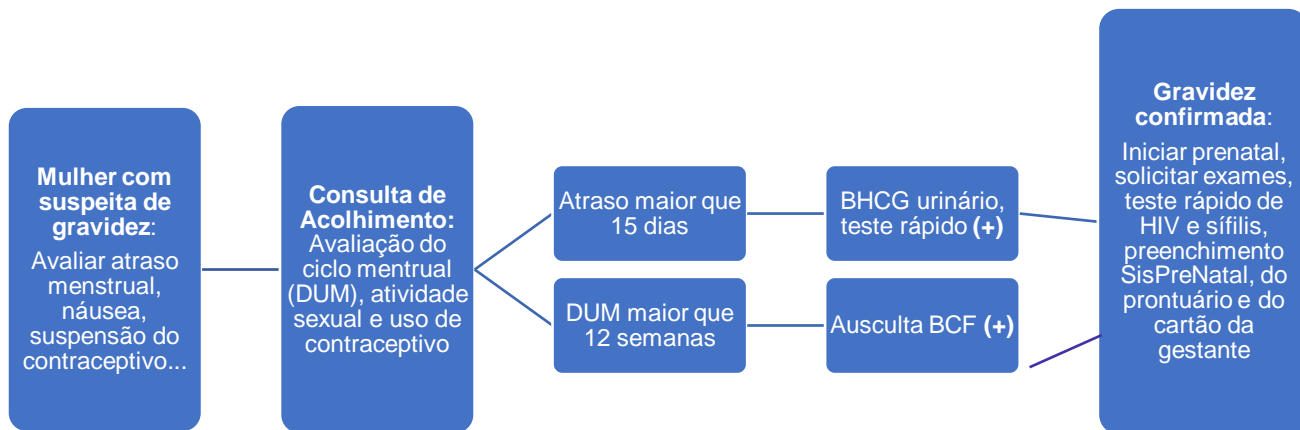
↳ Sinais de certeza

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);



- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

○ Mapa conceitual- Diagnóstico de gravidez:

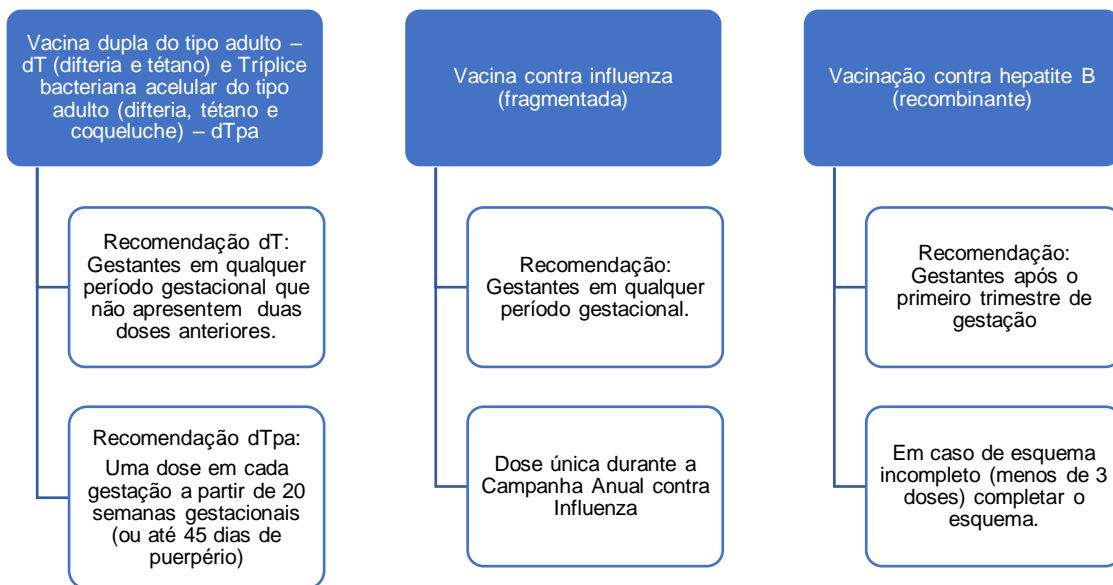


○ Quadro- Cálculo da Idade gestacional:

Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa	Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:	Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos
<ul style="list-style-type: none">• Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);• Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado.	<ul style="list-style-type: none">• Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente.• Proceda, então, com o método descrito anteriormente (usando o calendário ou gestograma)	<ul style="list-style-type: none">• Utilizamos como referência a medida da altura do fundo do útero;• A data de início dos movimentos fetais (geralmente ocorrem entre 18 e 20 semanas).• Quando não for possível determinar clinicamente a IG solicite a ultrassonografia obstétrica.

○ Esquema- Vacinação na gestação:





Principais manifestações clínicas das IST

	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	Chlamydia trachomatis	LGV
	Haemophilus ducrey	Cancroide
	Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital
	Klebsiela granulomatis	Donovanose
	Treponema pallidum	Sífilis
Corrimento uretral/vaginal	Candida albicans	Candidíase vulvovaginal
	Chlamydia trachomatis	Infecção por Clamídia
	Neisseria gonorrhoeae	Gonorreia
	Trichomonas vaginalis	Tricomoniase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana
DIP	Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite, abscesso tubo ovariano
	Bactérias facultativas anaeróbias (ex: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, Streptococcus agalactiae), entre outros.	
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado

Sinais e sintomas - Candidíase vulvovaginal:

- Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável)
- Corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso ("leite coalhado")
- Edema vulvar; fissuras e maceração da vulva;
- Placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrando a vagina e colo uterino.



- Disúria, Dispareunia e Hiperemia.

○Vaginose bacteriana

- Corrimento vaginal fétido, mais perceptível após a relação sexual sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual;
- Corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso;
- Dor à relação sexual (pouco frequente).

○Tricomoniase

- Corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso
- Prurido e/ou irritação vulvar
- Dor pélvica (em alguns casos)
- Hiperemia da mucosa (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa)
- Sintomas urinários (disúria, polaciúria)

○Doença inflamatória pélvica (DIP)

- Os sintomas de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting),
- Dispareunia,
- Corrimento vaginal,
- Dor pélvica ou dor no abdome inferior,
- Dor à mobilização do colo do útero ao toque.

○Hipertensão na gestação:

↳ Pré-eclâmpsia: Hipertensão + proteinúria

↳ Eclâmpsia: Hipertensão + proteinúria + crise convulsiva

○Cuidados Gerais na Eclâmpsia

- Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível
- Decúbito elevado a 30° e face lateralizada
- Cateter nasal com oxigênio (5l/min)
- Punção de veia central ou periférica calibrosa
- Cateter vesical contínuo

○Síndrome HELLP:

- Plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³);
- Presença de esquizócitos no sangue periférico,
- Aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600 U/l),
- Bilirrubina total $> 1,2$ mg/dl,
- TGO > 70 U/l.



○ Síndromes hemorrágicas:

↳ Primeira metade da gestação

- Abortamento.
- Gravidez ectópica.
- Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).
- Descolamento corioamniótico

↳ Segunda metade da gestação

- Placenta prévia.
- Descolamento prematuro da placenta.
- Rotura uterina.
- Vasa prévia

○ Tipos de Abortamento:

↳ Abortamento espontâneo: é a perda involuntária da gestação.

↳ Ameaça de abortamento: é a ocorrência de sangramento uterino com a cérvix fechada sem eliminação de tecidos ovulares.

↳ Abortamento completo: quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada.

↳ Abortamento incompleto: quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado.

↳ Abortamento inevitável: quando há sangramento e dilatação cervical, porém não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.

↳ Abortamento retido: quando ocorre a morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. ↳ Abortamento infectado: é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital e pode evoluir para choque séptico.

↳ Abortamento habitual: perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações.

○ Descolamento prematuro de placenta X Placenta prévia

↳ Descolamento prematuro de placenta (DPP):



- Dor abdominal, perda sanguínea de cor vermelho-escura, útero, hipertônico, doloroso, batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes.

↳ Placenta prévia (PP):

- Perda sanguínea de cor vermelha viva, não acompanhada de dor, volume e tono uterinos normais batimentos cardíacos fetais estão presentes.

○ **Períodos clínicos do parto**

- 1º período: Dilatação
- 2º período: Expulsão
- 3º período: Dequitação
- 4º período: Greenberg

○ **Alterações psíquicas no puerpério:**

↳ Baby blues

- Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.

↳ Depressão puerperal (depressão pós-parto)

- Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.

↳ Transtorno psicótico puerperal

- Confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas

○ **Câncer de colo uterino:**

↳ Rastreamento: Mulheres de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, com repetição do exame a cada três anos.

↳ Coleta do exame citopatológico do colo do útero:

- Lâmina identificada com as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na unidade, com lápis preto nº 2 ou grafite, na extremidade fosca.
- Ectocérvice: Encaixar a ponta mais longa da espátula de Ayre no orifício externo do colo, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical.



- Endocérvice: Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.
- A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

○ Câncer de mama:

↳ Nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos.

↳ A mamografia tem capacidade de detectar lesões não palpáveis e deve ser recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.