Estratégia Concursos

Aula 00

Conhecimentos Específicos IV p/ SEE-DF- Temporários (Professor - Enfermagem) - 2021 - Pré-Edital

Autor:
Thaysa Vianna

25 de Dezembro de 2020

Conteúdo

Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas 19
Gestação de alto risco 21
Síndromes hipertensivas na gravidez 22
Síndromes Hemorrágicas 30
Diabetes gestacional 36
Assistência no parto 37
Períodos clínicos do parto 38
Assistência no puerpério 41
Planejamento Familiar 43
Métodos contraceptivos 44
Controle do Câncer 46
Câncer de colo uterino 46
Câncer de mama 51
Climatério 54
Questões Comentadas 56
Lista de Questões 78
Gabarito 93
Resumo ..... **Error! Bookmark not defined.**

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

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

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.

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 oligoidrâmnio; • 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.

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?

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 (ßHCG) 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	Sinais de probabilidade	Sinais de certeza
• 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).	• Amolecimento da cérvice 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.	• 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.

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.

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.

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** (...)

Amiga(o)s da enfermagem, durante o **exame físico** alguns dados são **indispensáveis,** 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.

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.

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.**



CLASSIFICAÇÃO DA HAS NA GESTAÇÃO.	DEFINIÇÃO
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).

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)

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

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

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

4° 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).

Ausculta dos batimentos cardiofetais e Registro dos movimentos fetais

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**.

A ausculta dos batimentos cardíacos do feto deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação ou com Pinard, após 20 semanas de gestação

Já 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.

Identificar a presença de edema

Vamos ver como detectamos a presença de edemas?

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

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

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

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	• 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 condutas[1] são necessárias, veremos agora as principais.

Exames de rotina	Resultados	Condutas

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

Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª 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	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação
	> 110mg/dl	Repita o exame: se o resultado for maior que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h) (1° coleta: em jejum/ 2° coleta: duas horas após ingestão de 75g de dextrosol)	Jejum < 110mg/dl; 2h < 140mg/dl	Teste normal
	Jejum > 110mg/dl; 2h > 140mg/dl	DM gestacional.
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	"Traços" sem hipertensão: repetir exame em 15 dias;
		"Traços" + hipertensão e/ou edema; ou "Maciça": é necessário encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Piúria/bacteriúria/ leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	Trate infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma.
	Hematúria	Excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.

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	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
• **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.	• 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)	• 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 Näegele. (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.

4.4- Avaliação do IMC e ganho de peso recomendado

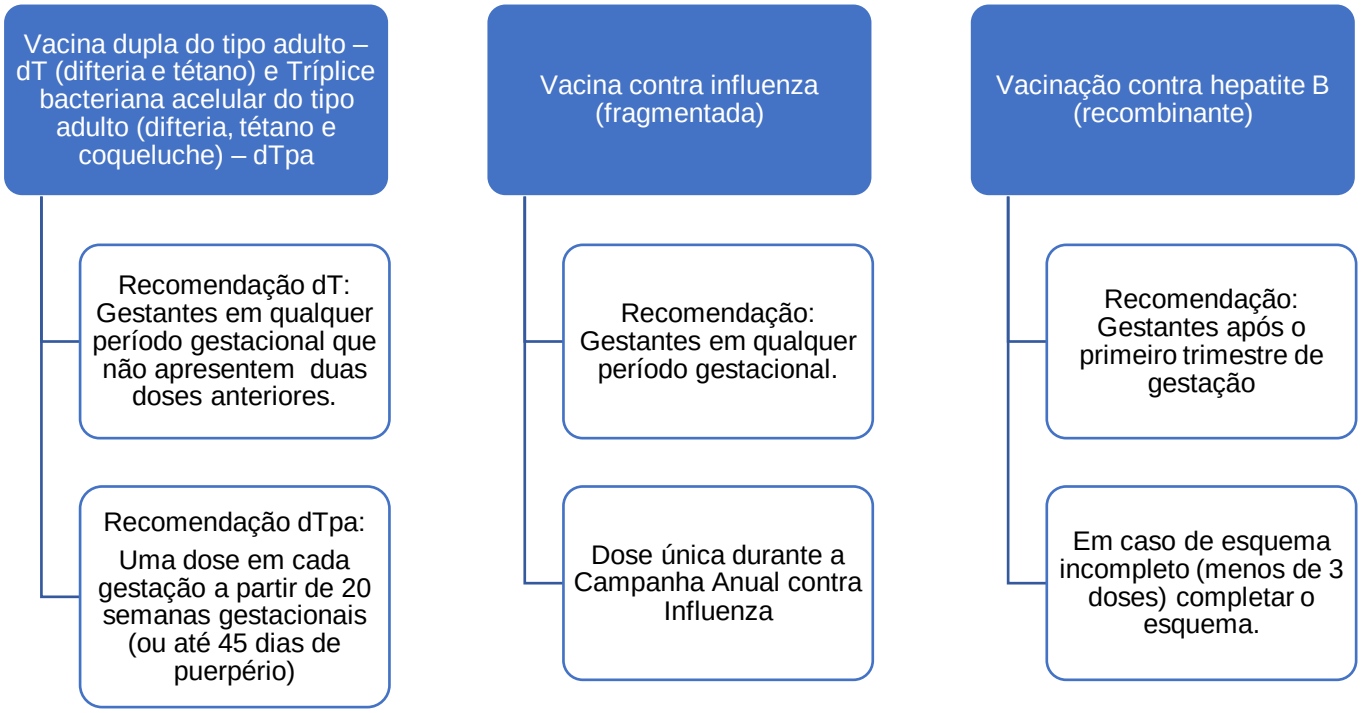
Para calcularmos o IMC devemos dividir o peso pela altura² e de acordo com o resultado e da semana gestacional, classificamos a gestante em: baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade.

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/m²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (> 30kg/m²)	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



Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas

Sintomas	Recomendações
Náuseas, vômitos e tonturas	Consumir dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes e não consumir líquidos durante as refeições, Ingerir alimentos sólidos e gelados
Pirose (azia)	Dieta fracionada, evitando frituras, café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo
Sialorreia (salivação excessiva)	Dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;

	Oriente-a a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância
Fraquezas e desmaios	Não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade; Indique dieta fracionada (evitando jejum prolongado) Sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente.
Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	Certifique-se de que não sejam contrações uterinas; Caso apresente flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados; Dieta rica em resíduos (frutas cítricas, verduras, mamão), aumento da ingestão de líquidos e redução no consumo de alimentos com alta fermentação.
Hemorróidas	Alimentação rica em fibras; Não deve ser utilizado papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) Higiene perianal com água e sabão neutro, banhos de vapor ou compressas mornas devem ser recomendados
Corrimento vaginal (o aumento de fluxo vaginal é comum na gestação)	Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;
Queixas urinárias	O aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação e mesmo sendo incômodo é de extrema importância a ingestão hídrica adequada;
Falta de ar e dificuldades para respirar (sintomas frequentes, causados pelo aumento uterino que ocasiona compressão pulmonar)	Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo; Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar.

Mastalgia (devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento das glândulas)	Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;
Lombalgia (dor lombar)	Correção postural ao sentar e ao andar; usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; associados a aplicação de calor local;
Cefaleia (dor de cabeça)	Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia e oriente quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.
Sangramento nas gengivas	Escovação dentária após as refeições com escova de dentes macia; realizar massagem na gengiva e usar fio dental;
Varizes	Recomente 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; Utilizar (se possível) meia-calça elástica para gestante
Câimbras	Massagear o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; evite o excesso de exercícios e realize alongamentos.
Cloasma gravídico (costuma diminuir ou desaparecer após o parto)	Não expor o rosto diretamente ao sol e utilizar protetor solar.
Estrias (resultantes da distensão dos tecidos)	Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

GESTAÇÃO 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.

CLASSIFICAÇÃO DA HAS NA GESTAÇÃO	DEFINIÇÃO
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.
	HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após **a 20ª semana de gestação** em mulheres previamente **normotensas**;

Pré-eclâmpsia	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.

Condutas na Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia

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



- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg
- Proteinúria igual/maior 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/mm³)

• 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 oligohidrâmnio

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.	Oligohidrâmnio (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 maternofetal 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 lática, 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.

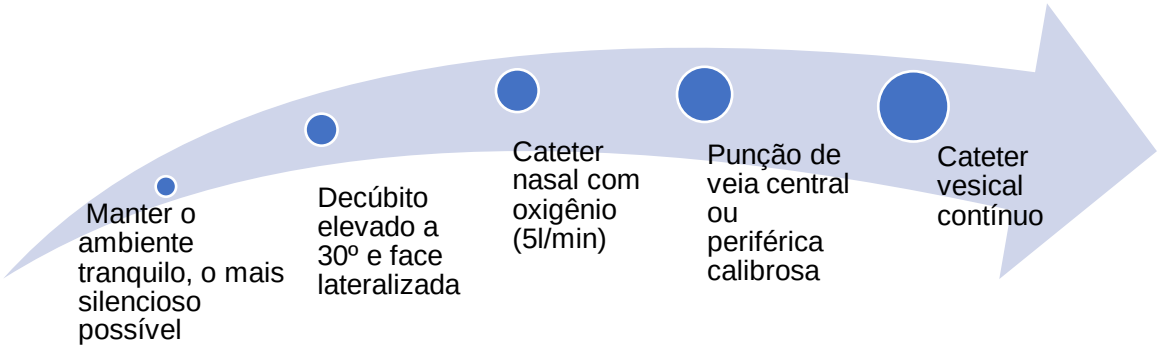
O **Nitroprussiato de Sódio** às vezes é necessário para a hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Comece a uma taxa de **0,25 microgramas/kg/ min** até uma dose **máxima de 5 microgramas/kg/min**. O **envenenamento cianídrico fetal** pode ocorrer 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 Eclãmpsia:





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.

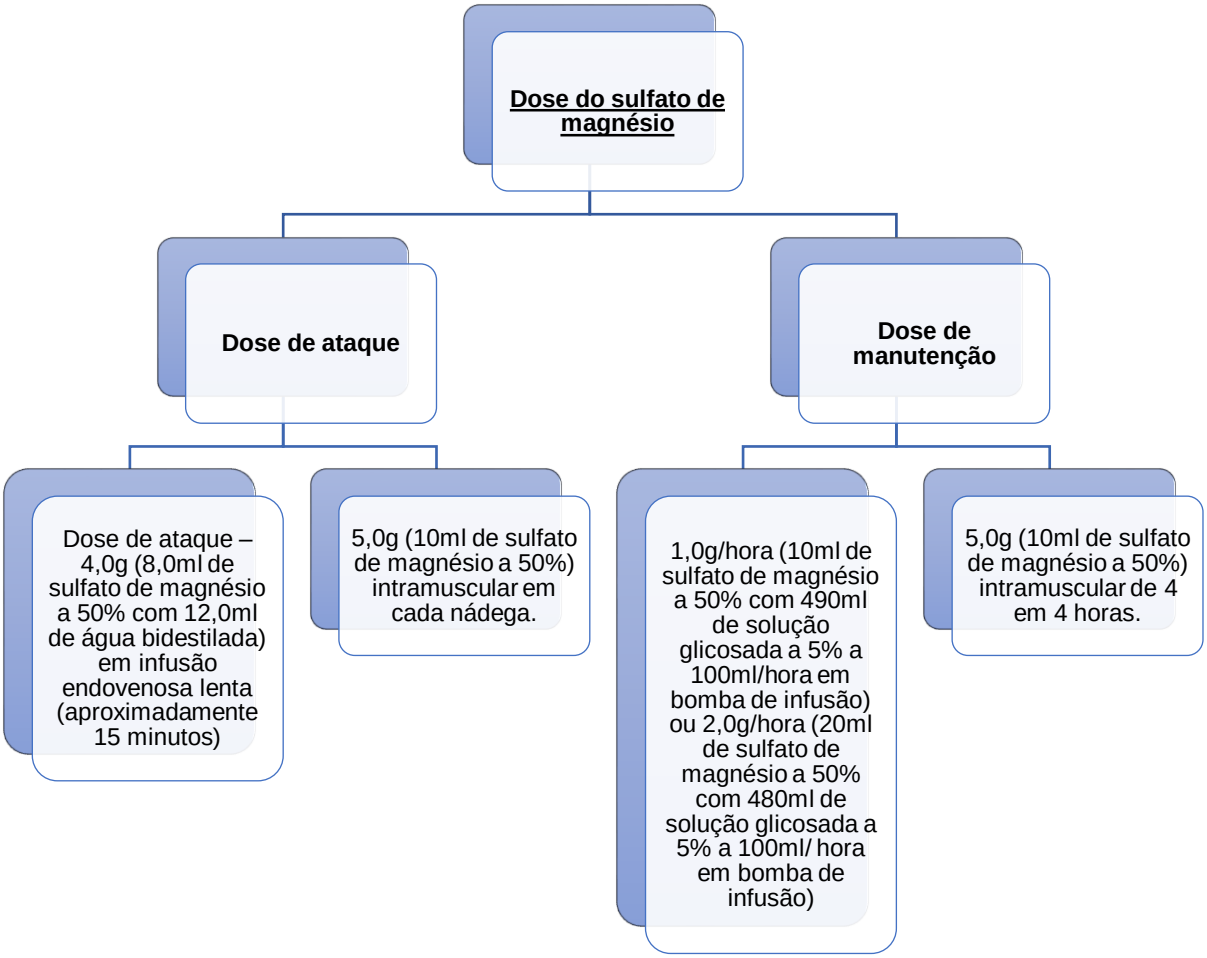
Terapia anticonvulsivante

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 patelares 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 fenil-hidantoína 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 > 600U/l), bilirrubina total > 1,2mg/dl, TGO > 70U/l.

Síndrome HELLP Incompleta:

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

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

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.

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

FIQUE ATENTO!

As manifestações como: cervicites, pólipo endocervical, ectrópio, 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 500g[2][3].

O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª 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 e 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.

[2] Manual gestação de alto risco. Disponível em: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf*
[3] Manual pré-natal de baixo risco. Disponível em: *http://bvsms.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 abortamento[4]):

Abordaremos mais detalhadamente os principais... Ok?

Tipo de aborto	Manifestações Clínicas[5]	Condutas
Ameaça de aborto	• Cólicas leves • Sangramento genital discreto • Colo impérvio • Útero compatível com a idade gestacional.	Antiespasmódico
Aborto Incompleto	• 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

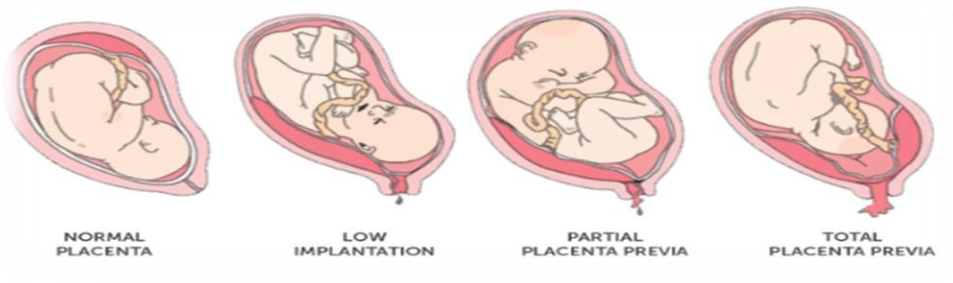
[4] Manual Ministério da Saúde Atenção Humanizada ao abortamento, 2010. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf*

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

	gestacional • Saída de restos ovulares	via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.
Aborto Retido	• Sangramento escuro • Colo impérvio • Útero menor que a idade gestacional.	**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. **Gestação com mais de 12 semanas:** Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.
Aborto Infectado	• Cólica leve/ moderada; • Febre (38ºC); • Taquicardia; • Colo dilatado com saída de restos, odor fétido e secreção purulenta.	**Antibioticoterapia** (Metronidazol, Gentamicina , Cefalotina) **Reposição volêmica**, **oxigenoterapia,** transfusão de papa de hemácias e **Tratamento Cirúrgico** (curetagem, laparotomia, histerectomia, se necessário).

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

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-hipersistolia (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).**



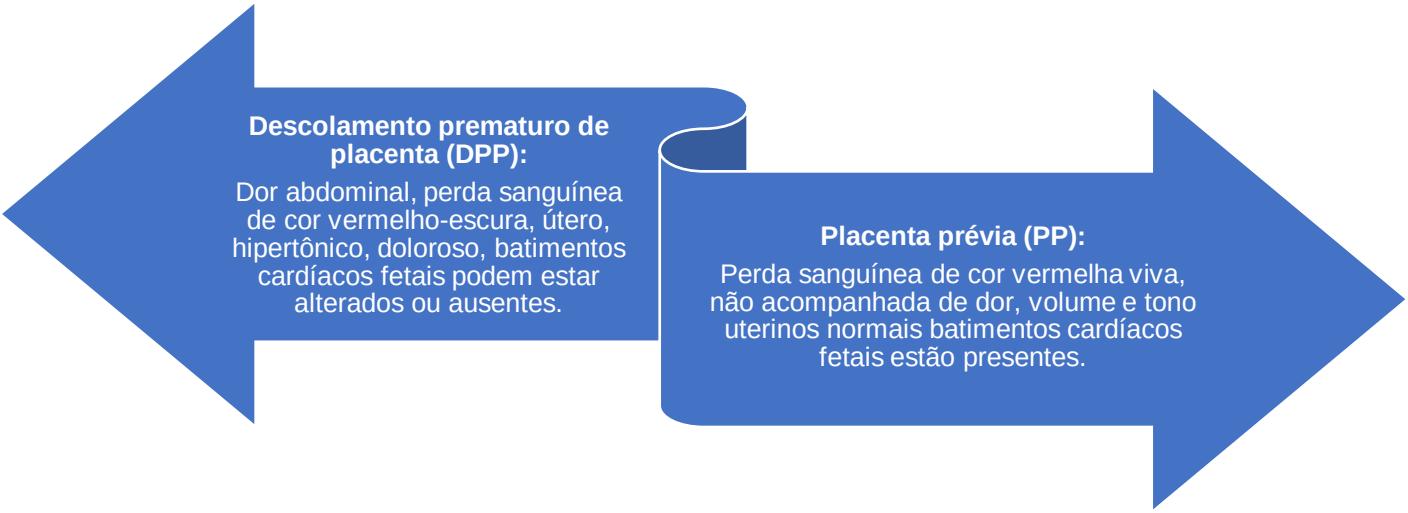
> Em 80% dos casos, o sangue desloca ou rompe as membranas e flui para o exterior, causando a hemorragia externa. Nos 20% restantes, o sangue fica totalmente retido atrás da placenta, caracterizando a hemorragia oculta.

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...



Diabetes gestacional

Galera, a diabetes gestacional[6] 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).**

[6] 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*

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

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, cérvice 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:

1° período: Dilatação → 2° período: Expulsão → 3° período: Dequitação → 4° período: Greenberg

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 t**ransparente** – 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:

Miotamponamento:
- Ocorre após a expulsão da placenta, o útero se contrai e é palpável entre o pubis e a cicatriz umbilical.
- Ocorre a ligadura dos vasos uterinos por retração das fibras musculares

Trombotamponamento:
- É a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo hematoma intrauterino que recobre a ferida no sítio placentário

Indiferença miouterina:
- Momentos intercalados de contração e relaxamento uterinos para expulsar acúmulos de sangue no seu interior

Contração uterina fixa:
- O útero adquire maior tônus e forma o globo de segurança de Pinard.
- Os vasos sanguíneos ficam fixamente obstruídos.

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 **lóquios** que até o **5° dia pós-parto são sanguinolentos** (semelhantes à menstruação) entre o **5° e 10° dia apresentam-se serosanguinolentos** e a partir da **10° semana adotam aspecto seroso**.

A **atonia 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.

ESCLARECENDO!

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 mão 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.

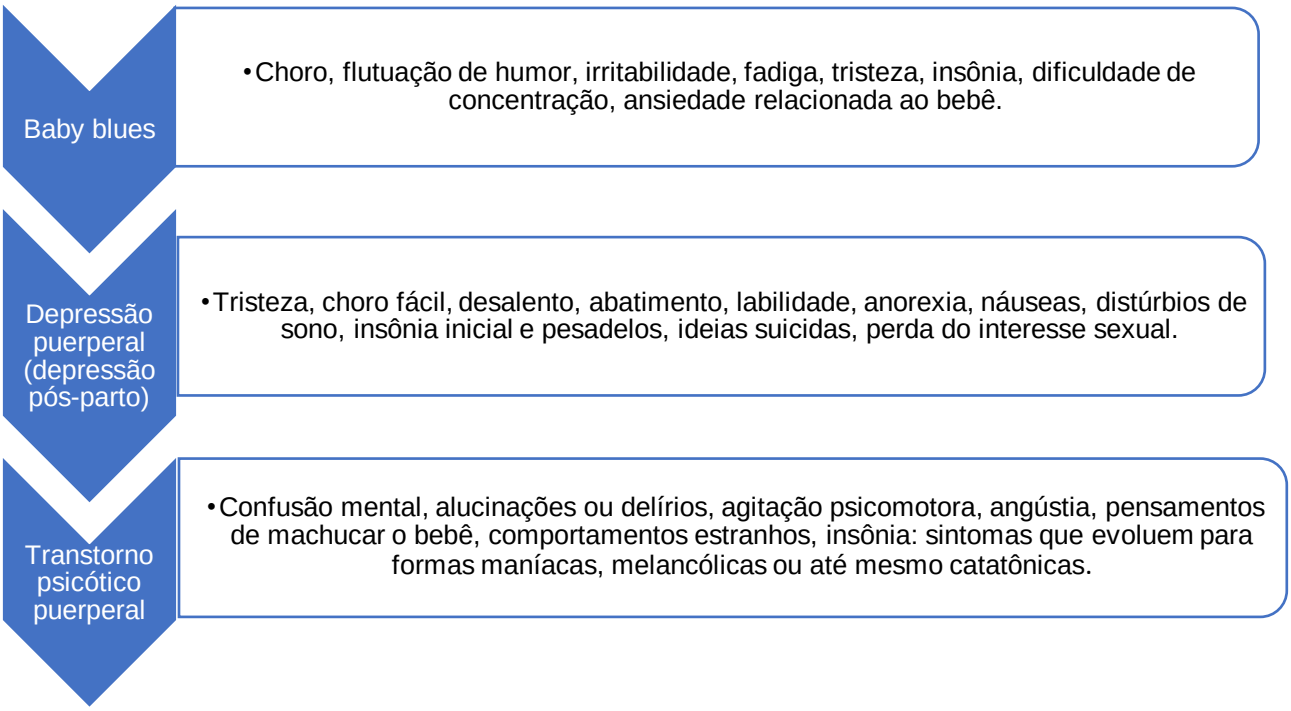
*Portanto, não confunda: devemos aplicar a **imunoglobulina anti-D** quando a **Mãe for Rh - e o Bebê Rh + e coombs –.***

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 sabiam 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?

No Brasil, 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. 9° 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

Segundo esta lei, a esterilização cirúrgica (ligadura tubária ou vasectomia) só poderá ser realizada em homens e mulheres com capacidade civil plena e com mais de 25 anos idade ou

com pelo menos dois filhos vivos, com período mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

Métodos contraceptivos

Os **métodos contraceptivos**[7] 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:

Métodos temporários	
Hormonais	• Orais Combinados (ex: monofásicos, bifásicos, minipílulas) • Injetáveis (mensais e trimestrais) • Implantes subcutâneos • Percutâneos (adesivos) • Vaginais (comprimidos e anel) • Sistema liberador de levonorgestrel (SIU)
Barreira	• Feminino (diafragma, espermaticida, esponjas, capuz cervical, preservativo feminino

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

	• Masculino (preservativo masculino)
Intrauterinos	• DIU de cobre • Diu com levonorgestrel
Comportamentais ou naturais	• 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**	

Vasectomia

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.

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 HPV[8] (papilomavírus humano).

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 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.

[8] 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*

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.

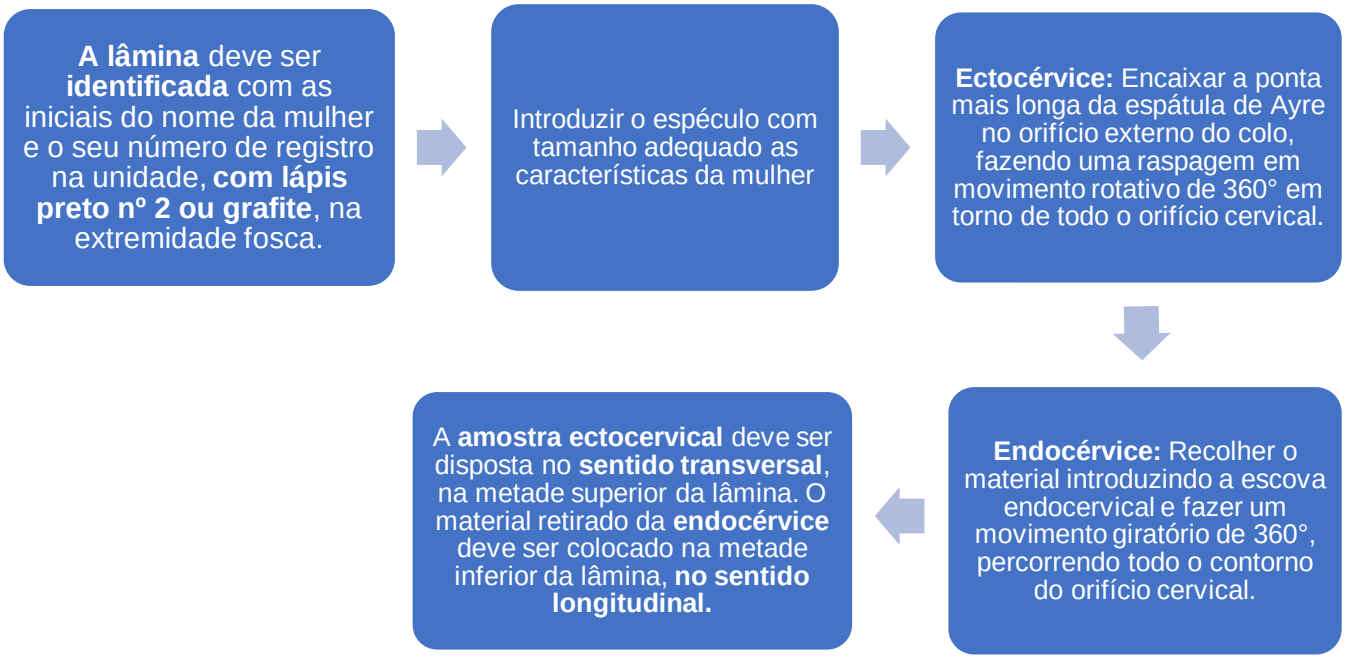
Além disso, a realização de **exames intravaginais**, como a **ultrassonografia**, também deve ser **evitada nas 48 horas anteriores** à coleta devido à utilização do gel para a introdução do transdutor.

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 condutas[9] devem ser seguidas:

[9] Inca: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016).

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

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

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 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®)**[10]. Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta.

Categoria	Interpretação	Condutas recomendadas

[10] Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.
Disponível em: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_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**[11] 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**.

[11] Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. 2008.
Disponível em: *http://bvsms.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:

Ressecamento vaginal → **Prurido** → **Irritação** → **Ardência** → **Sensação de pressão** → **Dor durante a relação sexual** (dispareunia)

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

QUESTÕES COMENTADAS

1- (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 1° 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.

2- (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 colpocitopatolo□gico nas gestantes deve ser realizada antes de 20ª semana de gestação.

3. ( ) A vacina contra a influenza não e□ recomendada para as gestantes em qualquer peri□odo gestacional.

4. ( ) Na 16ª semana de gestação, o fundo uterino encontra-se entre a si□nfise pu□bica e a cicatriz umbilical.

5. ( ) A partir da 20ª semana, existe relac□a□o direta entre as semanas da gestac□a□o e a medida da altura uterina, mas este para□metro 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 colpocitopatolo□gico 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 e□ recomendada para as gestantes em qualquer peri□odo gestacional.

A **alternativa 4** está correta. Na 16ª semana de gestação, o fundo uterino encontra-se entre a si□nfise pu□bica e a cicatriz umbilical.

A **alternativa 5** está correta. Como vimos, a partir da 20ª semana, existe relac□a□o direta entre as semanas da gestac□a□o e a medida da altura uterina, mas este para□metro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Gabarito: **Alternativa C**

3- (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.

4- (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.

5- (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.

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 neurossífilis.

6- (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.

7-(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 sangüínea 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.

8- (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 vaginoses 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 vaginoses 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.

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

Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidi□ase vulvovaginal

2. Tricomoni□ase

3. Vaginose bacteriana

4. Vaginose citoli□tica

Coluna 2: Sinais

( ) A secrec□a□o vaginal é branca e grumosa.

( ) A secrec□a□o vaginal é acinzentada e cremosa.

( ) A secrec□a□o vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.

( ) O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lu□tea.

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 Candidi□ase 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 Tricomoni□ase 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 citoli□tica 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**

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

O climate□rio ocorre habitualmente entre os _____anos. A menopausa, e□ a interrupc□a□o_____ da menstruac□a□o, 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. Portanto, a alternativa que representa corretamente as descrições é a

Alternativa B.

11- (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**

12-(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 dessecamento 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.

13- (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) |G = 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**

14- (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.

15- (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 ºC; 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 hidrópsia 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).

16-(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.

17-(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 diazepan 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 diazepan 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.

18-(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.

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 (38ºC) 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.

19- (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 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).

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 exofítico 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.

LISTA DE QUESTÕES

1- (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.

2- (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 colpocitopatolo□gico nas gestantes deve ser realizada antes de 20ª semana de gestação.

3.( ) A vacina contra a influenza não e□ recomendada para as gestantes em qualquer peri□odo gestacional.

4.( ) Na 16ª semana de gestação, o fundo uterino encontra-se entre a si□nfise pu□bica e a cicatriz umbilical.

5.( ) A partir da 20ª semana, existe relac□a□o direta entre as semanas da gestac□a□o e a medida da altura uterina, mas este para□metro 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

3- (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.

4- (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.

5- (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.

6- (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.

7- (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.

8- (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.

9-(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.

10- (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 vaginoses 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.

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

Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidi□ase vulvovaginal

2. Tricomoni□ase

3. Vaginose bacteriana

4. Vaginose citoli□tica

Coluna 2: Sinais

( ) A secrec□a□o vaginal é branca e grumosa.

( ) A secrec□a□o vaginal é acinzentada e cremosa.

( ) A secrec□a□o vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.

( ) O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lu□tea.

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

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

O climate□rio ocorre habitualmente entre os _____anos. A menopausa, e□ a interrupc□a□o_____ da menstruac□a□o, 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- (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.

14- -(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.

15- (VUNESP/ Pref.Campinas-2019) Para responder à questão, considere o relato a seguir. Pela manhã, gestante multípara, 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.

16-(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.

17- (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) |G = 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.

18- (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.

19- (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.

20- (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 ≥300mg/24h 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.

21- (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 ºC; 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.

22-(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).

23-(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 diazepan 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.

24- (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 ictéricas, 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

25-(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.

26- (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 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).

GABARITO

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

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.