

*Guia para a sistematização da
assistência de enfermagem na
consulta de pré-natal de baixo risco*



editora
UDESC

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC

Reitor

Dilmar Baretta

Vice-Reitor

Luiz Antonio Ferreira Coelho

Pró-Reitora de Administração

Mariana Fidelis Vieira da Rosa

Pró-Reitor de Planejamento

Alex Onacli Moreira Fabrin

Pró-Reitora de Ensino

Gabriela Botelho Mager

Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Mayco Morais Nunes

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Letícia Sequinatto

EDITORA UDESC - CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Marcia Silveira Kroeff

Secretário

Marcelo Gomes Cardoso

CCT

Avanilde Kemczinski (titular)

Ana Borges de Azevedo (suplente)

CEPLAN

Delcio Pereira (titular)

Fernanda Hansch Beuren (suplente)

ESAG

Fabiano Maury Raupp (titular)

Leonardo Secchi (suplente)

FAED

Fernando Coelho (titular)

Luciana Rossato (suplente)

CEFID

Gilmar Moraes Santos (titular)

Alexandro Andrade (suplente)

CERES

Giovanni Lemos de Mello (titular)

Micheli Cristina Thomas (suplente)

CEAD

Jordan Paulesky Juliani (titular)

Cleia Demetrio Pereira (suplente)

CEAVI

Marilei Kroetz (titular)

Paulo Roberto da Cunha (suplente)

CAV

Roseli Lopes da Costa Bortoluzzi (titular)

Veraldo Liesenberg (suplente)

CESFI

Samira Kauchakje (titular)

Luis Fernando Lamas de Oliveira (suplente)

CEART

Sandra Regina Rech (titular)

Guilherme Antonio Sauerbronn de Barros
(suplente)

CEO

William Campo Meschial (titular)

Alexandre Tadeu Paulino (suplente)

EDITORA UDESC

Fone: (48) 3664-8100

E-mail: editora@udesc.br

www.udesc.br/editorauniversitaria

**GUIA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA
DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

Revisora

Janete Maria Gheller

Ficha Catalográfica:

G493 Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco / Wanderson Luís Teixeira, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Maria de Fátima Silva Vieira Martins; revisão Denise Antunes de Azambuja Zocche; design instrucional Márcia Melo Bortolato. - Florianópolis: UDESC, 2023.
68 p. : il.

ISBN: 978-65-88565-68-1

ISBN-e: 978-65-88565-69-8

Referências: p. 64-67.

1. Pré-natal. 2. Enfermagem – prática. 3. Enfermagem – Estudo e ensino. 4. Gravidez. I. Teixeira, Wanderson Luís. II. Zocche, Denise Antunes de Azambuja. III. Bortolato, Márcia Melo. IV. Título.

CDD: 618.24 - 20. ed.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Alice de A. B. Vazquez CRB 14/865
Biblioteca da UDESC

GUIA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Autores:

Wanderson Luís Teixeira

Prof^a Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Prof^a Dra. Maria de Fátima Silva Viera Martins

ORGANIZAÇÃO E APOIO:



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA

PPGENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

**Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Oeste/CEO**

Reitor: Dr. Dilmar Baretta

Centro de Educação Superior do Oeste

Diretor Geral: Dr. Cleuzir da Luz

Departamento de Enfermagem

Chefe de Departamento: Dra. Carla Argenta

**Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção
Primária à Saúde – MPEAPS**

Coordenadora: Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Subcoordenadora: Dra. Carine Vendruscolo

Autores:

Wanderson Luís Teixeira

Prof^a Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Prof^a Dra. Maria de Fátima Silva Viera Martins

Revisão:

Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Design Instrucional:

Márcia Melo Bortolato

PREFÁCIO

Caro leitor, o guia que você têm em mãos é um produto didático atualizado e essencial na prática assistencial.

Me sinto honrada com o convite de Wanderson Luís Teixeira para prefaciар “O Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco”, asseguro que esta obra certamente representará uma contribuição significativa para o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde, a partir da utilização desta ferramenta durante as práticas assistenciais ofertadas nos serviços de saúde, especialmente durante a realização do pré-natal. Vale frisar que este instrumento é extremamente útil tanto durante a atuação profissional na relação enfermeiro-paciente, bem como para o discente de enfermagem que está iniciando seu mundo na assistência ao pré-natal, por ser tratar de um guia que irá nortear adequadamente toda a sua conduta durante a realização de seu atendimento.

A perspectiva de assistência apresentada nesta obra são bem mais amplas e completas do que muitas outras publicadas sobre esta temática, tendo em vista que em toda a formação do autor enriqueceu sobremaneira as suas pesquisas, pois, com o mérito de tão jovem já ser graduado e pós-graduado tanto em Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Mestre, o Wanderson oferece nas páginas que seguem, uma dimensão única abordando teóricos e técnicas pertinentes na assistência ao pré-natal.

O Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco, está dividido em três capítulos, condizentes aos trimestres gestacionais. No primeiro capítulo aborda a assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco. O Segundo capítulo aborda a consulta de enfermagem e o manejo adequado de acordo com o período gestacional. E no terceiro capítulo é particularmente o que mais se destaca de todos, por apresentar tanta riqueza, destaca importantes protocolos, instrumentos e ferramentas que todo enfermeiro deveria ter em mãos no momento de seu atendimento.

Por estas razões, entre outras que se desvelam no conteúdo didático aqui apresentado, que com orgulho e grata satisfação apresento e recomendo a presente obra. Tenha uma agradável leitura!

Atenciosamente

Profa. Dra. Elyade Nelly Pires Rocha Camacho

Doutora em Doenças Tropicais; Mestre em Enfermagem e Esp. em Enfermagem Obstétrica; Docente Adjunta da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal do Pará; Vice-coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica; Membro do Diretoria Executiva da Associação Brasileira de Enfermagem - seção Pará. Parteira Urbana.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....9

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO..... 12

Conceitos Fundamentais para a atenção a saúde da mulher no pré-natal de baixo risco.....	14
Diagnóstico de gestação.....	15
Diagnóstico laboratorial.....	17
Como interpretar o resultado do BETA HCG - BhCG.....	17
Diagnóstico Ultrassonografico.....	18
Alterações fisiológicas da gestação.....	19
Classificação de risco gestacional.....	19

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....22

Processo de enfermagem no pré-natal de baixo risco.....	23
Fluxograma das consultas.....	25
Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e Data provável do parto (DPP).....	39
Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional.....	41
Solicitação de exames laboratoriais.....	42
Manejo e conduta frente às queixas comuns no pré-natal de baixo risco	44
Presença de edema na gestação.....	47
Prática clínica em gestantes com pré-eclâmpsia e da eclâmpsia.....	48
Avaliação pós-parto por meio da escala de depressão por Edimburgo (EPDS).....	52

PROTOSCOLOS, INSTRUMENTOS E ESCALAS UTILIZADAS NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....52

Avaliação pós-parto através da escala de depressão pós- parto – DPP, por (Edinburgh pós-natal Scale-EPDS).....	53
Calendário de Imunização materna (SUS)	55
Triagem Neonatal.....	58
Doenças identificadas na triagem neonatal ampliada.....	59
Protocolo para prescrição de medicações usadas durante a gestação pelo enfermeiro.....	61
Protocolos sobre gestantes – Covid 19.....	61
Norma Técnica – SC, para o tratamento de sífilis na gestação.....	62

REFERÊNCIAS.....64

APRESENTAÇÃO

Desde 2017, o Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (MPEAPS), vem desenvolvendo, por meio de pesquisas no *Stricto Sensu*, materiais didáticos e instrucionais, além de cursos de formação. Tais produtos têm contribuído para o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) na região oeste de Santa Catarina. Esta produção visa tornar o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc), uma instituição de referência na formação de profissionais da saúde, enfermeiros e, principalmente, na criação de produtos educacionais que atualizem e reforcem as práticas assistenciais, educativas, gerenciais e investigativas de enfermagem. Essa perspectiva tem atraído grande número de candidatos nos processos seletivos de várias partes do Estado de Santa Catarina e até, de outros Estados do país.

Como foi o caso do mestrando Wanderson Luís Teixeira, enfermeiro obstetra, natural de Belém do Pará, que veio residir e trabalhar em Santa Catarina em 2019 e que no ano de 2020 ingressou no MPEAPS, com o objetivo de se qualificar, cada vez mais, para o exercício da prática profissional avançada e transformadora, e atender sobremaneira as demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho, para promover a articulação entre a formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, e melhorar a eficácia e a eficiência das organizações públicas e privadas, por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de

inovação.

O guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco, representa um dos resultados do Trabalho de Conclusão de Curso do mestrando, que teve por objetivo desenvolver uma tecnologia educativa do tipo guia técnico, para os enfermeiros que realizam a consulta de pré-natal de baixo risco na Atenção Primária a Saúde, como um instrumento de apoio para os enfermeiros e busca ser, ao mesmo tempo, uma referência teórica para a área de atenção obstétrica e para os enfermeiros que realizam a CE no pré-natal de baixo risco, no Brasil.

O guia está organizado em três capítulos, relativos aos trimestres gestacionais, pois o pré-natal adequado deve ocorrer com, no mínimo, seis consultas, iniciando com uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro. Durante as consultas são abordados temas relacionados às modificações fisiológicas presentes na gestação e, ainda, orientações relacionadas a cada trimestre. São apresentadas, também, ações que possibilitam observar o crescimento fetal e seu desenvolvimento, reduzindo o risco de intercorrências durante a gravidez.

O 1º Capítulo, aborda: A assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco, e está organizado em sete partes. O 2º Capítulo, trata sobre a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco e se subdivide em oito partes e o 3º Capítulo, apresenta os Protocolos, instrumentos e escalas que podem ser utilizados para auxiliar na realização da CE no pré-natal de baixo risco e está

organizado em sete partes..

O conteúdo foi organizado com base no resultado obtido na etapa exploratória do estudo. A análise dos questionários aplicados com 51 enfermeiros que realizam o pré-natal na macrorregião do Grande Oeste e do Meio Oeste - SC, nortearam os temas que deveriam ser incorporados neste guia. Com as demandas detectadas, pudemos construir os conteúdos, a partir dos conhecimentos científicos que são imprescindíveis para a realização da CE no pré-natal de baixo risco, pelo enfermeiro.

Os tópicos aqui contemplados foram construídos e organizados de forma coletiva, pelo mestrando, suas orientadoras, egressas do MPEAPS e outros profissionais enfermeiros(as) especialistas na atenção a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Assim, o espírito do PPGENF, que

tem por base a colaboração para o desenvolvimento e para a qualidade da formação dos profissionais da saúde, os enfermeiros, está contemplado neste guia, nos modos de dizer e de fazer, assim como nas indicações de leitura ofertadas em cada parte.

Esperamos que os textos despertem o desafio de implementar práticas mais assertivas na CE e que animem futuros mestrandos na busca de uma atuação profissional de alta qualidade. A formação de recursos humanos, por meio dos Mestrados Profissionais em Enfermagem pode produzir mudanças, por pesquisas e projetos inovadores, como este, financiado pelo Acordo Capes Cofen Edital nº 28/2019, que está proporcionando o desenvolvimento de tecnologias e conhecimentos, que tem transformado as práticas profissionais de saúde e de enfermagem no Brasil.

Organizadores:

Enfermeiro Obstetra Wanderson Luís Teixeira

Mestrando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/
UDESC

Prof. Dra. Denise de Antunes de Azanbuja Zocche - Professora Adjunta - Departamento de Enfermagem /UDESC

Prof. Dra. Maria Fatima Silva Vieira Martins - Professora Adjunta - Escola Superior de Enfermagem /Universidade do Minho-Portugal

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O pré-natal de baixo risco, realizado pelo enfermeiro, contempla, principalmente, ações assistenciais e educativas e, ainda, aquelas relacionadas ao gerenciamento das equipes de ESF e investigativas, com vistas a melhorar a tomada de decisão e a qualidade da atenção à saúde da mulher, na Atenção Primária a Saúde (ZOCCHÉ et al., 2021).

Investigativa

Que revela os aspectos a serem melhorados ou criados para garantir uma atenção obstétrica de qualidade com eficiência.

Educativa

Que se constitui nas ações de educação em saúde, que garantam o vínculo do enfermeiro e gestante.

Assistencial

Expressa pelas ações realizadas, por meio da consulta de enfermagem (CE).

Gerencial

Que se constitui nas ações de educação em saúde, que garantam o vínculo do enfermeiro e gestante.



Saúde da Família

Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como um arquétipo assistencial que remete para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção do atendimento pré-natal humanizado (SOUSA et al., 2021).



Fonte: Saúde da Família: um retrato, MS, 2009.

de proporcionar a construção de vínculo com a gestante, a fim de favorecer a adesão ao pré-natal (COSTA et al., 2021).

O Enfermeiro é o profissional integrante da equipe da ESF, cuja função tem importante influência nos desfechos perinatais, na medida em que é capaz de identificar situações de risco e agravos à saúde da gestante, que interferem na qualidade da consulta pré-natal (COSTA et al., 2021).

Para tanto, é importante que a assistência de enfermagem seja pautada em evidências científicas, tornando, assim, a atenção ao pré-natal resolutiva e capaz

As competências para o desenvolvimento de ações assistenciais, gerenciais, educativas e investigativas são necessárias para a qualificação do pré-natal realizado pelos enfermeiros. Portanto, é necessário que o enfermeiro busque, cada vez mais, desenvolver suas habilidades, por meio da aquisição do conhecimento, pela busca de evidências para fundamentar suas práticas e para a tomada de decisão. Assim, conseguirá prestar assistência de enfermagem humanizada, eficiente e eficaz na atenção a saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2020).

Entendemos que o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de extremas mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia nas suas particularidades. Tais transformações

podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, curiosidade em saber o que acontece no processo de transformação corpórea. Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas (FÉLIX, 2019). A consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se à escuta ativa das gestantes, transmitindo, nesse momento, o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir seu processo como protagonista. A maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da gestante e sua família (BRASIL, 2016).

Conceitos Fundamentais para a atenção a saúde da mulher no pré-natal de baixo risco

No Brasil, em 2017, por meio da Portaria nº 2.436, de setembro de 2017, o Ministério da Saúde (MS) recomendou que o acompanhamento pré-natal de risco habitual seja desenvolvido, exclusivamente, pela equipe da APS. Então, cabe a APS, desenvolver ações de saúde em um território definido e direcionadas a indivíduos, famílias e a coletividades. Incluiu nas atribuições, promover ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Nesse contexto, a gestante necessita estar vinculada à equipe da área de abrangência da sua residência, sendo as ações de pré-natal uma competência de todos os membros da equipe, e as consultas de acompanhamento são de responsabilidade do enfermeiro e do médico (BRASIL, 2016).

Em relação às competências do enfermeiro no período pré-natal de risco habitual, essas são direcionadas tanto às mulheres quanto às suas famílias. Dentre as competências, destacam-se as orientações às mulheres e às suas famílias acerca da importância de realização do acompanhamento pré-natal e da periodicidade das consultas; a solicitação de exames complementares, de acordo com o protocolo local; o desenvolvimento de atividades educativas, individuais e grupais; e orientações às gestantes quanto aos sinais de alarme e fatores de risco (BRASIL, 2012). De forma a possibilitar a qualidade do atendimento pré-natal, o Ministério da Saúde, implementou em 2011, uma estratégia denominada Redes de Atenção a Saúde, a Rede Cegonha, que prevê um conjunto de ações que visam estruturar uma rede de cuidados para garantir, às mulheres, uma atenção qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Já para a saúde das crianças, assegura o nascimento seguro e seu crescimento e desenvolvimento saudáveis até os dois anos de vida (BRASIL, 2013).



Fonte: Google Imagem, 2022.

A Rede Cegonha como inovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459, tem como objetivo os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema

logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo que prevê o acompanhamento (BRASIL, 2011).



Contudo, ressalta-se que, para que isso aconteça com eficiência, as unidades básicas de saúde precisam estar equipadas, com profissionais qualificados e atualizados na sua área de conhecimento.

Diagnóstico de gestação



O diagnóstico precoce de uma gestação é fundamental para uma assistência pré-natal de qualidade, pois possibilita o início precoce do acompanhamento pré-natal e dos cuidados que visam à promoção da saúde materno-fetal. Além disso, o diagnóstico precoce permite a identificação correta da idade da gestação, dado que é decisivo em diversas situações clínicas e obstétricas ao longo da gestação (MONTENEGRO, 2017)

O diagnóstico de gestação é baseado em dados clínicos (história e exame físico) e testes laboratoriais. Apesar de ser menos sensível e específica do que os testes laboratoriais, a avaliação clínica de sinais e sintomas fornece subsídios iniciais a respeito do grau de probabilidade de tratar-se realmente de gestação ou sobre a necessidade de buscar diagnósticos alternativos (MONTENEGRO, 2017).



O diagnóstico precoce e a datação correta da gestação são fundamentais para uma assistência pré-natal adequada.

A história típica é a de uma mulher na menacme, com vida sexual ativa e queixa de amenorreia ou atraso menstrual. A suspeita de gestação aumenta nos casos em que as relações sexuais são desprotegidas, tanto pelo uso irregular como pelo não uso de método de contracepção. Os sinais e sintomas de gestação podem ser classificados como sintomas de presunção, sinais de probabilidade e sinais de certeza de gestação (MONTENEGRO, 2017).

Tabela 1 - Sinais e sintomas

Sintomas de presunção

- » Náuseas e vômitos (no 1º trimestre e, tipicamente, durante a manhã com alívio ao longo do dia).
- » Alterações mamárias (aumento do volume e aumento da sensibilidade nas mamas).
- » Alterações urinárias (polaciúria e nictúria).
- » Percepção de movimentos fetais pela paciente.
- » Mudanças no apetite (desejos alimentares Pica).
- » Fadiga, tontura, sialorreia, distensão abdominal e constipação, dispneia, congestão nasal, câimbras e lombalgia.

Sinais de presunção

- » Amenorreia (atraso menstrual de 10-14 dias).
- » Alterações mamárias (congestão e mastalgia, pigmentação das aréolas e surgimento dos tubérculos de Montgomery, aparecimento de colostro, rede venosa visível).
- » Alterações na vulva e na vagina (sinal de Chadwick– coloração violácea vaginal, cervical e vulvar).
- » Alterações no muco cervical (maior quantidade de muco e ausência de cristalização com padrão arboriforme).
- » Alterações cutâneas (estrias, hiperpigmentação da face – cloasma e linha nigra).

Sinais de probabilidade

- » Alterações em forma e consistência do útero – sinal de Hegar (flexão do corpo sobre o colo uterino no toque bimanual) e sinal de Nobile-Budin (preenchimento do fundo de saco vaginal pelo útero percebido ao toque vaginal).
- » Consistência cervical amolecida.
- » Aumento do volume abdominal

Sinais de certeza

- » Ausculta de BCF (pela US transvaginal a partir da 6ª/7ª semana; pelo sonar doppler a partir da 10ª semana de gestação; e pelo estetoscópio de Pinard, a partir da 18ª/20ª semana).
- » Sinal de Puzos (rechaço fetal intrauterino).
- » Percepção de movimentos e partes fetais pelo examinador (a partir da 18ª/20ª semanas).

Para fins didáticos, o diagnóstico da gestação será dividido em:

- » diagnóstico laboratorial (hormonal);
- » diagnóstico clínico; e
- » diagnóstico ultrassonográfico.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial de gestação é baseado na detecção do hormônio produzido na gravidez, conhecido pela sigla-HCG, que significa gonadotrofina coriônica humana, presente na urina ou no sangue. Ambos têm alta sensibilidade, porém, testes urinários são menos sensíveis do que os séricos. O HCG é uma glicoproteína composta por duas subunidades, (muito semelhante às subunidades: do LH, TSH e FSH) e (detectada nos testes de gestação). O HCG é produzido pelo trofoblasto e aparece na circulação materna pouco após a implantação trofoblástica, tornando-se detectável no plasma ou na urina em 8 a 9 dias após a ovulação. Níveis plasmáticos menores do que 5 mUI/mL são considerados negativos, e maiores do que 25 mUI/mL são considerados positivos. Níveis intermediários indicam repetição

do teste. Os níveis de HCG crescem exponencialmente nas primeiras semanas, atingindo um pico de até 150.000 mUI/mL em torno de 8 a 10 semanas. Entre a 10^a e 20^a semana, os níveis tendem a decair e mantêm-se estáveis a partir da 20^a semana (MONTENEGRO, 2017).

Muitas mulheres procuram o serviço de saúde depois de terem realizado um teste de gravidez vendido em farmácias. Apesar de informações de fabricantes divulgarem uma precisão desse exame de até 99%, alguns estudos têm demonstrado sensibilidade de apenas 75% ou menos, quando utilizados em situações reais, pelas próprias pacientes. A causa mais comum de testes falso-negativos é a sua realização muito precoce, quando os níveis de HCG ainda estão muito baixos (MONTENEGRO, 2017).

Como interpretar o resultado do BETA HCG - BhCG

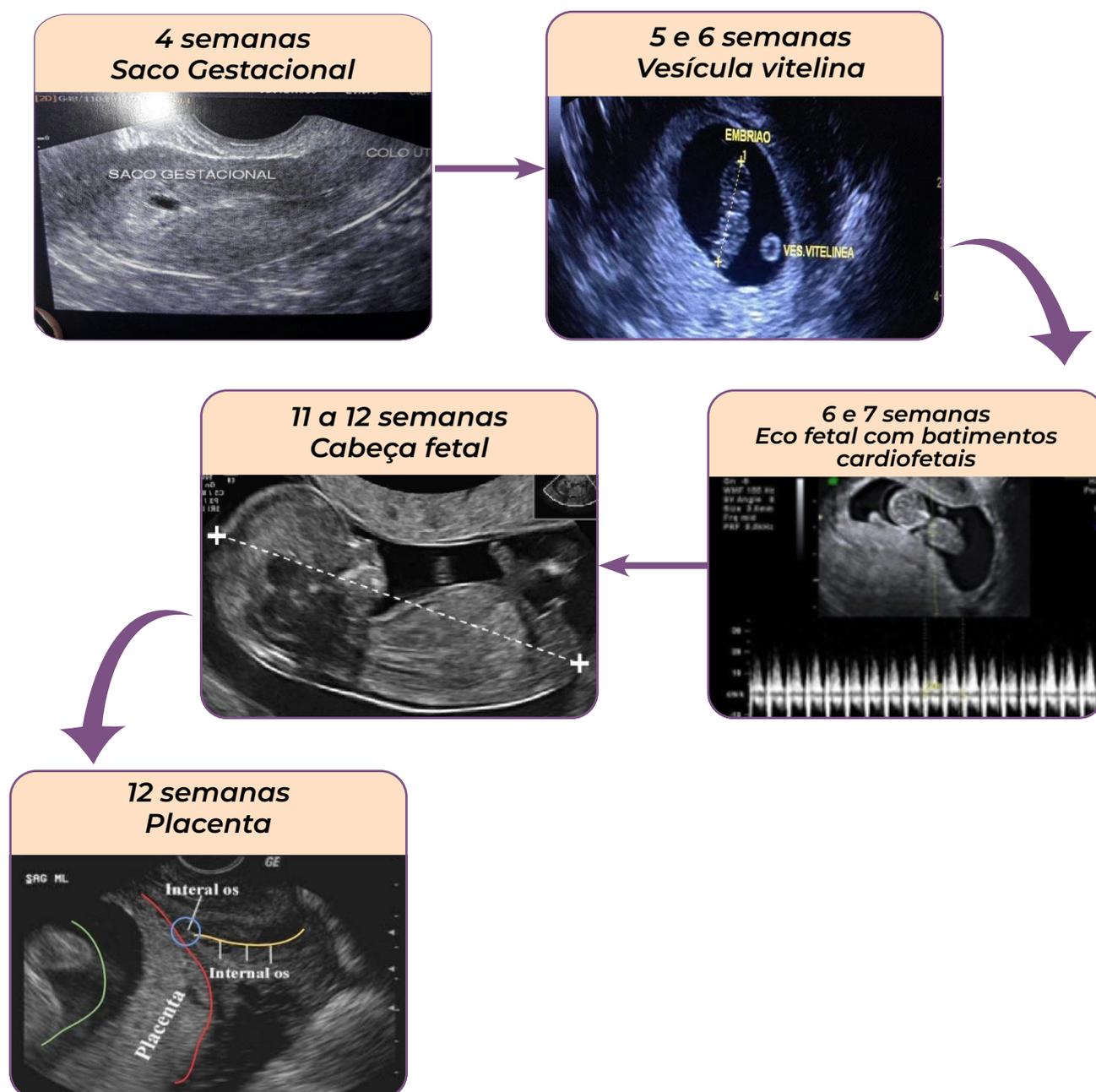
Valores de beta hCG abaixo de 5 mIU/ml são negativos, ou seja, descartam gravidez.

Valores entre 5 e 25 mIU/ml são indefinidos e podem significar gravidez muito recente, quando ainda não houve tempo do hormônio ser suficientemente produzido para ser detectado no sangue. Nesses casos, deve-se repetir o teste depois de três a cinco dias.

Valores acima de 25 mIU/ml são positivos e indicam gravidez em curso.

Diagnóstico Ultrassonografico

No diagnóstico laboratorial, a detecção da gonadotrofina coriônica humana (hCG) no plasma e na urina materna constitui a base do diagnóstico laboratorial na gravidez. A dosagem da fração beta de gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou-se um teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. A ultrassonografia obstétrica pode ser realizada por via transabdominal ou transvaginal. Atualmente, a preferência é pela transvaginal, que permite uma melhor visualização das estruturas ovulares. Por meio da ultrassonografia transvaginal podemos identificar, de acordo com a idade gestacional, estruturas importantes (FREITAS, 2017).



Alterações fisiológicas da gestação

Há alterações fisiológicas que ocorrem em todas as gestações e acometem a maioria dos sistemas do organismo e, ainda, podem gerar sintomas desconfortáveis para a gestante. Essas alterações podem se apresentar como queixas nas consultas de pré-natal. Portanto,

elas precisam ser conhecidas pelo pré-natalista, a fim de que ele possa diferenciar as alterações patológicas das fisiológicas. As principais alterações fisiológicas são: pele e anexos; sistema musculoesquelético; sistema digestivo; sistema circulatório; e sistema geniturinário (MONTENEGRO, 2017).

Classificação de risco gestacional.

Um pré-natal de alto risco se refere ao acompanhamento que será feito com uma gestante que tem uma doença prévia ou adquirida durante a gravidez, que sugere que essa seja uma gravidez de risco. Assim, basicamente, se enquadram em pré-natal de risco, três condições: as mulheres com doenças crônicas prévias à gestação; aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco; e aquelas que identificam, no curso da gravidez, uma condição ou doença que oferecerá risco para ela e para o bebê (BRASIL, 2016).

A gestação é um processo fisiológico que produz mudanças físicas, sociais e emocionais. O pré-natal tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil e, para isso, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional (BRASIL, 2016).

Segundo os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde (2013):

» nos casos em que não há

- necessidade de se utilizar alta
- » densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período;
 - » a classificação de risco gestacional pode ser entendida como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, que contempla, nesse cenário, o

acolhimento e, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes, para melhor atender às necessidades singulares de cada gestante. Nessa perspectiva, a secretária de saúde do Estado de Santa

Catarina, criou um instrumento de estratificação de risco gestacional para melhor classificar o risco das gestantes atendidas na rede municipal de saúde.



Dessa forma o acolhimento com classificação de risco promove agilidade na assistência e definição dos cuidados de enfermagem e da necessidade de encaminhamento para a rede de atenção à saúde. Sendo assim, é indispensável que o enfermeiro avalie o risco constantemente, ou seja, em todas as consultas de enfermagem

Segue o link:



<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/classificacao-de-risco/18742-anexo-1-instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional/file>

Encerramos aqui o 1º Capítulo: Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco em relação ao 1º trimestre. Você conheceu alguns conceitos fundamentais para a atenção a saúde no pré-natal de baixo risco, as especificidades do diagnóstico de gestação, diagnóstico laboratorial e diagnóstico ecográfico. Também

apresentamos como interpretar o resultado do BETA HCG – BhCG e as alterações fisiológicas da gestação, a classificação de risco gestacional e os protocolos da atenção básica/saúde das mulheres para a consulta de enfermagem à gestante de risco habitual.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Segundo orientações dos protocolos da atenção básica/saúde das mulheres, publicado pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao acompanhamento pré-natal de risco habitual, este pode ser realizado integralmente pelo enfermeiro, de acordo com a legislação brasileira do exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 2016).

Conforme a Lei do Exercício Profissional é privativo do enfermeiro, entre outros, fazer consulta de enfermagem e sua prescrição assistencial; e, como integrantes da equipe de saúde, prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, assim como prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1987).

Para tanto, o enfermeiro deve elaborar o plano de assistência na consulta de acompanhamento pré-natal, conforme as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando para outros serviços, também promovendo a interdisciplinaridade das ações, estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização no cuidado prestado. (BRASIL, 2016).

Seu principal objetivo é garantir uma gestação saudável, acolhendo a mulher desde o início da gravidez,

assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. A realização da consulta de pré-natal é importante para auxiliar na detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos maternos fetais. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde (JARDIM et al 2018).

Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Nesse sentido, deverão ser fornecidos pelo serviço de saúde onde essa gestante começará seu pré-natal (BRASIL, 2016).

Vale a pena salientar que os principais objetivos do pré-natal de risco habitual, é preparar a mulher para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (puericultura).



Processo de enfermagem no pré-natal de baixo risco

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma (BRASIL, 2012).

- » Até 28ª semana – mensalmente;
- » Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- » Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.

O cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo.

O calendário de vacinas e suas orientações.

A solicitação dos exames de rotina.

As orientações sobre a sua participação nas atividades educativas – reuniões em grupo e visitas domiciliares.

O agendamento da consulta médica para pesquisa de fatores de risco.



Nesse sentido podemos perceber que quando bem realizado o pré-natal conseguimos detectar problemas fetais, como más formações. Algumas delas

quando detectadas em fases iniciais, permitem o tratamento intrauterino que poderá proporcionar ao recém-nascido uma vida normal.



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

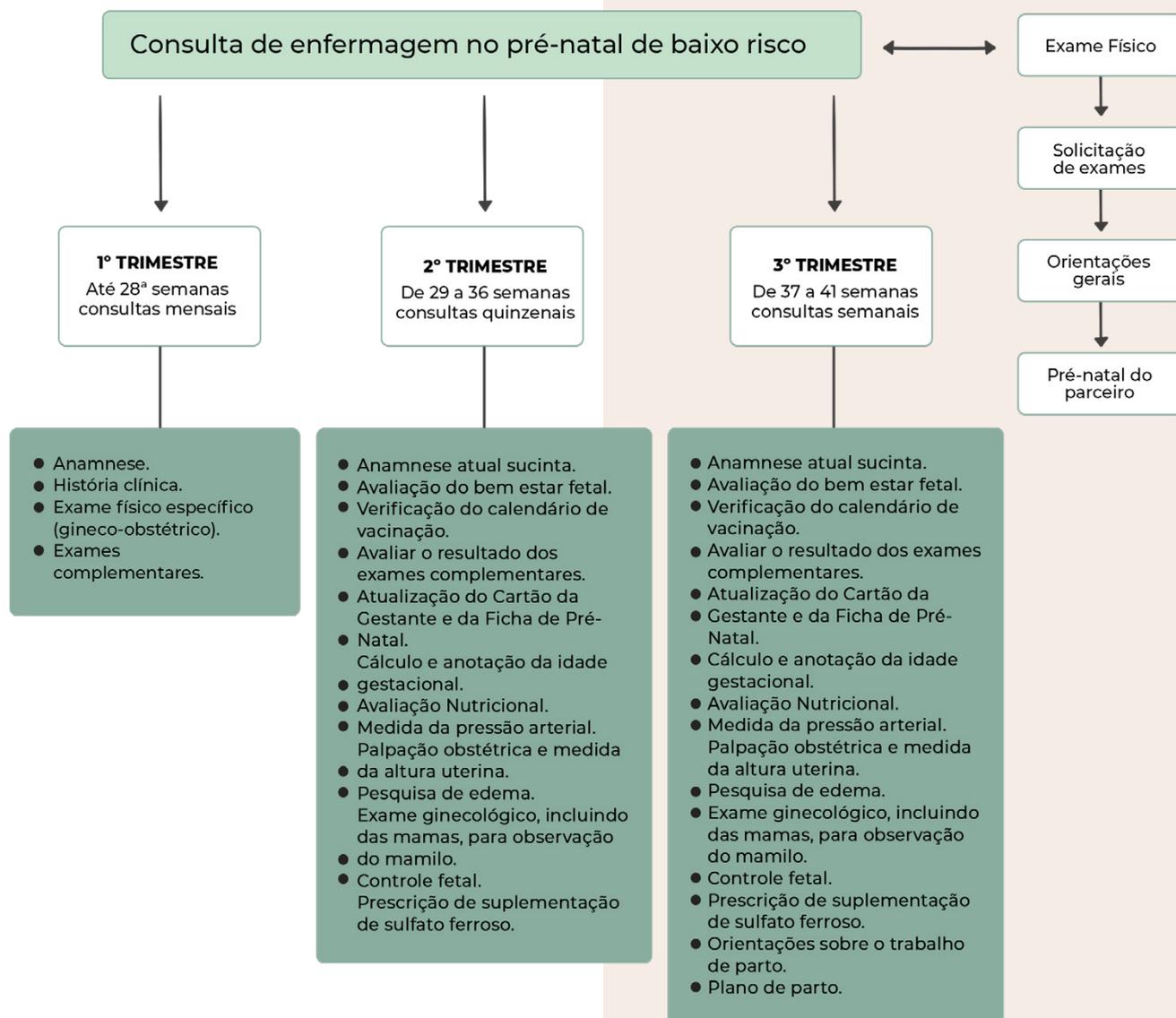
Conforme recomendação do MS, a consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada de forma privativamente pelo enfermeiro, e tem como primordial objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.



O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo. (BRASIL, 2016).

Fluxograma das consultas



Fonte: autor, 2022

Entrevista, Roteiro e Exame Físico.

A entrevista o roteiro e o exame físico são instrumentos extremamente necessários para que se avalie de forma técnica as ações e tomada de decisões, pois permite o enfermeiro validar os achados da anamnese, identificar problemas, definir diagnóstico de enfermagem, planejar e implementar ações de enfermagem e acompanhar a evolução do paciente. Esta etapa é sumamente relevante, pois procura-se por anormalidades, sinais objetivos e verificáveis que possam conter informações sobre os problemas de saúde significativos para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, subsídios essenciais para o planejamento da assistência e como resultado final a melhora do cliente (SANTOS et al 2018).

Roteiro para entrevista

1

A gestante com centro do processo partitivo:

- » Pensamentos, sentimentos, temores expectativas e preocupações sobre a gravidez e processo se materno.
- » Planejamento da Gravidez planejada ou desejada.
- » Mudanças fisiológicas:
 - Sentimentos sobre experiências de gravidez e maternidade no processo parturitivo.
 - Expectativas em relação ao pré-natal.
 - História do nascimento.
 - Expectativas em relação ao parto e nascimento.



2

Os Ciclos de vida e da Familiar:

- » Planejamento ou expectativas quanto ao apoio durante a gravidez e compartilhamento das responsabilidades com o novo “bebe” que esta sendo gestado.
- » Alterações esperadas no Ciclo familiar.

3

Idade Gestacional:

- » A data pela DUM pode ser considerada confiável se o primeiro dia da última menstruação for conhecido e os ciclos forem regulares.
- » Caso a DUM seja desconhecida, a mulher tenha ciclos irregulares, ou haja incompatibilidade entre a IG estimada pela DUM e os achados do exame físico, deve-se solicitar USG para definição da idade gestacional.



4

Sinais e sintomas e queixas na gestação:

- » Tontura.
- » Dor mamária.
- » Dor lombar.
- » Alterações no padrão de sono.
- » Dor pélvica.
- » Náuseas e vômitos.
- » Prisão de ventre e/ou flatulência.
- » Queixas urinárias.
- » Salivação excessiva.
- » Pirose.
- » Corrimento vaginal.



5

Antecedentes clínicos:

- » Rubéola e outras doenças infecciosas.
- » Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias e cirurgia bariátrica.
- » Diabetes, hipertensão, cardiopatias.
- » Trombose venosa.
- » Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo.
- » Hemopatias.
- » Doenças autoimunes, doenças respiratórias, doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal e infecção urinária, ISTs, tuberculose, hanseníase e malária.

6

Antecedentes ginecológicos:

- » Intercorrências em gestações anteriores.
- » Intercorrências no puerpério.
- » Experiência em partos anteriores e história de amamentação.
- » Ciclos menstruais.
- » História de infertilidade.
- » Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino (mulheres > 25 anos).
- » Malformações uterinas, cirurgias ginecológicas, mamária, implantes e antecedente de doença inflamatória pélvica.



7

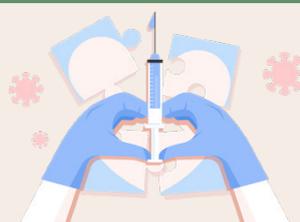
Saúde sexual:

- » Práticas sexuais.
- » Medidas de proteção para IST.
- » Intercorrências como dor, desconforto nas relações sexuais.
- » Desejo e prazer sexual.

8

Estado vacinal:

- » Vacinal: dT/dTpa, hepatite B e influenza.



9

História Familiar:

- » Grau de parentesco com o pai do bebê.
- » Câncer de mama ou ovário.
- » Deficiência e malformações.
- » Parceiro com ISTs Hanseníase.
- » Doença neurológica.
- » Pré-eclâmpsia.
- » Hipertensão.
- » Tuberculose.

10

Tabagismo e exposição à fumaça:

- » Exposição ambiental à fumaça de cigarro.
- » Para as fumantes, discutir o uso do tabaco e os riscos para a gestação. Fornecer informações sobre formas de cessar o uso; incentivar participação de grupos de apoio para cessar o tabagismo.



11

Hábitos nutricionais:

- » Hábitos alimentares.

12

Uso de álcool e outras drogas:

- » Atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).



13

Condições de vida e trabalho:

- » Renda.
- » Estresse e jornada de trabalho, vínculo empregatício.
- » Exposição a agentes nocivos.
- » Beneficiário de programa social (Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou Bolsa Família).

14

Saúde Bucal:

- » Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras queixas



Exame Físico

1

Ganho de peso (Todas as consultas):

- » Sempre o peso da gestante, calculando o índice de massa corporal (IMC – anotar no gráfico de IMC x Idade gestacional, avaliar o estado nutricional, segundo curva específica).
- » Quando o ganho for maior que o esperado, deve-se orientar minuciosamente a gestante quanto aos hábitos alimentares e de vida. O profissional deverá estar atento a este sinal de alerta, que pode evidenciar a possibilidade de pré- eclâmpsia ou diabetes.



2

Pele e mucosas:

- » Cloasma
- » Tumorações
- » Manchas Cor
- » Lesões
- » Hidratação
- » Turgor



3

Cabeça e pescoço:

- » Inspeção e palpação de crânio, face, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, cavidade oral, tireoide e Linfonodos.



4

Tórax:

- » Inspeção: alterações e assimetrias, padrão respiratório.
- » Palpação: presença de nódulo, massas ou sensibilidade, frêmito tóraco-vocal.
- » Percussão: percutir os campos pulmonares e estimar a excursão diafragmática.
- » Ausculta pulmonar e cardíaca



5

Mamas:

- » Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa.
- » Palpação de mamas, região supra clavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.
- » Tipo de mamilo; Sinal de Hunter; Rede de Haller; Presença de Tubérculos de Montgomery e Expressão.
- » Mamilar deve ser realizada rotineiramente se houver história de secreção espontânea ou presença de nódulos, devendo ser registrado a cor, consistência, quantidade e local exato.



Vale a pena salientar que o exame físico obstétrico o exame do abdome, que inclui sua inspeção, palpação, mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF). O fundo uterino torna-se palpável entre a 12^o e a 16^o semana e o BCF audível com sonar a partir de 10-12 semanas. A altura

uterina deve ser avaliada e registrada em gráfico, conforme orientação abaixo, em todas as consultas. Depois que o BCF torna-se audível, caso não seja encontrado em alguma consulta a gestante deve ser encaminhada para avaliação na urgência obstétrica de referência (MONTENEGRO, 2017).

6

Abdome:

- » Inspeção, Palpação, mensuração e ausculta obstétrica.



A medida da altura uterina (AU) a cada consulta, de preferência pelo mesmo examinador, é uma maneira fácil e universalmente acessível de acompanhar o desenvolvimento fetal.

O registro gráfico da AU permite monitorar o desenvolvimento normal do feto conforme a IG e detectar desvios de crescimento (FREITAS et al 2017).

7

Altura Uterina:

- » Avalia a evolução gestacional, o que permite saber a idade da gravidez e acompanhar o crescimento fetal, bem como suspeitar de gemelaridade, e do excesso do líquido amniótico (polidrâmnio).

Técnica para realizar a mensuração da AU:

- » Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- » Corrigir a comum dextroversão uterina por meio da palpação uterina.
- » Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- » Deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão.
- » Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.
- » Anotar a medida (em centímetros) no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina.

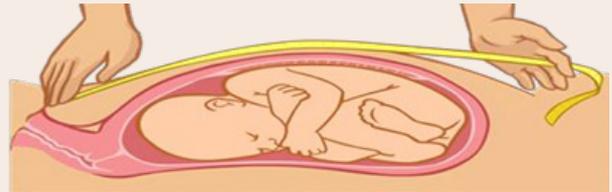
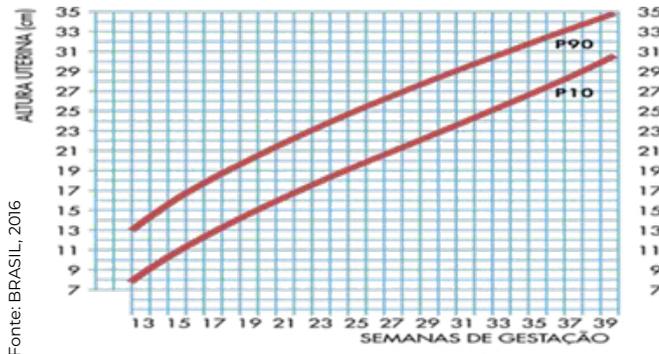


Adotamos como padrão de referência a curva de altura uterina de acordo com a idade gestacional apresentada por Opperman e colaboradores (2006), que se

fundamentam na avaliação de mais de 3.500 gestantes em um estudo multicêntrico, em seis capitais brasileiras, para rastreamento do diabete gestacional (EBDG).

Nessa curva, observam-se valores superiores aos encontrados na curva anteriormente adotada (desenvolvida pelo CLAP – Centro Latino-Americano de Perinatologia) e, portanto, reflete

mais fielmente o padrão de crescimento uterino das gestantes brasileiras. Temos como limites de normalidade o percentil 10 para o inferior e o percentil 90 para o superior (FREITAS et al 2017).



Importante: Após 20 semanas de gravidez, a medida da altura uterina frequentemente coincide com o número de semanas de gestação. Por exemplo, se você está grávida de 29 semanas, o profissional que a acompanha (enfermeiro e médico) espera que sua altura do fundo seja de aproximadamente 29 centímetros. Na realidade, para fins práticos consideramos que a altura uterina é igual a idade gestacional (BRASIL, 2017)

A cada consulta, deve-se marcar no gráfico o ponto de intersecção da AU com a IG e atentar-se está situado entre os percentis 10 e 90. Caso a AU siga aumentando em um mesmo percentil saudável, deve-se seguir o calendário mínimo de pré-natal (como qualquer gestação de baixo risco). Caso ocorra queda ou elevação abrupta em uma curva que vinha evoluindo normalmente, deve-se atentar para um possível erro na medida e prosseguir investigação diagnóstica se a medida estiver correta. Uma medida que gera um ponto acima da curva superior

(percentil 90) deve chamar atenção para alterações. Se o crescimento estiver evoluindo acima da curva superior, porém com a mesma inclinação da curva, é possível que a IG seja maior do que a estimada. Uma inclinação maior do que a curva superior, isto é, um crescimento uterino acima do esperado e ascendente, acontece na gestação múltipla, na hidrocefalia, no polidrâmio, na doença trofoblástica gestacional, na macrossomia, ou na miomatose uterina (MONTENEGRO, 2017).

Tabela 2 - Correlação entre o tamanho uterino e a IG

Semanas	Tamanho uterino
Até a 6ª semana de gestação	Não ocorre alteração do tamanho uterino.
Na 8ª semana	O útero corresponde ao dobro do tamanho normal.
Na 10ª semana	Corresponde a três vezes o tamanho habitual.
Na 12ª semana	Ocupa toda a pelve, sendo palpável na sínfise púbica.
Na 16ª semana	Encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.
Na 20ª semana	Situa-se na cicatriz umbilical.
A partir da 20ª semana	Existe uma relação aproximada entre as semanas de gestação e a medida da altura uterina, e quanto mais próximo ao término da gestação, menos fiel é a correspondência.

Fonte: BRASIL, 2016

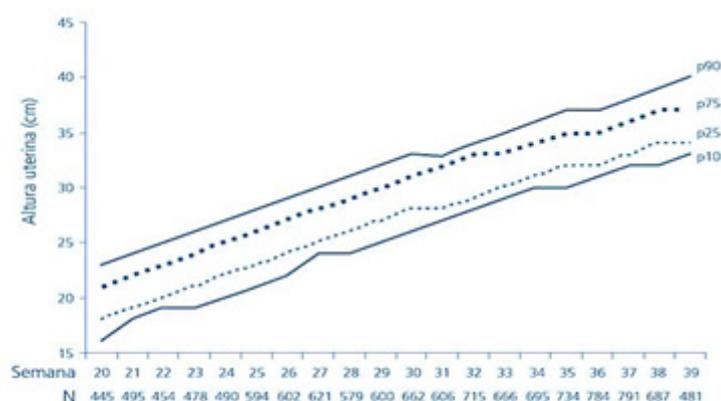


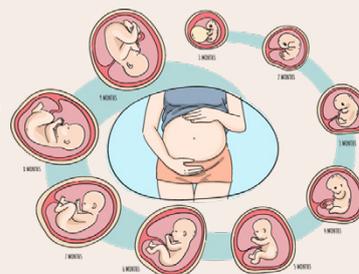
Figura 1.1 Distribuição da altura uterina de acordo com a idade gestacional. Estudo Brasileiro do Diabete Gestacional (EBDG).

Fonte: BRASIL, 2016

8

Identificação da apresentação fetal:

- » Geralmente a partir da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica ou transversa):
- » Colocar as mãos sobre as fossas ilíacas.
- » Deslizar em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta.
- » A situação longitudinal é a mais comum.
- » A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.



Seguindo com o mesmo autor (Rezende, 2019), a ausculta fetal será possível após a 10^a-12^a semana, com o sonar doppler. A frequência cardíaca fetal normal é de 110 a 160 batimentos por minuto. Caso seja identificado bradicardia (batimentos abaixo de 110 bpm) ou taquicardia (batimentos acima de 160 bpm) fetal persistente (durante 10 minutos), a gestante deve ser referenciada à maternidade com emergência. O profissional também deverá estar atento ao registro dos movimentos fetais. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36^a semana de gestação, por meio da realização das manobras de Leopold.

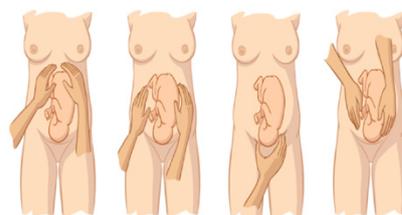
Manobras de Leopold:

- » Identifica o crescimento fetal, situação e a apresentação fetal e diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional.

9

Técnica para realizara manobra de Leopold:

- » Delimitar o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer a parte fetal que o ocupa.
- » Deslizar as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto.
- » Explorar a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico.



10

Avaliação do bem estar fetal:

- » Determinar a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção a escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta



11

Ausculta intermitente:

- » Método em que se checa os batimentos cardíacos do bebê de forma periódica e sistemática, seguindo intervalos de acordo com o caso e o momento do trabalho de parto. É realizada usando um transdutor Doppler portátil.



Técnica para ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF):

- » Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF.
- » Contar número de BCF em um minuto.
- » Frequência esperada é de 110 a 160 bpm.

12

Monitorização fetal eletrônica:

» É um procedimento em que equipamentos são usados para monitorizar e registrar continuamente a frequência cardíaca do bebê, as contrações da mãe, os movimentos do bebê e, a relação entre eles que pode aumentar para intercorrências com o bebê durante o trabalho de parto e o parto.



No Brasil, o método de monitoramento eletrônico continua disponível na maioria dos hospitais é a cardiotocografia. A monitorização eletrônica é indicada principalmente quando existem fatores de risco aumentado para intercorrências com o bebê durante o trabalho de parto.

Tabela 3 - Referência da Frequência Cardíaca Fetal

Idade Gestacional/Tamanho do Feto	Frequência Cardíaca Normal
Embrão de 2 mm	75 bpm
Embrão de 5 mm	100 bpm
Embrão de 10 mm	120 bpm
Embrão de 15 mm	130 bpm
5 Semanas	Inicia com 80 e termina com 103 bpm
6 Semanas	Inicia com 103 e termina com 126 bpm
7 Semanas	Inicia com 126 e termina com 149 bpm
8 Semanas	Inicia com 149 e termina com 172 bpm
9 Semanas	155 - 195 bpm (média 175 bpm)
12 Semanas	120 - 180 bpm (média 150 bpm)
Após 12 Semanas	110 - 160 bpm (média 140 bpm)

Fonte: BRASIL, 2016

13

Como realizar a Dinâmica Uterina - DU:

- » Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos.
- » Colocar a mão no fundo do útero da gestante a fim de avaliar o início de uma contração, anotar frequência e duração.
- » Se forem observadas três contrações com duração maior que 20 segundos em
- » 10 minutos, a gestante deverá ser encaminhada para a maternidade.
- » Se intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hick.



14

Edema (Todas as consultas):

- » Avaliar edemas em MMII, abdômen e face em todas as consultas. O edema de MMII é comum na gestação, porém sua instalação súbita, progressão rápida ou acometimento de outros segmentos corporais devem ser encarados como sinal de alerta e correlacionar com patologias possíveis.



15

Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica:

O exame ginecológico constitui:

- » Inspeção vulvar
- » O exame especular
- » Toque vaginal

O rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes é extremamente importante para verificação precoce de possíveis patologias. O exame não está contraindicado a sua realização em gestantes, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

**Passos para o Exame ginecológico:**

- » Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal.
- » Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia.
- » Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical.
- » Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo- cervical.
- » Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia.
- » Coleta de material para exame colpocitopatológico.
- » Realize o teste das aminas, quando necessário (KOH a 10%).
- » Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade),

o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Para a realização da coleta do material para exame colpocitopatológico:

- » O espéculo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta.
- » Iniciada a introdução fazer uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir lentamente e com delicadeza. Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente.
- » A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única.
- » Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem 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.
- » Para coleta na endocérvice, utilizar a espátula de Ayre e não se deve usar escova de coleta endocervical, independente da idade gestacional.
- » Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

15

Fonte: MONTENEGRO, 2017 MONTENEGRO, 2016.

Fonte: Imagens retiradas do banco de imagens Freepick, 2022.



ATENÇÃO:

* No caso de pacientes grávidas, a coleta endocervical não é contraindicada, mas deve ser realizada de maneira cuidadosa e com uma correta explicação do procedimento e do pequeno sangramento que pode ocorrer após o procedimento. Como existe uma eversão fisiológica da junção escamo-colunar do colo do útero durante a gravidez, a realização exclusiva da coleta ectocervical na grande maioria destes casos fornece um esfregaço satisfatório para análise laboratorial (INCA 2016).

Controle dos Sinais Vitais.

A seguir vamos apresentar orientações para o controle dos sinais vitais que são: Controle da pressão arterial (PA); Temperatura; Peso/IMC e, Frequência Respiratória.

Controle da pressão arterial (PA)

O processo gravídico deve ser entendido como fisiológico que compreende a um arcabouço de mudanças naturais no corpo da mulher. No entanto, existem mulheres que vivenciam alguns desafios e que evoluem para problemas significativos nesse período, o que pode afetar a qualidade do binômio gestante/produto concepcional. A hipertensão gestacional ocorre quando o valor da pressão é igual ou superior a 140X90mmHg, podendo se desenvolver após a 20 semana de gestação. A PA é diagnosticada pelos os elevados níveis e sustentados pela a PA pela medida casual. O controle dos níveis pressóricos deve ser realizado em toda a consulta de rotina das gestantes e de modo singular nas consulta de pré-natal. É considerada hipertensão arterial na gravidez a constatação de uma pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) > 90 mmHg. (FREITAS et al 2017).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada em categorias:

- » **Pré-eclâmpsia:** caracterizada pelo aparecimento de 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:** definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.
- » **Hipertensão arterial sistêmica crônica:** é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.
- » **Hipertensão gestacional:** c podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).



Temperatura

Quando nos referimos a temperatura corporal normal, podemos elencar alguns níveis considerados dentro da normalidade, sendo assim a temperatura corpórea varia entre os 35,4°C e 37,2°C, quando medida na axila, mas pode aumentar em situações de gripe ou de infecção, gerando febre. As principais variações da temperatura corporal incluem (Lopés, et al 2019). Segue ao lado as principais classificações:



Peso/IMC

A orientação de dieta adequada nas gestantes e sem riscos ao desenvolvimento fetal deve estar inserida no acompanhamento pré-natal. Nesta perspectiva as condições exigem que o tratamento nutricional seja individualizado e acompanhado por nutricionista, ao longo de toda a gestação. Assim, todo profissional que atende mulheres, gestantes ou não, deve estar atento para as situações nas

quais a avaliação nutricional ou uma intervenção dietoterápica pode ser aconselhável (MONTENEGRO, 2017).

A fisiologia da gestação contribui com cerca de 10 kg no ganho ponderal da gestante (feto, placenta, líquido amniótico, hipertrofia uterina, aumento da volemia, aumento do volume mamário). O restante do ganho de peso deve-se aos depósitos de gordura materna MONTENEGRO, 2017).

Tabela 4 - Categorias de peso corporal de acordo com o índice de massa corporal (IMC).

Categoria IMC	IOM (kg/m ²)	OMS (kg/m ²)
Baixo peso	<19,8	<18,5
Peso normal	19,8-26	18,5-24,9
Sobrepeso	26,1-29	25-29,9
Obesidade 1	>29	30-34,9
Obesidade 2		35-39,9
Obesidade 2		>40

Fonte: Adaptada (MONTENEGRO, 2017)

Tabela 5 - Recomendações para o ganho de peso na gestação de acordo com o IMC pré-gestacional.

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho total de peso (kg)	Taxa de ganho de peso no 2o e 3º trimestres (kg)
Baixo peso	12,5-1,8	0,51 (0,44-0,58)
Peso normal	11,5-16	0,42 (0,35-0,50)
Sobrepeso	7-11,5	0,28 (0,23-0,33)
Obesa	5-9	0,22 (0,17-0,27)

Fonte: Adaptada (FREITAS et al 2017).

Frequência Respiratória

A fisiologia da frequência respiratória consiste na entrada do oxigênio inalado que entra no sangue e o dióxido de carbono é exalado para a atmosfera. O intercâmbio destes gases ocorre quando o ar chega aos alvéolos, que é a parte funcional do pulmão. É aí que o sangue venoso se transforma em sangue arterial. Neste sentido, a expansibilidade do tórax é simétrica. Qualquer doença que afete a caixa torácica, sua musculatura, o diafragma, a pleura ou o pulmão de um lado,

pode ser precocemente percebido pela assimetria dos movimentos ventilatórios. O adulto normal em repouso respira confortavelmente 12 a 18 vezes por minuto. Em recém-nascidos o valor normal é de 30 a 40 respirações por minuto e em crianças de 25 a 30 respirações por minuto. Durante a avaliação da respiração, deve-se avaliar a frequência, profundidade, ritmo e característica da respiração (FREITAS et al 2017).

Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e Data provável do parto (DPP)

A determinação da idade gestacional (IG) com a maior precisão possível é extremamente importante para o manejo de diversas situações durante a gestação, como trabalho de parto pré-termo, pós-datismo, necessidade de interrupção da gestação

devido a doença materna, e para o acompanhamento do crescimento fetal ao longo da gestação. Foi comprovado que são incorretas entre 11 e 42% as idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação (MONTENEGRO, 2017).

A IG corresponde ao número de semanas desde o primeiro dia da última menstruação (DUM) até a data da consulta. Pode ser calculada de diversas maneiras, dentre as quais se destaca a utilização dos calendários/discos obstétricos, chamados gestogramas. Quando a DUM não é conhecida ou não é confiável (ciclos irregulares ou uso periconcepcional de anticoncepcionais orais), deve-se lançar mão de outras formas de estimar a IG. Qualquer cálculo de IG deve ser avaliado com a consciência de que é apenas uma aproximação (MONTENEGRO, 2017).



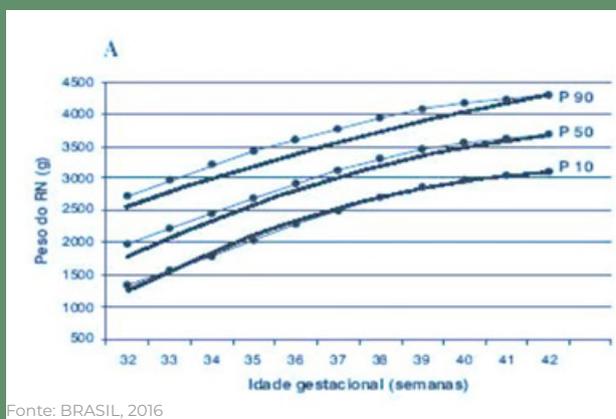
Importante:

A data provável do parto (DPP) é calculada pela regra de Nägele, somando-se sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtraindo-se 3 ao mês em que ocorreu a DUM.

Outra ferramenta útil para estimar a IG é a medição da altura uterina. O uso de uma curva-padrão de crescimento uterino permite correlacionar a IG calculada e a medida da altura uterina a cada consulta (Montenegro, 2017).

Uma das formas mais confiáveis para a datação da gestação é a avaliação por ecografia obstétrica no primeiro trimestre. Essa avaliação torna-se essencial em caso de DUM incerta ou discordante em relação à altura uterina e para diagnóstico diferencial entre datação incorreta e outro fator (gestação múltipla, polidrâmnia, oligoidrâmnia,

restrição de crescimento intrauterino, macrossomia fetal) (MONTENEGRO, 2017).



Fonte: BRASIL, 2016

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

O peso da gestante na gestação deve ser controlado, pois a ausência de ganho ou a perda de peso podem estar associadas a um crescimento fetal insuficiente. O ganho de peso repentino (700 g ou mais em uma semana) deve levantar suspeita de retenção líquida/edemas relacionados com a pré-eclâmpsia. (BRASIL, 2017).

Para acompanharmos o crescimento ponderal da gestante, podemos usar o peso estimado antes de engravidar e considerar como aumento normal um ganho semanal de 400 g no segundo trimestre e de 300 g no terceiro (BRASIL, 2017).



Sangramento vaginal

O sangramento vaginal pode ser caracterizado como um evento comum em todas as fases da gestação. Podemos observar que de forma geral, a fonte do sangramento é praticamente sempre materna (e não fetal) e, na maior parte dos casos, esse sangramento pode resultar da ruptura dos vasos sanguíneos na decídua (isto é, endométrio da gravidez) ou de lesões cervicais ou vaginais discretas. No entanto, podemos estabelecer que o diagnóstico clínico, pode ser baseado na idade gestacional do paciente e no sangramento (por meio da discriminação de suas características como ser habitual, médio ou em grande quantidade, associado à dor ou indolor, intermitente ou constante) e, nesse contexto, os exames laboratoriais e de imagem são usados para confirmar ou para revisar o diagnóstico inicial para a confirmação do possível prognóstico (WEISSHEIMER et al, 2019)

Causas da hemorragia na gravidez

No primeiro trimestre (até às 12 semanas):

- » Ameaça de abortamento (normalmente o colo útero está fechado e a perda de sangue é pequena).
- » Trabalho de abortamento (colo do útero está aberto, existe dor pélvica (“dor de barriga”) forte e a hemorragia é mais abundante).

- » Gravidez ectópica (gravidez extrauterina; pode se implantar na trompa, ovário, cavidade abdominal ou no colo útero); é sempre uma gravidez não evolutiva e pode pôr em risco a vida da grávida.
- » Mola hidatiforme (anomalia do trofoblasto).

No segundo e terceiro trimestre (das 12 semanas até ao parto):

- » Placenta baixamente inserida (placenta que se implanta perto do colo do útero (<2cm); designa-se de placenta prévia apenas no 3º trimestre pois

Frequentemente a base exata do sangramento vaginal será determinada com facilidade quando ele se manifestar no primeiro trimestre de gestacional. De forma geral, o objetivo primordial em realizar a avaliação é a confirmação diagnóstica. Neste sentido para a avaliação é preciso determinar

muitas placentas baixas no 2º trimestre modificam-se à medida que a gravidez prossegue.

- » Vasa prévia (vaso placentar que passa sobre o colo útero).
- » Complicação rara, mas potencialmente catastrófica devido ao risco de rotura e subsequente exsanguinação.
- » Início do trabalho de parto (consequência do apagamento e dilatação do colo do útero e é resultante da laceração de pequenos vasos).

se a gestante realizou exames de imagens bem como os resultados do mesmo, pois a documentação prévia de que a gravidez está na localização intrauterina normal tende a restringir imediatamente o diagnóstico diferencial (TELES et al 2019)

No Brasil, o Conselho Federal de

Solicitação de exames laboratoriais

Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 358/2009, definiu que a SAE deve acontecer obrigatoriamente em toda instituição de saúde, pública e privada, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem – PE, este englobado pela SAE. O PE está estruturado em cinco fases: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e; avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Desse modo, o PE deve ser incorporada ao cotidiano prático da

enfermagem, e na atenção a saúde da mulher durante o ciclo-gravídico puerperal, a CE durante o pré-natal, visa manter a integridade das condições de saúde da mulher e do bebê. Segundo o Departamento de Atenção Básica do MS, os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. (BRASIL, 2012).

Para realizar o pré-natal se faz necessário que haja uma equipe

que realize de forma ordenada os procedimentos necessários durante a realização dos exames complementares. Caso contrário os resultados não serão satisfatórios, prejudicando assim a interpretação e as possíveis intervenções a serem

realizadas. Os profissionais de saúde precisam realizar capacitações a todos os membros de suas respectivas equipes, garantindo que os dados clínicos tenham resultados fiéis. Os exames da primeira consulta, conforme Montemegro, (2017):

Na **primeira consulta pré-natal**, devem ser solicitados os seguintes exames de rotina:

- » Tipagem sanguínea Sorologia para lues (VDRL)
- » EQU e urocultura Hematócrito e hemoglobina Citopatológico de colo uterino (CP)
- » Glicemia de jejum
- » Anti-HIV Sorologia para toxoplasmose (não em todas as regiões, como rotina)

Exames solicitados no **segundo trimestre**:

- » Coombs indiretos (se paciente Rh-negativo)
- » Glicemia de jejum (após a 24^a semana)
- » Sorologia para toxoplasmose, se IgM e IgG não reagentes no primeiro trimestre

Exames solicitados no **terceiro trimestre**:

- » Sorologia para lues (VDRL) Anti-HIV
- » Hematócrito e hemoglobina HBsAg
- » Sorologia para toxoplasmose, se IgM e IgG não reagentes no primeiro trimestre.
- » Pesquisa para Streptococcus do grupo B (se for o caso)

Manejo e conduta frente às queixas comuns no pré-natal de baixo risco

Quando falamos dos sintomas que caracterizam a gravidez por sua vez entendemos que eles não podem ser equiparados a todas as gestantes, haja vista que as gestações são únicas. Algumas mulheres são mais sensíveis às mudanças antropofísica e hormonais ou possuem condições que favorecem a exacerbação de determinados sintomas. Vale a pena salientar que na consulta de pré-natal, os profissionais devem avaliar todos os sintomas gestacionais buscando adotar as medidas necessárias para seu controle e, se necessário, o encaminhamento para acompanhamento em serviço especializado (BRASIL, 2020).

Existem algumas queixas que mais prevalecem na gestação e está associada às corporais do organismo materno. É fundamental orientar as gestantes que procurem orientação da equipe multiprofissional para o manejo desses sintomas. Vale lembrar que a automedicação durante a gestação tem riscos adicionais, uma vez que, muitos medicamentos são contraindicados. Os quadros a seguir apresenta uma relação dos sintomas comuns ao período gestacional e as condutas indicadas segundo o Protocolo de Atenção Básica. Ministério da Saúde de 2016 (BRASIL, 2020).

Sintomas: Náuseas e vômitos.

Descrição

Sintoma mais frequente no início da gestação. Esses sintomas tendem a melhorar após o primeiro trimestre, mas em 20% das mulheres podem persistir até o final da gestação.

Orientações

- » Essa é uma queixa comum no início da gestação;
- » Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.

Medicamentos

- » Hidróxido de alumínio (230 mg) ou de magnésio (300 mg), 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições, isolados ou combinados.
- » Bloqueadores H2 (Ranitidina 150 mg, uma a duas vezes ao dia) podem ser prescritos. Se não houver melhora, inibidores da bomba de prótons (Omeprazol 20 mg, uma vez ao dia) também podem ser utilizados.

Sintomas: Sialorréia ou ptialismo.

Descrição

- » Algumas gestantes referem aumento da salivação no decorrer do pré-natal. Isso pode estar associado ao consumo de amido, ao estímulo do ramo trigêmeo e à hipertonia vagal. Geralmente, existe um fundo psicológico associado a esse sintoma.

Orientações

- » Evitar o jejum prolongado com dieta fracionada (de cinco a seis refeições por dia). Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.

Medicamentos

- » Piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva na redução da intensidade da náusea.
- » Podem ser utilizados de forma segura: antieméticos (metoclopramida 10mg, três vezes ao dia bromoprida 10mg, duas a três vezes ao dia, dimenidrato 50mg, de três a quatro vezes ao dia), anti-histamínicos (prometazina 25mg, de 3 a 5 vezes ao dia, meclozina 25-50mg, de três a quatro vezes ao dia)

Sintomas: Hemorróidas.

Descrição

O aumento do volume uterino, que comprime a veia cava inferior e dificulta o retorno venoso, associado à constipação, favorece a dilatação das veias retais, levando ao aparecimento de hemorroidas.

Orientações

- » Evitar forçar a evacuação. Esse esforço excessivo pode precipitar o aparecimento do problema. Além disso, é fundamental prevenir a prisão de ventre durante a gestação. Fazendo atividade física.

Medicamentos

- » Medicamento tópicos como pomadas e cremes anestésicos, anti-inflamatórios e cicatrizantes.

Sintomas: Dor em baixo ventre ou lombalgia.**Descrição**

- » Quadro de dor abdominal baixa e lombossacra que resulta da distensão das articulações sacroilíacas e da sínfise púbica.

Orientações

- » Corrigir a postura, evitar o ortostatismo prolongado.

Medicamentos

- » Analgésicos. Em casos de dor em baixo ventre de intensidade, duração sugestivas de contração; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos ou de abdome agudo Encaminhar para avaliação de urgência.

Sintomas: Queixas urinárias.**Descrição**

- » Representados pela polaciúria e pela nictúria sem disúria, no primeiro trimestre devem-se à compressão do útero na bexiga, e, no final da gravidez, à compressão da apresentação fetal.

Orientações

- » Em caso de Disúria ver orientações para ITU.

Medicamentos

- » Antibioticoterapia: Amoxicilina; Ceftriaxona e incluem a critério medico: Ceftazidima; Nitrofurantoína; Macrodantina.

Presença de edema na gestação

O edema na gestação é caracterizado como alterações comuns e duráveis na gravidez, pela qual a gestante sente desconforto e algias recorrentes, podendo impossibilitá-la de exercer suas tarefas de seu cotidiano. O edema no período gestacional é caracterizado como o excessivo acúmulo de líquido nos tecidos, sendo um desequilíbrio entre o aporte líquido retirado dos capilares sanguíneos e a drenagem dos líquidos. No tange a preceptiva do surgimento de edema durante a gestação, relatam que vários fatores contribuem para esta alteração como o aumento da permeabilidade e da pressão capilar, hipoproteinemia, compressão das válvulas venosas e disfunções hormonais. Além destas alterações, existe maior retenção de água no organismo, ocasionando edema em metade das gestantes, principalmente em membros inferiores (SILVA et al 2020).

Durante a avaliação na gestante com queixa de edema em membros inferiores, é de fundamental importância que se faça uma boa anamnese e exame físico. O primeiro passo é confirmar a existência do edema, que se caracteriza pela formação de cacifo (sinal de Godet) ao

pressionar com o polegar a região pré-tibial e maleolar os membros inferiores por, pelo menos, cinco segundos (SILVA et al, 2020)

Quando confirmado o diagnóstico de edema, o profissional que acompanha essa gestante, precisa fazer uma busca ativa para identificar a causa do edema que será baseado na história e no exame físico da gestante e encaminhar ao profissional adequado para tratamento, lembrando que o tratamento do edema será multiprofissional. Salvaguardado em casos de edema unilateral (SILVA et al 2020)

Ao falarmos sobre as alterações hipertensivas da gestação é imprescindível salientarmos que elas estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. É sabido que nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo, justamente por conta da falta de rastreio e controle correto (BRASIL, 2013)

Prática clínica em gestantes com pré-eclâmpsia e da eclâmpsia

O objetivo primário da publicação Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia é aprimorar a qualidade dos tratamentos e os resultados para gestantes que desenvolvem os dois distúrbios hipertensivos mais perigosos. Embora as recomendações não pretendam ser detalhadas, elas são concebidas para promover práticas clínicas comprovadas e baseadas em evidências na gestão de mulheres com pré-eclâmpsia e eclâmpsia (BRASIL, 2022)

Na sequência veja as recomendações da prática clínica para a prevenção e gestão da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia:

Recomendações da prática clínica durante os cuidados pré-natais

Práticas recomendadas

Em mulheres com pré-eclâmpsia grave, se houver um feto viável e a gravidez tiver menos de 37 semanas de gestação, a gestão expectante pode ser considerada, considerando que não ocorram problemas como hipertensão materna descontrolada, aumento da disfunção orgânica materna ou sofrimento fetal e que as condições possam ser monitoradas.

Práticas não recomendadas

Uso de diuréticos, particularmente as tiazidas, para a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações. Aconselhamento para repousar em casa. Não aconselhe o repouso em casa nem a restrição dietética na ingestão de sal para gestantes com a intenção de prevenir a pré-eclâmpsia ou suas complicações. Repouso estrito no leito para gestantes com hipertensão (com ou sem proteinúria) e restrição da ingestão de sal alimentar.

Implicação da prática

Para uma mulher com pré eclâmpsia grave durante a gravidez pré-termo (< 37 semanas), os clínicos podem monitorar a mulher se: (1) a pressão arterial dela estiver sob controle; (2) não houver sofrimento fetal; e (3) não houver sinais de disfunção orgânica materna. Durante este período de gestão expectante é necessária uma monitoração contínua.

Práticas recomendadas

Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a ingestão de cálcio é baixa (<900 mg/dia).

Práticas não recomendadas

Suplementação de vitamina D durante a gravidez.

Implicação da prática

Forneça cálcio a todas as mulheres com baixa ingestão de cálcio e dose baixa de ácido acetilsalicílico a grupos selecionados para a prevenção da PE/E. Embora a suplementação de vitaminas possa ser útil para outras condições de saúde, não forneça vitaminas C, D ou E a gestantes como parte de uma estratégia para a prevenção da PE/E.

Práticas recomendadas

Dose baixa de ácido cetilsalicílico (aspirina, 75mg) para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com alto risco de desenvolver a condição.

Práticas não recomendadas

Suplementação de cálcio durante a gravidez nas zonas em que a deficiência de cálcio não está presente.

Implicação da prática

Administre fármacos anti-hipertensivos, mas não diuréticos, em gestantes com hipertensão grave.

Práticas recomendadas

Fármacos anti-hipertensivos para gestantes com hipertensão grave.

Práticas não recomendadas

Suplementação individual ou combinada de vitamina C e vitamina E.

Implicação da prática

Não aconselhe o repouso em casa nem a restrição dietética na ingestão de sal para gestantes com a intenção de prevenir a pré eclâmpsia ou suas complicações.

Recomendações da prática clínica durante o trabalho de parto e o próprio parto

Práticas recomendadas

A indução do trabalho de parto em mulheres com pré-eclâmpsia grave em idade gestacional quando o feto não é viável ou tem pouca probabilidade de se tornar viável em uma ou duas semanas

Implicação da prática

Antecipe o parto em mulheres com pré-eclâmpsia grave distante do termo, quer o feto seja ou não viável.

Práticas recomendadas

Antecipar o parto em mulheres com pré-eclâmpsia grave a termo.

Sulfato de magnésio, em detrimento de outros anticonvulsivantes, para o tratamento de mulheres com eclâmpsia.

O sulfato de magnésio, em detrimento de outros anticonvulsivantes, é recomendado para a prevenção da eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia grave.

O regime completo de sulfato de magnésio administrado por via intravenosa ou intramuscular para a prevenção e tratamento da eclâmpsia.

Para mulheres com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, nas situações em que não é possível administrar o regime completo de sulfato de magnésio, use uma dose de ataque de sulfato de magnésio seguida da transferência imediata para uma unidade de cuidados de saúde de nível superior mulheres com hipertensão grave pós-parto.

Implicação da prática

O sulfato de magnésio é o anticonvulsivante eleito para mulheres com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia. Se possível, administre um regime completo de sulfato de magnésio em mulheres com eclâmpsia ou pré eclâmpsia grave. Se a administração de um regime completo não for possível, essas mulheres deverão receber a dose de ataque de sulfato de magnésio e ser imediatamente transferidas para uma unidade de cuidados de saúde de nível superior para tratamento adicional.

Recomendações da prática clínica durante a atenção no pós-parto

Práticas recomendadas

Administração contínua de fármacos anti-hipertensivos durante o período pós-parto em mulheres tratadas com fármacos anti-hipertensivos durante os cuidados no período pré-natal.

Fármacos anti-hipertensivos para mulheres com hipertensão grave pós-parto.

Implicação da prática

Trate as mulheres com fármacos anti-hipertensivos durante o período pós-parto se elas: (1) tiverem hipertensão grave pós-parto; ou (2) tiverem sido tratadas com fármacos anti-hipertensivos durante a gravidez.

Encerramos aqui o 2^a Capítulo: A Consulta de Enfermagem no Pré-Natal de baixo-risco. Até aqui você conheceu alguns conceitos como: processo de enfermagem no pré-natal de baixo risco, fluxogramas de consultas, métodos para o cálculo da idade gestacional (IG), data provável do parto (DPP), avaliação

do estado nutricional (EN) e ganho de peso gestacional. Abordamos também, os exames solicitados na gravidez, o manejo e a conduta frente às queixas comuns no pré-natal de baixo risco a presença de edema na gestação, bem como, a prática clínica em gestantes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

PROTOSCOLOS, INSTRUMENTOS E ESCALAS UTILIZADAS NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.

Avaliação pós-parto por meio da escala de depressão por Edimburgo (EPDS)

A depressão é considerada um grave problema de saúde pública, sendo a DPP um sério problema no período gravídico-puerperal, acometendo mulheres nos seis primeiros meses após o parto. Podemos caracterizar esse problema com um índice maior nos países em desenvolvimento. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que, nesses países, cerca de 20% das mães são acometidas pela DPP, tendo o suicídio como desfecho entre gestantes e puérperas (MIGUEL et al., 2017).

Os fatores de risco que caracterizam a DPP são consequências sociais e familiares, pois além de atingir a puérpera, acometem todas as pessoas que a circundam, causando conflitos conjugais, no desenvolvimento do binômio mãe-bebê e levando essas mães a grande sofrimento psíquico, desencadeando um aumento para o risco de suicídios, quando não acompanhada de forma correta pelas equipes de saúde (MIGUEL et al., 2017).

Podemos elencar como sintomas mais comuns: desânimo; variação de humor; choro frequente; sentimento de incapacidade; sono prejudicado; ansiedade; ideação suicida; sentimento de culpabilização; e medo de ser agressiva com o bebê. Comumente esses sinais são mais visíveis entre a quarta e oitava semanas após o parto (MIGUEL et al., 2017).

A equipe de enfermagem tem um papel ímpar na detecção, prevenção e promoção de saúde em puérperas acometidas com DPP, pois o enfermeiro está mais em contato com a gestante durante o período gravídico-puerperal. Nesse sentido, no período do puerpério, a equipe de enfermagem deve ter cuidado e oferecer



Fonte: Google imagens, 2022

suporte profissional, desenvolvendo ações que interajam com as gestantes e familiares (GONÇALVES et al., 2018).

Conforme Gonçalves et al. (2018), como ferramenta para detectar a DPP, utilizamos a EPDS, que é composta por 10 itens relacionados aos sintomas depressivos, os quais recebem pontuação de 0 a 3. A soma dos pontos obtidos atinge um escore total de 30 pontos. Sendo assim, o escore entre 00 e 09, segundo os autores, indicam alguns sintomas de angústia, porém, de curta duração, no entanto, se os sintomas durarem por mais de duas semanas, é necessária uma avaliação mais detalhada.

Os escores entre 10 e 12 pontos indicam sintomas de angústia mais

intensos, sendo necessário monitorar regularmente e repetir a EPDS, em duas semanas, caso continuem os sintomas, faz-se um encaminhamento para uma avaliação minuciosa com um profissional capacitado. Escore igual ou acima de 12 pontos necessita de uma avaliação específica e aprofundada, pois existe a possibilidade de desenvolvimento da depressão, nesses casos, encaminha-se para um psiquiatra e/ou psicólogo. Para a puérpera que obtiver pontuação positiva no item 10 (01, 02 ou 03 pontos) deve-se fazer uma avaliação aprofundada para uma melhor segurança sua e do bebê, pois esse item está relacionado ao autoextermínio (GONÇALVES et al., 2018).

Avaliação pós-parto através da escala de depressão pós-parto – DPP, por (Edinburgh pós-natal Scale-EPDS)

Esta ferramenta mostrou elevada sensibilidade para a identificação da depressão pós-parto, na maioria das investigações realizadas nas puérperas. O questionário de autoavaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou

disfórico; distúrbio do sono; perda do prazer; diminuição do desempenho; culpa; e ideias de morte e suicídio. As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EPDS for igual ou maior que 10 (CHADE et al., 2019).

Questionário

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas?

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia?

- Como sempre senti
- Talvez, menos que antes
- Com certeza menos
- De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas?

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?

- Não, de maneira alguma
- Pouquíssimas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia?

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir?

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada?

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Não muitas vezes
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado?

- Sim, quase todo o tempo
- Sim, muitas vezes
- De vez em quando
- Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça?

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

Como calcular a pontuação:**Questões 1, 2, e 4**

- » Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.
- » Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.
- » Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.
- » Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

- » Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.
- » Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.
- » Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.
- » Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

Calendário de Imunização materna (SUS)



Fonte: Cofen, 2021

A imunização possibilita prevenir adoecimentos, hospitalizações e até evitar mortes, por isso estão entre os maiores avanços da área de saúde em todos os tempos. Já as doenças infecciosas podem causar graves danos, como o aborto, a prematuridade e malformações fetais. Sendo assim, a vacinação da gestante só se torna segura e plena quando

restrita às recomendações de seu calendário e tem duplo efeito positivo: proteção para a díade gestante e bebê, por meio de anticorpos (BRASIL, 2020).

Durante o período gestacional, inúmeras mudanças fisiológicas no organismo da mulher ocorrem e podem favorecer a queda da imunidade e predispor a infecções de maior

gravidade. Temos um exemplo clássico que é a gripe, causada pelos vírus influenza. Nesse sentido, as gestantes estão entre os grupos vulneráveis, em que a mortalidade é alta. Além disso, gestantes com doenças de base como: diabetes, cardiopatias e pneumopatias, estão expostas a um risco ainda maior de complicações (BRASIL, 2020).

Segue o link:

De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, devem ser ofertadas para gestantes as vacinas que constam no calendário de vacinação sbim gestante, clique no link a seguir para conferir no calendário:

<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>



Vale a pena salientar que, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o início de uma pandemia mundial causada pelo vírus SARS-CoV-2. As evidências científicas acumuladas revelaram que gestantes e puérperas configuram grupos de risco para complicações obstétricas, hospitalizações, mortes maternas, prematuridade e óbitos fetais, diferente dos resultados publicados no início da pandemia. Os imunizantes, atualmente disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), são funcionalmente inativados, não contendo nenhum componente vivo em suas formulações, semelhantes às outras vacinas já utilizadas no calendário de vacinação das gestantes. É importante descrever que, no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação da Covid-19, na sua 8ª edição,

a vacinação contempla as gestantes e puérperas acima de 18 anos com e sem comorbidades (RASMUSSEN *et al.*, 2021).

Segundo a norma Nota Técnica Nº 2/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS:

“Considerando a avaliação do perfil de risco-benefício da vacinação contra a Covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias do pós-parto, entende-se que, nesse momento, o perfil de risco benefício da vacinação nesse grupo seja altamente favorável à vacinação. Dessa forma, subsidiado por nova discussão na Câmara Técnica Assessora em Imunizações realizada em 20/06/2021, o PNI atualiza as indicações de vacinação das gestantes e puérperas, recomendando.”

Vacinar gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto), a partir de 18 anos, como grupo prioritário independentemente da presença de fatores de risco adicional.

A vacinação das gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto), a partir de 18 anos, deverá ser realizada com as vacinas que não contenham vetor viral (Sinovac/Butantan e Pfizer/Wyeth).

A vacinação poderá ser realizada em qualquer trimestre da gestação.

A vacinação das gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto), a partir de 18 anos, deverá ser condicionada a uma avaliação individualizada, compartilhada entre a gestante e seu médico, do perfil de risco-benefício, considerando as evidências e incertezas disponíveis até o momento.

A vacinação poderá ser realizada em lactantes que pertençam a algum dos grupos prioritários já elencados, no momento da convocação do respectivo grupo, não sendo necessária a interrupção da lactação, no entanto a lactação em si não será considerada como prioritária para a vacinação.

Para a vacinação das gestantes e puérperas deverá ser exigido prescrição médica.

Triagem Neonatal

A triagem neonatal, popularmente conhecida como teste do pezinho, é responsável por detectar, de forma precoce, as doenças congênitas e metabólicas após 48 horas de vida do RN. Podemos classificar, de forma didática, a triagem neonatal em básica e ampliada, sendo a primeira responsável por detectar quatro tipos de doença: hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, fibrose cística e fenilcetonúria; e a segunda por detectar as doenças do teste básico e, ainda, outras quatro: hiperplasia congênita da supra-renal, deficiência

de globulina ligadora de tiroxina (TBG), hemocistinúria e hiperfenilalaninemias (CAMARGO et al., 2019).

O teste do pezinho é realizado por meio de uma pequena amostra de sangue colhida do calcanhar do recém-nascido. Esse exame é feito em laboratório, de forma simples, e detecta doenças genéticas, metabólicas e infecciosas antes do período sintomático surgir, facilitando o tratamento precoce específico, podendo diminuir ou erradicar de vez as sequelas que estão relacionadas a cada doença, garantindo à criança uma maior qualidade de vida e longevidade. Vale a pena ressaltar que o teste do pezinho é um método preventivo de diagnóstico de inúmeras doenças congênitas, e faz o diagnóstico específico para o hipotireoidismo congênito, fibrose cística, anemia falciforme, fenilcetonúria, hiperplasia congênita da suprarrenal, hemocistinúria, hiperfenilalaninemia e deficiência de TBG (BRASIL, 2016).



Fonte: MS, 2022

Como é realizado o teste do Pezinho

Para a realização do teste se faz necessária uma coleta de sangue do calcanhar do RN. Inicialmente, é realizada a assepsia com álcool 70%, massageando bem o local para ativar a

circulação. Após a secagem completa do álcool, a punção é realizada em uma das laterais do calcanhar, devido à baixa probabilidade de atingir o osso (CAMARGO et al., 2019).



Fonte: Adaptado de Fepe, 2022.

Doenças identificadas na triagem neonatal ampliada

As doenças de rastreio mais comuns, identificadas na triagem neonatal, são: fibrose cística; hiperfenilalaninemia; hemocistinúria; deficiência de TBG; hiperplasia congênita da suprarrenal; fenilcetonúria; anemia falciforme; e hipotireoidismo congênito.

A importância da triagem neonatal ampliada é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico, o mais precocemente possível, de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal (MENDES *et al.*, 2017, p. 476).

Protocolos do MS e SC sobre consulta de enfermagem

Neste tópico vamos apresentar alguns protocolos do Ministério da Saúde e da Secretária de Saúde de Santa Catarina e de outros Estados do Brasil, que orientam a realização da CE no pré-natal de baixo risco, como exemplos. Clique e acesse cada um.



Protocolo para assistência ao pré-natal e puerpério, da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto-São Paulo (2009):

https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1284857653prot_pre_natal.pdf



Cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf



Assistência Pré-natal: Manual técnico - Ministério da Saúde:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf



Protocolo de assistência ao pré-natal:

http://www.saudeindaial.sc.gov.br/images/Protocolos/PROTOCOLO-PRE- NATAL-INDAIAL-OF_Reformulado.pdf



Protocolo regional da rede de atenção ao pré-natal, parto e puerpério da serra catarinense:

<https://saudelages.sc.gov.br/files/protocolo/1/20210610101949.pdf>



Protocolo Pré-natal – Secretária Municipal de Saúde:

<http://saude.ararangua.sc.gov.br:81/site/images/arquivos/protocolo-pre-natal-2019completo.pdf>



Protocolo de Pré-Natal – Telessaúde SC:

https://telessaude.ufsc.br/eventos_incuca/protocolo-de-pre-natal/

Protocolos sobre gestantes – Covid 19

No momento atual em que vivemos uma das mais avassaladoras pandemias, o Brasil entende que as gestantes e puérperas constituem grupo de risco frente à Covid-19 (KNIGHT et al., 2020). O Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para Covid-19. Nessa perspectiva, deixaremos os links úteis sobre as principais prerrogativas referentes as orientações sobre os protocolos relacionados a vacina para as gestantes



Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_assistencia_gestante.pdf



Manual Instrutivo para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia da covid-19:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/manual-instrutivo-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-da-covid-19/view>

Protocolo para prescrição de medicações usadas durante a gestação pelo enfermeiro.

O enfermeiro, em pleno exercício profissional, realiza a prescrição de medicamentos pertencentes aos programas de saúde pública (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) e em rotina aprovada pelas instituições de saúde. A prescrição de medicamentos é regulamentada pela Lei nº 7.498/1986, que regula o Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil; e pelo Decreto nº 94.406/1987; e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 271/2002, revogada pela Resolução Cofen nº 317/2007. A prática da prescrição de medicamentos é uma ação importante na consulta de enfermagem e imprescindível para o andamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família (COREN, 2015).



Confira no site:

https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/02_01_2017_21.02.40.4d97f48e10218f6cfea092bae31421d0.pdf

Norma Técnica – SC, para o tratamento de sífilis na gestação.

Podemos caracterizar a sífilis como uma patologia genuinamente infecciosa e de caráter sistêmico com uma rápida evolução crônica e sujeita a períodos de latência e surtos de agudização. É causada pelo *treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa

do grupo das espiroquetas, podendo ser transmitida por via sexual ou vertical e causar, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença. O diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e sem dificuldade operacional (BRASIL, 2020).

Orientações sobre diagnóstico, tratamento, monitoramento e notificação da sífilis adquirida, gestacional e congênita e o seguimento da criança exposta no contexto da atenção primária e hospitalar.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 1,5 milhão de mulheres grávidas são infectadas com sífilis anualmente, metade dessas mulheres não são avaliadas e não realiza o tratamento adequado, sendo assim, terão seus filhos com resultados adversos, tais como óbito neonatal, baixo peso ao nascer e/ou evidência clínica de infecção causada pela bactéria (BRASIL, 2020).

Segundo as recomendações mais atuais Ministério da Saúde, toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o período em que está fazendo o pré-natal. Além disso, deve ser realizado um teste logo após a internação para o parto ou abortamento. Para diagnóstico da sífilis em gestantes podem ser utilizados

os testes treponêmicos rápidos ou os convencionais (FTA-Abs, TPHA, Elisa, entre outros) e os não treponêmicos (VDRL, TRUST, RPR, entre outros) (BRASIL, 2020).

A terapêutica escolhida para o tratamento da sífilis na gravidez e prevenção da sífilis congênita é a penicilina benzatina administrada via parenteral, sendo realizada nas Unidades de Atenção Básica de Saúde pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico. As evidências científicas atuais mostram que esse medicamento é altamente eficaz na redução de eventos adversos na gestação, relacionados à sífilis materna, e na prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2020).



Acesse a norma *NOTA TÉCNICA CONJUNTA No 001/2021 – DAPS/DIVE, sobre a Sífilis na Gestação que é da o norte as nossas práticas assistenciais no estado de SC, confira no site:*

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/notas-tecnicas-ab-aps/saude-da-mulher-2/17673-nota-tecnica-conjunta-n-001-2021-daps-dive/file#:~:text=Foi%20elaborado%20algoritmo%20de%20decis%C3%A3o,s%C3%ADfilis%20adquirida%20e%20em%20gestantes.>

Encerramos aqui o 3º Capítulo: Protocolos, instrumentos e escalas utilizadas na consulta de Pré-Natal de baixo risco. Você conheceu a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), parâmetros para a avaliação pós-parto por meio da escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). A importância do calendário de

Imunização materna do Sistema Único de Saúde (SUS), a triagem neonatal, os protocolos para a prescrição de medicações usadas durante a gestação pelos enfermeiros, os protocolos sobre gestantes, acometidas por COVID-19 e as normas técnicas do Estado de Santa Catarina, para o tratamento da Sífilis na gestação.

REFERÊNCIAS

- » BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2016
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário nacional de vacinação 2020. <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf>
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- » Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção
- » Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF. 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>>. Acesso em: 12/06/2022.
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- » Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]
- » / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 68 p.
- » Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013

- » BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- » BRASIL. Protocolo Estadual de Atenção ao Pré Natal de risco habitual: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, 2020.
- » CAMARGO Cindy Costa, FERNANDES Graziella Marques de Araújo, CHIEPE, Kelly Cristina Mota Braga. Doenças identificadas na triagem neonatal ampliada. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 6, p. 6088-6098 nov./dec. 2019. ISSN 2595-6825
- » CHADE, J; Com novas recomendações, OMS tenta frear explosão de cesáreas. O Estado de São Paulo, São Paulo, 15 de fev. 2018. Caderno de notícias/geral, p.5. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-novas-recomendacoes-omstenta-frearexplosao-de-cesareas,70002190283>. Acesso em: 15 de marc 2022 cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1937. Acesso em: 15 marc. 2020
- » COSTA, Ivelise Fhrideraid Alves Furtado; et al. Percepção de enfermeiros da rede cegonha sobre sinais do início do trabalho de parto. Research, Society and Development v10,n5; 2021. Disponível em:<file:///C:/Users/enf.uti02/Downloads/14058-Article-192709-1-10-20210501.pdf>. Acesso em: 18/02/2022.
- » FÉLIX, Hevyllin Cipriano Rodrigues; et al. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. Rev. Bras. Saúde Mater Infant. Minas Gerais-Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 16/02/2022
- » FREITAS, Fernando et al. Rotinas em Obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- » GONÇALVES, A.P.A.A et al. Reconhecendo e intervindo na depressão pós- parto. Revista Saúde em Foco. n.10, p.264-8,2018. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2_018/035_reconhecendo_e_intervindo_na_depress%c3%83o_p%c3%93s- parto.pdf. Acesso em: 15 mar.2022.
- » INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114p.: il.
- » JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Revista latino- americana de enfermagem. 2018; vol. 26, e3069. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280177/>> Acesso em: 22 mar. 2022.
- » LAJOS, G.J.; FIALHO, S.C.A.V.; TEIXEIRA, J.C. Imunização na gravidez, puerpério e amamentação. In: Programa vacinal para mulheres. São Paulo: FEBRASGO; 2017. p. 128-38. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO; no. 13/Comissão Nacional Especializada de Vacinas).
- » LEAL, Francisca Juscicléia de Pinho Silva et al. Orientação nutricional no pré-natal: estudo com nutrizes no pós-parto hospitalizadas em uma maternidade pública. Saúde em Redes, v. 6, n. 1, p. 25-39, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2297/487>. Acesso em: 12

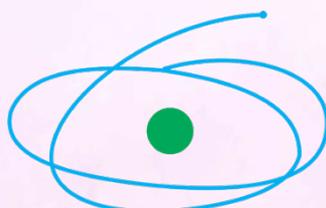
fev. 2022

- » LÓPEZ, Mario; LAURENTYS-MEDEIROS, José de. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2019. 1233 p.
- » MENDES, Caroline Antonelli et al. Conhecimento de pais quanto a triagem neonatal, contribuição do website Portal dos Bebês - Teste do pezinho. São Paulo, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n4/pt_1982-0216-rcefac-19-04-00475.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- » MIGUEL, M.F et al. Assistência do enfermeiro a mulheres com indícios de depressão pós-parto. Rev. Saúde.Com. v.13,n.4, p.1088-94, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v14i1.530>. Acesso em: 15 de mar. 2022.
- » MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 16/02/2022.
- » MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Imunização [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/sobre-o-programa>
- » MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende.
- » Rezende Obstetrícia. 13º Edição. Brasil, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/enf.uti02/Downloads/Rezende%20E2%80%93%20Obstetr%C3%ADcia,%2013%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o%202017.pdf >. Acesso em 18/02/2022.
- » Rasmussen, S.A.; Jamieson, D.J. Pregnancy, Postpartum Care, and COVID-19 Vaccination in 2021. JAMA, v. 325, n. 11, p. 1099, 2021.
- » SANTOS, I. M. R. dos; DANTAS, H. L. D. L.; SILVA, J. C. da; SILVA, D. P. da;
- » TORRES, P. M. F. (2018). A importância da anamnese e do exame físico para a prática de enfermagem: relato sobre a experiência acadêmica. Gep News, 2(2), 157–162. Recuperado de <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/5540>
- » SBIM. Calendário de vacinação SBIM Gestantes: recomendações da sociedade brasileira de imunizações (SBIM). Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>>.
- » SILVA, Joelma Maria da Silva; SILVA, Hugo Trajano da; TOMAZ, Renata Ramos, FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE EDEMA NO PERÍODO GESTACIONAL: UM
- » ESTUDO DE REVISÃO. Revista Carioca de Educação Física, vol. 15, Número 1, 2020.
- » SILVA, Raimunda de Abreu; SOUSA, Thainara Araújo de; VITORINO Keila de Assis. Infecção do trato urinário na gestação: diagnóstico e tratamento. Rev Cient da Fac Educ e Meio Ambiente: Revista da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Ariquemes, v. 10, n. 1, p. 72-81, jan.-jun. 2019.
- » SOUSA, D. T. R. de .; SILVA, E. de J. .; ARAÚJO, R. V. Nursing care for the prevention and management of hypertension in pregnant women in Primary Care. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e1410615464, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15464. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15464>. Acesso em: 19 fev. 2022

- » TELES, Priscila Alvarenga et al. Diagnóstico de enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco. *Enferm. em Foco*, v. 10, n. 3, p. 119-125, ago. 2019. Disponível em: <http://revista>.
- » WEISSHEIMER, Anne Marie; TELES, Jéssica Machado. Cuidados de enfermagem nas hemorragias obstétricas. In: Associação Brasileira de Enfermagem. UNIKOVSKY, M.A.R.; SPEZAN, R.S; WALDMAN, B.F. PROENF Programa de atualização em enfermagem: Saúde materna e neonatal: ciclo 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 39-59, 2019.
- » ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja; DALL'AGNOL, Andreia Cristina, ZANOTELLI Silvana dos Santos. Tecnologias utilizadas pela enfermagem com mulheres em aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13, e338101321022, 2021(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21022>



Apoiadores:



C A P E S



ISBN: 978-65-88565-69-8

