**QUESTÕES 1 – RESIDÊNCIAS- SAÚDE DA MULHER MULHER**

32.(RESIDÊNCIA UFF – OBST- 2016 ) A hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença
trofoblástica gestacional ou hidrópsia fetal) acompanhada de proteinúria é:
(A) hipertensão crônica.
(B) pré-eclâmpsia/eclampsia.
(C) pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão
crônica.
(D) hipertensão gestacional.

33. (RESIDÊNCIA UFF OBST - 2015)A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave de acordo com o grau de comprometimento.
Considera-se grave quando presente um dos seguintes critérios abaixo:
(A) Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais).
(B) Sinais de insuficiência hepática e cianose.
(C) Níveis séricos de creatinina menores que 1,2mg/dl.
(D) Dor hipogástrica irradiando para hipocôndrio esquerdo.

34. (RESIDÊNCIA UFF - OBSTETRÍCIA ,2016) A droga utilizada que quanto mais elevada for a hipertensão, maior o efeito que produz, é a:
(A) metildopa.
(B) hidralazina.
(C) nifedipina.
(D) furosemida.

35. (RESIDÊNCIA UFF - OBSTETRÍCIA ,2015) A conduta clínica no tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, em mulheres com eclâmpsia é:
(A) Decúbito elevado a 45 graus e face lateralizada; punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.
(B) Decúbito elevado a 45 graus e face lateralizada; cateter nasal com oxigênio
(3 l/min); punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.
(C) Decúbito elevado a 30 graus e face lateralizada; cateter nasal com oxigênio
(5 l/min); punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.
(D) Decúbito elevado a 30 graus e face centralizada; cateter nasal com oxigênio
(3 l/min); punção de veia central ou periférica calibrosa e cateter vesical contínuo.

38. (UFF OBSTETRÍCIA 2014) Uma mulher, com 30 semanas de gestação,
dá entrada na maternidade com sangramento genital moderado com contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial, feto apresenta sinais de comprometimento da vitalidade. Com essas evidências, o enfermeiro admite estar diante de:
(A) pré-eclâmpsia.
(B) placenta prévia.
(C) parto prematuro.
(D) descolamento prematuro da placenta.

8. (UNIRG – TO / 2010) Beatriz foi atendida na Unidade Materno Infantil da Vila Verde. No último trimestre de gravidez, chegou com edema e hipertensão, seus exames laboratoriais acusam proteína na urina o que deixou a equipe de saúde preocupada. O quadro descrito é característico de:

1. Eclampsia
2. Pré-eclâmpsia
3. Gravidez tubária
4. Hipertensão crônica
5. Gravidez de alto risco

9. (CEPUERJ/ Res. Enf - 2005) além da frequência respiratória inferior a 16 incursões por minuto e do débito urinário menor que 100 ml em 4 horas, o outro sinal que indica a administração de manutenção do sulfato de magnésio na pré-eclâmpsia deve ser suspensa é:

1. Acinesia motora
2. Agitação psicomotora
3. Bloqueio átrio-ventricular
4. Reflexos patelares abolidos

10. (CEPUERJ/ Res. Enf - 2009) Na evolução de Maria José há necessidade de administrar sulfato de magnésio. Luisa, com objetivo de monitorar os possíveis efeitos colaterais, deverá verificar regularmente:

1. Pressão arterial / reflexo patelar / diurese horária
2. Frequência respiratória / reflexo patelar / diurese horária
3. Pressão arterial / frequência respiratória / diurese horária
4. Frequência respiratória / frequência cardíaca / reflexo patelar

11. (CEPUERJ Pref Itaguaí – Enfermeiro/2011) ao assistir uma gestante em terapia medicamentosa com sulfato de magnésio, o enfermeiro deverá estar atento para a necessidade de suspensão da droga em casos de reflexo:

1. De moro presente
2. Patelar ausente
3. Patelar presente
4. De babinski ausente

12. (IBFC – 2012 – Hosp Materno-Infantil) Cerca de 10% das gestações são complicadas por quadros hipertensivos. As síndromes hipertensivas na gestação podem ser classificadas em diferentes tipos. De acordo com a classificação das síndromes hipertensivas, correlacione as colunas a seguir e assinale a alternativa correta.

1. Hipertensão arterial crônica
2. Pré-eclâmpsia
3. Eclampsia
4. Hipertensão gestacional

( ) pressão sistólica maior que 140 mmHg e/ou diastólica maior que 90 mmHg, que não cursa com proteinúria após a 20ª semana de gravidez, em mulheres normalmente normotensas.

( ) ocorrência de convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas em mulheres com pré-eclâmpsia

( ) hipertensão associada a proteinúria. Ocorre usualmente após a 20ª semana de gestação.

( ) aumento dos níveis pressóricos no período pré-concepcional ou diagnosticado antes da 20ª semana de gestação , sem evidencia de proteinúria.

1. 2, 1, 4, 3
2. 1, 2, 3, 4
3. 4, 3, 2, 1
4. 3, 4, 1, 2

13. (ACAPLAM – RN / 2010) Durante a gravidez aumenta os cuidados na assistência ao pré-natal. A pré-eclâmpsia caracteriza-se pela tríade clássica.

1. Hipercoagulabilidade, estase venosa, lesão vascular.
2. Idade > 35 anos, peso >80 kg, multiparidade.
3. Antitrombina, proteína C, proteína S.
4. Hipertensão, proteinúria, edema generalizado.
5. História familiar, protrombina, anticoagulante lúpico.

3.(EBSERH/ HC-UFPE 2014) Assinale a alternativa correta. A complicação mais comum no uso da insulina durante a gestação é a hipoglicemia. Para o manejo da hipoglicemia em mulheres que se encontram conscientes, deve ser confirmado o diagnóstico com medida da glicose capilar (<60 mg/dL), e:

1. Administrar 1 copo de suco de laranja (ou o equivalente a 10-15 gramas de carboidratos de absorção rápida).
2. Aplicar glucagon subcutâneo.
3. Administrar 100 gramas de glicose via endovenosa.
4. Administrar glucagon intramuscular.
5. Administrar glucagon endovenoso.

4. (EBSERH/ HC-UFPE 2014) Gestante de 24 anos, na 24º semana, previamente normoglicêmica, assintomática realizou GTT (teste de tolerância oral à glicose) com 100 g. Os resultados foram: Glicemia de jejum = 95 mg/dl, glicemia (1 hora)= 191 mg/dl, glicemia (2 horas)= 166 mg/dl. De acordo com as diretrizes da ADA (american Diabetes Association), assinale a alternativa que apresenta qual deve ser o diagnóstico.

1. Diabetes gestacional.
2. Estabelecendo após um segundo teste.
3. Intolerância á glicose.
4. Pré diabetes.
5. Diabetes químico.

5. (IABAS ENFERMEIRO 2015) Durante consulta de enfermagem no pré-natal, uma gestante de 35 anos refere dois partos anteriores, sendo que o último resultou em óbito fetal de causa desconhecida. A média de peso dos recém-nascidos foi de 4000 gramas. Na consulta de hoje, tem 20 semanas de gravidez, compatível tanto com a primeira ultrassonografia quanto com a data da última menstruação. O exame de glicemia de jejum mostra valor de 128mg/dL. Exame físico sem alterações, IMC de 30,6, altura uterina de 18 cm e batimentos cardíacos fetais presentes. A melhor conduta a ser adotada diante desse quadro é:

1. solicitar TOTG com 75 gramas entre a 24ª e a 28ª semana de gestação; se valor de glicemia for maior que 140mg/dL, iniciar insulina NPHl;
2. repetir glicemia de jejum; se valor de glicemia for maior ou igual a 100mg/dL, considerar diabetes gestacional;
3. solicitar TOTG com 50 gramas imediato; se glicemia de 60 minutos ≥ 130mg/dL realizar curva glicêmica para diagnóstico de diabetes gestacional;
4. Repetir glicemia de jejum; se valor ≤ 85mg/dL, descartar diabetes gestacional;
5. Repetir glicemia de jejum e dosar Hb glicada; se valores entre 85 - 125mg/dL para glicemia de jejum e Hb glicada < 6,9 %, descartar diabetes.

21. (CEPUERJ – Pref Paraty 2012) Todas as gestantes, independente de apresentarem fator de risco, devem realizar rastreamento para o diabetes gestacional durante o pré-natal. As gestantes com rastreamento positivo (com glicemia plasmática de jejum ≥85mg/dl até 125mg/dl e/ou qualquer fator de risco devem ser submetidas a confirmação diagnóstica através do exame:

1. Teste oral de tolerância à glicose (TOTG 75g 2h)
2. Glicemia plasmática de jejum (repetição)
3. Dosagem de hemoglobina glicada
4. Glicemia pós-prandial

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-B | 2-D | 3-A | 4-A | 5-C | 6-C | 7-D | 8-A | 9-A | 10-A |
| 11-B | 12-B | 13-C | 14-A | 15-C | 16-B | 17-C | 18-D | 19-A | 20-A |
| 21-B | 22-D | 23-D | 24-A | 25-D | 26-B | 27-C | 28-C | 29-B | 30-C |
| 31-A | 32-B | 33-A | 34-C | 35-C | 36-B | 37-C | 38-D | 39-D | 40-A |
| 41-A | 42-C | 43-B | 44-B | 45-B | 46-A | 47-A | 48-A | 49-D | 50-C |
| 51-D | 52-A | - | - | - | - | - | - | - | - |

Leitura complementar

**ASPECTOS EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO**

**Primeiro trimestre:**

• Ambivalência (querer e não querer a gravidez).

• Momento de comunicação da gravidez ao(à) parceiro(a), aos familiares e amigos, o que tem repercussões variadas de acordo com o contexto em que ocorre a gravidez.

• Ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida, uma vez que o feto não é concretamente sentido e as alterações corporais ainda são discretas.

• Medo de abortar.

• Oscilações do humor (aumento da irritabilidade, da vulnerabilidade e da sensibilidade).

• Instabilidade emocional.

• Primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço.

• Desejos e aversões por determinados alimentos.

• Aumento do apetite.

• Ao final do primeiro trimestre, evidenciam-se as características de introspecção e passividade, que tendem a aumentar no decorrer da gravidez.

**Segundo trimestre:**

• As alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade.

Mais comumente verifica-se a diminuição do desejo sexual. Em alguns casos, observa-se o aumento da satisfação sexual.

• Alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa.

Percepção dos movimentos fetais e seu impacto (a presença do filho é concretamente

sentida). Tal percepção gera alívio; caso contrário, pode provocar o temor de que algo

esteja errado com sua gestação. Instalam-se mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto, a partir de seus movimentos.

• A interpretação dos movimentos fetais constitui uma etapa da formação da relação mãebebê. Na fantasia da mãe, o feto começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela por intermédio de seus movimentos.

• O companheiro também pode desejar sentir os movimentos fetais e comunicar-se com o bebê através da barriga da mãe. Quando isso ocorre, o feto já é incluído na dinâmica do relacionamento familiar.

• É o trimestre considerado mais estável do ponto de vista emocional.

**Terceiro trimestre:**

• As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto e da mudança da rotina de vida após a chegada do bebê.

• Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte).

• Aumentam as queixas físicas.

• Diminuição do desejo sexual.

• Maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da gestante com os próprios pais ou irmãos. O ressurgimento dessas vivências pode abrir a possibilidade de encontrar novas soluções e resolver conflitos antigos que poderiam interferir na relação mãe-bebê.

**Classificação de risco gestacional (Manual de pré-natal 2012/2013)**

**-** objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

- De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, consequentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte.

- É indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.

- A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada.

**Classificação de risco de acordo com as cores:**

Vermelho – casos de emergência – necessitam de atendimento imediato.

Laranja – casos muito urgentes – necessitam de atendimento praticamente imediato.

Amarelo – casos de urgência – necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar.

Verde – casos pouco urgentes – podem aguardar atendimento ou serem encaminhadas para outros serviços de saúde

Azul – casos não urgentes – podem aguardar atendimento ou serem encaminhadas para outros serviços.

**FATORES DE RISCO REPRODUTIVO – LEITURA COMPLEMENTAR**

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

- Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

• Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;

• Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;

• Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;

• Situação conjugal insegura;

• Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);

• Condições ambientais desfavoráveis;

• Altura menor do que 1,45m;

• IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

- Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;

• Macrossomia fetal;

• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;

• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;

• Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);

• Cirurgia uterina anterior;

• Três ou mais cesarianas.

- Fatores relacionados à gravidez atual:

• Ganho ponderal inadequado;

• Infecção urinária;

• Anemia.

**Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao prénatal de alto risco**

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A).

- Fatores relacionados às condições prévias:

• Cardiopatias;

• Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);

• Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);

• Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);

• Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);

• Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional);

• Doenças neurológicas (como epilepsia);

• Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);

• Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);

• Alterações genéticas maternas;

• Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;

• Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);

• Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);

• Hanseníase;

• Tuberculose;

• Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;

• Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

- Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

• Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;

• História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);

• Abortamento habitual;

• Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual:

• Restrição do crescimento intrauterino;

• Polidrâmnio ou oligoidrâmnio;

• Gemelaridade;

• Malformações fetais ou arritmia fetal;

• Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);

Obs.: Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.

• Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);

• Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;

• Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);

• Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;

• Evidência laboratorial de proteinúria;

• Diabetes mellitus gestacional;

• Desnutrição materna severa;

• Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);

• NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);

• Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);

• Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

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

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica.

São fatores de risco:

• Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;

• Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C).

• Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;

• Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);

• Crise hipertensiva (PA > 160/110);

• Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;

• Isoimunização Rh;

• Anemia grave (hemoglobina < 8);

• Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);

• IG a partir de 41 semanas confirmadas;

• Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Infecções de vias aéreas superiores;

• Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;

• Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;

• Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);

• Investigação de prurido gestacional/icterícia;

• Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;

• Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;

• Restrição de crescimento intrauterino;

• Oligoidrâmnio;

• Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

* Óbito fetal

**ATENÇÃO:** Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contrarreferência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, e retarda o acesso das gestantes que deles precisam. Daí a importância da adequada classificação do risco, para o devido encaminhamento.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início à participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante. Este processo é composto por cinco (05) passos.

1º PASSO: Primeiro contato com postura acolhedora: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação,

parto e pós-parto. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

2º PASSO: Solicitar os testes rápidos e exames de rotina.

Ampliar o acesso e a oferta da testagem e do aconselhamento é uma importante estratégia para a prevenção de vários agravos. A institucionalização dessas ações permite a redução do impacto das doenças transmissíveis na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde. Permite, também, conhecer e

aprofundar o perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento.

3º PASSO: Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada.

A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção de doenças que podem ser prevenidas.

Com esse objetivo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), disponibiliza para toda a família, o Calendário Nacional de Vacinação, que atende a todas as etapas da vida, tanto para a criança, quanto para o adolescente, o adulto e o idoso.

O pai/parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e do bebê.

Assim, com o intuito de possibilitar conhecimento e acesso às vacinas oferecidas pelo PNI e a participação do pai/parceiro na vacinação da família, segue quadro contendo o Calendário Nacional de Vacinação

4º PASSO: Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica, etc.

5º PASSO: Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento. Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: ser encorajado a clampear o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, a incentivar a amamentação, a dividir as tarefas de cuidados da criança com a mãe, etc. Caso a gestação seja de alto risco com chances

do recém-nascido nascer prematuro e ou com baixo peso, incentivar os pais/parceiros a conhecerem a unidade neonatal da maternidade de referência. Além disso, o (a) profissional deve mostrar ao futuro pai que ao participar do parto, ele pode ajudar a: Garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional;

• estimular o parto normal;

• diminuir a duração do trabalho de parto;

• diminuir o medo, a tensão e, consequentemente, aliviar a dor;

• aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;

• diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;

• favorecer o aleitamento materno;

• fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê.

**Infecção pelo Vírus Zika – LEITURA COMPLEMENTAR**

A infecção pelo vírus Zika pode ocasionar um espectro clínico que varia de manifestação inaparente, sem a percepção da apresentação de sinais ou sintomas, passando por um quadro clínico com manifestações brandas e autolimitadas, e podendo se manifestar com complicações neurológicas e também por doença congênita.

Segundo os poucos estudos disponíveis, as manifestações clínicas em decorrência da infecção pelo vírus Zika são percebidas em cerca de 20% dos casos infectados. Na maioria das vezes, a doença é autolimitada, durando aproximadamente de 4 a 7 dias, podendo estar acompanhada das seguintes manifestações mais comuns: exantema maculopapular, febre, artralgia, conjuntivite não purulenta, cefaleia, mialgia e prurido. Além dessas manifestações, também foram descritos casos de síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas. Na literatura há referência de poucos casos apresentando icterícia, constipação e hematúria. Quando infectada, mesmo não apresentando sinais e sintomas aparentes da doença, uma gestante poderá transmitir o vírus para o feto, podendo ocasionar desde o aborto espontâneo, óbito fetal ou anomalias congênitas.

Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika

Além da microcefalia congênita, uma série de manifestações, incluindo desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares, e anomalias cerebrais detectadas por neuroimagem têm sido relatadas entre neonatos que foram expostos ao vírus Zika durante a gestação.

Os achados de neuroimagem incluem calcificações corticais, subcorticais, malformações corticais, padrão simplificado de giro, alterações migratórias, hipoplasia do tronco cerebral, cerebelo e ventriculomegalia. Embora a microcefalia congênita seja o achado inicial para o reconhecimento da síndrome, algumas dessas manifestações neurológicas ocorreram sem a microcefalia associada e só se tornaram evidentes após o nascimento.

Com base numa revisão de estudos observacionais, de coorte e de caso-controle, há atualmente um forte consenso científico de que o vírus Zika é uma causa de microcefalia e outras complicações neurológicas que, em conjunto, constituem a Síndrome congênita do vírus Zika (ScZ).

**Vigilância laboratorial**

 Colher amostras dos primeiros casos de uma área sem confirmação laboratorial de “Doença aguda pelo vírus Zika”, 100% das gestantes com suspeita de “Doença aguda pelo vírus Zika”, 100% dos óbitos suspeitos de doença pelo vírus Zika e 100% dos pacientes internados com manifestação neurológica em Unidades Sentinela, com suspeita de infecção viral prévia (zika, dengue e chikungunya);

 A coleta de amostra para realização de isolamento viral ou RT-PCR deverá ser realizada:

- Soro: 3 ml em até 5 dias do início dos primeiros sintomas (fase aguda);

- Urina: 10 ml em até 8 dias do início dos primeiros sintomas.

 Para sorologia IgM deverão ser colhidas duas amostras de soro, uma na fase aguda e outra na fase convalescente da doença:

- 1ª coleta (fase aguda): colher 3 ml de soro de 3 a 5 dias após o início dos sintomas;

- 2ª coleta (fase convalescente): colher 3 ml de soro de 3 a 4 semanas após a 1ª coleta.

A sorologia IgM é exclusiva para pacientes internados com manifestação neurológica em Unidades Sentinela, com suspeita de infecção viral prévia (zika, dengue e chikungunya).

Obs: notificação compulsória