

PROCESSO SELETIVO 06/2023

Área de Conhecimento: Saúde da mulher e do recém-nascido

PROVA ESCRITA – PADRÃO DE RESPOSTA (Espelho de Prova)

QUESTÃO 1:

- Anamnese completa, considerando os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos e dados da gestação atual.

- Cálculo da data provável do parto (DPP) e da idade gestacional (IG) considerando o dia da consulta (17/11/23)

DUM: 28/07/2023

DPP: 04/05/2024

IG: $3+31+30+31+17 = 112/7 = 16s$

- Verificação da data precisa da última menstruação; regularidade dos ciclos menstruais; uso de anticoncepcionais; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e/ou cirúrgicas; detalhes das gestações prévias; hospitalizações anteriores; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível; exposição ambiental e/ou ocupacional de risco; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemelaridade anterior; fatores socioeconômicos; atividade sexual; uso de tabaco, álcool e/ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; vacinações prévias; história de violências.

- Pesquisa de sinais e sintomas relacionados à gravidez atual, como náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento e/ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas.

- Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SisPréNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados.

- Preenchimento do Cartão da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal com identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde; hospital de referência para o parto.

- Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização. Gestante sem informação de vacinas:

dT - iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias

ou, no mínimo, 30 dias, se necessário;

Influenza - em qualquer período gestacional;

Hepatite B - para gestantes sem informação de vacinação, solicitar anti-HBs, se negativo a gestante deve receber as 3 doses, sendo a 1ª dose após a 14ª semana de gestação, a 2ª dose 30 dias após a primeira e a 3ª dose seis meses após a primeira.

- Solicitação dos exames de rotina da primeira consulta:

hemograma;

tipagem sanguínea e fator Rh;

Coombs indireto (se for Rh negativo);

glicemia de jejum;

VDRL;

anti-HIV;

toxoplasmose IgM e IgG;

sorologia para hepatite B (HbsAg);

exame de urina e urocultura;

ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional;

exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica);

parasitológico de fezes (se houver indicação clínica);

- Coleta de eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica). Em SC é rotina em todas as gestantes.

- Realização dos testes rápidos HIV, Hep B, Hep C, Sífilis.

- Orientação sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.

- Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal para a necessidade de encaminhamentos ao pré-natal de alto risco.

- Encaminhar a gestante para atualizar o calendário vacinal e realizar consulta odontológica.

- Realizar o exame físico (geral e gineco/obstétrico, com palpação abdominal/uterina, medida da altura uterina, ausculta de BCFs).

- Coletar o preventivo do colo uterino.

- Realizar orientações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como a presença de corrimentos e/ou outras perdas vaginais, sobre o calendário das consultas e a

importância da realização das consultas e exames pré-natais.

- Informar sobre sinais e sintomas esperados para a idade gestacional que a mulher se encontra.
- Sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

REZENDE, Jorge. Obstetrícia Fundamental. 14.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Reimpressão 2022.

QUESTÃO 2:

- Verificar a idade da mulher para identificar se a menopausa é precoce (antes dos 40 anos), para descartar situações clínicas (ex.: amenorreia).
- Verificar o tempo de amenorreia (se 12 meses consecutivos).
- Orientar quanto à irregularidade menstrual e que os fogachos e suores noturnos são bastante frequentes, com intensidades diferentes para cada mulher.
- Verificar se as queixas que estão interferindo na qualidade de vida da mulher no climatério são de ordem psicossocial, afetiva e/ou outras.
- Orientar quanto a hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado como alimentação (rica em vitamina D e em cálcio, por meio do consumo de leite, iogurte, queijos, couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas), atividade física, higiene do sono.
- Reforçar sobre a importância da manutenção do peso normal.
- Estimular a prática de atividade física e a elaboração de novos projetos e objetivos para essa nova fase da vida.
- Orientar sobre anticoncepção.

Realizar entrevista investigando:

- data da última menstruação; uso de métodos anticoncepcionais; tabagismo e história familiar de câncer de mama; última coleta de citopatológico do colo do útero; sangramento genital após as relações sexuais e após os distúrbios menstruais.

Realizar um exame físico geral:

- verificar queixas, comorbidades, riscos relacionados (cardiovasculares e cânceres de mama e colo do útero); avaliação de sinais vitais e antropométricos (peso e altura para cálculo do IMC e

circunferência de cintura), avaliação de risco cardiovascular.

Realizar exame físico específico:

- ginecológico orientado para queixas e fatores de risco cardiovascular e quedas.
- coleta oportunística de citopatológico de colo uterino, se necessário (ver protocolo de Prevenção do Câncer de Colo do Útero).
- solicitar mamografia se a mulher tiver mais que 50 anos.
- orientar que durante os fogachos é indicado dormir em ambiente bem ventilado; usar roupas em camadas que possam ser facilmente retiradas se perceber a chegada dos sintomas e beber um copo de água ou suco quando perceber a chegada deles.
- orientar que podem ocorrer sintomas como disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição, dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vaginal e vulvar, que podem estar relacionados à atrofia genital.
- falar sobre o uso de lubrificantes vaginais a base d'água durante as relações sexuais e/ou preliminares que favoreçam relações prazerosas e satisfatórias.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

QUESTÃO 3:

- A condução conservadora só deve ser considerada quando estão presentes as seguintes premissas: clínica estável, êxito no controle farmacológico da hipertensão arterial, exames laboratoriais dentro dos parâmetros de normalidade e vitalidade fetal presente.
- Na ausência das condições que indicam parto imediato, deve-se tentar avançar a gravidez, pelo menos, até 34 semanas.
- Impõe-se atenta vigilância clínica e subsidiária, materna e fetal.
- Realizar e orientar sobre ciclo de corticoterapia para amadurecimento pulmonar do feto.
- Monitorar sinais e sintomas premonitórios (alterações visuais como escotomas, dor na nuca, dor epigástrica/epigastralgia).

Cuidados de Enfermagem (orientar sobre):

- dieta e repouso;
- exames laboratoriais (hemograma - particularmente hematócrito, hemoglobina e plaquetas),

- desidrogenase láctica (DHL), bilirrubinas totais creatinina, transaminase oxalacética (TGO/AST);
- sob risco de convulsão o sulfato de magnésio é indicado (atentar para os cuidados no seu preparo, diluição, administração, manutenção e acompanhamento de sinais de impregnação - ter o gluconato de cálcio próximo à gestante);
 - evitar a redução abrupta e excessiva da pressão arterial, pelo risco de acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, insuficiência renal aguda e hipóxia fetal;
 - monitorar o uso de hipotensores de manutenção por via oral.

Atentar para os seguintes sinais e sintomas:

- estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos (a associação com sintomas configura uma emergência hipertensiva);
- Síndrome de HELLP;
- sinais de iminência de eclâmpsia caracterizados pela sintomatologia secundária a alterações vasculares do sistema nervoso, como cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas e hiper-reflexia, ou hepáticas, náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito), eclâmpsia; edema agudo de pulmão; dor torácica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

QUESTÃO 4:

- A dilatação, de forma isolada, não é parâmetro para a realização de intervenções, visto que é importante considerar a altura da apresentação fetal na pelve materna. Além da dilatação cervical, é importante acompanhar a altura da apresentação na evolução do parto.
- Considerando que a dilatação está completa, mas que esse bebê ainda precisa rodar e descer na pelve por estar em posição ODT (occípito-direita-transversa), torna-se importante orientar a mulher a realizar exercícios e posições que favoreçam um melhor posicionamento fetal.

Completando a insinuação, a cabeça migra até as proximidades do assoalho pélvico, onde começa o cotovelo do canal. Até aí mantém a mesma atitude e conserva o mesmo sentido, apenas exagerando um pouco a flexão. O ápice do ovoide cefálico atinge o assoalho pélvico, e a circunferência máxima encontra-se na altura do estreito médio da bacia. A descida, na realidade, ocorre desde o início do trabalho de parto e só termina com a expulsão total do feto. Durante esse mecanismo do parto, o

movimento da cabeça é turbinal: à medida que o polo cefálico roda, vai progredindo no seu trajeto descendente.

Aplicada esta lei ao trabalho de parto, verifica-se que o cilindroide fetal, para transpor o cotovelo do canal de parto, quer o occipital esteja orientado no sentido oblíquo ou transverso da pelve, será compelido a sofrer movimento de rotação, capaz de dirigir o seu facílimum de flexão de modo que o occipital entre em contato com a sínfise púbiana.

- A pressão exercida pela apresentação fetal ou pela bolsa das águas, atuando em forma de cunha, constitui fator responsável pela dilatação das porções baixas do útero.

A insinuação da cabeça fetal ocorre por dois processos diferentes:

Insinuação estática, processada na gravidez, em mais de 50% das primigestas (flexão por aconchego no segmento inferior e na descida, conjuntamente com o útero, por tração dos ligamentos sustentadores do órgão e pressão das paredes abdominais).

Insinuação dinâmica, que surge no fim da dilatação cervical (flexão por contato com o estreito superior da bacia e descida à custa das contrações expulsivas). A insinuação estática é considerada prognóstico favorável para o parto, desde que proporcione boa proporção cefalopélvica. A recíproca, porém, não é correta. O simples fato de não se ter verificado, não autoriza concluir pela existência de desproporção cefalopélvica ou de qualquer outra razão de mau prognóstico.

- Preferência por posturas verticalizadas e que proporcionem desequilíbrio pélvico a fim de facilitar a descida do bebê.

- Não se faz necessária a ruptura artificial das membranas amnióticas, visto que o padrão de contrações uterinas está satisfatório. No entanto, não se descarta essa possibilidade, caso a parturiente dê o consentimento para a sua ruptura artificial e o risco de prolapso de cordão seja nulo. A ruptura espontânea da bolsa das águas (amniorrexe), com evasão parcial do conteúdo líquido do ovo, dá-se, em 80% dos casos, no fim da dilatação ou no início da expulsão.

- Seguir com o monitoramento dos BCFs com sonar doppler para avaliação da vitalidade fetal a cada 30 minutos (a frequência normal deve oscilar entre 110 e 160 bpm) e, quando começar a expulsão, a cada 15 minutos.

- Seguir controlando a DIN para avaliação da efetividade das contrações.

- Estimular o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

- Realizar o toque vaginal, de forma reduzida e somente se necessário, com os cuidados indispensáveis (técnica correta de antissepsia e mãos corretamente enluvadas) e diante do consentimento da mulher.

Toques frequentes e sem apuro técnico são traumatizantes para os tecidos maternos, provocam edema da cérvix e propiciam infecção ovular e da genitália, além de causar dor e desconforto para

ovo, dá-se, em 80% dos casos, no fim da dilatação ou no início da expulsão.

- Seguir com o monitoramento dos BCFs com sonar doppler para avaliação da vitalidade fetal a cada 30 minutos (a frequência normal deve oscilar entre 110 e 160 bpm) e, quando começar a expulsão, a cada 15 minutos.
- Seguir controlando a DIN para avaliação da efetividade das contrações.
- Estimular o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.
- Realizar o toque vaginal, de forma reduzida e somente se necessário, com os cuidados indispensáveis (técnica correta de antissepsia e mãos corretamente enluvadas) e diante do consentimento da mulher.

Toques frequentes e sem apuro técnico são traumatizantes para os tecidos maternos, provocam edema da cérvix e propiciam infecção ovular e da genitália, além de causar dor e desconforto para a mulher. Deve-se sempre explicar à parturiente o motivo do exame e solicitar sua autorização, sem a qual não se deve realizá-lo.

- Não forçar a parturiente a realizar puxos, visto que estes são involuntários.

A prensa abdominal não deve ser forçada caso a parturiente não demonstre desejo de fazê-lo.

- Prestar suporte e apoio emocional.
- Informar a mulher, seu acompanhante e doula sobre os cuidados prestados e condutas realizadas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

REZENDE, Jorge. Obstetrícia Fundamental. 14.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Reimpressão 2022.

Membros da Banca Examinadora:

Presidente: Silvana dos Santos Zanotelli

Assinatura _____

Membro: Joice Moreira Schmalfuss

Assinatura _____

Membro: Olvani Martins da Silva

Assinatura _____

