



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM ACOLHIMENTO (PRÉ-CONSULTA)



ATALAIA 2023
REVISÃO 2025

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

SUMÁRIO

1. ACOLHIMENTO (PRÉ-CONSULTA).....	3
1.2 MATERIAIS.....	4
1.3 DESCRIÇÕES DO PROCEDIMENTO.....	4
1.3.1. ACOLHIMENTO PARA RECÉM-NASCIDOS A CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS.....	4
1.3.2. AFERIÇÃO DO PESO (BALANÇA DIGITAL).....	4
1.3.3 AFERIÇÃO DA ALTURA, TEMPERATURA, PERÍMETRO TORÁCICO E CEFÁLICO.....	5
1.3.4. PRÉ CONSULTA PARA CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS.....	5
1.3.5. PRÉ CONSULTA PARA ADOLESCENTES, ADULTOS E GESTANTES.....	6
2. SINAIS VITAIS (SSVV).....	7
2.1 TEMPERATURA.....	8
2.1.1 TERMINOLOGIA BÁSICA.....	8
2.1.2. MÉTODO PARA AFERIÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR.....	8
2.1.3. PLANO DE CUIDADO PARA HIPERTERMIA.....	9
3. PULSO.....	9
3.1. TEMINOLOGIA BÁSICA.....	9
3.2. MÉTODO PARA AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC).....	9
4. RESPIRAÇÃO.....	10
4.1 TERMINOLOGIA BÁSICA	10
4.2 MÉTODOS PARA AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR).....	11
5. PRESSÃO ARTERIAL.....	11

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.

CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br



ATALAIA

PREFEITURA DA CIDADE

5.1 TERMINOLOGIA BÁSICA.....	11
5.2 MATERIAIS.....	12
5.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO.....	12
6. AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR COM GLICOSÍMETRO.....	13
6.1 MATERIAL.....	14
6.2 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO.....	14
7. ATENDIMENTO ÀS GESTANTES.....	15
7.1 CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL.....	15
7.2 CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO.....	16
7.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA).....	17
7.4 DESCRIÇÃO.....	17
7.5 AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS.....	18
7.6 TÉCNICA PARA AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS.....	19
7.7 UTILIZAÇÃO DO SONAR DOPPLER.....	19
8. HIPERÊMESE GRAVIDICA.....	19
9. FATORES DE RISCO QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA.....	20
9.1 PACIENTES COM SUSPEITA DE PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE.....	20
9.2 TRATAMENTO.....	21
10. SÍNDROME DE HELLP.....	21
10.1 TRATAMENTO.....	21
11. ABORTAMENTO.....	22
12. TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP).....	22
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.

CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

1. ACOLHIMENTO (PRÉ-CONSULTA)

Definição: Atividade que prepara toda e qualquer consulta médica ou de enfermagem.

Área: Assistência à Saúde.

Executantes: Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

Objetivos:

- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação de O₂ e HGT), e medidas antropométricas (estatura, peso, perímetro cefálico e torácico em crianças menores de um ano de idade) nos pacientes que se submeteram a consulta médica, fazendo as devidas anotações em prontuário.
- Realizar triagem dos casos mais urgentes.
- Detectar suspeitas de doenças transmissíveis e infectocontagiosas.
- Detectar casos de diarreia para registro e notificação.

Normas

- Deverá ser executada pelo Serviço de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro.
- Deverá ser realizada em sala apropriada contendo todo material a ser utilizado, de maneira a garantir a privacidade do paciente.
- Os pacientes serão chamados de acordo com a ordem de chegada dando prioridade aos casos de urgências, idosos e gestantes.
- O paciente ou acompanhante deve ser informado com antecedência sobre as atividades a serem realizadas.
- Devem ser verificados os seguintes dados:
 - Adultos: peso, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação de O₂ e HGT (quando necessário).
 - Crianças: peso, altura, perímetro cefálico e torácico (até 02 anos) e temperatura.
 - Gestantes: peso, pressão arterial, frequência cardíaca e estatura (somente na primeira consulta).
- A verificação do peso na criança deverá ser feita sem roupa até os 12 meses e após esta idade, com mínimo de vestimenta possível.
- A verificação da estatura deverá ser feita sem calçados.
- Anexar exames trazidos pelo paciente junto ao prontuário.
- A verificação dos dados antropométricos (em crianças) e os sinais vitais (em adultos) devem ser feitos a cada consulta independente do tempo transcorrido.
- Anotar e informar ao paciente os dados antropométricos e os sinais vitais observados.
- Preencher a ficha dos SISPRENATAL para todas as gestantes.
- Preencher a ficha do SISVAN para todas as crianças até os 12 anos.
- Lavar as mãos antes e após manipular cada paciente.
- Manter as balanças sempre calibradas.
- Questionar sobre diarreia ou SRA e fazer as notificações necessárias na Planilha de Notificação Semanal.



ATALAIA

PREFEITURA DA CIDADE

- Orientar as pacientes adultas e adolescentes (que já tenham vida sexual ativa) sobre a importância e necessidade da realização do Exame Papanicolau anualmente.
- Observar e orientar sobre a atualização e reforço das vacinas.

1.2 MATERIAIS

- Balança infantil.
- Balança antropométrica para adulto.
- Toesa (régua para medir bebês).
- Termômetro Clínico.
- Almotolia com álcool a 70%.
- Vasilha contendo algodão seco para desinfecção do termômetro.
- Lençol para colchonete em número suficiente para a demanda.
- Toalha de papel e sabão líquido.
- Lixeira.

1.3 DESCRIÇÕES DO PROCEDIMENTO

1.3.1. ACOLHIMENTO PARA RECÉM-NASCIDOS A CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS:

- Chamar o paciente pelo nome completo na sala de espera.
- Questionar a mãe ou acompanhante sobre os motivos que os trouxeram ao serviço de saúde.
- Orientar a mãe ou acompanhante sobre os procedimentos que serão executados: aferição de temperatura, peso, perímetro cefálico e torácico, altura.
- Solicitar para que a mãe ou acompanhante retire o calçado e a roupa da criança.
- Lavar bem as mãos.

1.3.2. AFERIÇÃO DO PESO (BALANÇA DIGITAL):

- Ligar a balança e certificar-se que a mesma encontra-se zerada.
- Fazer a desinfecção da balança com álcool a 70% e forrá-la com papel toalha.
- Despir a criança com auxílio da mãe ou responsável.
- Colocar a criança, sentada ou deitada, no centro da balança.
- Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança ou no equipamento.
- Realizar a leitura, quando o valor do peso estiver fixo no visor.
- Solicitar à mãe que retire a criança da balança e a coloque em posição para ser medida.
- Registrar o peso no prontuário e no Cartão da Criança.
- Realizar anotação de enfermagem e assinar.
- Proceder à assepsia do prato da balança com álcool a 70%.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

1.3.3 AFERIÇÃO DA ALTURA, TEMPERATURA, PERÍMETRO TORÁCICO E CEFÁLICO:

- Deitar a criança em superfície reta, preferencialmente sobre colchonete em mesa clínica, retirando presilhas e acessórios do cabelo se houver.
- Colocar a parte fixa da régua antropométrica encostada na cabeça da criança e mover outra parte até os pés mantendo o corpo em alinhamento com a régua. Ler a marca na escala e registrar em cm no prontuário.
- Medir com a fita métrica os perímetros cefálico e torácico, PC (perímetro cefálico): é a medida da circunferência do crânio. É realizada com o bebê em decúbito dorsal, passando-se a fita métrica a partir da maior saliência do osso occipital e acima das sobrancelhas (proeminência frontal), realizando-se então a leitura. PT (perímetro torácico): É a medida de circunferência do tórax, sendo verificado com fita métrica. O RN deve ser posicionado em decúbito dorsal e sem roupa. Passa-se a fita ao redor do tórax nas alturas dos mamilos, realizando a leitura.
- Anotar os dados em prontuário.
- Aferir a temperatura: realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool 70%. Segurar o termômetro pelo lado oposto ao bulbo e agitá-lo para baixo até a coluna de mercúrio descer completamente no bulbo.
- Secar a axila da criança, sem friccionar, se a mesma estiver molhada.
- Colocar o termômetro no côncavo da axila pressionando lateralmente sobre o tórax e dobrando o antebraço sobre o peito. Pedir auxílio da mãe ou acompanhante para que segure o braço da criança. Aguardar 5 minutos.
- Retira o termômetro sem tocar no bulbo e fazer a leitura.
- Anotar os dados no prontuário.
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70%.
- Informar a mãe ou acompanhante sobre os dados aferidos na pré-consulta.
- Observar e orientar atualização e/ou do reforço das vacinas.
- Anexar resultados de exames ao prontuário.
- Orientar para aguardar na sala de espera até o paciente ser chamado para consulta.
- Preencher a ficha do SISVAN, anotando todos os campos necessários para o acompanhamento da criança.

1.3.4. PRÉ CONSULTA PARA CRIANÇAS MAIORES DE DOIS ANOS:

- Chamar o paciente pelo nome completo na sala de espera.
- Perguntar à mãe ou acompanhante sobre os motivos que os trouxeram ao serviço de saúde.
- Orientar a mãe ou acompanhante sobre o procedimento que será executado.
- Solicitar para que a mãe ou acompanhante retire o calçado e a roupa da criança.
- Lavar as mãos.
- Aferir a balança.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Colocar a criança sobre o centro da balança de frente para a mesma. Anotar o valor do peso em quilos.
- Proceder à mensuração da altura.
- Colocar a criança de costas para a balança e orientá-la para que permaneça ereta com os olhos voltados para frente.
- Elevar a escala acima da cabeça da criança e baixá-la até tocar o couro cabeludo.
- Travar a escala, proceder à leitura e anotar no prontuário a mensuração em centímetros.
- Para aferir a temperatura, colocar a criança sentada ou sozinha ou no colo da mãe utilizando o termômetro conforme técnica descrita anteriormente.
- Anotar em prontuário e informar à mãe ou acompanhante os dados obtidos durante a pré-consulta.
- Anexar ao prontuário exames disponíveis.
- Conferir vacinas, orientando atualização e reforços.
- Orientar à mãe ou acompanhante que aguarde na sala de espera até o paciente ser chamado para consulta.
- Lavar as mãos.
- Anotar dados da criança no SISVAN.

1.3.5. PRÉ CONSULTA PARA ADOLESCENTES, ADULTOS E GESTANTES:

- Chamar o paciente pelo nome completo na sala de espera.
 - Orientar o paciente sobre o procedimento que será executado.
 - Lavar as mãos.
 - Verificar a pressão arterial.
 - Anotar valores no prontuário.
 - Limpar as olivas e o diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%.
 - Verificar a temperatura conforme rotina descrita anteriormente.
 - Verificar o peso conforme rotina (balança digital).
 - Ligar a balança, esperar que o visor zere.
 - Posicionar o paciente no centro da balança descalço, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
 - Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor.
 - Registrar o peso no prontuário do paciente.
- Para mensurar a altura:
- Orientar o paciente para subir na balança, descalço e no centro do equipamento.
 - Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
 - Solicite ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropometria.
 - Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
 - Travar a haste.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
- Fazer a leitura e anotar em prontuário e planilha de produção.
- Destruar e descer a haste.
- Informar o paciente sobre todos os dados obtidos.
- Anexar resultados de exames de laboratório (se houver).
- Orientar a realização do exame Papanicolau para as pacientes adultas e/ou gestantes.
- Anotar os dados das gestantes em prontuário e na ficha do SISPRENTAL.
- Orientar ao paciente e/ou familiares sobre a atualização do calendário de vacinação.
- Em situações de agravos de notificação do SINAN, preencher a ficha e encaminhá-la à Vigilância Epidemiológica para posterior investigação.
- Notificar violências e acidentes de trabalho, encaminhando o paciente para Vigilância Epidemiológica.
- Em casos de suspeita de dengue, chamar o enfermeiro para realização da prova do laço.
- Lavar as mãos.
- Manter a sala em ordem.

2. SINAIS VITAIS (SSVV)

Definição: São indicadores das condições de saúde de uma pessoa. Os sinais vitais (SSVV) referem-se à: Temperatura (T), ao Pulso ou batimentos cardíacos (P), à Respiração (R) e à Pressão Arterial (PA).

Área: Assistência à saúde.

Executantes: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Objetivo: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem.

As alterações da função corporal geralmente se refletem na temperatura do corpo, na pulsação, na respiração e na pressão arterial, podendo indicar enfermidade. Os mecanismos que regulam esses sinais são muito sensíveis a qualquer alteração e é por isso que eles são chamados Sinais Vitais. Devemos verificar os SSVV de um paciente antes das consultas, quando o mesmo referir estar se sentindo "estranho" ou "diferente" ou quando o médico solicitar.

Material necessário:

- Esfigmomanômetro.
- Estetoscópio.
- Termômetro.
- Copo descartável contendo bolas de algodão embebidas em álcool.
- Relógio com ponteiros de segundos.
- Caneta.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Prontuário ou ficha de anotações.

2.1 TEMPERATURA

Temperatura corporal é o equilíbrio entre a produção e a perda de calor do organismo, mediado pelo centro termorregulador (no hipotálamo). Podemos ajustar a temperatura corpórea colocando ou retirando as roupas, buscando abrigo, tomando banho quente ou frio e ajustando a temperatura ambiente.

A temperatura pode ser verificada na região axilar, inguinal ou retal. A axilar é a mais comumente verificada (embora menos fidedigna) e o seu valor normal varia no adulto entre 35,8 a 37,2 °C.

2.1.1 TERMINOLOGIA BÁSICA

Normotermia: temperatura corporal normal (35,8 a 37,2 °C)

Afebril: ausência da elevação de temperatura.

Febrícula: 37,3°C a 37,7°C.

Febre ou hipertermia: a partir de 37,8°C. O indivíduo pode apresentar pele avermelhada, quente, aumento da temperatura corporal e taquicardia.

Hiperpirexia: de 40°C a 41°C. Quando a temperatura ultrapassa 41°C, as células do SNC podem ser danificadas.

Hipotermia: temperatura abaixo de 35°C.

2.1.2. MÉTODO PARA AFERIÇÃO DA TEMPERATURA AXILAR

- Lavar as mãos.
- Cumprimentar o paciente e explicar o que vai ser feito.
- Fazer desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e sacudi-lo cuidadosamente até que a coluna de mercúrio desça abaixo de 35°C. segurá-lo pela extremidade oposta à da ampola de mercúrio.
- Enxugar a axila com a roupa do paciente s/n (a umidade abaixa a temperatura da pele, não aferindo a temperatura real do corpo).
- Colocar o termômetro com o reservatório de mercúrio bem no côncavo da axila, de maneira que o bulbo fique em contato direto com a pele.
- Pedir ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo, colocando a mão no ombro oposto.
- Após 5 minutos, retirar o termômetro, ler e anotar a temperatura.
- Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%.
- Lavar as mãos.
- O termômetro deverá ser lavado com água e sabão no início de cada plantão.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

2.1.3. PLANO DE CUIDADO PARA HIPERTERMIA.

- Oferecer líquidos.
- Colocar roupas leves.
- Manter o paciente em ambiente arejado.
- Colocar compressas frias.
- Administrar antipirético.
- Manter as roupas secas.

3. PULSO

O ventrículo esquerdo contrai-se, ejeta sangue para o interior da aorta, forma-se uma onda de expansão por toda a rede arterial que é chamada então de pulso. Na palpação do pulso, verifica-se frequência, ritmo e tensão. As artérias mais comumente utilizadas para verificar o pulso são: artéria radial, carótida e poplítea.

O pulso varia de acordo com a idade: é mais rápido ao nascimento, diminui com a idade e aumenta ao chegar à velhice.

- RNs (recém-nascidos) apresentam de 130 a 140 bpm.
- Lactentes apresentam de 115 a 130 bpm.
- Crianças apresentam de 110 a 115 bpm.
- Adolescência e vida adulta, de 60 a 100 bpm.
- Homens cerca de 60 a 70 bpm.
- Mulheres de 65 a 80 bpm.

3.1. TERMINOLOGIA BÁSICA

- Pulso normocárdico: batimento cardíaco normal (60 A 100).
- Pulso rítmico: os intervalos entre os batimentos são iguais.
- Pulso arritmico: os intervalos entre os batimentos são desiguais, é um pulso irregular.
- Taquisfigma ou Taquicardia: pulso acelerado (maior que 100).
- Bradisfigma ou Bradicardia: frequência baixa da faixa normal (menor que 60).
- Pulso filiforme, fraco, débil: termos que indicam redução de força e do volume do pulso periférico.

3.2. MÉTODO PARA AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC):

- Lavar as mãos.
- Cumprimentar o paciente e explicar o procedimento.
- Manter o paciente confortável (deitado ou sentado). O braço apoiado na mesa ou colo (altura do tórax) e com a planta da mão voltada para baixo.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Colocar o dedo indicador, médio e anular sobre a artéria radial, fazendo leve pressão, suficiente para sentir a pulsação.
- Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem.
- Contar os batimentos durante um minuto (para poder identificar possível arritmia).
- Repetir a contagem em caso de dúvida.
- Registrar em prontuário se o pulso é regular, irregular, fraco, forte, rápido, muito lento, etc.
- Anotar no prontuário.
- Lavar as mãos.

OBS:

- Não utilizar o dedo polegar para a percepção da frequência cardíaca a fim de não confundir o pulso do paciente com a própria pulsação.
- Aquecer as mãos para verificar o pulso.
- Não fazer pressão forte sobre a artéria, pois pode impedir de sentir os batimentos do pulso.
- Importante: a FC varia com o exercício físico, aplicação de calor ou frio, administração de medicamentos, problemas cardíacos, emoções fortes, etc.

4. RESPIRAÇÃO

Respiração é o ato de inspirar e expirar, promovendo a troca de gases entre o organismo e o ambiente (inspiração de O₂ e expiração de CO₂). A frequência respiratória normal do adulto oscila entre 12 a 16 respirações por minuto, e em crianças de 20 a 30, no RN de 40 a 50 e no idoso de 16 a 25.

Em geral, a proporção entre a frequência respiratória e o ritmo de pulso é, aproximadamente, de 1:4.

Exemplo: R=20 / P=80.

Como a respiração está parcialmente sujeita ao controle voluntário, deve ser contada sem que o paciente perceba: observar a respiração, procedendo como se estivesse verificando o pulso.

4.1 TERMINOLOGIA BÁSICA

- Eupneia: respiração normal.
- Taquipneia ou polipneia: respiração acelerada.
- Bradipneia: diminuição do número de movimentos respiratórios.
- Apneia: parada respiratória. Pode ser instantânea ou transitória, prolongada, intermitente ou definitiva.
- Dispneia: dor ou dificuldade ao respirar (falta de ar).
- Ortopneia: respiração facilitada em posição vertical ou ortostática.
- Respiração ruidosa, estertorosa: respiração com ruídos, geralmente devido ao acúmulo de secreção brônquica.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Ruídos adventícios: secreções soltas.
- Saturação de O₂ (Sat O₂): porcentagem de hemoglobina que está ligada com oxigênio nas artérias. O normal é de 97 a 100%.

4.2 MÉTODOS PARA AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)

- Cumprimentar o paciente e explicar como será o procedimento.
 - Lavar as mãos.
 - Deitar o paciente ou sentá-lo confortavelmente.
 - Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório.
 - Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação. O controle da FR deve ser feito sem o conhecimento do paciente, para evitar que haja variação do ritmo respiratório por se sentir observado.
 - Auscultar com estetoscópio a FR ou colocar os dedos indicador e médio no pulso do paciente, simulando a aferição da frequência cardíaca.
 - Contar durante um minuto.
 - Descrever no prontuário, as características da respiração: profunda ou superficial, dolorosa, rápida ou lenta, ruidosa, etc.
- OBS: Solicitar ao paciente que não fale durante a verificação, não contar a respiração logo após esforços do paciente.

5. PRESSÃO ARTERIAL

Pressão arterial é a medida da pressão exercida pelo sangue devido à pressão do coração nas paredes das artérias. A pressão (PA) ou tensão arterial (TA) depende da força de contração do coração, da quantidade de sangue circulante, de sua viscosidade e da resistência das paredes dos vasos.

Ao medir a PA consideramos a pressão máxima ou sistólica que resulta da contração dos ventrículos para ejetar o sangue nas grandes artérias, e a pressão mais baixa ou diastólica, que ocorre assim que o coração relaxa. A PA é medida em milímetros de mercúrio (mmHg). Fatores constitutivos e ambientais interferem na pressão arterial. Aumenta com a idade e é considerada normal para adulto entre 130/80, 130/70, 120/80, 120/70 mmHg.

5.1 TERMINOLOGIA BÁSICA

- Hipertensão: PA acima da média (mais que 140/90 mmHg).
- Hipotensão: PA inferior à média (menos que 90/60 mmHg).
- Pressão sistólica: é o pico máximo de contração, quando a ejeção do sangue acontece.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Pressão diastólica: ocorre quando o ventrículo relaxa com o sangue permanecendo nas artérias exercendo uma pressão mínima.

5.2 MATERIAIS

- Esfigmomanômetro.
- Estetoscópio.

5.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Cumprimentar o paciente e explicar o procedimento ao mesmo, questionando sobre uso de medicação, horário e queixas.
- Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição.
- Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- Diminuir o nível de barulho no ambiente (sons de rádio ou TV) e orientar ao paciente que não fale durante o procedimento.
- Lavar as mãos.
- Manter o paciente deitado ou sentado, com o braço comodamente apoiado, ao nível do coração, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, prendendo-o sem apertar demasiado e nem deixar muito frouxo. Centralizar a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço.
- Não deixar as borrachas se cruzarem devido aos ruídos que produzem.
- Manter a válvula da pera aberta e o manômetro voltado para si, facilitando a visualização.
- Fazer a desinfecção das olivas do estetoscópio com álcool a 70% e coloca-las no ouvido voltado para frente. Posicionar o diafragma do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial (ao nível do cotovelo), na região medial da fossa antecubital.
- Palpar o pulso radial, fechar a válvula de ar e insuflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica. Deve ser insuflado de 20 a 30 mmHg acima do ponto de desaparecimento do ponto radial.
- Apoiar o diafragma do estetoscópio e abrir a válvula vagarosamente.
- Observar no manômetro o ponto em que são ouvidos os primeiros batimentos ou sons de Korotkoff (é a chamada fase 1) que é a pressão sistólica, seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação.
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
- Retiro todo ar do manguito, removê-lo e deixar o paciente confortável.
- Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição arterial e o braço em que foi feita a medida.



ATALAIA

PREFEITURA DA CIDADE

Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

- O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.
- Informar ao paciente que a PA aumenta com a idade.
- Informar que a PA varia com excesso de atividade, ansiedade e emoções fortes, nervosismo e medo, doenças, algumas medicações, excesso de ingestão de líquidos, hemorragias.
- Limpar as olivas auriculares com algodão embebido em álcool.
- Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinando e colocando horário.
- Comunicar médico ou enfermeiro em caso de alteração da PA.
- Registrar procedimento em planilha de produção.
- Lavar as mãos.
- Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBS:

- Sendo necessário verificar a PA a intervalos periódicos, o manguito pode ficar no braço do paciente.
- Em caso de dúvida, ou sendo necessário repetir a verificação, esvaziar completamente o manguito. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
- O Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.
- As gestantes devem ter a PA aferida em posição sentada ou deitada em decúbito lateral esquerdo.
- Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.
- Durante a aferição da pressão arterial é normal uma diferença de 5 a 10 mmHg entre os braços direito e esquerdo.
- Alterações importantes devem ser informadas rapidamente ao enfermeiro.
- Orientar repouso sentado de 10 minutos ao paciente que vem à unidade deambulando para aferição da PA, pois o esforço físico pode elevar os valores pressóricos.
- Em pacientes que apresentarem lesões dermatológicas é necessário proteger a braçadeira do Esfigmomanômetro para impedir contaminações nos próximos pacientes.

6. AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR COM GLICOSÍMETRO

DEFINIÇÕES: Consiste na aferição da glicemia capilar em pacientes de todas as faixas etárias através de uma gota de sangue fresco adquirida com punção puntiforme utilizando glicosímetro padronizado.

ÁREA: Assistência à Saúde.

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

OBJETIVO: Dosagem da glicemia em pacientes com:



ATALAIA

PREFEITURA DA CIDADE

- Diabetes Mellitus.
- Insulinoterapia.
- Nutrição parenteral.
- Terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose.
- Risco para desenvolver quadro clínico de hipoglicemia ou hiperglicemia.
- Histórico de lipotimia, desmaios e convulsões.

6.1 MATERIAL

- Bandeja ou cuba rim.
- Aparelho dosador de glicemia (glicosímetro) padronizado.
- Algodão.
- 01 par de luvas de procedimento.
- Almotolia com álcool a 70%.
- Lanceta com trava retrátil.
- 01 fita-teste específica para o aparelho de glicemia padronizado.
- Coletor para perfuro-cortante.

6.2 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Orientar o paciente quanto ao procedimento.
- Selecione o local para perfuração: em geral, na ponta de um dos dedos, em neonatos pode ser feita a punção no calcanhar.
- Separar o material necessário e realizar a desinfecção da cuba rim com álcool a 70%.
- Lave as mãos e utilize luvas.
- Se necessário podem ser aplicadas compressas quentes no local para fazer a dilatação dos pequenos vasos por cerca de 10 minutos.
- Fazer a assepsia da polpa digital com álcool a 70%, em sentido único até total limpeza da pele. Esperar secar.
- Ligar o glicosímetro seguindo as orientações específicas.
- Escolher o dedo ao qual será aplicada a lanceta, realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, deixar secar por completo antes de efetuar a punção.
- Puncionar na área da extremidade lateral da falange(polpa) com a lanceta obtendo uma gota de sangue suficiente para o preenchimento da tira-teste. Fure a pele de forma rápida e curta para minimizar a ansiedade e a dor do paciente, bem como para aumentar o fluxo de sangue.
- Toque uma gota de sangue na camada reagente existente na fita de teste; verifique se toda a camada foi coberta. Aguardar o aparelho realizar a leitura.
- Após colher a amostra de sangue, aplique uma breve pressão sobre a perfuração para impedir um espalhamento de sangue entre os tecidos subcutâneos. Peça ao paciente para segurar um chumaço de algodão firmemente sobre o local da perfuração, até que pare o sangramento.



ATALAIA

PREFEITURA DA CIDADE

- Desprezar a fita e o algodão com álcool no lixo biológico, descartando a lanceta no coletor perfuro-cortante.
 - Anotar o resultado em prontuário, no livro de procedimentos e na carteirinha do paciente (se o mesmo possuir uma). Informar o resultado do teste ao paciente e/ou acompanhante e orientar se necessário para situações de hipoglicemia ou hiperglicemia.
 - Deixar o setor em ordem e lavar as mãos.
 - Informar ao médico ou enfermeiro caso haja hiperglicemia ou hipoglicemia.
 - Corrigir a glicemia s/n conforme esquema vigente na instituição.
- Em nossa unidade, faremos a correção da glicemia dos pacientes hiperglicêmicos conforme o Protocolo de Insulinização da Sociedade Brasileira de Endocrinologia. Considerar peso e estatura do paciente.

Administrar via SC conforme HGT

- Até 140 – não fazer correção.
- 141 – 180: 04 UI.
- 181 – 220: 06 UI.
- 221 – 300: 08 UI.
- 301 – 350: 10 UI.
- Mais que 350: 12 UI.
- Se HGT menor que 70, administrarmos SG 5% 25 ml +3 ampolas de glicose 50%.

Pacientes com obesidade mórbida:

- Até 140 – não fazer correção.
- 141 – 180: 05 UI.
- 181 – 220: 08 UI.
- 221 – 300: 11 UI.
- 301 – 350: 14 UI.
- Maior que 350: 17 UI.

7. ATENDIMENTO ÀS GESTANTES

Executantes: Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Área: Assistência à saúde.

Objetivo: Avaliar as gestantes e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada uso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contra-refêrência para acompanhamento pela atenção básica.

7.1 CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Os métodos para esta estimativa dependem da data última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela mulher.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

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

- Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas).
- Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondente ao primeiro dia e mês da consulta atual.

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

- Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos.

III – Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

- Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas.

IV – Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino.
- Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal.
- Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual.
- Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise pública.
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise pública e a cicatriz umbilical.
- Na 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

7.2 CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário.

Com disco (gestograma), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto. Outra forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Naegele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

Exemplos:

- Data da última menstruação (DUM): 13/09/20

Data provável do parto (DPP): $20/06/21$ ($13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$)

-Data da última menstruação (DUM): 10/02/20

Data provável do parto (DPP): $17/11/20$ ($10 + 7 = 17/2 + 9 = 11$)

- Data da última menstruação (DUM): 27/01/20

Data provável do parto (DPP): $03/11/20$ ($27 + 7 = 34/34 - 31 = 03/1 + 9 + 1 = 11$)

7.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros:

- A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 14 mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões.
- O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecido até a 16ª semana de gestação, representa um sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria ($+ 300 \text{ mg}/24\text{h}$) 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 a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.
- Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).

7.4 DESCRIÇÃO

- Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo.
- Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida e não estar com a bexiga cheia.
- Não pode ter praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

Ter ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou ter fumado nos últimos 30 minutos.

- Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso.
- Certificar-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado.
- Coloque o manguito, sem deixar folgas, a 2 ou 3 cm acima da fossa cubital.
- Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
- Estime o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
- Palpe a artéria braquial na fossa cubital e coloque a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
- Infle rapidamente o equipamento até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica obtido pela palpação.
- Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
- Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase 1 e Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e depois aumente ligeiramente a velocidade de deflação.
- Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
- Ausculte cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento e depois proceda à deflação rápida e completa.
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons (faz IV de Korotkoff) e anote os valores da sistólica/diastólica/zero.
- Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora este aspecto seja controverso.
- Informe os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
- Anote os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a pressão arterial foi medida.

7.5 AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS

Objetivo: Constatar a cada consulta presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação.

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 130 a 160 batimentos por minuto.

Após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, uma aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

Ter ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou ter fumado nos últimos 30 minutos.

- Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso.
- Certificar-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado.
- Coloque o manguito, sem deixar folgas, a 2 ou 3 cm acima da fossa cubital.
- Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
- Estime o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
- Palpe a artéria braquial na fossa cubital e coloque a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
- Infle rapidamente o equipamento até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica obtido pela palpação.
- Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
- Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase 1 e Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e depois aumente ligeiramente a velocidade de deflação.
- Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
- Ausculte cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento e depois proceda à deflação rápida e completa.
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anote os valores da sistólica/diastólica/zero.
- Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora este aspecto seja controverso.
- Informe os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
- Anote os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a pressão arterial foi medida.

7.5 AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS

Objetivo: Constatar a cada consulta presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação.

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 130 a 160 batimentos por minuto.

Após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, uma aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

7.6 TÉCNICA PARA AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto.
- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto.

7.7 UTILIZAÇÃO DO SONAR DOPPLER

- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região dorso fetal.
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são frequências são diferentes.
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo. Bradicardia ou taquicardia são sinais de alerta.
- Registre os BCF no prontuário.
- Encaminhe para consulta médica ou faça a referencia da paciente para o serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e/ou se o crescimento uterino estiver estacionado.

8. HIPERÊMESE GRAVIDICA

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, acarretando hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).

Nos casos graves, pode ocasionar insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores do citado transtorno. A hiperêmese gravídica pode também estar associada a questões como gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e imunização Rh.

Os Vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica. Apoio psicológico e ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos complicados.

Nas situações de êmese persistente devem ser prescritas drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação.

Antieméticos orais:

- Metoclopramida = 10 mg de 4 em 4 hr.
- Dimenidrato = 50 mg de 6 em 6 hr.

Antieméticos injetáveis:

- Metoclopramida = 10 mg (uma ampola = 10 mg) de 4 em 4 hr.
- Dimenidrato = 50 mg (uma ampola = 1 ml) de 6 em 6 hr.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

Nos casos de hiperêmese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária. Em tais situações, o profissional de saúde deve encaminhar a gestante imediatamente para um hospital.

9. FATORES DE RISCO QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta previa), independente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial + 140/90, medida após um minuto de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Obs.: edema não é mais considerado critério de diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclampsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclampsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
- Crise hipertensiva (PA maior que 160/110)
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente).
- Anemia grave (hemoglobina menor que 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 maior que 37,8°C) na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas.
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite 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).
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- 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.

9.1 PACIENTES COM SUSPEITA DE PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE

- Deve se referir imediatamente a gestante ao pré-natal de alto risco e/ou a unidade de referência hospitalar.
- O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semanas, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia.

9.2 TRATAMENTO

- Recomenda-se o uso de sulfato de magnésio para prevenir eclampsia em mulheres com pré-eclâmpsia grave e para a prevenção de eclampsia se a pré-eclâmpsia for leve. Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PA for maior que 150/100 mmHg.
- Tratamento agudo: em urgência ou emergência hipertensiva, que requer hospitalização, monitoramento intensivo, antecipação do parto e administração parenteral de anti-hipertensivos, preferencialmente a hidralazina. Recomenda-se, também, a administração endovenosa de sulfato de magnésio, que é considerado a droga de escolha para prevenção da eclampsia.
- Tratamento de longo prazo: para pacientes com pré-eclâmpsia com quadro estabilizado, sem necessidade de parto imediato, esta indicado tratamento anti-hipertensivo por via oral. As opções de uso de anti-hipertensivos orais são as mesmas apresentadas para as gestantes portadoras de HAS crônica ou preexistente. A alfametildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidências de efeitos deletérios para o feto.

10. SÍNDROME DE HELLP

Uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclampsia e que se relaciona a altos índices de morbiletalidade materno-fetal, é a síndrome de Hellp que significa hemólise (hemolysis), aumento de enzimas hepáticas (elevated liver enzymes) e plaquetopenia (low plateles).

A síndrome está relacionada ao vasoespasmos no fígado materno. A sintomatologia pode englobar mal-estar, epigastria ou dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, perda de apetite e cefaleia.

A confirmação diagnóstica é laboratorial: plaquetopenia grave (menor que 100.000 plaquetas/mm³), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH maior que 600 UI), bilirrubina total maior que 1,2 mg/dl, TGO maior que 70 U/l. Pacientes que apresentarem esta sintomatologia, acompanhada de exames laboratoriais alterados, devem ser encaminhadas para urgência obstétrica, para avaliação.

10.1. TRATAMENTO

- Antecipação do diagnóstico: Em toda gestante com suspeito de pré-eclâmpsia, os testes laboratoriais apropriados devem ser solicitados. Nas fases iniciais, apenas alterações moderadas na contagem de plaquetas e nos níveis de transaminases e desidrogenase láctica podem estar presentes.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Controle da pressão arterial: Tratar a pressão sistólica maior e igual que 150 mmHg e manter a pressão diastólica entre 80-90 mmHg.
- Prevenção das convulsões com sulfato de magnésio: Dose de ataque de 4-6 g por via intravenosa seguida de dose de manutenção de 1,5-4g/hora individualizada de acordo com a gestante. Monitorar reflexos patelares e débito urinário. A infusão deve ser continuada por 48 horas no puerpério.
- Manejo de fluidos e eletrólitos: Um regime de fluidos recomendado é alternar (glicose a 5% com solução salina meio a meio) e solução de Ringer lactato a 100 ml/hora, para manter um débito urinário de pelo menos 20 ml/hora (de preferência 30-40 ml/hora). A dose máxima de infusão deve ser 150 ml/hora. A dosagem de eletrólitos pode ser realizada com os ajustes diários necessários. Na presença de oligúria, deve-se fazer uma ou duas infusões rápidas de 250-500 ml de fluidos.

11. ABORTAMENTO

É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o conceito pesa menos de 500g. pode ser espontâneo ou provocado. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas.

O diagnostico é clínico e ultrassonográfico. O atraso menstrual, a perda sanguínea uterina e a presença de cólicas no hipogástrio são dados clínicos que devem ser considerados. A paciente deve ser encaminhada para o hospital de referência para possível curetagem.

12. TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 semanas (ou 154 dias) e 37 semanas (ou 259 dias). Para o diagnostico de trabalho de parto prematuro, deve-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais.

O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

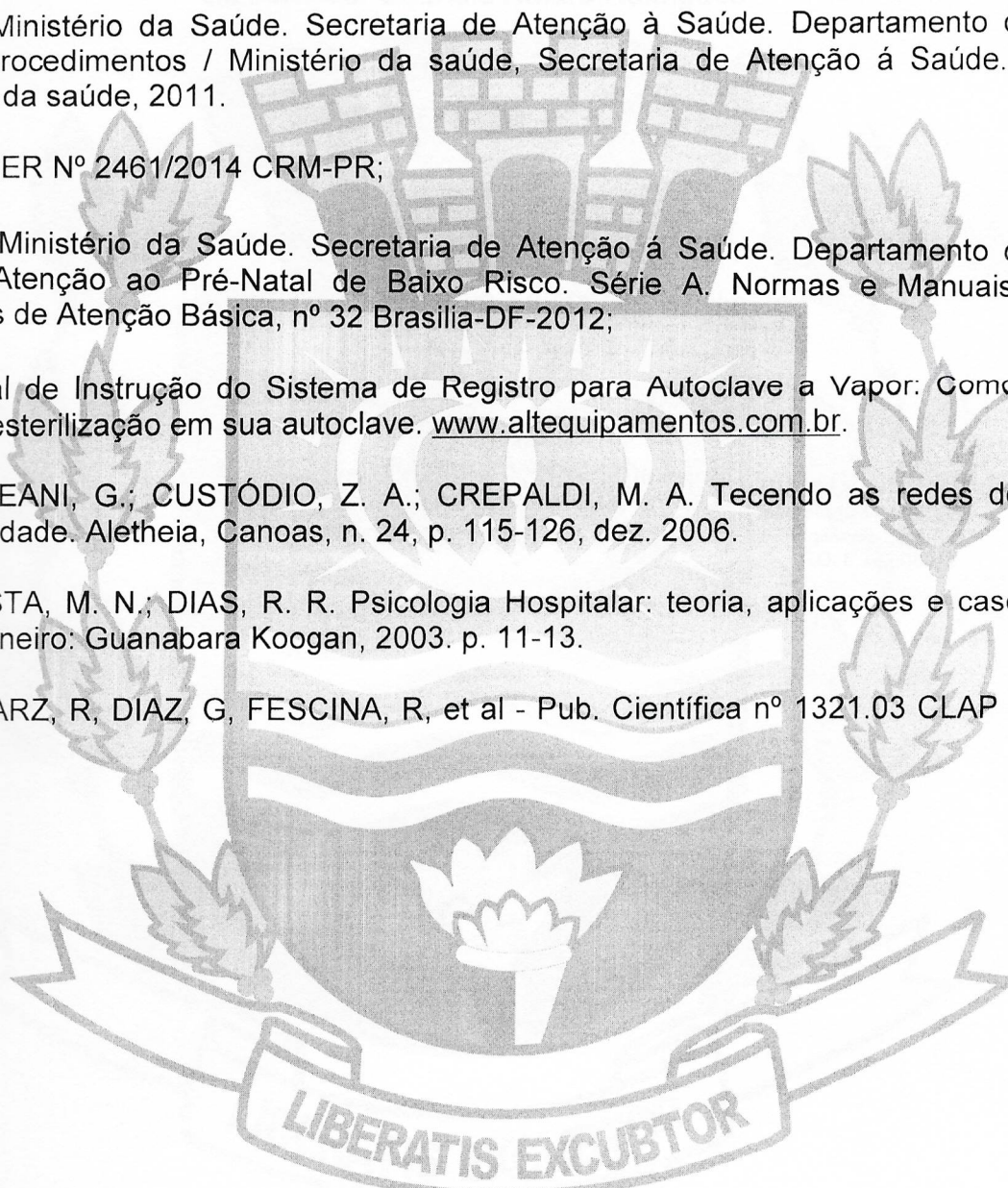
Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificados e tratados a causa de base. Na eventualidade de as contrações persistirem, há necessidade de uso de tocolíticos e, portanto, a mulher deverá ser encaminhada para hospital de referência.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.COLOMBO. Prefeitura Municipal, POP- PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. Colombo – PR 2012
- 2.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção á Saúde. – Brasília: Ministério da saúde, 2011.
- 3.PARECER Nº 2461/2014 CRM-PR;
- 4.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32 Brasília-DF-2012;
5. Manual de Instrução do Sistema de Registro para Autoclave a Vapor: Como realizar o teste de esterilização em sua autoclave. www.altequipamentos.com.br.
6. ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. Aletheia, Canoas, n. 24, p. 115-126, dez. 2006.
- 7.BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 11-13.
- 8.SCHWARZ, R, DIAZ, G, FESCINA, R, et al - Pub. Científica nº 1321.03 CLAP OPS/OMS. 1996.





ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

ELABORAÇÃO

Elaboração: Gabriela Naiara Rodrigues

Enfermeira Atenção básica

COREN – 447635

Revisão: Regiane Fernanda Fumagali

Enfermeira Estratégia Saúde da Família

COREN – 249214

Aprovação: Cristiani Andreia Oliveira
Secretária Municipal de Saúde

Cristiani Andreia Oliveira
Secretária M. de Saúde e
Vigilância Sanitária
RG: 6.792.088-0

LIBERATIS EXCUBTOR

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.

CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br