

MANUAL DE ENFERMAGEM

**INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO TELEFÔNICA**

**SÃO PAULO
2001**

© 2001. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. Ministério da Saúde/MS.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135

Tiragem: 15.000 exemplares

Elaboração, coordenação e revisão técnica

Universidade de São Paulo – USP
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Ministério da Saúde – MS

Coordenação do projeto
Paulo A. Lotufo, Raul Cutait, Tânia R. G. B. Pupo

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Dreamaker Virtual Art Studios

Financiamento do projeto

Fundação Telefônica

Apoio
Associação Médica Brasileira – AMB
Conselho Federal de Medicina – CFM

Distribuição e informações
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 130, 1.º andar
CEP: 01403-000, São Paulo – SP
E-mail: ids-saude@uol.com.br

Universidade de São Paulo – USP
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, n.º 374, sala 256
CEP: 05586-000, São Paulo – SP
E-mail: Faculdade de Medicina: fm@edu.usp.br
Escola de Enfermagem: ee@edu.usp.br

Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 718
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: psf@saude.gov.br

Fundação Telefônica
Rua Joaquim Floriano, 1052, 9.º andar
CEP: 04534-004, São Paulo – SP
E-mail: fundacao@telefonica.org.br

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no *site* do IDS:
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte
Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.
Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília:
Ministério da Saúde, 2001.

250 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WY 100

Avaliação e Intervenção de Enfermagem na Gravidez

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira¹

Emília Saito¹

Objetivos

Subsidiar a assistência de enfermagem à gestante e identificar riscos maternos e fetais durante a gravidez.

A gravidez e o parto constituem-se em eventos essencialmente fisiológicos na vida da mulher. No entanto, caracterizam-se por provocar variadas e profundas alterações físicas e emocionais na mulher, o que requer um acompanhamento contínuo por parte da família e dos profissionais de saúde.

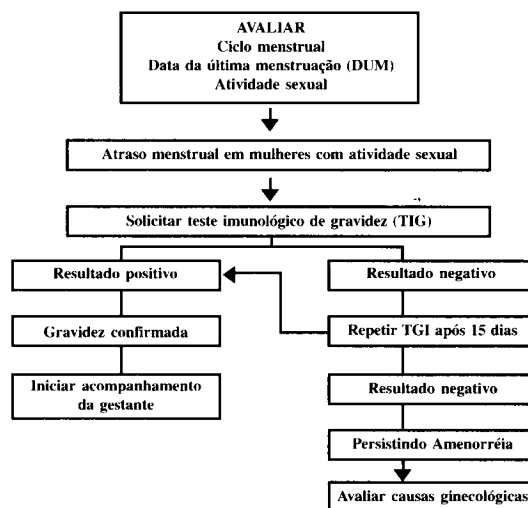
"A avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo da gestação e do trabalho de parto. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível mais complexo de assistência".

Assistência pré-natal:

É competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família desde o primeiro contato na unidade de saúde ou na própria comunidade. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo como novo ser. Nesse sentido, devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal. Para tanto, recomenda-se utilizar estratégias, como a escuta aberta, sem julgamentos e sem preconceitos, e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de sua intimidade com segurança, expressar suas dúvidas e necessidades, possibilitando assim, o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo profissional-cliente.

Diagnóstico da gravidez

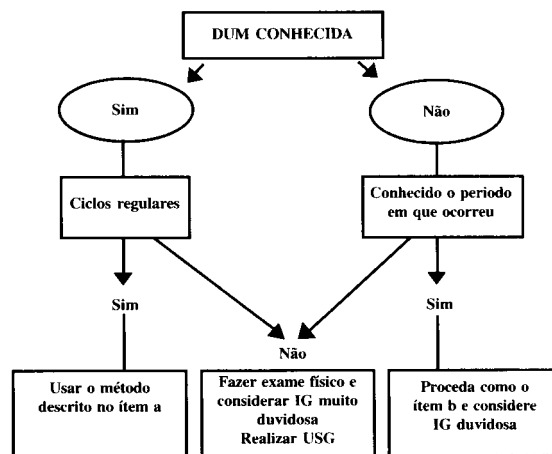
O Ministério da Saúde preconiza o diagnóstico da gravidez por meio dos seguintes passos:



O diagnóstico da gravidez é presumido por meio de queixas, tais como: náuseas e vômitos, sensibilidade mamária, polaciúria e constipação e, mais tardiamente, pelo aumento do volume abdominal. O exame vaginal também possibilita a detecção da gravidez mediante o achado de alterações quanto à consistência do colo uterino, que se torna bastante amolecido, lembrando a consistência de lábios, ao invés de cartilagem. Após a 8ª semana, observa-se coloração arroxeada do vestíbulo e da parede anterior da vagina devido à congestão venosa local.

O diagnóstico laboratorial da gravidez é baseado no encontro do hormônio gonadotrófico coriônico na urina ou no sangue materno, sendo que o exame do sangue da mulher permite o diagnóstico precoce da gravidez, pois esta pode ser confirmada 10 dias após a sua fecundação, ou seja, 4 dias antes da falha menstrual. Em geral, nas unidades básicas é realizado o exame de urina após 2 a 3 semanas do atraso menstrual.

Confirmada a gravidez, torna-se necessário o cálculo da idade gestacional (IG). O método recomendado pelo Ministério da Saúde leva em consideração a data da última menstruação (DUM) ser conhecida ou não pela mulher. Calcula-se a data provável do parto (DPP) tomando por base o fato da gravidez normal durar, em média, 280 dias ou 40 semanas a partir da DUM.



Item a: quando a DUM é conhecida: somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar 9 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação, ou o uso do calendário: contar o número de semanas a partir do primeiro dia da DUM para se obter a IG atual em cada consulta, e a DPP corresponde ao final da 40ª semana.

Item b: quando a DUM é desconhecida: se o período foi no início, meio ou fim do mês, considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, respectivamente; proceder, então, à utilização de um dos métodos descritos no item a.

Considera-se sinal de certeza da gravidez, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) pelo Sonar-Doppler a partir da 10ª semana e com o uso do estetoscópio de Pinard a partir da 18-20ª semana, sendo que nos primeiros meses, localiza-se logo acima da sínfise púbica.

Primeira consulta

Ela deve ocorrer o mais precocemente possível e pode ser realizada na unidade básica de saúde ou por

meio da visita domiciliar. Nesta consulta, deve ser efetuado um plano de acompanhamento da gravidez, obedecendo o intervalo de 4 semanas até a 32ª semana de gravidez; 2 semanas da 32ª à 36ª semana e, semanalmente, após a 36ª semana.

Nesta ocasião, deve-se realizar a anamnese da gestante com o levantamento de dados, conforme roteiro proposto pelo Ministério da Saúde, que segue:

História clínica

- Identificação (idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual).

- Dados socioeconômicos (grau de instrução, profissão/ocupação, situação conjugal, número e idade de dependentes, renda familiar per capita, pessoas da família que participam da força de trabalho, condições de moradia e condições de saneamento).

- Motivos da consulta (assinalar se foi encaminhada ou se procurou diretamente a unidade, se existir alguma queixa, registrá-la).

- Antecedentes familiares (especial atenção à hipertensão arterial, diabetes, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama, hanseníase, tuberculose e outros, anotar a doença e grau de parentesco).

- Antecedentes pessoais (especial atenção à hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, doenças renais crônicas, anemia, transfusões de sangue, doenças neuropsíquicas, herpes e rubéola, alergias, hanseníase, tuberculose e cirurgias, registrando o tipo e a data).

- Antecedentes ginecológicos (ciclos menstruais: duração, intervalo e regularidade; uso de métodos anticoncepcionais: quais, por quanto tempo e motivo do abandono; infertilidade e esterilidade, anotar tratamento; doença sexualmente transmissível, incluir o parceiro; mamas; alteração e tratamento; última data de realização de Papanicolau).

- Sexualidade (início da atividade sexual; desejo sexual; orgasmo; dispareunia; prática sexual nesta gestação ou nas anteriores; número de parceiros).

- Antecedentes obstétricos (número de gestações, incluindo abortos, gravidez ectópica e mola hidatiforme; números, tipos, indicações e local de ocorrência dos partos; números e tipos de abortamentos, se foi feita curetagem; número de filhos vivos; idade na primeira gestação; intervalo interpartal; número e intercorrências dos recém-

nascidos; intercorrências nas gestações, partos e puerpérios anteriores; história de aleitamento anterior).

- Gestação atual (data do primeiro dia/mês/ano da DUM, anotar certeza ou dúvida; calcular DPP; data da percepção dos primeiros movimentos fetais; sinais e sintomas da gestação; uso de medicamentos, fumo, álcool e drogas; planejamento da gravidez; esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos nocivos pela atividade ocupacional).

Exame físico

- Geral (avaliar peso e estado nutricional da gestante*; verificar a estatura; determinar a frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura; inspecionar pele e mucosa; palpar a tireóide e gânglios inguinais; prosseguir obedecendo a sequência céfalo-caudal).

- Específico: gineco-obstétrico (exame de mamas; medida da altura uterina; realizar manobra de palpação - vide a técnica descrita no capítulo *Avaliação e intervenção de enfermagem no parto normal sem intercorrências*; ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF); inspeção dos genitais externos e internos, através do exame especular e eventual coleta de material para exame colpocitológico, caso a última avaliação exceda um ano; toque vaginal).

*Avaliação do peso e estado nutricional da gestante

Caso a gestante conheça seu peso pré-gravídico, o aumento de peso poderá ser controlado tomando como referência os valores do gráfico de curva de peso/idade gestacional do cartão da gestante proposto pelo Ministério da Saúde. Conhecendo a semana de gestação, diminui-se do peso atual da gestante o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa IG. O valor será registrado no gráfico mencionado acima. O limite normal máximo é percentil 90 e o mínimo 25. Quando o valor do aumento de peso for maior que o percentil 90, ou se estiver abaixo do percentil 25, considera-se casos anormais, devendo a gestante ser encaminhada para consulta médica, devido à possibilidade de caracterizar alto risco. Se a gestante não souber seu peso pré-gravídico, pode-se controlar o aumento de peso por semana, aceitando como normal um aumento médio de 400g por semana no segundo trimestre e de 300g no terceiro.

Medida da Altura Uterina

Posicionar a gestante em decúbito dorsal (DD), com abdome descoberto. Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino. Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica passando a mesma entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir a região do fundo uterino. Anotar a medida na curva de altura uterina/idade gestacional contida no cartão da gestante e demais impressos, se existirem (figuras 1 e 2).



Figura 1

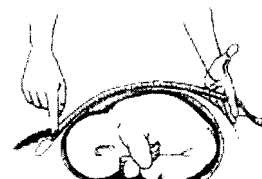
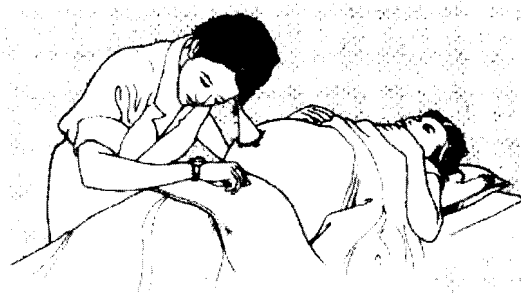


Figura 2

Ausculta do bcf com estetoscópio de Pinard

Realizar a palpação identificando o dorso fetal. Segurar o estetoscópio de Pinard encostando a extremidade mais ampla no local previamente identificado como sendo do dorso fetal. Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio. Fazer com a cabeça uma leve pressão sobre o estetoscópio e retirar a mão que o segura. Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF. Contar os BCF por um minuto, observando frequência (normal de 120 a 160) e ritmicidade. Em casos de valores abaixo de 100 ou dúvida, consultar o pulso materno concomitante, considerando que as frequências são diferentes. Proceder a anotação (figura 3).



Em relação aos antecedentes ginecológicos, a história menstrual é de suma importância, pois dela depende o cálculo da idade gestacional e da data

provável do parto, assim como para o acompanhamento e o planejamento da assistência na gestação e parto. Neste sentido, é necessário caracterizar a última perda sangüínea quanto à sua duração, o intervalo com a menstruação anterior e a quantidade da perda. Considerar, ainda, todos os fatores externos que podem interferir na regularidade do ciclo menstrual, como o uso de anticoncepcional hormonal e o fato de estar amamentando, entre outros. Para efeito de cálculo da idade gestacional, considerar a periodicidade dos contatos sexuais e o emprego de outros métodos anticoncepcionais e suas possíveis falhas.

Acompanhamento pré-natal

O acompanhamento pré-natal deve contar com o apoio laboratorial da unidade básica de saúde para a realização da dosagem de hemoglobina; grupo sangüíneo e o fator Rh, e se este for negativo, o teste de Coombs Indireto; sorologia para sífilis; glicemia em jejum; exame sumário de urina (Tipo I); colpocitologia oncótica e teste anti HIV.

Em relação às consultas subseqüentes, seguir roteiro preconizado pelo Ministério da Saúde:

- Revisão dos dados da ficha da gestante e anamnese atual.
- Cálculo e anotação da IG.
- Controle do calendário de vacinação antitetânica: a primeira dose deve ser precoce; a segunda, 60 dias depois da primeira (tentando respeitar o limite de 20 dias antes da DPP) e a terceira, 60 dias após a segunda.
- Exame físico geral e gineco-obstétrico: determinar o peso; calcular o ganho de peso e anotar no gráfico; verificar pressão arterial; inspecionar pele e mucosa, atentar para a presença de edema; avaliar mamas; palpar e medir altura uterina; auscultar BCF. realizar toque vaginal e outros exames, se necessário.
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessário.
- Realizar ações e práticas educativas (individual ou em grupo).
- Agendamento de consultas subseqüentes.

A gestação constitui-se em uma fase propícia ao desenvolvimento de ações educativas voltadas à manutenção da saúde. Essas ações podem ser desenvolvidas individualmente, nos casos de atendimento domiciliar, mas nas situações de

acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de saúde, a enfermeira deve considerar o desenvolvimento de orientações em grupo por facilitar a troca de experiência. Os temas a serem abordados nessas ocasiões, em geral, referem-se aos cuidados com as mamas, vestuário, higiene corporal, exercícios físicos e atividade sexual, entre outros.

Cuidados com as mamas: a gestante que pretende amamentar deve fortalecer os mamilos por meio de exposição ao sol, iniciando com breves períodos de 5 minutos, aumentando progressivamente o tempo de exposição para até 15 minutos por dia: pela manhã e no final de tarde. Os mamilos quando poucos salientes devem ser massageados diariamente por meio de apreensão desde a sua base, com os dedos de uma das mãos, tracionando-o levemente. A contenção e sustentação das mamas é importante para evitar desconforto.

Higiene corporal: a gravidez não contra-indica o banho diário e as demais medidas de higiene; entretanto, deve-se evitar as duchas vaginais, exceto haja infecção do trato vaginal que necessite desse tratamento.

Atividade sexual: depende do casal, podendo ser mantida durante toda a gravidez, exceto na presença de sangramento vaginal, particularmente em mulheres com história de abortamentos anteriores, ameaça de parto prematuro e múltiparas com colo uterino permeável, pois favorece a rotura das membranas amnióticas.

Queixas mais freqüentes na gravidez e condutas

Náuseas, vômitos e tonturas (sintomas comuns no início da gestação): orientar a gestante para fracionar dieta (seis refeições leves ao dia), evitar frituras, gorduras, alimentos com odores fortes ou desagradáveis, líquidos nas refeições e ingerir alimentos sólidos pela manhã antes de levantar; encaminhar para consulta médica em casos de vômitos freqüentes.

Pirose (azia): orientar para evitar frituras e fumo, além da ingestão de café, chá preto, mates, doces, álcool; fracionar a dieta e ingerir leite frio. Se necessário, encaminhar ao médico.

Dor abdominal, cólicas ou lombalgias: certificar-se de que não sejam contrações uterinas; se elas forem de breve duração e poucas, recomenda-se repouso e Buscopan simples por não representar risco de parto

premature; uso de cinta, se existir flacidez de parede abdominal; aplicação de calor local e fazer massagem; exercícios diários para tonificar e manter a força muscular; evitar usar sapato de salto muito alto; dormir em colchão firme; corrigir postura.

Cefaléia: a causa mais comum é a tensão emocional. Afastar a possibilidade de pré-eclâmpsia após 20 semanas de gestação; conversar com a gestante sobre tensões e medos; encaminhar para avaliação médica, caso persista a queixa.

Edema: quando limitado aos tornozelos, decorre da pressão da veia cava inferior pelo útero, principalmente no final da gravidez; orientar para manter repouso em decúbito lateral ou com os MMII elevados. Na presença de edema generalizado ou de face e mãos, estar alerta para a possibilidade de pré-eclâmpsia; adotando dieta hipossódica e repouso; nos casos de associação com cefaléia a aumento de pressão arterial, encaminhar para avaliação médica.

Flatulência e constipação intestinal: adotar dieta rica em resíduos (frutas cítricas, verduras, mamão, ameixa e cereais integrais); aumentar a ingestão de líquidos; evitar alimentos de alta fermentação (repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar); encorajar exercícios e caminhadas.

Corrimento vaginal: explicar que o aumento de fluxo vaginal é comum e normal na gestação; não há necessidade de cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal; agendar consulta médica se ocorrer leucorréia de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, ou caso haja prurido.

Queixas urinárias: explicar que o aumento do número de micções é comum no início e final da gravidez; agendar consulta médica, caso exista dor ao urinar ou hematúria, com ou sem febre.

Varizes: evitar ficar de pé por tempo prolongado e repousar elevando os MMII; recomendar o uso de meias elásticas.

Cãimbras: orientar a gestante ficar de pé e descalça em superfície fria; massagear o músculo contraído e aplicar calor local.

Intercorrências e complicações na gestação

A hemorragia vaginal é um dos sinais de várias intercorrências e complicações da gestação, sendo que pode ocorrer desde o seu início até o final. Na primeira metade da gestação, o sangramento é, geralmente, devido ao aborto e à prenhez ectópica.

O **aborto** é a perda ou a interrupção antes da 20^a-22^a

semana; dito precoce quando ocorre até a 15^a semana e tardio, entre a 13^a a 22^a semana de gravidez. O diagnóstico é feito através da perda sangüínea e queixa de cólicas no abdome inferior e/ou dor lombar. A caracterização do quadro doloroso é importante para identificar ameaça de aborto (sangramento vaginal, colo uterino impérvio e ausência de contrações uterinas dolorosas) ou aborto inevitável.

A **prenhez ectópica** é a implantação e o desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina. O seu diagnóstico baseia-se na avaliação clínica. Ao ocorrer o rompimento do saco ovular e/ou da tuba, é acompanhado de dor abdominal aguda, tontura, vertigens e, eventualmente, choque hemorrágico, além de caracterizar uma urgência. A conduta é geralmente cirúrgica.

Nos casos de aborto e prenhez ectópica, a primeira providência é encaminhar a gestante para um serviço que tenha possibilidade de realizar ultra-sonografia e avaliação médica. A urgência deste encaminhamento está na dependência da avaliação do quadro clínico da mulher pelo profissional.

Outra patologia comum durante a gravidez é a **hipertensão arterial**, que consiste no aumento de 30 mmHg na pressão sistólica e 15 mmHg na diastólica, quando se conhecem os níveis pressóricos anteriores à 20^a semana de gravidez, ou pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg. É identificada pela tríade **hipertensão arterial**, **proteinúria** (+ ou mais em amostra isolada ou acima de 300 mg em 24 horas) e **edema**, principalmente de mão e face, de aparecimento súbito, sendo denominada de pré-eclâmpsia. A ocorrência da crise convulsiva e/ou coma caracteriza a eclâmpsia.

Os fatores de risco da pré-eclâmpsia são antecedentes familiares e pessoais de pré-eclâmpsia/eclâmpsia; a primeira gestação; gestação gemelar; diabetes; hipertensão arterial crônica; nefropatia; lúpus e mudança de parceiro. A conduta a ser estabelecida deve considerar a idade gestacional e a gravidade do quadro, podendo ser o acompanhamento ambulatorial ou com a gestante internada; portanto, requer uma avaliação médica. Considera-se pré-eclâmpsia grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg; proteinúria igual ou maior a 2 g/l em 24 horas; dor epigástrica, oligúria (menor que 500ml/dia ou 15 ml/hora), cefaléia, escotoma e alteração de comportamento.

A hipertensão arterial na gravidez tem graves repercussões sobre o feto, sendo necessário, pois, avaliar a sua vitalidade através da contagem dos seus

movimentos. Deve-se orientar a gestante, a partir da 28ª semana, a contar os movimentos fetais durante uma hora, uma vez ao dia, associando com o almoço ou o jantar. Considera-se normal acima de 12 movimentos fetais/hora; são sinais de alarme (que requer encaminhamento), valores menores que 12 movimentos fetais/hora em duas tomadas sucessivas ou redução em 50% dos movimentos fetais em relação à medida anterior.

A gravidez pode não evoluir até o período aprazado pelo desencadeamento das contrações uterinas na frequência de 2 em 10 minutos; acompanhada de esvaecimento do colo e dilatação cervical maior que 2 cm, no período entre a 22ª e 37ª semana, caracterizando o trabalho de parto prematuro.

Outra possibilidade é a **gestação prolongada**, quando a idade gestacional ultrapassa 40 semanas. Assim, para diagnóstico certo, considerar a possibilidade de erro por irregularidade menstrual, uso de anticoncepcional hormonal e lactação. Nos casos de gestação com IG acima de 42 semanas, confirmada pela ultra-sonografia precoce, é indicada a interrupção da gestação, devendo ser encaminhada para instituição hospitalar. Quando a IG está entre 40 e 41 6/7 semanas, avaliar a vitalidade fetal através da contagem da movimentação fetal descrita anteriormente; nos casos de normalidade, aguardar o trabalho de parto e, quando alterada, encaminhar para maternidade.

Na segunda metade da gravidez, a hemorragia também pode ocorrer, devendo-se fazer o diagnóstico diferencial entre placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.

O sinal principal da **placenta prévia** é o sangramento vaginal indolor de início súbito, vermelho vivo, em geral em pequena quantidade, sendo episódico, recorrente e progressivo. Não se verifica alteração do volume ou tônus uterino ao exame obstétrico.

A conduta na placenta prévia depende da vitalidade do feto, localização da placenta, quantidade do sangramento vaginal e idade gestacional. Assim, torna-se necessário o encaminhamento para um serviço que disponha de exame ultra-sonográfico (que possibilita o diagnóstico de certeza e localiza a placenta) e avaliação médica para uma eventual conduta intervencionista.

O **descolamento prematuro de placenta** é a separação intempestiva e prematura da placenta do seu sítio de implantação, após a 20ª semana de gestação. Geralmente, a sua ocorrência deve-se a um traumatismo. O diagnóstico é realizado através do exame clínico e anamnese. Nas formas graves, evidencia-se a dor

localizada, repentina e intensa, em geral no fundo uterino, hipertonia seguida de perda sangüínea. Quadros iniciais podem dificultar o diagnóstico e devem ser valorizados.

O encaminhamento para um serviço torna-se necessário devido aos riscos maternos, que podem ser desde a hipotensão arterial até o choque hipovolêmico, e fetais, de anormalidade na ritmicidade e/ou frequência dos batimentos cardíacos até o óbito fetal, caracterizando uma urgência.

Outra intercorrência da gravidez é a rotura da bolsa amniótica antes da instalação do trabalho de parto (ocorrência de, pelo menos, 2 contrações uterinas em 10 minutos), denominada de **amniorrexia prematura**. O diagnóstico baseia-se na informação sobre perda de líquido amniótico súbita e em grande quantidade ou em pequena quantidade e recorrente. A conduta clínica implica na vigilância de parâmetros indicadores de infecção. Na confirmação do quadro infeccioso, recomenda-se a interrupção da gravidez, devendo ser encaminhada ao hospital. Na ausência de sinais de infecção, encaminhar também para o serviço que disponha de um especialista para avaliação e conduta.

Ao término da leitura desse texto, a enfermeira deve ser capaz de:

- enumerar os passos para a confirmação do diagnóstico da gravidez;
- calcular a idade gestacional e a data provável do parto
- realizar o acompanhamento pré-natal da gestante de baixo risco;
- citar os sinais e sintomas do aborto, da prenhez ectópica, da hipertensão arterial na gravidez, da gestação prolongada, da placenta prévia, do descolamento prematuro da placenta e da amniorrexia prematura;
- implementar a conduta apropriada para cada uma das intercorrências e complicações citadas acima.

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal. 3ª ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco. 3ª ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Urgências e emergências maternas. Brasília, 2000.