

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM OBSTETRÍCIA: UMA ABORDAGEM
CLÍNICA EM CONTEXTO HOSPITALAR**
Maria Filomena Soares Moreira da Ressurreição

Orientador
Dra. Graça Maria Gouveia de Carvalho Buchner

Co-Orientador
Dra. Maria Helena Aroso e Costa Belchior

Porto 2010

Resumo

A aluna realizou um estágio de 81 horas no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano, com co-orientação da Dra. Helena Belchior, assistente hospitalar de Obstetrícia nesse hospital, e tendo como orientadora a Dra. Graça Buchner, assistente hospitalar de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto.

Para além do acompanhamento e relato de toda a actividade profissional desenvolvida ao longo do estágio, foram seleccionados alguns casos clínicos, os quais foram sucintamente apresentados e cujos diagnósticos, metodologias e opções terapêuticas foram discutidos com base em artigos de revisão científica. Estes integraram patologias como as doenças hipertensivas na gravidez, gravidez ectópica, gestação não evolutiva e placenta prévia, entre outras.

No decurso da actividade clínica, foram adquiridas competências médicas em aspectos como a execução do exame ginecológico e em alguns procedimentos diagnósticos. De salientar, por exemplo, a avaliação da grávida na consulta de termo e avaliação da mulher em trabalho de parto.

Dada a integração na rotina do serviço, contacto com as doentes e aquisição de atitudes e competências médicas, este estágio constituiu uma importante mais-valia, tornando mais completa a formação e profissionalização da aluna.

Assim, são considerados atingidos os objectivos inicialmente propostos para o estágio em Obstetrícia, *Uma Abordagem Clínica em Contexto Hospitalar*.

Índice Geral

Resumo.....	ii
Índice Geral.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Introdução.....	1
I – Contextualização.....	1
II – Objectivos.....	3
Desenvolvimento.....	4
I – Organização das Actividades.....	4
II – Consulta Externa.....	5
1. Consulta de Obstetrícia.....	5
2. Consulta de Ginecologia.....	6
III – Serviço de Urgência.....	8
IV – Internamento.....	13
V – Bloco Operatório.....	16
VI – Reunião de Serviço.....	19
Conclusão.....	20
Bibliografia.....	21

Lista de Abreviaturas

ARA II	Antagonistas dos Receptores da Angiotensina II
β – HCG	Beta – Gonadotrofina Coriônica Humana
CTG	Cardiotocografia
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intrauterino
DUM	Data da Última Menstruação
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HTA	Hipertensão Arterial
IECA's	Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez.
OCI	Orifício Cervical Interno
PET	Tereftalato de Polietileno
TIG	Teste Imunológico da Gravidez
TV	Transvaginal
UE	União Europeia
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Introdução

O presente estágio em Ginecologia e Obstetrícia foi realizado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), EPE - Hospital Pedro Hispano - sob a co-orientação da Dra. Helena Belchior, assistente hospitalar de Obstetrícia nesse hospital, e tendo como orientadora a Dra. Graça Buchner, assistente hospitalar de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto. Uma vez que se afigurou possível a mobilidade para um hospital distinto do local de ensino, foi considerado que esta seria uma oportunidade de contactar com uma realidade diferente da conhecida durante a actividade lectiva no Mestrado Integrado em Medicina.

Durante o período compreendido entre 01/09/2009 e 17/09/2009, a aluna realizou 81 horas de estágio prático, que incluíram áreas como a Consulta Externa, Internamento, Serviço de Urgência e Bloco Operatório.

I – Contextualização

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos é uma unidade integrada de prestação de serviços de saúde (cuidados primários e hospitalares), criada em 9 de Junho de 1999, com base num já revolucionário modelo de gestão de tipo empresarial e aceitando o desafio nacional lançado pelo Governo de reformar a gestão hospitalar, tentando transformar o Sistema Nacional de Saúde num sistema de saúde moderno e renovado, mais justo e eficiente, fundamentalmente orientado para as necessidades dos utentes.

A ULSM serve uma população de aproximadamente 430.000 habitantes e encontra-se sediada no Hospital Pedro Hispano, o qual está situado na rua Dr. Eduardo Torres, em Matosinhos, e pertence à Freguesia da Senhora da Hora. Presta cuidados de saúde especializada à população de Matosinhos (cerca de 160.000 habitantes), e é o hospital de referência para a população de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim (25.700 e 24.900 habitantes, respectivamente).

Começou a ser construído em 1990 e entrou em funcionamento em Março de 1997, tentando-se conciliar os mais modernos conceitos de qualidade, segurança e eficácia para a prestação de cuidados diferenciados ao longo do ciclo de vida do doente, em situações agudas e crónicas. É um hospital distrital, distribuído por 7 pisos compreendidos entre o piso -2 e o piso 4 e que dispõe de um serviço de urgência médico-cirúrgica. Na sua totalidade, conta com 470 camas de internamento, tendo cerca de 1.500 funcionários.

Reorganizada em 2008, a ULSM encontra-se dividida em cinco grandes áreas:

- Agrupamento dos Centros de Saúde de Matosinhos – Engloba os Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e ainda a Unidade de Saúde Pública e o Centro de Diagnóstico Pneumológico;
- Área Clínica Hospitalar – Organizada em Departamentos (quadro 1);
- Área de Cuidados Continuados;
- Área de Suporte à Prestação de Cuidados;
- Área de Gestão e Logística.

Quadro 1 – Departamentos do Hospital Pedro Hispano

Departamento de Medicina

1. Serviço de Medicina Interna (Inclui a *Unidade de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular*, a *Unidade de Cuidados Intermédios Médicos* e a *Unidade de Imunoalergologia*)
2. Serviço de Cardiologia
3. Serviço de Neurologia
4. Serviço de Hemoterapia e Hematologia Clínica
5. Serviço de Pneumologia
6. Serviço de Infecçiology
7. Serviço de Dermatologia
8. Serviço de Endocrinologia
9. Serviço de Gastroenterologia
10. Serviço de Oncologia
11. Unidade de Nefrologia

Departamento de Cirurgia

1. Serviço de Cirurgia Geral (Inclui a *Unidade de Cirurgia Plástica*)
2. Serviço de Ortopedia
3. Serviço de Urologia
4. Serviço de Otorrinolaringologia
5. Serviço de Oftalmologia
6. Serviço de Neurocirurgia
7. Serviço de Cuidados Intermédios Cirúrgicos
8. Bloco Operatório
9. Cirurgia de Ambulatório

Departamento de Anestesia

1. Serviço de Anestesiologia (Inclui a *Unidade de Dor Crônica* e a *Unidade de Medicina Hiperbárica*)

Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem

1. Serviço de Pediatria (Inclui a *Unidade de Imunoalergologia Pediátrica*, a *Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento* e a *Unidade de Endocrinologia Pediátrica*)
2. Serviço de Neonatologia
3. Serviço de Ginecologia/Obstetrícia (Inclui o *Bloco de Partos* e a *Unidade de Grávidas de Risco*)

Departamento de Emergência e Cuidados Intensivos

1. Serviço de Cuidados Intensivos
2. Serviço de Urgência
3. VMER

Departamento de Ambulatório

1. Consulta Externa
2. Exames Especiais
3. Hospital de Dia
4. Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica - MCDT

1. Serviço de Imagiologia (Inclui a *Unidade de Radiologia* e a *Unidade de Neurorradiologia*)
2. Serviço de Patologia Clínica
3. Serviço de Anatomia Patológica

Departamento de Saúde Mental

1. Serviço de Psiquiatria
2. Serviço de Psicologia

II - Objectivos

A proposta inicial consistia em restringir este estágio ao âmbito da Obstetrícia, a qual constitui, para a aluna, uma área de especial interesse e curiosidade. No entanto, pelo exercício prático de algumas actividades, foi constatado que, principalmente no Serviço de Urgência, a Ginecologia é uma área indissociável da Obstetrícia. Deste modo, embora se tenha dado um maior enfoque aos aspectos relacionados com a Obstetrícia, não pôde deixar de dar-se a merecida relevância a situações do âmbito da Ginecologia, quando tal se tornou pertinente.

Desenvolvimento

I - Organização das actividades

Durante o período de estágio, o horário foi otimizado de acordo com a correspondência com o horário laboral da Co-orientadora de estágio, de modo a obter o maior proveito possível em termos formativos. Foi, assim, seguida a distribuição que se segue no Quadro 2:

Quadro 2 -Organização das actividades

1	01/09/2009	8:00 – 20:00	Reunião de Serviço Consulta Obstetrícia - Hipertensão Serviço de Urgência
2	02/09/2009	9:00 – 14:00	Serviço de Urgência
3	03/09/2009	8:00 – 20:00	Serviço de Urgência
4	04/09/2009	9:00 – 14:00	Internamento Ginecologia Internamento Obstetrícia
5	06/09/2009	8:00 – 20:00	Serviço de Urgência Internamento Obstetrícia Internamento Grávidas de Alto Risco
6	07/09/2009	9:00 – 20:00	Consulta de Ginecologia Consulta de Planeamento Familiar
7	08/09/2009	8:00 – 14:00	Reunião de Serviço Apresentação – “Naturalização do Parto Eutócico”
8	10/09/2009	9:00 – 14:00	Internamento Grávidas de Alto Risco Consulta de Gestações de Termo
9	11/09/2009	9:00 – 14:00	Internamento Grávidas de Alto Risco Consulta de Gestações de Termo
10	17/09/2009	12.00 – 20.00	Serviço de Urgência

II - Consulta Externa

A gravidez é um estado fisiológico que necessita de seguimento por parte dos Cuidados de Saúde, oferecendo à mulher as melhores condições para que a gestação, parto e puerpério ocorram sem intercorrências. Idealmente, os cuidados iniciar-se-ão antes da própria concepção, no sentido de otimizar as condições da mesma. A nível hospitalar, a Consulta Externa de Obstetrícia dedica-se aos casos de gestações de risco materno ou fetal, sendo que as demais gestações são vigiadas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

O espaço físico da consulta do Hospital Pedro Hispano encontra-se dividido em 4 sectores (A, B, C, D), cada qual com 12 gabinetes médicos e de enfermagem, sendo que são atribuídas salas para Ginecologia e Obstetrícia, de acordo com uma distribuição pré-definida.

1. Consulta de Obstetrícia

A consulta encontra-se dividida em consulta de termo e alto risco, esta última incluindo áreas como as Doenças Hipertensivas da Gravidez, Patologia Endocrinológica da Gravidez, Gestação Múltipla, Doenças Infecciosas, Patologia Fetal, Patologia Neurológica, Idade Materna Avançada, Adolescentes e Aconselhamento Genético, que se encontram atribuídas a médicos com maior diferenciação. Deste modo, ao acompanhar a Dra. Helena Belchior, a aluna tomou particular contacto com a consulta de Doenças Hipertensivas da Gravidez.

Caso Clínico 1

AFSP, 34 anos, sexo feminino, raça caucasiana, primigesta, 24 semanas de gestação, com diagnóstico de HTA há 3 anos. Apresenta valores médios de tensão arterial que rondam os 135-140 mmHg de sistólica e 80-95 mmHg de diastólica. É seguida nesta consulta por HTA crónica não medicada

Discussão:

A hipertensão arterial em mulheres em idade reprodutiva é um problema de saúde com uma prevalência que tem vindo a aumentar e cuja abordagem constitui um importante desafio. De acordo com algumas estatísticas, a hipertensão essencial é o diagnóstico mais comum em mulheres jovens. (Yoder *et al*, 2009)

A HTA prévia à gravidez aumenta a morbilidade materno-fetal, dado que eleva o risco de pré-eclâmpsia sobreposta, eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino e prematuridade iatrogénica. Durante as primeiras 20 semanas de gestação o volume intravascular total aumenta em 30 a 40%, com um aumento concomitante da massa eritrocitária em 20%. Deste modo, uma vez que há um desequilíbrio relativo neste aumento, irá ocorrer uma diminuição no hematócrito, resultando numa anemia dilucional. Por este motivo, e na tentativa de manter uma perfusão e aporte de oxigénio adequados ao útero e placenta, irá ocorrer um aumento da frequência e do débito cardíaco em aproximadamente 30% até às 32 semanas de gestação. (Yoder *et al*, 2009) Estas alterações, por si só, tendem a aumentar o stress do sistema cardiovascular, acarretando efeitos importantes no controlo da pressão arterial materna.

O mecanismo fisiopatológico subjacente a distúrbios como a pré-eclâmpsia e eclâmpsia ainda não se encontra totalmente esclarecido, mas pensa-se que possa estar relacionado com uma placentação anómala, a qual condiciona um estado de hipoperfusão fetal. Um mecanismo de feedback neurohormonal irá induzir ou exacerbar a hipertensão materna, no sentido de tentar manter uma perfusão placentária e fetal adequadas. Uma vez que alterações hipertensivas e metabólicas pré-existentes podem condicionar uma maior apetência para o desenvolvimento destes distúrbios hipertensivos relacionados com a gravidez, é de suma importância uma vigilância adequada a estas mulheres. (Rath *et al*, 2009) Nesta medida, a doente acima referida, requer um seguimento regular em contexto de cuidados hospitalares diferenciados.

No que se refere ao tratamento da HTA na gravidez, as *guidelines* são semelhantes à população em geral, admitindo-se, antes da introdução de terapêutica farmacológica, o incentivo a alterações de estilo de vida. No entanto, na mulher grávida, estão altamente contraindicados fármacos das classes dos IECA's e ARA II, pelos seus riscos teratogénicos, especialmente no primeiro trimestre da gestação. Nesta medida, deverão ser preferidos a L-metildopa, Labetalol e Nifedipina, com grau de evidência B para o primeiro fármaco e C para os seguintes. (Yoder *et al*, 2009)

2. Consulta de Ginecologia

Durante a actividade em estágio, a aluna teve a oportunidade de acompanhar a consulta de planeamento familiar, dirigida pelo Dr. Cláudio Rebelo, onde pôde tomar contacto

com uma vertente da Ginecologia em muito ligada à Obstetrícia. Neste âmbito, foram dados a conhecer métodos contraceptivos menos comuns, como o Implante Subcutâneo e o Dispositivo Intrauterino.

Apesar da crescente divulgação e encaminhamento das mulheres em termos de Planeamento Familiar e métodos contraceptivos, verifica-se ainda uma solicitação frequente à Interrupção Voluntária de Gravidez. Nesta consulta são assim avaliadas mulheres que recorrem à IVG, a qual foi despenalizada, quando realizada a pedido da mulher, com a alteração ao Código Penal introduzida pela Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril.

Caso Clínico 2

APCM, 17 anos, sexo feminino, raça caucasiana, saudável, 5 semanas amenorreia, com TIG positivo, pretende interrupção voluntária da gravidez.

Discussão:

A interrupção voluntária da gravidez, a pedido da mulher, pode ser realizada até às 10 semanas de gestação, comprovadas ecograficamente. Este procedimento pode ser efectuado por um médico ou sob a sua orientação, num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido. Numa primeira consulta, deve ser fornecida à mulher toda a informação relevante para a formação de uma decisão livre, consciente e responsável, seguindo-se um período de reflexão nunca inferior a 3 dias. Numa segunda etapa, é obtido um consentimento informado, o qual deve ser realizado por escrito, idealmente 3 dias antes da intervenção.

III- Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia encontra-se localizado no terceiro piso, com um total de 3 salas de observação devidamente equipadas, 1 sala para observação por enfermagem e realização de CTG e um Bloco de Partos com 6 quartos individuais. As doentes são admitidas na Urgência Geral, de acordo com a triagem de Manchester, sendo posteriormente encaminhadas ao espaço acima referido por um assistente operacional.

Este é, sem dúvida, um local privilegiado para o contacto com grande diversidade de patologias e execução de gestos técnicos que, até então, foram treinados com o recurso a modelos. Nesta medida, foram executadas técnicas correspondentes ao exame ginecológico, como a inspecção dos genitais externos, colocação do espéculo e observação do colo uterino e vagina, e palpação bimanual.

No que se refere às patologias observadas, a aluna pôde treinar o raciocínio médico, bem como integrar conhecimentos semiológicos, com a necessidade de conciliar uma correcta realização de história clínica e exame físico, com a celeridade inerente a um Serviço de Urgência.

Quadro 3 – Patologias Observadas no Serviço de Urgência

Hemorragia Ginecológica.....	11
Candidíase Vaginal	6
Úlcera Genital	1
Endometriose.....	1
Gravidez Ectópica.....	2
Gravidez não Evolutiva.....	2
Trabalho de Parto.....	37
Interrupção Voluntária da Gravidez	1

Caso Clínico 3

MCFS, 36 anos, sexo feminino, raça caucasiana, casada, residente em Custóias. II Gesta/1 Para, DUM 04/07/2009. Recorre ao Serviço de Urgência por indicação do médico de família, com teste de β -HCG de 5839,6 mUI/ml. Refere dor pélvica intermitente associada a metrorragia desde há 5 dias.

Ao exame ginecológico, são visíveis fios de DIU e hemorragia escassa, com colo inteiro e fechado ao toque, sem massas palpáveis e sem dor à mobilização do colo uterino. A ecografia TV mostra útero em anteversão, DIU com inserção baixa, endométrio com 4 mm de espessura, não sendo observável embrião na cavidade uterina. Na região anexial direita, observa-se uma tumefacção complexa com 7,3 x 5 cm. É internada por suspeita de gravidez ectópica, com indicação para laparoscopia exploradora.

Discussão:

A gravidez ectópica é um importante problema de saúde pública que afecta mulheres em idade reprodutiva, podendo resultar numa condição potencialmente fatal se não for atempadamente diagnosticada. Nos EUA, esta patologia é responsável por 9% das mortes maternas, sendo a principal causa no primeiro trimestre. (Sepilian *et al*, 2010). Do mesmo modo, é também afectada a fertilidade subsequente, constituindo, por isso, uma importante causa de morbilidade.

O diagnóstico de uma gravidez ectópica não complicada pode ser feito de modo exacto através do recurso combinado à ecografia TV e ao doseamento seriado da β -HCG. (Barnhart, 2009). Uma gestação com mais de 5,5 semanas é diagnosticada com uma exactidão de aproximadamente 100% (Barnhart, 2009), sendo que a ausência de saco embrionário na cavidade uterina pode fazer suspeitar de uma gravidez ectópica, particularmente quando estão associados sintomas de metrorragia e dor abdomino-pélvica. Fazendo o doseamento da β -HCG sérica, temos que o valor discriminatório ronda a faixa entre as 1500 – 3000 mUI/mL, sendo que valores acima desse intervalo vão aumentar a especificidade do diagnóstico. (Barnhart, 2009)

São vários os factores que podem contribuir para um aumento do risco relativo de gravidez ectópica, nomeadamente DIP, sendo a mais comum a infecção por *Chlamydia trachomatis*, história pregressa de gravidez ectópica, história cirúrgica de intervenção tubar, recurso a técnicas de reprodução medicamente assistida, uso de DIU, idade avançada e tabagismo, entre outros. (Sepilian *et al*, 2010).

Neste caso clínico em particular, temos uma doente entre os 35-44 anos, portadora de DIU (Mirena® - Bayer Schering), sendo que este tipo de dispositivo tem uma incidência de 3-4% de gestações ectópicas. (Sepilian *et al*, 2010). Apesar de a maioria das gravidezes ectópicas serem de localização tubar, nesta doente houve suspeição de uma localização

ovária. Por este motivo, a terapêutica médica com Metotrexato encontra-se contraindicada, tendo sido a doente referenciada para tratamento cirúrgico.

Caso Clínico 4:

MFGR, sexo feminino, 31 anos, raça caucasiana, residente em Leça da Palmeira, primigesta, gestação de 40 semanas, vigiada e sem intercorrências. Recorre ao Serviço de Urgência por início de trabalho de parto, com rotura de membranas há 4 horas.

À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável. No exame ginecológico, verificou-se rotura de membranas, com colo mole e posterior, com 2 cm de dilatação e em início de extinção. À ecografia abdominal, o feto tinha apresentação cefálica, com movimentos fetais presentes, actividade cardíaca positiva e volume de líquido amniótico normal.

É decidido internamento por trabalho de parto.

Discussão:

O correcto diagnóstico de trabalho de parto, realizado de modo preciso e atempado, irá determinar uma adequada intervenção, evolução e prognóstico. À admissão, é essencial focar alguns aspectos específicos da história clínica, como o início, frequência e duração das contracções uterinas, as quais são dolorosas e regulares no verdadeiro trabalho de parto. Durante a gestação, deve ser proporcionado o acesso a aulas de preparação para as grávidas, uma vez que irão permitir uma educação para o auto-diagnóstico de trabalho de parto activo, minimizando as visitas ao Serviço de Urgência por falso trabalho de parto. (Berghella *et al*, 2008)

A doente acima referida apresentava-se com contracções dolorosas, rítmicas e regulares e rotura de membranas, com líquido com características normais. Na abordagem da mulher em trabalho de parto, deve ser realizada uma avaliação do bem-estar materno, a qual inclui os sinais vitais, que nesta doente se encontravam na faixa do normal. O exame ginecológico inclui parâmetros como a altura do fundo uterino, bem com a situação, posição e apresentação fetal. O exame com o espéculo pode permitir a visualização das características do líquido amniótico e o toque vaginal irá permitir avaliar a consistência, o grau de dilatação e extinção do colo uterino, bem como a apresentação fetal.

Para além do bem-estar materno, é também avaliado o bem-estar fetal, nomeadamente pela história clínica, perguntando à grávida sobre a percepção dos movimentos fetais, e também através da monitorização por CTG.

A partir do momento de internamento no Bloco de Partos, os dados acima referidos são continuamente registados sob a forma de um partograma, permitindo verificar de forma objectiva a evolução do trabalho de parto. São também registadas, paralelamente, informações adicionais como intervenções farmacológicas, entre elas, a analgesia e perfusão com oxitocina. Nesta doente, a dilatação ocorreu a um ritmo de aproximadamente 1cm por hora, culminando num parto eutócico sem intercorrências, de que resultou um nado vivo do sexo masculino, com peso de 3630 g, comprimento de 50 cm, perímetro cefálico de 32 cm e índice de Apgar de 9 e 10 ao 1º e ao 5º minuto, respectivamente.

Caso Clínico 5:

AMSSD, 31 anos, sexo feminino, raça caucasiana, residente em Lavra, 4Gesta/2Para (1 abortamento e 1 cesariana há 3 anos), é referenciada pela equipa de urgência anterior por gestação não evolutiva de 10 semanas.

Discussão:

A perda gestacional é uma complicação obstétrica que afecta mais de 30% das concepções, sendo que a maioria ocorre durante o 1º trimestre, nomeadamente o abortamento espontâneo, a gestação anembrionica e a morte embrionária.

A gestação anembrionica, correspondente a 37,5% das perdas gestacionais, é definida pela existência de um saco gestacional maior que 15mm sem pólo fetal ou menor que 15mm sem evidência de crescimento durante 7 dias. (Huang *et al*, 2009)

Actualmente, a perda gestacional precoce é abordada com base no tratamento médico com Misoprostol, o qual é uma alternativa segura e eficaz ao tratamento clássico de dilatação e curetagem. O Misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1, com propriedades anti-secretoras e protectoras da mucosa, originalmente desenvolvido para o tratamento de afecções gástricas. No entanto, este fármaco tem também acção a nível uterino, provocando aumento da contractilidade e dilatação do canal cervical. Nesta doente em particular, optou-se pela terapêutica médica, seguindo um protocolo de Misoprostol por via endovaginal, de que resultou ligeira perda hemática, sem dilatação cervical e expulsão. De

seguida, procedeu-se a uma segunda administração, com dilatação eficaz e expulsão completa no serviço de urgência, tendo sido posteriormente internada para vigilância clínica. Tanto a via oral como vaginal parecem ter eficácias semelhantes; no entanto, é geralmente preferida esta última, uma vez que o período de expulsão parece ser mais curto. (Elati *et al*, 2009)

IV - Internamento

O Internamento de Ginecologia de Obstetrícia localiza-se no piso 3, encontrando-se dividido em 3 enfermarias:

- Ginecologia – 15 camas
- Obstetrícia – 29 camas
- Grávidas de risco – 9 camas

Durante o estágio, a aluna teve oportunidade de frequentar as enfermarias, de acordo com cronograma disposto no quadro 2, integrando as actividades de observação diária dos doentes e elaborando diários clínicos.

Caso Clínico 6 – Enfermaria de Grávidas de Risco

ACLCMR, sexo feminino, 30 anos, raça caucasiana, residente em Leça da Palmeira, I Gesta, gestação de 28 semanas e 1 dia. Recorre ao Serviço de Urgência por metrorragia associada a algias pélvicas, com contracções uterinas esporádicas não dolorosas e percepção dos movimentos fetais presente. Ao exame com espéculo visualiza-se perda hemática de sangue escuro, com colo uterino não visualizável. Na ecografia TV visualiza-se o colo com 38 mm, placenta com localização posterolateral direita com bordo inferior a 27 mm do OCI, sem áreas de descolamento aparentes e volume de líquido amniótico normal. O feto tem apresentação cefálica, com actividade corporal e cardíaca positivas.

É internada para vigilância de perdas hemáticas, bem-estar fetal, maturação pulmonar fetal e tocólise.

Caso Clínico 7 – Enfermaria de Grávidas de Risco

FFSC, sexo feminino, 38 anos, raça caucasiana, residente em Esposende, II Gesta/ I Para, gestação de 33 semanas, com diagnóstico de placenta prévia. Recorre ao Serviço de Urgência por perda hemática espontânea, sem sintomatologia compatível com contractilidade uterina. Ao exame ginecológico, são observáveis coágulos na cavidade vaginal, sem

hemorragia activa. Na ecografia TV, observa-se placenta prévia parcial, sem mais alterações associadas. O CTG não evidenciava contractilidade uterina ou alterações fetais.

É internada para vigilância de perdas hemáticas, bem-estar fetal, maturação pulmonar fetal e tocólise.

Discussão:

As hemorragias obstétricas são uma importante causa de morbidade e mortalidade materna a nível mundial. Podem ser classificadas, de acordo com a sua ocorrência, em ante-parto e pós-parto.

Nos casos clínicos acima referidos são apresentadas duas mulheres com metrorragia no terceiro trimestre de gestação, sendo que a abordagem destes casos requer a identificação da causa subjacente, uma vez que estas situações podem acarretar riscos fetais e maternos. Normalmente, a história clínica, exame físico, ecografia para localização da inserção placentária e um período de vigilância são suficientes para diferenciar hemorragias *major* e *minor*. Pode avaliar-se com segurança a cavidade vaginal no exame com espécuro; no entanto, o toque vaginal está contraindicado até que se exclua seguramente placenta prévia. (Sakornbut *et al*, 2007). Com este exame, pode avaliar-se a perda hemática activa por visualização directa, mas pode subestimar-se a hemorragia prévia. Deste modo, sinais de instabilidade hemodinâmica, como taquicardia e hipotensão, devem orientar para a suspeita de hemorragia prévia de volume importante, sendo necessário um acesso venoso para perfusão com fluidos e preparação para eventual transfusão de componentes sanguíneos. Para além de monitorização fetal continua por CTG, são indispensáveis exames laboratoriais como hemograma completo com contagem diferencial, contagem de plaquetas, estudo da coagulação, grupo sanguíneo e Rh. As mulheres Rh negativo devem receber dose apropriada de globulina Rh₀(D). (Sakornbut *et al*, 2007)

Uma das causas passíveis de causar metrorragia na gravidez é a placenta prévia, que ocorre em aproximadamente 0,5% das gestações. (Mercier *et al*, 2008) Apesar da sua etiologia ser desconhecida, há vários factores que se pensa que possam predispor ao seu aparecimento, como sejam incisões uterinas prévias, abortamentos prévios, idade materna superior a 35 anos, tabagismo, raça negra e asiática e história de placenta prévia em gestações anteriores. (Gutiérrez-Solana *et al*, 2009)

Na grande maioria dos casos, pode ser diagnosticada em ecografia de rotina, sendo que em 90% das mulheres tende a resolver espontaneamente (Sakornbut *et al*, 2007),

devido ao crescimento uterino que ocorre ao longo da gravidez, afastando a placenta do OCI. Nas restantes mulheres, a placenta prévia irá persistir até ao terceiro trimestre, à semelhança da doente dos casos clínicos 6 e 7, tornando mandatórios repouso e hospitalização no caso de hemorragia activa. Por este motivo, ambas as doentes foram imediatamente encaminhadas para internamento e vigilância. Quando, perante uma ecografia abdominal, é indiciada a presença de placenta prévia, deve realizar-se ecografia por via TV, uma vez que este é o meio mais exacto para o seu diagnóstico, dado que não há interferência dos ossos da pelve e do feto com a janela ecográfica. (Sakornbut *et al*, 2007). De acordo com a implantação da placenta, esta patologia pode ser classificada em quatro subgrupos, em relação com o disposto no quadro seguinte. (Gutiérrez-Solana *et al*, 2009)

Quadro 4 – Tipos de Placenta Prévia

Tipo I (Lateral ou Baixa)
- Placenta implantada no segmento uterino inferior, sem chegar ao OCI
Tipo II (Marginal)
- Placenta localizada no bordo do OCI
Tipo III (Parcial)
- Placenta que recobre parcialmente o OCI
Tipo IV (Total)
- OCI totalmente recoberto pela placenta

Na doente referida no caso clínico 6, a inserção da placenta revela-se baixa, estando inserida a 27 mm do OCI, sendo que, por definição a placenta prévia baixa tem o bordo inferior distância de 20 a 35 mm do OCI. (Sakornbut *et al*, 2007)

Perante metrorragia na gravidez, particularmente no terceiro trimestre, a principal estratégia terapêutica é tentar prolongar a gestação até se atingir a maturação pulmonar fetal, devendo administrar-se um ciclo de corticoterapia em gestações entre as 24 e 34 semanas. Como tal, podem ser usados com segurança agentes tocolíticos, no caso de a hemorragia ser acompanhada de contracções uterinas. Em caso de elevado risco materno ou fetal, maturação fetal completa ou feto morto, deve tomar-se uma atitude interventiva perante o início de trabalho de parto pré-termo, prosseguindo com parto.

V - Bloco Operatório

Como disciplina médico-cirúrgica que é a Ginecologia e Obstetrícia, muita da actividade profissional encontra-se inerente ao Bloco Operatório, com intervenção em diversas patologias.

No decurso das actividades, a aluna teve a oportunidade de assistir a dois tipos distintos de intervenções:

Quadro 5 – Técnicas Observadas no Bloco Operatório

Salpingectomia Laparoscópica.....	1
Esterilização Transcervical (Essure® - <i>Conceptus</i>).....	2

A doente referida no **Caso Clínico 3** foi submetida a Salpingectomia unilateral total direita por via laparoscópica, uma vez que se encontrava hemodinamicamente estável. Quando se abordou a cavidade pélvica, constatou-se a presença de um hemoperitонеu organizado, com tumefacção tubárica direita sugestiva de gravidez ectópica tubar rota. O útero apresentava aspecto macroscópico normal, assim como o anexo esquerdo. O ovário direito, local onde inicialmente residia a suspeita de gravidez ectópica, apresentava-se macroscopicamente sem alterações.

Caso Clínico 8

MFOP, 40 anos, sexo feminino, raça caucasiana, residente em Matosinhos, 2Gesta/2Para (eutócicos). É referenciada pelo Médico de Família para esterilização a pedido da utente, sendo proposta para intervenção por via transcervical (Essure® - *Conceptus*) e agendado o procedimento.

Discussão:

A esterilização feminina é um dos métodos contraceptivos mais utilizados nos EUA, sendo efectuada em 18% das mulheres em idade reprodutiva e ultrapassada apenas pelos contraceptivos orais. (Ogburn *et al*, 2007) A laqueação tubar por via laparoscópica é considerada o *Gold Standard*, sendo altamente eficaz e segura. (Greenberg, 2008) Este procedimento tem que ser realizado sob anestesia geral, o que exclui candidatas cujas comorbilidades impliquem um alto risco anestésico. Após se obter acesso ao abdómen, é

introduzido gás, provocando-se um pneumoperitoneu. Normalmente, para além de uma incisão umbilical, são realizadas mais duas ao nível dos quadrantes inferiores. Uma vez identificadas as trompas de Falópio, estas são ocluídas, podendo usar-se métodos electrocirúrgicos, como electrocoagulação uni ou bipolar, ou métodos mecânicos, como cliques ou anéis. Por ser um tipo de cirurgia minimamente invasiva, tem como vantagens indiscutíveis a diminuição do tempo de recuperação e de internamento, menor morbilidade, menor índice de infecção da ferida cirúrgica e melhor resultado cosmético que a laparotomia clássica. O tempo de recuperação ronda as 48 a 72 horas, tendo associada dor abdominal moderada nos locais de incisão e também devido ao pneumoperitoneu residual. Depois do procedimento, a contracepção é imediata, com um risco de gravidez não desejada que ronda os 0,5% no primeiro ano (Greenberg, 2008), sendo definitiva e irreversível. As principais complicações cirúrgicas descritas são lesões de grandes vasos, intestino ou bexiga, apesar de pouco comuns.

A esterilização por via transcervical é uma alternativa à via transabdominal, que permite uma abordagem às trompas de Falópio com recurso à histeroscopia, com visualização directa e introdução de materiais através do canal cervical e do útero. As vantagens potenciais deste método são várias, podendo evitar-se complicações *major*, nomeadamente lesões de órgãos e vasos, proporcionando uma recuperação mais rápida e menos dolorosa, e diminuindo os riscos anestésicos, uma vez que o procedimento é realizado sob anestesia local. (Ogburn *et al*, 2007) A maior desvantagem consiste no facto de a esterilização não ser imediata e de necessitar de confirmação por histerosalpingografia.

No decurso do presente estágio, houve a oportunidade de assistir a este tipo de esterilização pelo método Essure® (*Conceptus*), procedimento aprovado em 2001 pela EU e em 2002 pela FDA. Esta técnica, realizada em regime de cirurgia de ambulatório, consiste na inserção, através do canal do histeroscópio, de um dispositivo que comporta uma espécie de mola, cuja parte interna é composta por aço inoxidável e fibras de tereftalato de polietileno (PET) e parte externa composta por níquel e titânio. A mola é ancorada no interior da trompa, sendo que irá estimular uma resposta tecidual com proliferação de macrófagos, fibroblastos, células gigantes de corpo estranho e plasmócitos. A oclusão tubar ocorre dentro de, aproximadamente, 12 semanas (Greenberg, 2008), através de formação de tecido fibrótico que constitui um tampão, o qual provoca a oclusão da trompa. Até ser comprovada a impermeabilidade das trompas por histerosalpingografia, deve ser utilizado um método

contraceptivo alternativo. Em termos de eficácia, é comparável ao *Gold Standard* e, igualmente, irreversível.

Por se tratar de um método realizado por histeroscopia, o desconforto para a mulher e tempo de recuperação são mínimos, assim como os riscos. De ressaltar, apenas, uma taxa de perfuração uterina em 2,8% das doentes (Greenberg, 2008), pelo que este procedimento tem que ser realizado por médicos altamente diferenciados, minimizando, assim, os eventuais riscos.

VI- Reunião de Serviço

Durante o estágio, a aluna participou nas reuniões de serviço semanais, nas quais eram discutidos os doentes internados, bem como os doentes propostos para cirurgia. Do mesmo modo, assistiu a uma formação dirigida pela equipa de enfermagem, subordinada ao tema “Naturalização do Parto Eutócico”. Nesta medida, foi salientada a importância de proporcionar às mulheres um ambiente menos “hospitalizado” durante o parto, permitindo-lhes ter um papel activo na decisão de alguns aspectos, sempre que as condicionantes clínicas o permitam. Estes incluem a permissão para deambulação durante o trabalho de parto, decisão da mulher sobre a tricotomia e uso de enemas de limpeza, minimização das episiotomias desnecessárias e o proporcionar de um ambiente confortável, de acordo com as preferências da mulher. Estas medidas simples visam humanizar o parto hospitalar e sensibilizar os profissionais de saúde para os aspectos espirituais e psicológicos que envolvem toda a dinâmica do parto.

Conclusão

Após o término do presente estágio, bem como da reflexão inerente à execução do respectivo relatório, há aspectos importantes que devem ser realçados.

Dado que o estágio se realizou numa unidade distinta do estabelecimento de ensino (Hospital Pedro Hispano), foi necessária uma adaptação a um novo ambiente e, simultaneamente, ao seu método de funcionamento, aspecto que constituiu uma vertente bastante positiva desta experiência. O facto de este hospital estar integrado numa Unidade Local de Saúde permitiu constatar a importância de uma referenciação eficaz por parte dos Cuidados de Saúde Primários, beneficiando os próprios utentes e melhorando os cuidados prestados.

Uma outra grande mais-valia foi o seu carácter profissionalizante, que deu lugar ao contacto com diversa patologia da Ginecologia e Obstetrícia, já estudada e aprendida anteriormente, levando o conhecimento para além dos fundamentos teóricos. A permanência no Serviço de Urgência permitiu ter acesso a situações comuns, como por exemplo a abordagem ao trabalho de parto, motivando uma repetição de raciocínios e o aprimorar de gestos técnicos, nomeadamente algumas medidas diagnósticas e terapêuticas. Do mesmo modo, a oportunidade de contactar com situações menos frequentes, como a gravidez ectópica, permitiu um maior esclarecimento sobre a investigação, diagnóstico e tratamento desses casos.

Na abordagem e contacto com as doentes, foi permitido aprimorar a relação médico-doente, sendo que houve uma nítida evolução neste aspecto ao longo do estágio. A própria integração na rotina comum do serviço e o contacto com os diversos profissionais de saúde, deram lugar ao estabelecimento de relações interpessoais e interdisciplinares, indissociáveis da prática clínica.

As várias discussões de casos clínicos, realizadas com base em artigos de revisão científica, bibliografia e noções teóricas adquiridas ao longo do Mestrado Integrado em Medicina, constituíram o culminar de todo este trabalho de estágio. É importante verificar que as opções tomadas estão fundamentadas e que as opções terapêuticas e diagnósticas, bem como os procedimentos, vão de encontro à evidência clínica.

Perante estes factos, a aluna considera ter atingido os objectivos a que se propôs em termos de actividade durante o estágio, assim como na fundamentação teórica e prática dos casos clínicos que abordou.

Bibliografia

- Barnhart KT. Clinical practice: Ectopic pregnancy. *N Engl J Med*. 2009 Jul 23;361(4):379-87.
- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Nov;199(5):445-54.
- Elati A, Weeks AD. The use of misoprostol in obstetrics and gynaecology. *BJOG*. 2009 Oct;116 Suppl 1:61-9.
- Gómez Gutiérrez-Solana I, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32 Suppl 1:81-90.
- Greenberg JA. Hysteroscopic sterilization: history and current methods. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Summer;1(3):113-21.
- Huang YT, Horng SG, Lee FK, et al. Management of anembryonic pregnancy loss: an observational study. *J Chin Med Assoc*. 2010 Mar;73(3):150-5.
- Mercier FJ, Van de Velde M. Major obstetric hemorrhage. *Anesthesiol Clin*. 2008 Mar;26(1):53-66, vi.
- Ogburn T, Espey E. Transcervical sterilization: past, present, and future. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007 Mar;34(1):57-72, viii.
- Rath W, Fischer T. The diagnosis and treatment of hypertensive disorders of pregnancy: new findings for antenatal and inpatient care. *Dtsch Arztebl Int*. 2009 Nov;106(45):733-8. Epub 2009 Nov 6.
- Sakornbut E, Leeman L, Fontaine P. Late pregnancy bleeding. *Am Fam Physician*. 2007 Apr 15;75(8):1199-206.
- Sepilian VP, Wood E. Ectopic Pregnancy. *eMedicine* [Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/258768-overview>]. Actualizado em 2010-05-07. Acedido em 2010-05-15.
- Yoder SR, Thornburg LL, Bisognano JD. Hypertension in pregnancy and women of childbearing age. *Am J Med*. 2009 Oct;122(10):890-5.