

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina



A PRÁTICA NA ÁREA DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NUMA REGIÃO DA AMAZÔNIA LEGAL

Ana Catarina Malheiro Novais

Orientador

Dra. Filomena Taborda

Porto 2011

Resumo

Este trabalho tem como finalidade principal dar a conhecer um pouco da realidade sobre a prática na área da Ginecologia e Obstetrícia numa região cujas características socioeconómicas e culturais diferem substancialmente daquelas com que temos oportunidade de contactar em Portugal. Para isso, realizei um estágio no Hospital Maternidade São Domingos Sávio, em Oriximiná – Pará, uma região da Amazônia Legal.

O Hospital Maternidade São Domingos Sávio foi-me dado a conhecer através da Universidade Federal Fluminense, instituição que incorporei para a realização do sexto ano de Medicina, como parte de um programa de Mobilidade Internacional.

Neste relatório descrevo a minha experiência no período decorrido de 18 de Janeiro a 23 de Fevereiro de 2011, pondo em evidência as principais actividades realizadas nesta Instituição, não só no que respeita a área do meu interesse mas também actividades relativas a outras especialidades médicas com que tive oportunidade de contactar.

Neste sentido, é de valorizar o projecto extensionista que a Universidade Federal Fluminense mantém em Oriximiná, proporcionando a todos os seus intervenientes a oportunidade de colocarem em prática os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, ao mesmo tempo que prestamos auxílio à comunidade pertencente ao Município.

Concluo salientando a importância de mantermos sempre presente os conhecimentos práticos e teóricos relativos à área médica geral, mesmo numa especialidade tão específica como é a Ginecologia e Obstetrícia, principalmente quando estamos a actuar numa região com poucos recursos.

Abstract

This work is primarily intended to reveal a little bit of reality about the practice in the field of Obstetrics and Gynaecology in a region whose socioeconomic and cultural characteristics differ substantially from those that we have opportunity to contact in Portugal. For that, I did an internship at São Domingos Sávio Maternity Hospital, in Oriximiná - Para, a region of Amazon.

I took knowledge of São Domingos Sávio Maternity Hospital through Federal Fluminense University, an institution that I entered to carry out the sixth year of Medicine as part of a program for International Mobility.

In this report I describe my experience in the period from January 18 to February 23 of 2011, highlighting the main activities in this Institution, not only as regards the area of my interest but also activities related to other medical specialties with which I had contact.

In this sense, it is to value the project of extension that the Federal Fluminense University keeps in Oriximiná, giving all its players the opportunity to put into practice the theoretical knowledge acquired previously, while helping the community belonging to this Town.

To conclude, I emphasize the importance of keeping in mind the practical and theoretical knowledge related to general Medicine, even in a specialty as specific as is Obstetrics and Gynaecology, especially when we are operating in a region with few resources.

Agradecimentos

Obviamente, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que permitiram e contribuíram para a concretização deste estágio:

À Dra. Regina Granato, coordenadora de Medicina da Universidade Federal Fluminense, por me ter dado a conhecer o Hospital Maternidade São Domingos Sávio.

À Dra. Liliane Belz, coordenadora da Pró-Reitoria de Extensão e ao Enf. Carlos Bêta, director administrativo da Unidade Avançada José Veríssimo, por toda a ajuda prestada na elaboração da proposta inicial.

À Dra. Elmira Carvalho, directora-geral da Unidade Avançada José Veríssimo, pela excelente recepção no alojamento.

À Enf. Annete Chalita, directora do Hospital Maternidade São Domingos Sávio, assim como aos restantes Técnicos de Saúde, pela excelente recepção no Hospital e por, com boa vontade, me terem deixado fazer parte das suas actividades de trabalho.

À Dra. Patrícia Oliveira, directora clínica da Instituição, ao Dr. José Dantas, especialista em Cirurgia Geral, ao Dr. Claudio Aldilá, ao Dr. João Souza e ao Dr. Francisco Jimenez, especialistas da área de Ginecologia e Obstetrícia, por todos os ensinamentos teóricos e práticos que me proporcionaram.

À Dra. Guilhermina Reis, especialista em Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, pela preciosa ajuda nesta área.

E finalmente, à Dra. Filomena Taborda, minha orientadora de Tese, pelo apoio e confiança que me ofereceu na escolha do tema e por toda a ajuda prestada desde a elaboração da proposta inicial, à organização dos dados recolhidos e realização do trabalho final.

Lista de Abreviaturas

cm - centímetros

EV – Endovenoso

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMSDS – Hospital Maternidade São Domingos Sávio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

IM – Intramuscular

ml – mililitros

mg - miligramas

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCF – Ruídos Cardíacos Fetais

SC - subcutâneo

SF 0,9% - Soro Fisiológico a 0,9%

SG 5% - Soro Glicosado a 5%

UAJV – Unidade Avançada José Veríssimo

UFF – Universidade Federal Fluminense

UI – Unidades Internacionais

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VO – Via oral

Índice Geral

Resumo	II
Abstract	III
Agradecimentos	IV
Lista de Abreviaturas	V
1. Introdução.....	IX
1.1. Oriximiná	IX
1.2. Hospital Maternidade São Domingos Sávio.....	X
1.3. Universidade Federal Fluminense e Hospital Maternidade São Domingos Sávio	XI
2. Atividades realizadas na área de Ginecologia e Obstetrícia.....	XII
2.1. Avaliação da gestante em trabalho de parto	XII
2.2. Participação na realização de partos normais.....	XII
2.3. Participação na realização de cesarianas.....	XIII
2.4. Participação na realização de cirurgias ginecológicas	XIII
2.5. Consultas de Pré-Natal	XIV
2.6. Consultas de Ginecologia.....	XV
2.7. Atendimento em urgência.....	XVI
2.8. Internamento	XVIII
2.9. Anestesia raquidiana	XVIII
3. Atividades relativas a outras especialidades médicas	XIX
3.1. Âmbito da Neonatologia	XX
3.1.1. Assistência ao recém-nascido no Bloco de Partos.....	XX
3.1.2. Avaliação de recém-nascidos colocados em incubadora aquecida.....	XX
3.1.3. Avaliação de recém-nascidos com Icterícia Neonatal	XXI
3.1.4. Avaliação de recém-nascidos com quadro de Desidratação	XXI
3.1.5. Avaliação de recém-nascidos com Hipoglicemia.....	XXII
3.1.6. Avaliação de recém-nascidos em tratamento para Sífilis Congénita	XXII
3.1.7. Avaliação de recém-nascidos com Sepsis Neonatal precoce e/ou Onfalite.....	XXII
3.1.8. Avaliação de recém-nascido com Impetigo	XXII

3.1.9. Avaliação de recém-nascido com parto no domicílio.....	XXIII
3.1.10. Cateterismo da veia umbilical	XXIII
3.2. Outras actividades.....	XXIII
3.2.1. Celulite por Staphylococcus aureus	XXIII
3.2.2. Dengue hemorrágico	XXIII
3.3. Atendimento em Urgência.....	XXIV
4. Conclusão.....	XXIX
5. Bibliografia.....	XXXII
Anexo 1	XXXIV
Anexo 2	XXXV
Anexo 3	XXXVI
Anexo 4	XXXIX
Anexo 5	XLI
Anexo 6	XLII

Índice de Quadros

Quadro 1. Atitudes tomadas em urgência de Ginecologia e Obstetrícia.....	XVI
Quadro 2. Atitudes tomadas em urgência pediátrica e geral.....	XXIV

1. Introdução

A realização deste relatório integra um programa de Mobilidade Internacional que iniciei em Agosto de 2010 na Universidade Federal Fluminense (UFF), onde completei o sexto ano de Medicina. Esta Universidade, que está sediada no Município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro, mantém outras instalações no Estado do Pará, região da Amazônia Legal.

A Amazônia Legal corresponde a uma área que engloba um total de nove estados brasileiros, incluindo o Pará (Anexo 1). Trata-se de um conceito político que surgiu da necessidade do governo brasileiro em reunir regiões de problemas idênticos para melhor planejar e promover o desenvolvimento da região amazónica. [1]

Em 1972, a UFF cria a Unidade Avançada José Veríssimo (UAJV), inicialmente instalada em Óbidos, estendendo as suas acções para os Municípios de Oriximiná, Juruti, Terra Santa e Faro. Em 1973, a Unidade é transferida para Oriximiná, onde se mantém até hoje, desenvolvendo actividades extensionistas articuladas com o ensino e a pesquisa. Nesse mesmo ano, a UFF assumiu a responsabilidade técnica e administrativa do Hospital Maternidade São Domingos Sávio (HMSDS).

Logo após a regulamentação da UAJV, a UFF começa a enviar regularmente equipas de actuação, compostas por docentes e discentes das diversas áreas do conhecimento, com o objectivo de lá permanecerem por um período de cerca de 30 dias. Para isso, a Universidade conta com o apoio da Força Aérea Brasileira em termos de transporte. Esta parceria tem possibilitado o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade de vida da população da região, ao mesmo tempo que proporciona um campo de actuação para as equipas, que têm a oportunidade de conhecer e vivenciar a diversidade do país. [2]

Através deste estágio integrei a prática da Ginecologia e Obstetrícia numa região onde as condições de actuação diferem substancialmente daquelas encontradas no nosso país, o que me ofereceu a oportunidade de realizar um grande número de procedimentos práticos, aumentando o meu nível de destreza e a minha capacidade de actuação, ao mesmo tempo que me permitiu melhorar consideravelmente a minha interacção com os doentes.

1.1. Oriximiná

O Município de Oriximiná situa-se na Região Oeste do Estado do Pará e, de acordo com o IBGE, tem uma população de 62794 habitantes.[3] Apesar do crescimento económico que a região experimentou nas últimas décadas, não houve um desenvolvimento correspondente na

área social. A título de exemplo, a percentagem de pessoas que vivem em domicílios com instalação adequada de saneamento básico encontra-se abaixo dos 20%. [4]

Outro ponto a destacar é a diversidade étnica e cultural da população local que recorre aos serviços médicos. Ao longo das margens do Rio Trombetas encontram-se comunidades quilombolas e populações indígenas, além da população urbana que vive no Município. [2]

De acordo com a OMS, a relação médico/habitante no Brasil é de 1/1712. No entanto, na região amazónica essa média cai, sendo no Pará, de 1/5907 habitantes. Destaca-se ainda que, em alguns municípios da região, não existem profissionais médicos e, em vários estados, muitos profissionais estrangeiros actuam sem autorização legal. [4]

1.2. Hospital Maternidade São Domingos Sávio

O HMSDS foi fundado em 17 de Junho de 1953 por Laura Wanderley Diniz, uma professora já falecida (Annete Chalita, 23/02/2011), que chegou a Oriximiná na década de 40 e é considerada até hoje um verdadeiro exemplo de cidadania para o Município. [5]

Esta instituição compõe-se de cerca de 30 camas, distribuídas por cinco alas de enfermaria, uma ala de Pediatria, uma ala de Pré-Parto (correspondente à Sala de Expectantes), um Bloco de partos e uma ala de Pós-parto. Possui ainda um Bloco cirúrgico, uma unidade de UTI Neonatal e dois consultórios de atendimento médico. Atende primordialmente as necessidades da área materno-infantil, tem uma média mensal de 150 internamentos e realiza cerca de 70 a 80 partos. No mesmo período de tempo, o número de casos de atendimento chega a ultrapassar os mil. [6]

O Hospital não possui um médico a tempo inteiro, ou seja, tem um profissional da área de Medicina Interna - a directora clínica do Hospital - que está presente apenas 4 horas por dia, distribuídas pela manhã ou pela tarde, acrescida de um profissional da área da Ginecologia e Obstetrícia que trabalha apenas em “sobre-aviso” durante o dia e assegura a urgência nocturna. Cada turno de trabalho é suportado por uma enfermeira e três técnicas de enfermagem.

1.3. Universidade Federal Fluminense e Hospital Maternidade São Domingos Sávio

Através da Universidade Federal Fluminense, propus-me à realização de um estágio por extensão no HMSDS, centrado na área de trabalho do Internato em Tocoginecologia que, pelo plano curricular do ICBAS, equivale às áreas de Ginecologia e Obstetrícia, englobadas no módulo da Saúde da Mãe e da Criança.

No Hospital propus como actividades principais:

- Consultas de Ginecologia;
- Consultas de Pré-Natal;
- Participação na realização de partos;
- Atendimento no âmbito da urgência;
- Passagem pelo centro cirúrgico.

Além da descrição das actividades práticas realizadas nesta área, pretendi obter uma caracterização epidemiológica da população que recorre aos serviços do HMSDS, objectivo que, devido à indisponibilidade de tempo, não consegui concretizar.

Estive instalada no alojamento da UAJV entre 18 de Janeiro a 23 de Fevereiro de 2011, realizando no HMSDS uma carga horária semanal mínima de 40 horas, distribuída pelos dias úteis da semana, acrescida de algumas actividades extra fora do horário convencional previamente estabelecido, que abrangiam o período nocturno e os fins-de-semana, perfazendo a totalidade do meu estágio uma carga horária total de 240 horas (Anexo 2).

2. Actividades realizadas na área de Ginecologia e Obstetrícia

O período de permanência permitiu-me a participação na realização dos mais diversos procedimentos respeitantes à prática ginecológica e obstétrica, que passo a descrever:

2.1. Avaliação da gestante em trabalho de parto

Adquiri experiência a distinguir entre o “falso trabalho de parto” e o trabalho de parto nas gestantes que recorriam ao serviço de urgência deste Hospital, partindo do princípio que um trabalho de parto se define pela presença de contracções dolorosas rítmicas com alterações do colo cervical.

Pratiquei as manobras de Leopold, a auscultação dos Ruídos Cardíacos Fetais (RCF) com o estetoscópio de Pinard e o Sonnar-Doppler, e o toque vaginal. [7]

Com base nestes conhecimentos aprendi a discernir quais as gestantes em que deveria proceder ao internamento e quais aquelas que deveriam receber alta por não estarem em trabalho de parto.

Uma vez internadas, as gestantes eram colocadas na Sala de Expectantes em observação, com avaliação regular dos sinais vitais, RCF e dilatação do colo uterino.

2.2. Participação na realização de partos normais

Quando a gestante em trabalho de parto atingia a dilatação total do colo uterino era transferida da Sala de Expectantes para o Bloco de partos, onde acontecia o período expulsivo.

Assisti a 22 partos normais, onde aprendi os seguintes procedimentos [7]:

- Ruptura da membrana com a ajuda da Pinça de amniotomia nos casos em que esta não acontecia espontaneamente;
- Técnica de aplicação de anestesia local para realização de episiotomia nas primíparas, sabendo que o momento ideal ocorre no período imediatamente antes da expulsão;
- Qual a melhor maneira de colocar as minhas mãos para melhor auxiliar no processo, tendo em conta que a região mediana do períneo deve ser devidamente protegida durante o período expulsivo;

- Primeiras atitudes perante a atonia uterina. De salientar que era prática corrente desta Instituição a administração de Maleato de ergometrina ou Ocitocina em todos os partos, importante para reduzir as perdas sanguíneas e apressar a dequitação;
- Como proceder à revisão e observação da placenta de forma a verificar a sua integridade;
- Realização da episiorrafia e sutura das lacerações;
- No final de todo o processo ter sempre o cuidado de verificar que não ficam coágulos alojados no interior da cavidade.

Contactei ainda com a realização de um parto com o auxílio de fórceps.

2.3. Participação na realização de cesarianas

Auxiliei na realização de 9 cesarianas, assumindo o papel de segunda ajudante e ajudando também na instrumentação da cirurgia. As principais indicações à realização das referidas cesarianas foram a pré-eclâmpsia, trabalho de parto estacionário, prolapso do cordão umbilical, gravidez de pós-termo e apresentação de pelve.

Em todas as cirurgias, o procedimento consistiu em [8]:

- Realização de incisão transversal na pele cerca de 1 - 2 cm acima da linha púbica;
- Abertura sucessiva do tecido celular subcutâneo e aponevrose dos músculos rectos abdominais, separação dos músculos na linha média e subsequente abertura do peritoneu parietal, peritoneu visceral e parede do útero;
- Extracção do feto da cavidade uterina;
- Remoção da placenta com revisão de toda a cavidade uterina;
- Sutura de todos os planos excisados.

2.4. Participação na realização de cirurgias ginecológicas

Contactei com a realização dos mais diversos procedimentos cirúrgicos ginecológicos, incluindo:

- 20 Laqueações de trompa, sendo que a grande maioria eram cirurgias previamente planeadas, atendendo as utentes aos requisitos impostos pela Lei Brasileira do Planeamento Familiar (Anexo 3). Adquiri experiência com a Técnica de Pomeroy, uma

vez que este era o procedimento de escolha de todos os profissionais da área com quem trabalhei [7];

- 3 Laparotomias, uma delas para remoção de quisto em ovário direito, e as restantes para remoção de gravidez ectópica;
- Histerectomia vaginal em idosa por prolapso uterino, com correcção do rectocistocelo;
- 4 Curetagens, sendo as causas abortamento incompleto e espessamento anormal do endométrio diagnosticado por ecografia transvaginal;
- Avaliação de suspeita de hímen imperfurado por menarca com sangramento escasso. Ao exame físico não foi detectada a perfuração normal do hímen. Porém, após a sedação da paciente, o relaxamento permitiu a detecção de uma abertura de localização anómala - totalmente lateralizada superiormente - o que levou ao cancelamento do procedimento;
- Remoção de condilomas do vírus HPV na vagina e colo do útero de gestante de 3 meses com o auxílio de bistúri eléctrico.

Nos procedimentos mencionados acima participei como segunda ajudante e/ou auxiliando na instrumentação em todos aqueles em que foi necessário a presença de mais do que um elemento. Em algumas das Laqueações de trompa foi-me dada a oportunidade de participar como cirurgiã.

2.5. Consultas de Pré-Natal

As gestantes que fazem o Pré-Natal estão sujeitas a um esquema de uma consulta por mês, sendo estas alternadas entre uma consulta com o médico obstetra e uma consulta com uma enfermeira. Cada gestante faz-se acompanhar do Cartão da Gestante que lhe é oferecido no momento da primeira consulta devidamente preenchido (Anexo 4). Acompanhei a enfermeira numa das suas consultas e o médico nas restantes consultas em que participei durante o estágio. Em ambas as modalidades o procedimento era idêntico e consistia em:

- Registro de evolução ponderal;
- Registro da Pressão Arterial;
- Medição da altura uterina;
- Auscultação dos RCF;
- Avaliação da dilatação do colo do útero, apenas nas gestantes que estão próximas à data prevista do parto.

À gestante, logo a partir da primeira consulta, são solicitados os seguintes exames:

- Tipagem sanguínea;
- Hemograma completo;
- Glicemia;
- VDRL (Teste não-treponêmico da Sífilis);
- Urina;
- Anti-HIV;
- Hepatite B;
- Toxoplasmose;
- Ecografia fetal, apenas em alguns casos específicos.

Particpei ainda na apresentação de uma palestra orientada para todas as gestantes deste Hospital, intitulada “A minha primeira gravidez”, sobre o aleitamento materno e exames complementares do Pré-natal. Alertei as gestantes para a importância da realização dos exames de pré-natal, chamando a sua atenção para os aspectos mais importantes relativos a cada um dos exames pedidos. [7, 8]

2.6. Consultas de Ginecologia

As consultas de Ginecologia estão a cargo de um único médico especialista na área e acontecem em dias específicos agendados por este. Abrangem primordialmente as áreas de Planeamento Familiar e rotina, não havendo distribuição por dia específico de acordo com a área.

Acompanhei o médico durante algumas das suas consultas, onde adquiri prática na realização do exame ginecológico completo da mulher e na colheita de material para citologia cervical. [9] Aprendi ainda quais os exames mais importantes a pedir em cada situação específica e pude contactar com algumas patologias específicas da área:

- Menarca aos 12 anos com hemorragia intensa;
- Utente de 21 anos com queixas de Dismenorreia;
- Utente de 44 anos com massa de aproximadamente 4 cm no quadrante superior interno da mama direita;
- Miomatose diagnosticada por exame ecográfico;
- Mioma uterino palpável ao toque vaginal.

2.7. Atendimento em urgência

Nesta área, além das gestantes com suspeita de trabalho de parto que já referi acima, pude contactar com os mais diversos casos das áreas ginecológica e obstétrica resumidos no quadro abaixo:

Quadro 1: Atitudes tomadas em urgência de Ginecologia e Obstetrícia

Caso Clínico	Atitudes
16 anos; - Dor abdominal intensa acompanhada de metrorragia; - Abortamento prévio com curetagem em Dezembro de 2010.	Solicitação de Ecografia transvaginal cujo resultado foi abortamento incompleto.
17 anos; - Cólica menstrual acompanhada de vômitos.	- Prescrição de 20 mg de Butilbrometo de escopolamina + Dipirona e 10 mg de Metoclopramida IM; - Butilbrometo de escopolamina + Dipirona, 10 mg VO de 8/8h no caso de dor no domicílio.
17 anos; - Metrorragia acompanhada de dor hipogástrica.	- Solicitação de Teste de gravidez e Ecografia transvaginal; - Teste de gravidez negativo; Ecografia evidenciou endométrio espessado; - Internamento para realização de curetagem.
24 anos; - Amenorreia há 3 meses, dor abdominal intensa e hemorragia vaginal;	- Prescrição de 20 mg de Butilbrometo de escopolamina + Dipirona diluída EV lenta; - Solicitação de Teste de gravidez e Ecografia transvaginal.
36 anos; - Abcesso localizado em toda a porção lateral da mama direita.	Internamento para administração de antibioticoterapia EV, por incapacidade económica de realizar o tratamento no domicílio.
41 anos; - Metrorragia.	Solicitação de Teste de gravidez e Ecografia transvaginal.
- Gestante de 2 meses; - Edema generalizado de surgimento rápido, mais acentuado na região da face. Referiu o surgimento de pequenas pápulas de pouca elevação espalhadas por todo o corpo, acompanhadas de prurido antes do surgimento de edema.	Prescrição de 50 mg de Prometazina IM por suspeita de reacção alérgica com urticária e angioedema.
- Gestante de 3 meses; - Dor no hipogastro e corrimento vaginal sem	Solicitação de Hemograma completo, urina tipo II e cultura do fluído vaginal;

alterações da cor ou cheiro.	Auscultação dos RCF.
- Gestante de 5 meses; - Febre seguida de prurido generalizado.	- Solicitação de Hemograma completo por suspeita de Dengue; - Dextroclorfeniramina, 2 mg VO de 8/8h e Paracetamol, 500 mg VO de até 6/6h no caso de febre ou dor, no domicílio, por contagem de plaquetas de 169000, não permitindo estabelecer diagnóstico de Dengue.
- Gestante de 5 meses; - Hemorragia vaginal.	Solicitação de Ecografia abdominal e auscultação dos RCF.
- Gestante de 5 meses; - Dor no flanco direito.	Prescrição de 50 mg de Tramadol com 10 mg de Metoclopramida diluído em 50 mL de SF 0,9% EV lento, por alergia à Dipirona.
- Gestante de 5 meses; - Dor abdominal intensa e perda de líquido.	Solicitação de Ecografia abdominal.
- Gestante de 6 meses; - Apresentação de pequenas pápulas avermelhadas e vesículas, algumas delas com crosta, acompanhadas de febre e prurido intenso, espalhadas por toda a pele com dois dias de evolução.	Paracetamol, 500 mg VO de 6/6h e banho com solução de Permanganato de potássio diluída, no domicílio, por diagnóstico de infecção pelo vírus Varicela-zoster.
- Gestante de 7 meses; - História de queda no dia anterior e queixa de dor por todo o abdômen.	- Auscultação dos RCF; - Solicitação de Ecografia abdominal.
- Gestante de 7 meses; - Mialgias.	Prescrição de 50 mg de Tramadol com 10 mg de Metoclopramida diluído em 50 mL de SF 0,9% EV lenta, devido a alergia à Dipirona.
- Gestante de 36 semanas; - Dor hipogástrica e perda de líquido.	- Solicitação de Urina tipo II, Hemograma completo e Ecografia abdominal; - Auscultação dos RCF.
- Gestante em final de gestação; - Queixas hemorroidárias.	Solicitação de avaliação pelo médico obstetra de sobre-aviso.
- Gestante em final de gestação; - Alteração na consistência das fezes.	Prescrição de 1000 ml de SF 0,9% EV.
- Puérpera de um mês; - Metrorragia e cólicas abdominais intensas com dois dias de evolução.	- Prescrição de 500 ml de SF 0,9% com 250 mg de Ácido tranexâmico e 20 mg de Butilbrometo de escopolamina + Dipirona; - Solicitação de Ecografia transvaginal e orientação para médico do Centro de Saúde para vigilância.

[7, 8, 9, 10, 11, 12]

2.8. Internamento

As puérperas que evoluíam no pós-parto sem intercorrências recebiam alta hospitalar cerca de 24 horas após o parto. Aprendi a registrar o Pós-parto e a proceder à alta hospitalar destas utentes. O restante trabalho neste campo consistiu em:

- Internamento e seguimento de utentes com Abortamento incompleto em curso ou Abortamento retido detectados à Ecografia transvaginal, para preparação para a realização de eventual curetagem;
- Expulsão de Abortamento retido com 12 semanas de gestação, após a prescrição da aplicação de Misoprostol vaginal, um comprimido de 4/4h. Foi prescrito a administração de 20 mg de Butilbrometo de escopolamina + Dipirona em 500 mL de SF 0,9% EV para alívio da dor;[7]
- Alta hospitalar a gestante de 8 meses internada por vômitos e diarreia com resolução total do quadro clínico;
- Seguimento de puérpera previamente sujeita a cesariana por gravidez gemelar, internada pela apresentação de massa abdominal de consistência dura, para a realização de Laparotomia exploradora;
- Seguimento de puérpera com Mastite aguda em realização de antibioticoterapia EV;
- Alta Hospitalar a puérpera internada por hemorragia do pós-parto tardia, para curetagem de restos placentários suspeitados na realização de exame físico (ecografia transvaginal não havia detectado alterações). Foi receitada a toma de Cefalexina, 500 mg VO de 12/12h por 7 dias e Diclofenaco sódico, 50 mg VO de 8/8h no caso de dor;
- Internamento e seguimento de puérpera com infecção de episiotomia detectada por queixa de dor intensa local e odor fétido ao exame físico. Foi prescrita a administração de Penicilina G cristalina, 5000000 UI de 4/4 h, Amicacina, 500 mg de 8/8h e Dipirona, 1000 mg de até 6/6h no caso de febre ou dor, todos diluídos EV. Foi solicitada também avaliação pelo ginecologista de sobre-aviso.[8]

2.9. Anestesia raquidiana

Nem todas as anestésias realizadas neste Hospital têm a presença de um especialista na área, sendo a maioria das anestésias raquidianas aplicadas pelo Ginecologista que vai realizar o procedimento cirúrgico.

Durante o meu estágio aprendi, com um dos Anestesistas presente em algumas das cirurgias, a técnica de aplicação da raquianestesia, tendo este me proporcionado a oportunidade de proceder à aplicação da mesma numa das cirurgias em que participei. [8]

3. Actividades relativas a outras especialidades médicas

Uma vez que, como já referi, o Hospital não possui um médico a tempo inteiro, adquiri experiência também em outras áreas médicas, quer no Internamento, quer no atendimento em urgência, que passo a descrever:

3.1. Âmbito da Neonatologia

3.1.1. Assistência ao recém-nascido no Bloco de Partos

Uma vez efectuada a laqueação do cordão umbical após a expulsão do feto, procede-se à prestação dos cuidados gerais ao recém-nascido, que consistem nos seguintes passos fundamentais que aprendi a executar [7]:

- Limpeza rápida do rosto e corpo do recém-nascido com o auxílio de um lençol esterilizado;
- Aspiração das secreções da cavidade bucal e narinas com uma sonda de aspiração, com a cabeça do recém-nascido em posição mais baixa relativamente ao corpo para facilitar a drenagem;
- Avaliação do Índice de Apgar;
- Avaliação da antropometria e perímetro abdominal;
- Profilaxia da oftalmia gonocócica com aplicação de solução Nitrato de Prata;
- Injecção de Vitamina K.

3.1.2. Avaliação de recém-nascidos colocados em incubadora aquecida

A UTI deste Hospital possui uma única incubadora para utilização. Como regra geral, são colocados na incubadora, além dos recém-nascidos que sofreram algum tipo de intercorrência durante o parto, os recém-nascidos com baixo peso ao nascer, assim como aqueles caracterizados como prematuros para observação. De salientar que, uma vez que a maioria das gestantes não realizava qualquer ecografia durante a gestação, a Idade Gestacional nesses casos era avaliada pelo Método de Capurro (Anexo 5).

Se o recém-nascido evoluísse sem qualquer complicação e não fossem detectadas quaisquer alterações ao exame físico, este era retirado da incubadora e colocado, próximo da mãe,

continuando em observação por dois a três dias, com especial atenção à amamentação e evolução do peso. Destaco aqui três casos particulares com que lidei:

- Seguimento de recém-nascido colocado em incubadora com campânula de oxigenação neonatal, resultante de parto complicado com fórceps, desenvolvendo asfixia moderada no 1º minuto pelo Índice de Apgar. Algumas horas após o nascimento, o recém-nascido apresentava-se activo e reactivo, sem alterações ao exame físico, pelo que solicitei a sua retirada da incubadora e colocação próximo da mãe sob observação regular pela Enfermagem.
- Seguimento de recém-nascido após paragem cardiorrespiratória. A prescrição inicial foi efectuada por um especialista em Pediatria, sendo alterada regularmente por mim em conjunto com a directora clínica, no que respeita ao tipo de dieta, hidratação venosa (Anexo 6) e medicação, de acordo com a evolução diária do recém-nascido. Apreendi ainda os passos principais para a colocação de sonda orogástrica.
- Seguimento de recém-nascido colocado na incubadora para observação devido a parto resultante de suspeita de gravidez de pós-termo com Polihidrâmnios detectado no momento, tendo o feto nascido com fácies sindrómica e sexo indeterminado.

3.1.3. Avaliação de recém-nascidos com Icterícia Neonatal

Apreendi a detectar casos de icterícia através da constatação do tom amarelado da pele e mucosas do recém-nascido e a classificá-la de acordo com as 5 zonas de progressão cefalocaudal. Apesar da abordagem recomendada para avaliação e tratamento desta patologia, o procedimento deste Hospital consistia simplesmente no internamento de todos os recém-nascidos cujos valores de bilirrubina total estavam acima de 15 mg/dL, com hiperbilirrubinemia indirecta, para a realização de Fototerapia convencional com protecção ocular, sendo a medição dos níveis séricos de bilirrubina total e fracções solicitada a cada dois dias. Assim que a bilirrubina total descia para valores abaixo de 15 mg/dl o recém-nascido recebia Alta Hospitalar, independentemente da idade gestacional ao nascimento. [13, 14]

3.1.4. Avaliação de recém-nascidos com quadro de Desidratação

Todos os recém-nascidos que se apresentavam com características físicas sugestivas de desidratação, nomeadamente, perda de peso súbita ou depressão da Fontanela anterior, eram internados para a realização de hidratação venosa. [15]

3.1.5. Avaliação de recém-nascidos com Hipoglicemia

Adquiri experiência na suspeição da presença de hipoglicemia quando, ao exame físico, os recém-nascidos se apresentavam hipoactivos e hiporeactivos. Nos casos que apresentavam valores de glicose abaixo de 45 mg/dL, o recém-nascido era internado com prescrição de hidratação venosa adaptada à idade e peso, com suplemento adicional de glicose a 50% diluída no volume total de aporte calculado. [16]

3.1.6. Avaliação de recém-nascidos em tratamento para Sífilis Congénita

Os recém-nascidos com Sífilis Congénita Provável detectada por teste não treponémico positivo eram internados com solicitação de hemograma completo e Raio-X de ossos longos (nos casos de mães inadequadamente tratadas) para avaliar a presença de anomalias sugestivas de Sífilis congénita.

O tratamento preconizado para casos com que contactei era antibioticoterapia, por via endovenosa, com Penicilina G cristalina, na dose de 50000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana ou na aplicação intramuscular de Penicilina procaína 50000 unidades/kg/dose a cada 24 horas por 10 dias. Em todos os casos com que contactei foi prescrita a aplicação de Penicilina G cristalina na dose acima indicada e, ao final de 5 dias de tratamento, não existindo outras intercorrências, o recém-nascido recebia Alta Hospitalar com prescrição de mais 5 dias de tratamento com Penicilina procaína. [17]

3.1.7. Avaliação de recém-nascidos com Sepsis Neonatal precoce e/ou Onfalite

Todo o recém-nascido com menos de 72 horas de vida que evoluísse com quadro de febre era assumido como Sepsis Neonatal precoce. Por outro lado, os recém-nascidos com Onfalite eram detectados pela presença de febre e coto umbilical com mau aspecto e secreção de odor fétido. Em ambos os casos, eram internados com prescrição de antibioticoterapia endovenosa com Ampicilina + Gentamicina de acordo com a idade e peso. [13]

3.1.8. Avaliação de recém-nascido com Impetigo

Este recém-nascido havia sido internado por hipoglicemia. No dia em que ia receber Alta Hospitalar surgiram ao exame físico pequenas pústulas com halo eritematoso localizadas nas

virilhas, sem mais alterações. Por suspeita de Impetigo, foi prescrita Amoxicilina, 2mL VO de 8/8h durante 7 dias, a efectuar no domicílio.[13, 18]

3.1.9. Avaliação de recém-nascido com parto no domicílio

Foi realizado o exame físico completo, com especial atenção ao aspecto do coto umbilical, que foi desinfectado com álcool 70% e preso com mola.

3.1.10. Cateterismo da veia umbilical

Assisti ao cateterismo da veia umbilical de um recém-nascido com menos de 24 horas de vida que evoluiu com manifestação de febre, para a instituição de antibioticoterapia EV.

3.2. Outras actividades

3.2.1. Celulite por *Staphylococcus aureus*

Contactei com um adolescente com queixas de cinco dias de evolução de surgimento de bolhas com conteúdo líquido amarelado em ambos os pés que se foram espalhando até ocuparem toda a região de ambos os membros inferiores, acompanhadas de dor intensa. Ao exame físico, a pele afectada encontrava-se avermelhada, edemaciada e quente ao toque. Concluiu-se ser uma Celulite por *Staphylococcus aureus*, sendo o paciente internado com prescrição de Amicacina 7,5 mg de 12/12h + Gentamicina 7 mg/Kg a cada 24h, ambas diluídas EV. [19, 20]

3.2.2. Dengue hemorrágico

Um caso de Dengue hemorrágico em adulto do sexo feminino foi detecado pela presença de febre elevada, exantema generalizado ao exame físico, prova do laço positiva, trombocitopenia de 90000 e leucopenia de 2700 no primeiro hemograma completo. O tratamento foi prescrito de acordo com as indicações do Manual da Dengue do Ministério da Saúde Brasileiro.[12]

3.3. Atendimento em Urgência

Além dos casos de urgência em Ginecologia e Obstetrícia descritos acima, participei também nos casos resumidos no quadro abaixo:

Quadro 2: Atitudes tomadas em Urgência pediátrica e geral

Caso Clínico	Atitudes hospitalares	Prescrição Domiciliar
- Sexo masculino; 24h de vida; 40° de temperatura.	- Prescrição de 50 mg de Dipirona IM; - Internamento para antibioticoterapia e hidratação venosa de acordo com o peso e idade.	
- Sexo masculino; 3 dias de vida; - Ictérico, hipoactivo e arreactivo.	- Prescrição de bólus de glicose 10% e SG 5% com SF 0,9% na proporção de 1:1 em dose de expansão; - Solicitação de Hemograma completo, doseamento da glicose e bilirrubinas; - Internamento.	
- Sexo feminino; 2 meses; - Febre.	- Prescrição de Paracetamol, 40 mg em gotas; - Solicitação de Hemograma completo para excluir possibilidade de Dengue ou infecção bacteriana, com resultado sem alterações.	Paracetamol, 40 mg em gotas de até 6/6h no caso de febre.
- Sexo feminino; 3 meses; - Alterações na cor e consistência das fezes.		<i>Saccharomyces boulardii</i>, 100 mg diluído de 12/12h VO durante 2 a 3 dias para reconstituição da flora intestinal.
- Sexo masculino; 10 meses; - Tosse e vômitos.	Prescrição de 250 ml de SF 0,9% com 1 mg de Metoclopramida EV.	Mebendazol, 50 mg VO de 12/12h durante 3 dias, por suspeita de infecção intestinal por parasitas.
- Sexo masculino; 1 ano; - Picada de insecto no pénis.		- Aplicação de compressas de água gelada; - Ibuprofeno, 300 mg VO de 8/8h.
Sexo feminino;		Dipirona, 250 mg VO de

• 15 meses • Febre e otalgia esquerda com escorrência de líquido seroso acastanhado que impedia a correcta visualização do ouvido médio ao otoscópio.		6/6h no caso de febre; • Borato de hidroxiquinolona, pingar 5 gotas na cavidade auditiva 3 vezes para remoção do cerúmen.
• Sexo feminino; • 4 anos; • Inflamação supurativa no bordo da pálpebra superior esquerda (hordéolo).		• Aplicação de compressas quentes no local; • Cefaclor, 100 mg VO de 8/8h durante 8 dias.
• Sexo feminino; • 5 anos; • Ferida corto-contusa com cerca de 5 cm de diâmetro localizada na região infero-lateral do joelho direito.	• Aplicação de anestesia local; • Sutura da ferida com pontos simples separados; • Prescrição de Benzilpenicilina benzatina 600000 UI IM.	• Ibuprofeno, 150 mg VO de até 8/8h no caso de febre ou dor.
• Sexo masculino; • 7 anos; • Febre e vômitos há 1 dia.	• Prescrição de 1000 ml de SG 5% com 300 mg de Dipirona e 3,5 mg de Metoclopramida EV.	• Dipirona, 500 mg VO de até 6/6h no caso de febre; • Metoclopramida, 3,5 mg de até 8/8h, no caso vômitos.
• Sexo masculino; • 3 anos; • Tosse seca acompanhada de vômitos.	• Prescrição de 250 ml de SF 0,9% com 1,5 mg de Metoclopramida EV.	• Albendazol, 400 mg VO por dia durante 3 dias por suspeita de infecção intestinal por parasitas.
• Sexo masculino; • 8 anos; • Condiloma no pénis.	• Encaminhamento ao Serviço de Cirurgia geral do Hospital Municipal para avaliação.	
• Sexo masculino; • 10 anos; • Vômitos.	• Prescrição de 5 mg de Metoclopramida IM.	
• Sexo masculino; • 10 anos; • Febre, vômitos e mialgias há 3 dias.	• Prescrição de 1000 ml de SG 5% com 400 mg de Dipirona e 5 mg de Metoclopramida EV. • Solicitação de Hemograma completo para excluir Dengue, cujo resultado	• Paracetamol, 400 mg de até 6/6h no caso de dor ou febre; • Solução de Rehidratação Oral ; • Vigilância.

	revelou trombocitopenia ligeira (146000);	
• Sexo masculino; • 12 anos; • Ferida cortante no 2º dedo da mão esquerda com 3 dias de evolução.	• Encaminhamento ao Hospital Municipal para avaliação mais cuidada, por impossibilidade de sutura.	
• Sexo masculino; • 12 anos; • Otalgia direita; • Ao otoscópio apresentava excessiva quantidade de cerúmen que impedia a correcta visualização da cavidade.		• Nimesulide, 75 mg em gotas VO de 12/12h se dor ou febre; • Aplicação de Borato de Hidroquinolina, pingar 5 gotas três vezes ao dia na cavidade auditiva; • Oientação para médico do Centro de saúde.
• Sexo masculino; • 16 anos ; • Edema da conjuntiva direita na sequência de picada de insecto.	• Prescrição de 0,3 mg de adrenalina SC e 2 mg de Dexametasona IM.	• Aplicação de Dexametasona tópica, 1 a 2 gotas no olho afectado 4 a 12 vezes por dia; • Ibuprofeno, 400 mg, de até 6/6h no caso de dor.
• Sexo masculino; • 25 anos; • Asmático em crise (sibilos generalizados à auscultação e referiu já ter feito nebulização em casa sem melhoria dos sintomas).	• Prescrição de Aminofilina, 240 mg em 100 ml de SF 0,9% em 30 minutos e Hidrocortisona, 500 mg diluída EV lenta.	
• Sexo feminino; • 28 anos ; • Cefaleia e mialgias.	• Prescrição de 500 ml de SF 0,9% com uma ampola de Dipirona EV.	
• Sexo feminino; • 29 anos; • Febre e vômitos.	• Prescrição de 500 ml de SG 5% com 1000 mg de Dipirona e 10 mg de Metoclopramida.	• Paracetamol, 500 mg VO de até 6/6h, no caso de febre; • Metoclopramida, 10 mg de 8/8h antes das refeições, no caso de vômitos.
• Dois casos de dor pré-cordial sem irradiação, acompanhados de	• Encaminhamento para o Hospital Municipal para avaliação cardiovascular.	

taquicardia e dispneia, um deles com pressão arterial de 160/100 mmHg.		
• Sexo masculino; • 41 anos; • Mialgias acompanhadas de febre e calafrios de predomínio vespertino.	• Prescrição de 1000 ml de SG 5% com 1000 mg de Dipirona EV; • Encaminhamento ao Hospital Municipal para a pesquisa de Malária, por não cedência do quadro.	
• Sexo feminino; • 42 anos; • Cefaleia intensa; • Pressão Arterial aferida de 160/100 mmHg.	• Prescrição de 1000 mg de Dipirona IM.	
• Sexo feminino; • 45 anos; • Dor occipital e retroocular intensas; • Pressão arterial aferida de 220/100 mmHg.	• Prescrição de 20 mg de Furosemida diluída EV; • Captopril, 25 mg VO; • Prescrição de 100 mg de Tramadol com 10 mg de Metoclopramida diluído em 50 ml de SF 0,9% EV, por não cedência do quadro.	
• Sexo feminino; • 53 anos; • Cefaleia intensa; • Pressão arterial aferida de 220/110 mmHg.	• Prescrição de 50 ml de SF 0,9% com 100 mg de Tramadol, 10 mg de Metoclopramida e 20 mg de Furosemida EV.	
• Sexo masculino; • 54 anos; • Dor lombar esquerda com irradiação para a região inguinal acompanhada de disúria e presença de sangue na urina. • Sem mais alterações ao exame físico.	• Prescrição de 100 mg de Tramadol diluído em 50 mL de SF 0,9% EV e 75 mg de Diclofenaco sódico IM; • Solicitação de Ecografia Renovesical e orientação para médico de família.	
• Sexo feminino; • 57 anos; • Quadro de febre prolongada e mialgias seguido de prurido	• Prescrição de 500 ml de SG 5% com 20 mg de Butilbrometo de escopolamina + Dipirona e 50 mg de Prometazina EV;	

generalizado.	Solicitação de Hemograma completo para excluir Dengue.	
- Adulto do sexo masculino; - Otalgia direita acompanhada de prurido intenso no local; - Ao otoscópio apresentava o canal auditivo externo hiperemiado, sem alterações na membrana timpânica.		Aplicação de Neomicina + Polimixina, 3 gotas no ouvido acometido 3 vezes ao dia para tratar a Otite externa.
- Adulto do sexo feminino; - Tosse, febre, e mialgias há 6 dias; - A cavidade orofaríngea estava ligeiramente hiperemiada, sem mais alterações ao exame físico.	Prescrição de 500 ml de SG 5% com 1000 mg de Dipirona EV.	- Paracetamol, 500 mg VO de até 6/6 h, no caso de febre; - Ibuprofeno, 600 mg de até 8/8h, no caso de dor.
- Adulto do sexo feminino; - Cefaleia, mialgias e febre; - Referiu realização recente de excessivo esforço físico.	Prescrição de 500 ml de SF 0,9% com 20 mg de Butilbrometo de escopolamina + Dipirona EV.	- Diclofenaco sódico, 50 mg, de 8/8h no caso de dor; - Paracetamol, 500 mg de 6/6h no caso de febre.
- Adulto do sexo masculino; - Vômitos, febre e mialgias.	Prescrição de 500 ml de SG 5% com 1000 mg de Dipirona e 10 mg de Metoclopramida.	
- Adulto do sexo feminino; - Otalgia direita; - Ao otoscópio apresentava sangue e material purulento na cavidade que impediam a correcta visualização da membrana timpânica.	Prescrição de 75 mg de Diclofenaco sódico IM.	- Cefalexina, 500 mg de 6/6h por 10 dias; - Diclofenaco sódico, 50 mg de 8/8h no caso de dor.
- Adulto do sexo feminino; - Febre, escorrência nasal e mialgias.	Prescrição de SG 5% com 1000 mg de Dipirona e 2 mg de Dexametasona EV.	

[10, 11, 12, 14, 18, 19, 21, 22, 23]

Além do trabalho no Hospital Maternidade São Domingos Sávio, acompanhei a directora clínica desta Instituição em urgências no Hospital Municipal de Oriximiná, onde contactei com vários outros casos diferentes, o que me permitiu adquirir uma maior destreza sobre a melhor forma de actuar no atendimento em urgência. Participei ainda num “Comando Médico” de atendimento realizado numa escola primária, ao serviço da Secretaria de Saúde de Oriximiná, destinado à realização de consultas de Medicina Geral e Familiar.

4. Conclusão

A Extensão Universitária na Amazônia assegura o livre trânsito à comunidade académica que, no retorno à Universidade trará um conhecimento prático que, submetido à reflexão teórica, fará ampliar e elevar o nível do conhecimento anterior, criando-se assim, um processo contínuo de troca de informações e saberes.

Neste sentido, a atividade extensionista da Universidade Federal Fluminense em Oriximiná, através da Unidade Avançada José Veríssimo, é exemplar. Diversos são os projectos realizados ao longo dos anos, abrangendo as mais diversas áreas do conhecimento. Estes, além de fundamentais no auxílio que prestam à população do Município, são de extrema importância para a formação profissional dos alunos envolvidos. [2]

Na proposta inicial para a realização deste trabalho propus como objectivos a atingir a participação em actividades respeitantes à área ginecológica e obstétrica. A experiência no Hospital Maternidade São Domingos Sávio ultrapassou todas as minhas expectativas em diferentes níveis.

Pude constatar que ser médico especialista na Amazônia, muitas das vezes, não implica que não seja necessário manter bem presentes todos os conhecimentos de Medicina Geral, visto que a qualquer momento podemos deparar-nos com um problema de outra área e nem sempre haverá um médico generalista ou de qualquer outra especialidade presente para resolver a situação.

Esta experiência, além de me permitir melhorar substancialmente a minha capacidade de actuação médica e de interacção com os doentes transmitiu-me, acima de tudo, ensinamentos pessoais e profissionais que vão ser de grande utilidade a partir do momento em que entrar verdadeiramente no mundo do trabalho médico.

Contudo, não posso deixar de salientar que, após uma leitura mais completa sobre a teoria relativa às actividades deste estágio, percebi que alguns dos procedimentos aplicados nesta Instituição não estão totalmente de acordo com o que a teoria recomenda, o que, na minha opinião, se deve em parte à falta de recursos inerente ao próprio Hospital.

Através deste estágio tive a grande oportunidade de pôr em prática conhecimentos teóricos que me foram ensinados em Portugal de uma maneira que nunca teria sido possível neste país, no nível de ensino em que me encontro, nomeadamente pelo facto de não ter tido um Tutor a supervisionar a tempo inteiro parte das atitudes que tomei.

O estágio no Hospital Maternidade São Domingos Sávio foi, sem dúvida, uma das melhores experiências na área médica que tive até ao momento, não só pelos imensos conhecimentos práticos que me foram transmitidos, como também pelas pessoas fantásticas com que tive oportunidade de trabalhar. Permitiu-me, acima de tudo, perceber que, apesar do nível prático inferior que nos é proporcionado no ensino médico português, as bases teóricas que nos são transmitidas são fundamentais à prática de uma Medicina correcta.

5. Bibliografia

- [1] Silveira M, Oliveira C, Barbieri G. Amazônia Legal. Disponível em: <http://www.noticiasdaamazonia.com.br/amazonia-legal/> (consultado a 28/02/2011).
- [2] Pró-Reitoria de Extensão, Coordenadoria de Integração Acadêmica. Unidade Avançada José Veríssimo, Oriximiná, Pará. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2010.
- [3] IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=150530> (consultado a 31/03/2011).
- [4] Portal da Saúde – Brasil. Plano Saúde Amazônia Legal (PSAL). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/amazonia/visualizar_texto.cfm?idtxt=21798 (consultado a 14/03/2011).
- [5] Givoni B. Inaugurada a Escola Laura Diniz. 2008. Disponível em: http://www.natividade.to.gov.br/003/00301015.asp?ttCD_CHAVE=113023 (consultado a 27/04/2011).
- [6] Molina T. Dirigentes visitam unidade da UFF no Pará. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/uffon/noticias/2007/03/oriximina.php> (consultado a 19/04/2011).
- [7] Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende Obstetrícia Fundamental. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2011. p. 106 – 120; 156 – 167; 194 – 221; 258 – 271; 330 – 333; 578 – 592; 648 – 652.
- [8] Cunningham FG, Leveno KJ, *et al.* Williams Obstetrics. 23rd Edition. United States of America: McGraw- Hill; 2010. p. 193 – 211; 444 – 461; 549 – 555; 648; 668 – 669; 774 – 776.
- [9] Oliveira HC, Lemgruber I, *et al.* Tratado de Ginecologia de Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- [10] Ponce J, Teixeira J. Manual de Urgências e Emergências. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda; 2006.
- [11] Prado FC, Ramos J, Valle JR. Atualização Terapêutica: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento. 19ª Edição. São Paulo: Editora Artes Médicas; 1999.
- [12] Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. 3ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

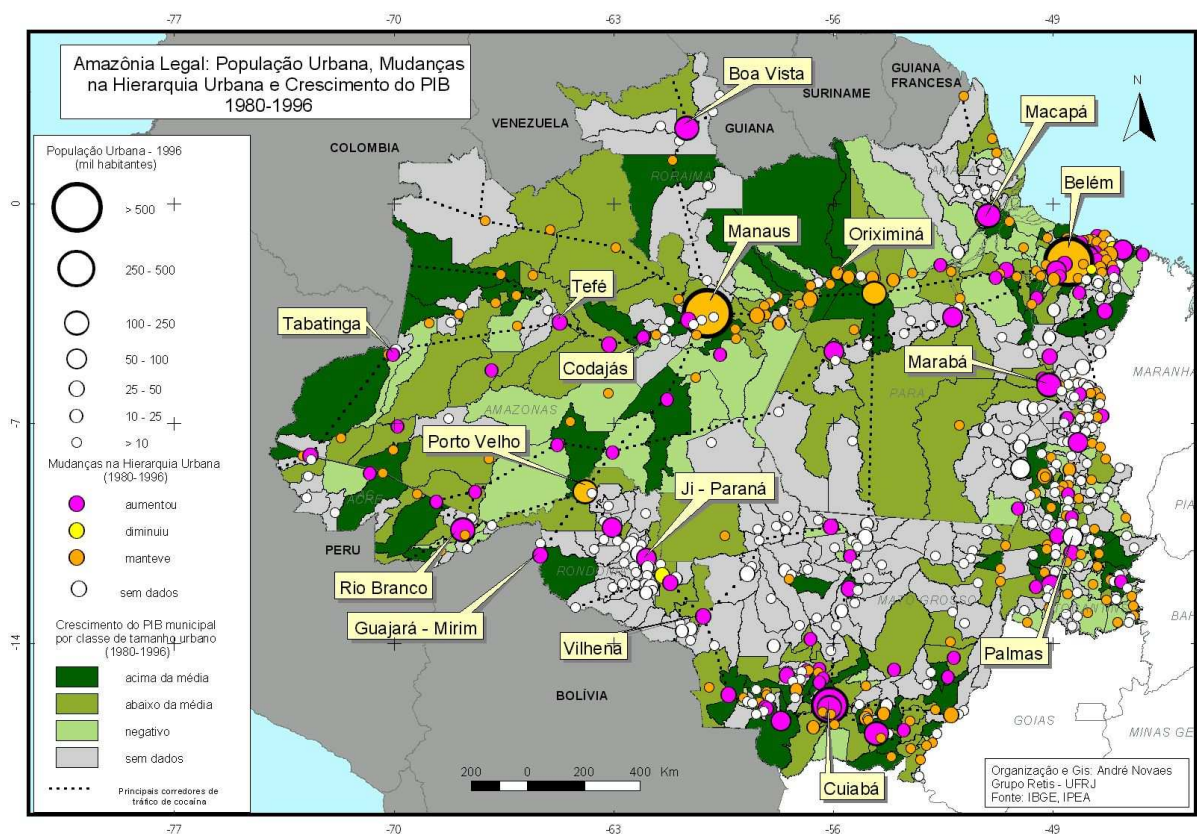
- [13] Kliegman RM, Behrman RE, *et al.* Nelson Tratado de Pediatria – Volumes 1 e 2. 18ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2009. p. 756 – 765; 798 – 810; 1139 – 1142.
- [14] Oliveira RG. Blackbook Pediatria. 4ª Edição. Belo Horizonte: Blackbook Editora; 2011.
- [15] Takayesu JK, Bachur RG, *et al.* Pediatrics, Dehydration. 2010. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/801012-overview> (consultado a 27/04/2011)
- [16] Amaral JMV. Tratado de Clínica Pediátrica – Volumes 1, 2 e 3. 1ª Edição. Amadora: Abbott Laboratórios; 2008. p. 858 – 862.
- [17] Guinsburg R, Santos AMN. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita – Documento Científico. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010.
- [18] AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2005. p. 2 – 30.
- [19] Pedroso ER, Oliveira R. Blackbook Clínica Médica. 1ª Edição. Belo Horizonte: Blackbook Editora; 2007. p. 13 – 243; 402 – 413; 470 – 476; 668.
- [20] Johnson RA, Wolff K. Fitzpatrick Dermatologia: Atlas e Texto. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill; 1997.
- [21] Murahovschi J. Emergências em Pediatria. 7ª Edição. São Paulo: Editora Servier; 1997.
- [22] Fauci A, Braunwald E, *et al.* Harrison's Principles of Internal *Medicine*. 17th Edition. McGraw-Hill; 2008. p. 1596 – 1606.
- [23] Ministério da Saúde, Brasília DF. Doenças infecciosas e parasitárias – Guia de Bolso. 8ª Edição. Edição Ministério da Saúde; 2010.
- [24] Petroianu A, Miranda ME, Oliveira RG. Blackbook Cirurgia. 1ª Edição. Belo Horizonte: Blackbook Editora. 2008.

Anexo 1

Amazônia Legal



(adaptado de: <http://geobrainstorms.wordpress.com/tag/amazonia-legal/>)



(adaptado de: <http://acd.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/droga/p01mono0303.htm>)

Anexo 2

Cronograma de Actividades
(18 de Janeiro a 23 de Fevereiro)

Dias	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Actividades																																					
Internamento																																					
Consultas de Pré – Natal																																					
Consultas de Ginecologia																																					
Sala de Expectantes																																					
Bloco de Partos																																					
Bloco Cirúrgico																																					
Urgência																																					
Palestra às gestantes																																					

Anexo 3

Lei Brasileira do Planejamento Familiar



Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Mensagem de veto

§ 7º do art. 226 da Constituição Federal

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização

estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#))

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e

atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) [Mensagem nº 928, de 19.8.1997](#)

(adaptado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)

Anexo 4

Cartão da Gestante

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional

ALTURA UTERINA

cm

7 9 11 13 15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39

13 15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39

SEMANAS DE AMENORRÉIA

Técnica do meio

P₆₀

P₁₀

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

IMC

17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

SEMANA DE GESTAÇÃO

BP – baixo peso A – adequado S – sobrepeso O – obesidade

Cartão da Gestante

ESTADO DO PARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORIXIMINÁ

SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTADO DO PARÁ

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome:

Endereço:

Município:

Cadastro no SIS – pré-natal

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência:

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

Anexo 5

Método de Capurro

MÉTODO DE CAPURRO NA AVALIAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

Método de Capurro: (Somático e Neurológico)

Formação mamilo (A)	Mamilo pouco visível sem aréola 0	Mamilo nítido; aréola lisa diâmetro < 0,75 cm 5	Mamilo puntiforme aréola de borda não elevada > 0,75 cm 10	Mamilo puntiforme aréola de borda elevada > 0,75 cm 15	
Textura da pele (B)	Fina, gelatinosa 0	Fina e lisa 5	Algo mais grossa, com discreta descamação Superficial 20	Grossa, com sulcos superficiais, descamação de mãos e pés 15	Grossa, apergaminhada com sulcos profundos 20
Forma da orelha (C)	Chata, disforme pavilhão não encurvado 0	Pavilhão parcialmente encurvado na borda 8	Pavilhão parcialmente encurvado em toda borda superior 16	Pavilhão totalmente encurvado 24	
Tamanho da glândula mamária (D)	Ausência de Tecido mamário 0	Diâmetro < 5 mm 5	Diâmetro 5 mm a 10 mm 10	Diâmetro > 10 mm 15	
Sulcos plantares (E)	Ausentes 0	Marcas mal definidas na metade anterior da planta 5	Marcas bem definidas na metade anterior e no terço anterior 10	Sulcos na metade anterior da planta 15	Sulcos em mais da metade anterior da planta 20
Sinal do Xale (posição do cotovelo) (F)	Na linha axilar do lado oposto 0	Entre a linha axilar anterior do lado oposto e a linha média 6	Ao nível da linha média 12	Entre a linha média e a linha axilar anterior do mesmo lado 18	
Posição da cabeça ao levantar o RN (ângulo Â) (cervico-torácico) (G)	Totalmente deflexionada Â = 270° 0	Â entre 180° - 270° 4	Â = 180° 8	Â < 180° 12	

Idade Gestacional:

a) Somático: Somatório dos pontos em A, B, C, D, E + 204 / 7

b) Somático-neurológico: Somatória dos pontos em B, C, D, E, F + 200 / 7

Para os RN com peso de nascimento abaixo de 1500 g, utiliza-se o método de Ballard e cl. modificado por Constantine e cl.

Anexo 6

Hidratação venosa

HIDRATAÇÃO VENOSA

CRITÉRIOS:

Cálculo de Kcal:

Até 10Kg: 1 Kcal = 1 Kg
 10-20Kg: 10 Kcal + 0,5 Kcal por Kg acima de 10
 Acima de 20Kg: 15 Kcal + 0,2 Kcal por Kg acima de 20

Fases:

Expansão: SF 0,9% ou SF 1 : 1 SG 5% 25 ml/Kg em 1hr

Repetir a etapa em 1 hora caso não haja resposta.

Reparação complementar: SF 0,9% 20ml/Kg em 30min

Caso persistam sinais de choque.

Reparação lenta: Soro 1 : 1 50ml/Kg em 4hr

Caso persistam sinais de desidratação moderada.

Manutenção: 100ml/Kcal/24h

Na: 3mEq/Kcal/dia NaCl 10% = 1,7mEq/ml

NaCl 20% = 3,4mEq/ml

RECÉM-NASCIDOS

$HV = TH/Kg/dia$

TAXA HÍDRICA (TH) em ml

Peso / Idade	1º/2º dia	3º/4º dia	5º/7º dia
≥2000g	60/70	80	80/90
1500-2000g	80	90	100/110

TIG (taxa de infusão da glicose)

- a termo/AIH: 4-6
- prematuro ou hipoglicêmico: 6-8

$TIG = \frac{[glicose] no soro \times TH}{144}$: TIG = gramas de glicose ÷ peso em Kg ÷ 1,44

144

Dica: estabeleça a TIG e a TH desejadas e coloque os valores na fórmula acima para achar a [glicose] no soro a ser administrado.

Fórmula para calcular os volumes de SG5% e glicose 50% para um determinado volume de hidratação:

$Volume total \times ([glicose] no soro - 5) = volume de glicose 50\%$

45

O valor encontrado corresponde ao volume de glicose 50%. Subtraia este valor do volume total da solução para encontrar o volume de SG 5%.

$SG 5\% = volume total da solução - glicose 50\%$

Kcl: 2,5-3,0 mEq/Kcal/dia Kcl 10% = 1,34 mEq/ml

Kcl 19,1% = 2,5 mEq/ml

Gluconato de cálcio 10% : 100-200mg/Kg/dia = 1-2 ml/Kcal/dia

Glicose: [8% a 10%] do volume total da solução.

Glicose 50% = 50g/100ml

Glicose 25% = 25g/100ml

Glicose 10% = 10g/100ml

SG 5% = 5g/100ml

Fórmula para calcular os volumes de SG5% e glicose 50% para um determinado volume de hidratação:

$Volume total \times ([glicose] no soro - 5) = volume de glicose 50\%$

45

Reposição de perdas: SG 5% 1:1 SF 0,9%

Adicionar ao volume total de manutenção em 24h

Leves - 20ml/Kg/dia

Moderadas - 40ml/Kg/dia

Graves - 60ml/Kg/dia

Reposição de eletrólitos:

- 1º dia - somente cálcio: até 4ml/Kg/dia
- Obs: Cuidado: se perder a veia há risco de necrose tecidual.
- 2º dia: acrescentar sódio: 2-3 mEq/Kg/dia
- 3º dia: acrescentar potássio: 1-2 mEq/Kg/dia

Cálculo das microgotas: $\frac{Volume total}{n^\circ de horas}$

nº de horas

Cálculo das gotas: $\frac{Volume total}{n^\circ de horas \times 3}$

nº de horas x 3

Exemplo: RN de 3 dias, Peso: 3000g

TH = 80 TIG = 5

$HV = TH \times peso = 80 \times 3 = 240ml/24h$

$TIG = \frac{[glicose] no soro \times TH}{144}$: $5 = \frac{[glicose] \times 80}{144}$: $[glicose] = 9\%$

144

144

$Volume total da HV \times ([glicose] no soro - 5) = volume de glicose 50\%$

45

$240 \times (9-5) = glicose 50\% = 21,3ml$

45

$SG 5\% = volume total da HV - glicose 50\% = 240 - 21,3 = 218,7ml SG 5\%$

HV : SG 5% 218,7ml

Glicose 50% 21,3ml

ADULTOS

Expansão: SF 0,9% 20ml/kg em 10-15 min

Repetir etapa caso não haja melhora.

Manutenção: 40ml/Kg/24h

Na: 1 - 2 mEq/Kg/dia

K: 1 mEq/Kg/dia

Glicose: 10%

Reposição de perdas:

➤ Hipotensão: 8% peso x água corporal total (0,5) = peso x 0,05

Repor pelo menos a metade do volume total rapidamente, com velocidade de até 500ml/h

➤ Sinais de choque: 15% peso x 0,5 = peso x 0,1

Repor pelo menos a metade do volume total rapidamente, com velocidade de até 1000ml/h

➤ Após estabilização, reduzir a velocidade de infusão para 300ml/h

(Cedido pelo HMSDS, 2011)

