



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2009/2010

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OBSTETRÍCIA

JOÃO MIGUEL MOTA COELHO DA SILVA PINTO

Abril, 2010

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

JOÃO MIGUEL MOTA COELHO DA SILVA PINTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OBSTETRÍCIA**

**ÁREA: OBSTETRÍCIA**

**TRABALHO EFECTUADO SOB:**

**ORIENTAÇÃO DE PROFESSOR DOUTOR NUNO MONTENEGRO**

**CO-ORIENTAÇÃO DE PROFESSOR DOUTOR JÚLIO ELITO**

Abril, 2010

# FMUP



## PROJECTO DE OPÇÃO DO 6º ANO – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

**NOME:** JOÃO MIGUEL MOTA COELHO DA SILVA PINTO

**ENDEREÇO ELECTRÓNICO:** [joaspinto@netcabo.pt](mailto:joaspinto@netcabo.pt); **TELEMÓVEL:** 967982695.

**NÚMERO DO BILHETE DE IDENTIDADE:** 12339005.

**TÍTULO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO:** RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE OBSTETRÍCIA.

**NOME DO ORIENTADOR:** PROFESSOR DOUTOR NUNO MONTENEGRO.

**NOME DO CO-ORIENTADOR:** PROFESSOR DOUTOR JÚLIO ELITO.

**ANO DE CONCLUSÃO:** 2010.

**DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO DE OPÇÃO:** OBSTETRÍCIA.

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.  
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22 de Abril de 2010.

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **PROJECTO DE OPÇÃO DO 6º ANO – DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, JOÃO MIGUEL MOTA COELHO DA SILVA PINTO, abaixo assinado, nº mecanográfico 020801050, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste Projecto de Opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 8 de Abril de 2009.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AU** – Altura Uterina

**BCF** – Batimentos Cardíacos Fetais

**BEG** – Bom Estado Geral

**BRNF** – Bulhas Rítmicas Normofonéticas

**Ca** – Carcinoma

**COREME** - Comissão De Residência Médica

**DCC** – Diagnóstico Clínico Cirúrgico

**DG** – Diagnóstico Ginecológico

**DM** – Diabetes Mellitus

**DON** – Diagnóstico Obstétrico de Normalidade

**DOPA** – Diagnóstico Obstétrico Patológico Actual

**DOPP** – Diagnóstico Obstétrico Patológico Progresso

**DST** – Doença Sexualmente Transmissível

**DUM** – Data da Última Menstruação

**E** - Eclâmpsia

**FMUP** – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**FC** – Frequência Cardíaca

**FUV** – Feto Único Vivo

**GO** – Ginecologia e Obstetrícia

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistémica

**HAC** – Hipertensão Arterial Crónica

**Hb** - Hemoglobina

**HG** – Hipertensão Gestacional

**Ht** - Hematócrito

**HELLP Syndrome** – [Hemolytic anemia](#), Elevated [Liver enzymes](#) and [Low Platelet count](#)

**HIV** – Human Immunodeficiency Vírus

**IG** – Idade Gestacional

**IM** – Intra Muscular

**IRC** – Insuficiência Renal Crónica

**ITU** – Infecção Tracto Urinário

**MAC** – Método Anticoncepcional

**MF** – Movimentos Fetais

**MMII** – Membros Inferiores

**MTX** - Metotrexato

**MV** – Murmúrio Vesicular

**OEC** – Orifício Externo Cervical

**OGE** – Observação Ginecológica Externa

**OGI** – Observação Ginecológica Interna

**PA** – Pressão Arterial

**PCST** – Parto Cesárea Secção Transversa

**PE** – Pré-eclâmpsia

**PS** – Pronto Socorro

**QD/HPMA** – Queixa e Duração / História Progressiva da Moléstia Actual

**QT** - Quimioterapia

**RA** – Ruídos Adventícios

**RCIU** – Restrição Crescimento Intra Uterino

**RHA** – Ruídos Hidroaéreos

**TVP** – Trombose Venosa Profunda

**U1** – Urina tipo 1

**UNIFESP** – Universidade Federal de São Paulo

**URC** – Urocultura

**US** – Ultrassonografia

**VDRL** – Venereal Disease Research Laboratory

**β - HcG** – Gonadotrofina Coriónica

## **Agradecimentos:**

A realização do presente relatório tem subjacente um esforço persistente e moroso, no qual um papel exclusivo seria uma mera impossibilidade. Torna-se imperativo realçar que diversas personalidades contribuíram para que o presente fosse levado a "bom termo", quer com sábios comentários e críticas, quer com atitudes de grande amizade e generosidade.

Ao Senhor Professor Doutor Júlio Elito, reconhecidamente expresse a minha gratidão pela honra que me concedeu em ter aceite a responsabilidade de me co-orientar neste projecto durante o estágio na UNIFESP, para o qual muito contribuíram as críticas e sugestões. Mas, acima de tudo, a amizade, a disponibilidade, que sempre teve para comigo. Mais uma vez agradeço sincera e reconhecidamente.

Ao Senhor Professor Doutor Nuno Montenegro, igualmente expresse a minha gratidão pela disponibilidade, empenho e paciência que demonstrou na orientação deste trabalho.

À Senhora Professora Doutora Cristina Guazzelli, reconhecidamente agradeço pelo apoio prestado e pela oportunidade que me concedeu em participar num dos mais prestigiados Congressos de Clínica Médica.

À Senhora Professora Doutora Maria Amélia Ferreira manifesto a minha profunda gratidão, pela forma como me recebeu e aconselhou antes do início do estágio, pelo auxílio nos momentos oportunos e pelo interesse manifestado em todo o percurso.

## **Resumo:**

Quando surgiu a oportunidade de realizar um programa de mobilidade, numa das mais prestigiadas Universidades brasileiras, não descansei até a segurar com as duas mãos. E porquê? Eis uma pergunta com múltiplas respostas.

À partida, seria uma experiência pessoal única, em virtude da distância física e emocional dos nossos entes mais próximos, que despoletaria sentimentos díspares. Por um lado, a vontade de conhecer um outro mundo, mas por outro a insegurança do desconhecido. Todavia, essa instabilidade anímica inicial foi-se rapidamente desvanecendo dada a personalidade da sociedade como um todo. A minha adaptação foi, portanto, célere e simples.

Posteriormente, mas não menos importante, surge a prática clínica. Sabia, de antemão, que iria ter a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos que adquiri ao longo dos cinco anos de curso, em virtude dos inúmeros casos clínicos que provêm diariamente.

Finalmente, a possibilidade de realizar o Projecto de Opção numa Universidade de renome.

Neste projecto procuro caracterizar a organização do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP, abordar o plano de actividades da residência em Obstetrícia, relatar de forma sucinta, as actividades desenvolvidas durante o “bloco de Obstetrícia”, culminando com a descrição de alguns casos clínicos (em anexo).

Este bloco decorreu na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, sob a regência da Professora Doutora Cristina Guazzelli, com a duração de duas semanas – 12 a 23 de Outubro de 2009 – e centrou-se, essencialmente, nas actividades ambulatoriais de diferentes sectores do Departamento de Obstetrícia.

## Índice:

1) Introdução .....	10
a) Explicação da organização do relatório	
b) Objectivos do relatório	
2) Organização do Serviço de Obstetrícia da UNIFESP .....	11
3) Residência em Obstetrícia na UNIFESP.....	12
4) Rotina do estágio em Obstetrícia .....	26
5) Descrição das actividades realizadas .....	27
6) Conclusão .....	31
7) Bibliografia .....	32
8) Anexos:	
I. Descrição de casos clínico .....	34
a) Reuniões Clínicas	
b) Ambulatório: Pré-Natal Hipertensão/ Transplante Renal	
c) Ambulatório: Gemelar/ Gravidez Ectópica	
d) Ambulatório: Prematuridade	
e) Ambulatório: Mola Hidatiforme/ Neoplasias	
f) Ambulatório: Planeamento Familiar	
g) Ambulatório: Adolescência	
h) Ambulatório: Geral	
II. Comentários teóricos aos respectivos casos clínicos .....	50

## **1- Introdução:**

### **a) Explicação da organização do relatório:**

Este relatório visa caracterizar a organização do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP, abordar o plano de actividades da residência em Obstetrícia e evidenciar as actividades desenvolvidas durante o bloco de Obstetrícia, ao abrigo do “Programa de Mobilidade Sócrates”, durante o período de 12 a 23 de Outubro de 2009.

Em anexo, serão descritos casos clínicos observados durante o estágio. Estes serão acompanhados por um comentário como forma de complemento teórico.

Também serão mencionadas outras actividades além das desenvolvidas nos diferentes ambulatórios, nomeadamente:

- Centro Obstétrico
- Reuniões Clínicas
- Reuniões de Departamento
- Centro Cirúrgico
- 10º Congresso Brasileiro de Clínica Médica

Por fim, será elaborada uma breve conclusão no que concerne ao balanço do estágio.

### **b) Objectivos do relatório:**

- Descrição sucinta das actividades realizadas no bloco de Obstetrícia.
- Análise crítica do bloco de Obstetrícia.
- Conhecer a realidade do ensino de Obstetrícia na UNIFESP.

## **2- Organização do Serviço de Obstetrícia da UNIFESP:**



---

### **Áreas de Concentração / Linhas de Pesquisa**

#### **Medicina fetal:**

Análise biofísica e bioquímica da vitalidade fetal.

Avaliação ultra-sonográfica e laboratorial da morfologia e biometria fetal e seus desvios.

Modelos de estudo do desenvolvimento embrionário e fetal.

#### **Obstetrícia fisiológica e experimental:**

Investigação farmacocinética e microbiológica em gestantes HIV positivas.

Repercussões metabólicas dos fármacos na gravidez - modelo experimental.

#### **Patologia obstétrica e tocurgia:**

Avaliação morfológica, biomolecular e imunológica do compartimento materno na interrupção precoce da gravidez.

Bioquímica dos distúrbios nutricionais e hematológicos em grávidas.

Fenômenos biofísicos e físico-químicos da parturição.

Repercussões fetais e placentárias da hipertensão arterial na gravidez.

Repercussões perinatais da diabetes na gravidez.

Terapêutica e propedêutica da gravidez ectópica.

### **3- Residência em Obstetrícia na UNIFESP:**

#### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

#### **COREME - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

A Universidade Federal de São Paulo é, como consta no site referenciado na bibliografia (2), uma “Autarquia Federal” dependente do Ministério da Educação enquanto o Hospital São Paulo, que pertence à entidade sem fins lucrativos Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, é o Hospital Universitário da UNIFESP.

No mesmo site é também referido que a UNIFESP foi uma das Universidades pioneiras na implantação de Programas de Residência Médica no Brasil, tendo adoptado uma concepção idêntica à das Residência Médica desenvolvidos nos Estados Unidos, sob a inspiração de Halsted e Osler , no começo do século.

Estes programas têm sido alvo de constantes *upgrades* por parte da UNIFESP com o objectivo de assegurar uma permanente melhoria e modernização dos programas e dessa forma garantir o acompanhamento dos avanços da Medicina e das novas e crescentes necessidades da sociedade.

Actualmente, a Residência Médica da UNIFESP oferece 64 programas diferentes a mais de meio milhar de médicos residentes enquanto, na década de 1960, era composta apenas por dois ciclos básicos – o ciclo clínico e o ciclo cirúrgico – e constituída por vinte médicos (10 clínicos e 10 cirurgiões), sendo que as especialidades se iniciavam apenas no terceiro ano.

A Regulamentação da Residência Médica é assegurada pela Comissão Nacional de Residência Médica. Esta Comissão, que foi criada em 1977, é a entidade responsável não só pela elaboração das normas, mas também pela credenciação dos Programas de Residência Médica.

De referir, finalmente, que na UNIFESP, a Comissão de Residência Médica – COREME, é a entidade responsável pela coordenação dos Programas de Residência Médica. Esta Comissão está subordinada ao Conselho de Extensão, que por sua vez é presidido pelo Pró-Reitor de Extensão.

## Estágios R1 2010:

### **1. Enfermaria de Obstetrícia (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Responsável pelas prescrições, evoluções, conferir as evoluções dos alunos.	Responsável pelas prescrições, evoluções, conferir as evoluções dos alunos.	Responsável pelas prescrições, evoluções, conferir as evoluções dos alunos.	Responsável pelas prescrições, evoluções, conferir as evoluções dos alunos.	Responsável pelas prescrições, evoluções, conferir as evoluções dos alunos.
Reunião clínica	Reunião clínica	Reunião clínica	Reunião clínica	Reunião clínica
Visita nos leitos com o Docente responsável pelo dia e com os Preceptores.	Visita nos leitos com o Docente responsável pelo dia e com os Preceptores.	Visita nos leitos com o Docente responsável pelo dia e com os Preceptores.	Visita nos leitos com o Docente responsável pelo dia e com os Preceptores.	Visita nos leitos com o Docente responsável pelo dia e com os Preceptores.
Período da tarde: avaliar as intercorrências da enfermaria (27 leitos)	Período da tarde: avaliar as intercorrências da enfermaria (27 leitos)	Período da tarde: avaliar as intercorrências da enfermaria (27 leitos)	Período da tarde: avaliar as intercorrências da enfermaria (27 leitos)	Período da tarde: avaliar as intercorrências da enfermaria (27 leitos)
Checar resultados de exames.	Checar resultados de exames.	Checar resultados de exames.	Checar resultados de exames.	Checar resultados de exames.
Admitir as novas internações.	Admitir as novas internações.	Admitir as novas internações.	Admitir as novas internações.	Admitir as novas internações.
Conferir as cardiotocografias.	Conferir as cardiotocografias.	Conferir as cardiotocografias.	Conferir as cardiotocografias.	Conferir as cardiotocografias.
Visitas nos leitos.	Visitas nos leitos.	Visitas nos leitos.	Visitas nos leitos.	Visitas nos leitos.

**2. Pronto Socorro GO (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
	Atendimento dos casos R1 GO e R1 Cirurgia	Atendimento dos casos R1 GO e R1 Cirurgia	Atendimento dos casos R1 GO e R1 Cirurgia	Atendimento dos casos R1 GO e R1 Cirurgia
	Evolução dos casos internados no PS.	Evolução dos casos internados no PS.	Evolução dos casos internados no PS.	Evolução dos casos internados no PS.
	Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.	Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.	Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.	Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.

**3. Centro Obstétrico (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Visita com o Docente na passagem do plantão	Visita com o Docente na passagem do plantão	Visita com o Docente na passagem do plantão	Visita com o Docente na passagem do plantão	Visita com o Docente na passagem do plantão
Reunião clínica	Reunião clínica	Reunião clínica	Reunião clínica	Reunião clínica
Procedimentos:	Procedimentos:	Procedimentos:	Procedimentos:	Procedimentos:
Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.

**4. Ambulatório de Pré-Natal (30 dias):**

	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Manhã	Ambulatório: Abortamento Habitual (Insuficiência Istmo Cervical) – média de 20 pacientes	Ambulatório: Hipertensão - média de 30 casos	Ambulatório: Pré-Natal Normal integrado com equipa de Psicologia, Fisioterapia, Acupuntura, Dermatologia – média de 40 casos	Ambulatório: Cardiopatia – média de 20 casos	Ambulatório: Patologia do Tracto genital inferior – média de 15 casos
Tarde	Pré-Natal de Adolescentes - média de 20-25 casos	Ambulatório: Gemelar e Gravidez Ectópica – média de 20 casos	Ambulatório: Prematuridade e Tiroidopatia – média de 20 casos	Ambulatório: Neoplasia Trofoblástica Gestacional – média de 20 casos	Livre

**Observação:** Responsabilidade do R1 é de atender os casos novos e também acompanhar os retornos.

**5. Hospital Pirajussara (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Procedimentos: Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Procedimentos: Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Procedimentos: Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Procedimentos: Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.	Procedimentos: Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.

**Observação:** R1 da cirurgia passa 20 dias na Obstetrícia (10 dias no PS e 10 dias no CO do Hospital São Paulo).

#### **6- Plantões do R1:**

Plantão “Cinderela”: o R1 fica no PS das 18:00 h até 0:00h ou horário que terminar o movimento de pacientes. (40 plantões no ano).

Plantões no CO (18:00 – 7:00h) – 40 plantões/ano. Actividades (assistência no Pré-parto, responsável pela admissão das pacientes, controles nocturnos – partograma).

Plantões no PS de cirurgia (18:00 – 7:00h) – 10 plantões/ano.

#### **7. REUNIÃO CLÍNICA DO DEPARTAMENTO**

#### **8. CURSO TÉORICO PARA OS RESIDENTES**

#### **9. AVALIAÇÃO:**

Prova escrita a cada 3 meses.

Avaliação prática no final de cada estágio.

## Estágios R2 2010

### 1. Centro Obstétrico (30 dias):

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
<p>Visita com o Docente na passagem do plantão</p> <p>Reunião clínica</p> <p>Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 em todos os procedimentos.</p>	<p>Visita com o Docente na passagem do plantão</p> <p>Reunião clínica</p> <p>Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 em todos os procedimentos.</p>	<p>Visita com o Docente na passagem do plantão</p> <p>Reunião clínica</p> <p>Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 em todos os procedimentos.</p>	<p>Visita com o Docente na passagem do plantão</p> <p>Reunião clínica</p> <p>Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 em todos os procedimentos.</p>	<p>Visita com o Docente na passagem do plantão</p> <p>Reunião clínica</p> <p>Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 em todos os procedimentos.</p>

### 2. Pronto Socorro GO (30 dias):

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
<p>Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.</p>	<p>Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.</p>	<p>Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.</p>	<p>Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.</p>	<p>Participa das cirurgias de emergência: Gravidez ectópica, abortamentos infectados e etc.</p>

**3. Ambulatório de Planeamento Familiar (manhã) e Ambulatório de Pré-Natal (tarde)**  
**– (30 dias):**

	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Manhã	Planeamento Familiar	Planeamento Familiar	Planeamento Familiar	Planeamento Familiar	Planeamento Familiar
Tarde	Pré-Natal Adolescentes – média de 20-25 casos	Ambulatório: Gemelar e Gravidez Ectópica – média de 20 casos	Ambulatório: Prematuridade e Tiroidopatia – média de 20 casos	Ambulatório: Neoplasia Trofoblástica Gestacional – média de 20 casos	Livre

**4. Enfermaria de Obstetrícia (30 dias):**

	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Manhã	R2 responsável pela preparação do caso clínico que será discutido na reunião clínica. Prepara com o aluno na véspera.  Ajuda a evoluir os casos com o R1 e os alunos.  Visitas na enfermaria com o docente e o Preceptor	R2 responsável pela preparação do caso clínico que será discutido na reunião clínica. Prepara com o aluno na véspera.  Ajuda a evoluir os casos com o R1 e os alunos.  Visitas na enfermaria com o docente e o Preceptor	R2 responsável pela preparação do caso clínico que será discutido na reunião clínica. Prepara com o aluno na véspera.  Ajuda a evoluir os casos com o R1 e os alunos.  Visitas na enfermaria com o docente e o Preceptor	R2 responsável pela preparação do caso clínico que será discutido na reunião clínica. Prepara com o aluno na véspera.  Ajuda a evoluir os casos com o R1 e os alunos.  Visitas na enfermaria com o docente e o Preceptor	R2 responsável pela preparação do caso clínico que será discutido na reunião clínica. Prepara com o aluno na véspera.  Ajuda a evoluir os casos com o R1 e os alunos.  Reunião Científica do Departamento
Tarde	No período da tarde o R2 vai para o CO.	No período da tarde o R2 vai para o CO.	No período da tarde o R2 vai para o CO.	No período da tarde (o R2 vai para o CO.	No período da tarde o R2 vai para o CO.

**5. Hospital Diadema (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Centro Obstétrico - Procedimentos:  Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.  Fórcepe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.  Responsável pelo Pré-parto.	Centro Obstétrico - Procedimentos:  Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.  Fórcepe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.  Responsável pelo Pré-parto.	Centro Obstétrico - Procedimentos:  Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.  Fórcepe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.  Responsável pelo Pré-parto.	Centro Obstétrico - Procedimentos:  Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.  Fórcepe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.  Responsável pelo Pré-parto.	Centro Obstétrico - Procedimentos:  Parto Normal, Fórcepe de Alívio, 1ª Cesárea, Curetagem – Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU), gravidez ectópica, esterilização feminina.  Fórcepe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.  Responsável pelo Pré-parto.

**6. Hospital Pirajussara (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
<p>Centro Obstétrico - Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 nos procedimentos.</p>	<p>Centro Obstétrico - Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 nos procedimentos.</p>	<p>Centro Obstétrico - Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 nos procedimentos.</p>	<p>Centro Obstétrico - Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 nos procedimentos.</p>	<p>Centro Obstétrico - Procedimentos:</p> <p>Fórcipe de Rotação, Cesárea Iterativa, Cesárea segmento-corporal, Circlagem, Esvaziamento de Mola Hidatiforme.</p> <p>Auxilia o R1 nos procedimentos.</p>

**7. Plantões do R2:**

Plantão CO Hospital São Paulo (40 plantões/ano) 18:00 – 7:00h.

Plantão no CO Hospital Pirajussara (4 plantões só nos feriados).

**8. REUNIÃO CLÍNICA DO DEPARTAMENTO**

**9. CURSO TÉORICO PARA OS RESIDENTES**

**10. AVALIAÇÃO:**

Prova escrita a cada 3 meses.

Avaliação prática no final de cada estágio.

## Estágios R3 2010

### 1. Ambulatório de Pré-Natal (30 dias):

	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Manhã	Ambulatório:  Abortamento Habitual (Insuficiência Istmo Cervical) - média de 20 casos	Ambulatório:  Hipertensão – média de 30 casos	Ambulatório:  Pré-Natal Normal integrado com equipa de Psicologia, Fisioterapia, Acupuntura, Dermatologia – média de 40 casos	Ambulatório:  Cardiopatía – média de 20 casos	Ambulatório:  Patologia do Tracto genital inferior - média de 15 casos
Tarde	Pré-Natal Adolescentes - média de 20-25 casos	Ambulatório:  Gemelar e Gravidez Ectópica – média de 20 casos	Ambulatório:  Prematuridade e Tiroidopatia – média de 20 casos	Ambulatório:  Neoplasia Trofoblástica Gestacional - média de 20 casos	Livre

**2. Centro Obstétrico (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Procedimentos: Cesárea complicada, Histerectomia puerperal, Laparoscopia para esterilização feminina.	Procedimentos: Cesárea complicada, Histerectomia puerperal, Laparoscopia para esterilização feminina.	Procedimentos: Cesárea complicada, Histerectomia puerperal, Laparoscopia para esterilização feminina.	Procedimentos: Cesárea complicada, Histerectomia puerperal, Laparoscopia para esterilização feminina.	Procedimentos: Cesárea complicada, Histerectomia puerperal, Laparoscopia para esterilização feminina.

**3. Medicina Fetal (30 dias):**

	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Manhã	Reunião clínica Ultra-sonografia na Enfermaria de Obstetrícia	Ultra-sonografia na Enfermaria de Obstetrícia	Acompanha as actividades da Neonatologia  Reunião clínica	Ultra-sonografia na Enfermaria de Obstetrícia	Reunião clínica Reunião científica Reunião da medicina fetal
Tarde	Ultra-sonografia na Enfermaria de Obstetrícia	Ultra-sonografia na Enfermaria de Obstetrícia	Aula teórica	Ultra-sonografia na Enfermaria de Obstetrícia	Ultra-sonografia na Enfermaria de Obstetrícia

**4. Pré-Natal (30 dias):**

	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Manhã	Ambulatório:  Abortamento Habitual (Insuficiência Istmo Cervical) - média de 25 pacientes	Nupaig	Ambulatório:  Violência Sexual	Nupaig	Livre
Tarde	Livre	Livre	Ambulatório:  Violência Sexual	Ambulatório:  Diabetes – Centro de Diabetes.	Livre

**5. Hospital Vila Maria (30 dias):**

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
Visita com alunos e o preceptor.	Visita com alunos e o preceptor.	Visita com alunos e o preceptor.	Visita com alunos e o preceptor.	Visita com alunos e o preceptor.
Visita com o Docente	Visita com o Docente	Visita com o Docente	Visita com o Docente	Visita com o Docente
Procedimentos no CO	Procedimentos no CO	Procedimentos no CO	Procedimentos no CO	Procedimentos no CO

**6. Actividade Opcional: Estágio no Exterior – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (30 dias)**

**7. Plantões do R3:**

Plantões do R3 no CO Hospital São Paulo 18:00-7:00 (40 plantões/ano)

Atividade extra dos R3 realizam Pré-Natal Personalizado e o Parto de 5 gestantes durante o ano sob orientação de um docente.

**8. CURSO TÉORICO PARA OS RESIDENTES**

**9. AVALIAÇÃO:**

Prova escrita a cada 3 meses.

Avaliação prática no final de cada estágio.

**Nota: Toda informação relativa ao plano de actividades da Residência Médica em Obstetrícia foi disponibilizada pelo Professor Doutor Júlio Elito, Co-orientador deste projecto.**

#### **4- Rotina do estágio em Obstetrícia:**

	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>
<b>2ª-feira</b>	7:00horas – Centro Obstétrico: Visita clínica 7:30horas – Discussão de caso clínico 8:30horas – Ambulatório: Planeamento Familiar	12:30horas – Casa D. Delácio Ambulatório: Pré-natal do adolescente
<b>3ª-feira</b>	7:00horas – Centro Obstétrico: Visita clínica 7:30horas – Discussão de caso clínico 8:30horas – Ambulatório: Pré-natal Hipertensão Arterial / Transplante Renal	13:00horas – Ambulatório: Pré-natal Gravidez ectópica / gemelar
<b>4ª-feira</b>	7:00horas – Centro Obstétrico: Visita clínica 7:30horas – Discussão de caso clínico 8:00horas – Ambulatório: Pré-natal Geral	13:00horas – Ambulatório: Pré-natal Prematuridade
<b>5ª-feira</b>	7:00horas - Centro Obstétrico: Visita clínica 7:30horas – Discussão de caso clínico 8:30horas – Planeamento Familiar	13:00horas – Ambulatório: Pré-natal Mola hidatiforme / Neoplasias
<b>6ª-feira</b>	7:00horas – Centro Obstétrico: Visita clínica 7:30horas – Discussão de caso clínico 8:30horas – Reunião de departamento	-----

## **5- Descrição das actividades realizadas:**

Nesta parte do relatório irei fazer um breve relato das actividades desenvolvidas durante o estágio de Obstetrícia na UNIFESP, que tiveram como guião o plano de actividades elaborado pela regente da cadeira de Obstetrícia, a Professora Doutora Cristina Guazzelli, a saber:

1. **Centro Obstétrico: Visita** – Acompanhamento na admissão das parturientes e na evolução do trabalho de parto no Pré-Parto.  
Orientação e supervisão por um docente ou preceptor da Obstetrícia seleccionado pela disciplina.

**Nota:** O número de partos no Hospital São Paulo é de 250 partos por mês. (atende **gestação de alto risco**).

2. **Reunião Clínica: Discussão de caso clínico** – Cada aluno tinha a incumbência de apresentar à turma um caso clínico que seria, posteriormente, discutido com o docente responsável. Apesar de ter assistido a todas as reuniões, não tive a oportunidade de apresentar um caso clínico dado que as listas de apresentação já estavam elaboradas na altura em que integrei este estágio.  
Não posso deixar de realçar importância nuclear desta actividade na educação médica, dado que permite a conexão entre a ciência básica e os problemas reais da medicina prática.
3. **Actividades ambulatoriais** – Responsabilidade de, juntamente com um residente, atender os “casos novos” e também acompanhar os “retornos” em diferentes ambulatórios do Departamento. A respectiva conduta do caso seria posteriormente discutida com o docente responsável.  
Considero estas actividades a parte mais aliciante do estágio, dado que me permitiu desenvolver competências técnicas de extrema importância para prática clínica (realização de histórias clínicas; colecta de material para exame Papanicolau ou cultura de Streptococos; etc), bem como conhecer as patologias mais frequentes na rotina ambulatorial.

Entendi o valor da anamnese e exame físico, em cada caso, como fontes essenciais para um diagnóstico mais acertado.

Os docentes, solícitos e extraordinariamente acessíveis em todos os momentos, sempre me apoiaram e instruíram sobre as atitudes e passos a tomar.

De salientar, para além do mais, que esta actividade, conforme se pode constatar no programa, foi no conjunto das actividades a que teve maior peso na carga horária.

4. **Reunião de Departamento** - Discussão de casos clínicos com a presença de todo o corpo docente e médicos especialistas da área de Obstetrícia. Nas duas reuniões que tive a oportunidade e o prazer de assistir, constatei que estas se centravam no debate e reflexão crítica das metodologias terapêuticas aplicadas aos diferentes casos. Apesar de não ter tido uma intervenção activa nestas reuniões, entendi a importância das mesmas numa perspectiva de formação médica continuada.

Além do referido, e apesar de não incluídas no plano de actividades, tive a oportunidade de:

- I. **Conhecer o Centro Cirúrgico:** Observação de 2 cesarianas:

↓ **Motivo**  
Falha de indução de parto



II. **Estar presente numa palestra do 10º Congresso Brasileiro de Clínica Médica:**

The poster features a green and yellow curved background. At the top, a map of Brazil is shown in light green. The text '10º Congresso Brasileiro de Clínica Médica' is prominently displayed in large blue and black fonts. Below it, the theme 'O Clínico como integrador da Prática Médica' is written in black. On the left side, the text '5º Congresso Internacional de Medicina de Urgência' is written in white and blue. Below this, two previous congresses are listed: '1º Congresso Brasileiro de Medicina Paliativa e Dor' and '4º Congresso Nacional das Ligas Acadêmicas de Clínica Médica'. The dates and location '16 a 18 de outubro de 2009 Centro de Convenções Anhembi São Paulo - SP' are written in yellow. At the bottom, there is a horizontal strip with four images: a person, a stethoscope, pills, and a hand holding a pill. The text 'Primeiro Comunicado' is at the bottom left.

**10º**  
**Congresso Brasileiro**  
**de Clínica Médica**

O Clínico como integrador  
da Prática Médica

**5º**  
**Congresso**  
**Internacional**  
**de Medicina**  
**de Urgência**

1º Congresso Brasileiro  
de Medicina Paliativa e Dor

4º Congresso Nacional das  
Ligas Acadêmicas de Clínica Médica

**16 a 18 de outubro de 2009**  
Centro de Convenções Anhembi  
São Paulo - SP

Primeiro Comunicado

## **Mesa Redonda**

### ***Anticoncepção:***

Coordenador: Luciano De Melo Pompei

- **Contraceptivos Hormonais Orais. Indicação e Contra indicação.**  
Fábio Fernando De Araújo
- **Contraceptivos Hormonais Parenterais. Diferentes Vias de Administração.**  
José Mendes Aldrighi
- **DIU. Opções e Cuidados.**  
Luis Bahamondes
- **Contracepção na Emergência.**  
Cristina AP. Falbo Guazzelli

## **6- Conclusão:**

O balanço do estágio foi muito positivo, na medida em que permitiu o desenvolvimento de qualificações na prática clínica de Obstetrícia imperiosas para um desempenho adequado no âmbito da actividade assistencial.

Este estágio teve como pano de fundo as principais patologias que surgem nos diferentes sectores da rotina ambulatorial. Em cada caso clínico foi possível desenvolver conhecimentos práticos (exame físico e exame obstétrico), bem como aperfeiçoar diferentes técnicas (colecta de material para cultura de Streptococos ou Citologia cervico-vaginal - Papanicolau). A componente teórica, por sua vez, foi também enriquecida através das discussões clínicas com o docente responsável.

Tal como mencionado no relatório, este estágio também permitiu estar presente num dos maiores congressos do mundo no que respeita à área de clínica médica - 10º Congresso Brasileiro de Clínica Médica.

Como pontos menos positivos, realço o contacto reduzido com o centro cirúrgico, uma vez que só estive presente em duas cesarianas, bem como com a enfermaria.

## **7- Bibliografia:**

1. [http://www1.capes.gov.br/estudos/dados/2004/33009015/017/2004\\_017\\_33009015013P9\\_Proposta.pdf](http://www1.capes.gov.br/estudos/dados/2004/33009015/017/2004_017_33009015013P9_Proposta.pdf) - Programa 33009015013P-9 / MEDICINA (OBSTETRÍCIA) / UNIFESP – 2004
2. <http://proex.epm.br/residencia/coreme/index.htm>
3. **GUIA DE OBSTETRÍCIA - GUIAS DE MEDICINA AMBULATORIAL E HOSPITALAR - UNIFESP / ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**
4. SASS, Nelson. Hipertensão arterial e nefropatias na gestação: diretrizes e rotinas assistenciais
5. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO – DEFINIÇÃO e PREVALÊNCIA Em 23/01/2009 por Cristiane Alves de Oliveira e Laudelino Marques Lopes
6. [Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul; 8\(1\): 36-9abr. 1988](#)
7. [Rev. bras. ginecol. obstet; 31\(2\): 94-101, fev. 2009.ilus.](#)
8. [www.unifesp.br/dgineco/planfamiliar/index.htm](http://www.unifesp.br/dgineco/planfamiliar/index.htm)
9. [www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm](http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm)

# **Anexos:**

**Anexo I:**  
**Descrição de casos clínicos:**

- Reuniões Clínicas
- Ambulatório: Pré-Natal Hipertensão/ Transplante Renal
- Ambulatório: Gemelar/ Gravidez Ectópica
- Ambulatório: Prematuridade
- Ambulatório: Mola Hidatiforme/ Neoplasias
- Ambulatório: Planeamento Familiar
- Ambulatório: Adolescência
- Ambulatório: Geral
  
- **Reuniões clínicas:**  
**Nota:** Caso clínico que foi apresentado numa das reuniões.

**Identificação:**

ESO, 28 anos, natural da Bahia e procedente de São Paulo, união estável, do Lar

**QD / HPMA:**

Gestante de 9 meses dá entrada no PS G/O referindo cefaléia há 2 horas.

**Antecedentes Familiares:**

Mãe: HAS

Pai: HAS

Irmãos hígidos

Nega casos de DM, cancer ou malformação na família.

**Antecedentes Pessoais:**

Refere Hipertensão arterial crónica (fazia uso de captopril antes da gestação) atualmente em uso de Metildopa 500mg 8/8hs

Nega DM, tabagismo, etilismo ou uso de drogas.

Nega alergia medicamentosa.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca: 13 anos

Ciclos regulares com intervalos de 30/30 dias e duração de 5 dias com fluxo moderado.

Nega dismenorréia.

DUM: 11/01/2009

MAC: Nenhum

**Antecedentes Ginecológicos:** Nega.

**Antecedentes Sexuais:**

Coitarca: 23 anos

Total de parceiros: 2

Parceiro fixo há 5 anos

Nega DST's ou dispareunia

**Antecedentes Obstétricos:**

IG 0P

2009 (atual) - Gestação não planejada, mas desejada, em acompanhamento pré-natal UBS.

**Exame Físico Geral:**

BEG, corada, hidratada, afebril, acianótica, anictérica.

PA: 150 x 100mmHg P: 72 bpm

CR: BRNF 2T S/S , MV+ sem RA

Abd: Gravídico, RHA +, sem massas, indolor à palpação.

Ext: Edema +/4+ MMII

**Exame Toco-ginecológico:**

Mamas: de médio volume, sem nódulos palpáveis, expressão +, axilas livres, mamilos protrusos.

Abdome: Gravídico, MF: +, BCF: 140, AU: 34cm, DU: ausente, escava ocupada pelo pólo cefálico, fundo ocupado pelo pólo pélvico, dorso à esquerda.

OGE: pilificação própria para idade e sexo, formações vestibulo labiais sem alterações.

OGL:

- Especular: paredes vaginais íntegras, conteúdo fisiológico, colo epitelizado, OEC circular .
- Toque: vagina pérvia para 2 dedos, rugosidade e elasticidade preservadas, colo grosso, posterior, entreaberto, ângulo subpúbico > 90°, espinhas isquiáticas apagadas, promontório não atingível.

**Diagnósticos:**

DON: GT 39 3/7 sem, IG

DOPP: ---

DOPA: Pré-eclâmpsia sobreposta (?)

DG: ---

DCC: HAC

**Pré Natal:**

Hb/ Ht: 11,8/ 38,7. Leuco 7600 (0/72). Plaquetas: 234 000

Glicemia de jejum: 76 mg/dl

U1: Normal URC: Negativa

**Sorologias**

HIV: Não reagente.

VDRL: Não reagente.

Hepatite C: Não reagente.

Hepatite B: Não reagente

Toxoplasmose: IgG + IgM – (Imune)

Rubéola: IgG + IgM - (Imune)

Cultura estreptococo β-hemolitico: Negativo

**US 1º trimestre:** Sem alterações

**Conduta:**

Internação hospitalar + solicitada rotina exames laboratoriais (sem alterações) +  
Proteinúria 24hs (= 0,42)

Indicada indução do parto com Misoprostol 25mcg.

Após 2 comprimidos de Misoprostol 25mcg inicio do trabalho de parto.

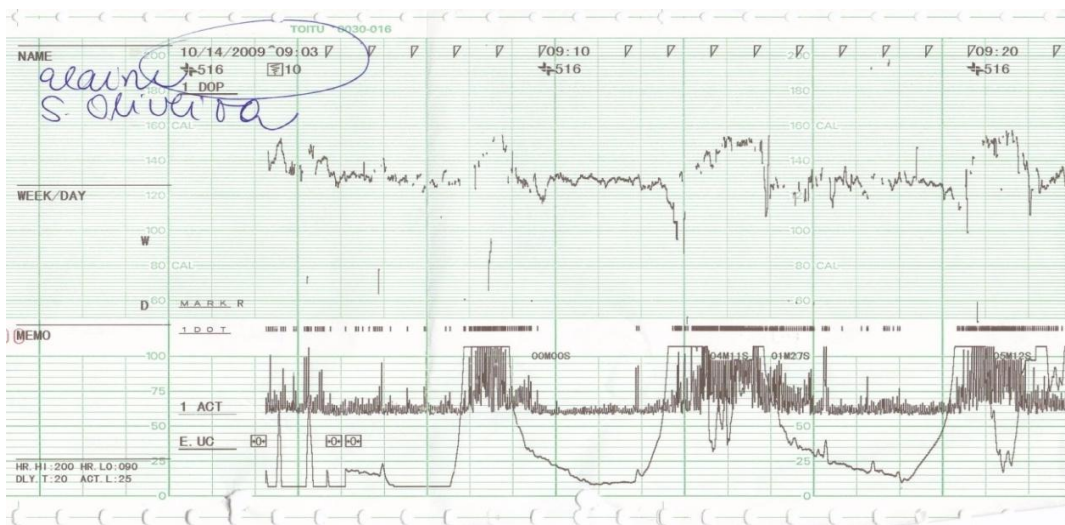
HOSPITAL SÃO PAULO  
SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIFESP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
1933

**EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL**

NOME: Elaine Santos Oliveira LEITO Nº: \_\_\_\_\_ PÁGINA Nº: \_\_\_\_\_

DATA	DESCR I Ç Ã O						
13/10/09	*CONTROLES CO*						
HORA	QUEIXAS	PA	RCF	DU	TV	CD	EXAM
14:30h	S/queixas	13x8	140	Ø	G/P/1cm	CTB	Thais R.
15:30h	S/queixas	—	137	Ø	G/P/1cm	Misop 25mcg	Thais R.
16:40h	S/queixas	125x65	143	Ø	NR	—	Thais R.
17:50h	S/queixas	108x60	142	Ø	NR	—	Thais R.
19:00	S/queixas	120x71	146	Ø	NR	—	Thais R.
20:15	S/queixas	130x52	138	Ø	NR	CTB: trans	Thais R.
21L	S/queixas	113x75	156	Ø	UR	—	Thais R.
22:30	S/queixas	125x69	148	Ø	G/P/1,5cm	Misop 25mcg	Thais R.
23:30	S/queixas	134x73	152	Ø	NR	—	Thais R.



**Evolução:**

Internação hospitalar + solicitada rotina exames laboratoriais HELLP

Indicada indução do parto com Misoprostol 25mcg.

Após 2 comprimidos de Misoprostol 25mcg inicio do trabalho de parto.

Diagnosticado distócia funcional e indicado PCST.

RN Feminino, apgar 8/9, pesando 3430g.

• **Ambulatório: Pré-Natal de Hipertensão/ Transplante Renal**

**Identificação:**

J.S.S., 25 anos, Natural e residente de São Vicente, raça caucasiana

**História de doença actual:**

Gestante de 21 semanas, com história de transplante renal há 2 anos, refere corrimento vaginal (desconhece data de início) sem rubor vaginal ou cheiro fétido. Nega Febre. Nega edemas nos membros inferiores.

Refere diagnóstico de Hipertensão Arterial no início da 2ª gestação. Doente HPV+.

Realizou tratamento com metronidazol (via oral) e nistatina (tópica).

**Antecedentes Familiares:**

Mãe - Hipertensão Arterial

**Antecedentes Pessoais:**

IRC (Transplante renal há 2 anos)

Hepatite C

Hipertensão Arterial

Nega DM e Hipercolesterolemia.

Nega tabagismo e hábitos etílicos.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca - 12 anos

DUM – 14/ 05/09 (há 5 meses)

Ciclos menstruais regulares (interlúnios – 30 dias; cataménio – 4 dias)

**Antecedentes Ginecológicos:**

Infecção por HPV (diagnóstico em 2008)

**Antecedentes Obstétricos:**

4G; 2P (Eutócicos); 1A (Precoce)

**Exame Físico:**

**Sinais vitais:**

P.A. - 110/60mmhg; F.C. - 90bat/min

**Geral:**

Bom estado geral; Mucosas coradas e hidratadas; Anictérica; Afebril.

Pulsos periféricos presentes e simétricos; Ausência de edemas nos membros inferiores.

Ausência de nódulos palpáveis.

**Auscultação Cardíaca:** sem alterações.

**Auscultação Pulmonar:** sem alterações.

**Abdómen:**

Cicatriz cirúrgica transversal ao nível da fossa ilíaca à esquerda; Ausência de dor à palpação e percussão; Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes; Ausência de organomegalias.

**Mamas:** Sem alterações.

**Exame Obstétrico:**

**Altura uterina:** 22cm

**BCF:** 142 bat/min

**Apresentação:** Posição cefálica com dorso à esquerda.

**Exame especular:**

Corrimento vaginal esbranquiçado sem odor.

Ausência de outras alterações.

**Toque vaginal:** Colo impérvio.

**Conduta:**

Tacrolimus (1g) + Azatioprina (100mg) + Prednisona (10mg) + Amlodipina (5mg) + Ác. Fólico + AAS (100mg)

U.S. pélvica - 2º trimestre

Retorno em 3 semanas.

- **Ambulatório: Gemelar/ Gravidez Ectópica**

**Identificação:**

S.S.R, 19 anos, Natural de São Paulo, raça caucasiana

**História de doença actual:**

Doente com história de gestação ectópica (08/09) na cicatriz de cesariana prévia.

Realiza MTX sistémico desde 16/09/09.

Acompanhamento com níveis de B- HcG. Último exame (14/10/09) com diminuição significativa dos níveis de B-HcG:

- 22/09/09 – 3472
- 14/10/09 – 54,3

Refere dor no flanco esquerdo em cólica há 1 mês. Automedicou-se com dipirona, referindo melhoras. Nega febre, vômitos ou diarreia.

Nega corrimento vaginal e hemorragia genital.

Nega alterações urinárias.

**Antecedentes Familiares:**

Pai – Hipertensão Arterial

**Antecedentes Pessoais:**

Ausência de cirurgias prévias ou internamentos.

Nega Hipertensão Arterial. Nega DM.

Nega Hipercolesterolemia.

Nega hábitos tabágicos. Nega hábitos etílicos.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca- 12 anos

DUM – 28/09/09

Ciclos menstruais regulares (interlúnios – 30 dias; cataménio – 5 dias)

**Antecedentes Sexuais:**

3 parceiros.

Nega IST

**Antecedentes Obstétricos:**

2G; 1P (Cesariana); 0A

**Exame Físico:**

**Sinais vitais:**

P.A. - 110/ 70mmhg; F.C. - 60bat/min

**Geral:**

Bom estado geral; Mucosas coradas e hidratadas; Anictérica; Afebril.

Pulsos periféricos presentes e simétricos; Ausência de edemas nos membros inferiores.

Ausência de nódulos palpáveis.

**Auscultação Cardíaca:** sem alterações.

**Auscultação Pulmonar:** sem alterações.

**Abdómen:**

Configuração normal; Ausência de dor à palpação e percussão; Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes; Ausência de organomegalias.

**Mamas:** Sem alterações.

**Conduta:**

Acompanhamento com níveis de B-HcG.

• **Ambulatório: Prematuridade**

**Identificação:**

I.S., 22 anos, Natural de Santa Catarina, raça caucasiana

**História de doença actual:**

Gestante de 33 semanas e 1 dia, com diagnóstico de RCIU sem oligoâmnio. História de hipotireoidismo, actualmente compensado (seguida em endocrinologia).

ECO-DOPPLER sem alterações.

Nega corrimento vaginal e hemorragia genital.

Nega alterações urinárias ou do tracto gastrointestinal.

**Antecedentes Familiares:**

Ausência de antecedentes.

**Antecedentes Pessoais:**

Ausência de cirurgias prévias ou internamentos.

Nega Hipertensão Arterial. Nega DM.

Nega Hipercolesterolemia.

Nega hábitos tabágicos. Nega hábitos etílicos.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca - 11 anos

Ciclos menstruais regulares (interlúnios – 30 dias; cataménio – 5 dias)

**Antecedentes Obstétricos:**

1G; 0P; 0A

**Exame Físico:**

**Sinais vitais:**

P.A. - 110/70mmhg; F.C. - 60bat/min

**Geral:**

Bom estado geral; Mucosas coradas e hidratadas; Anictérica; Afebril.

Pulsos periféricos presentes e simétricos; Ausência de edemas nos membros inferiores.

Ausência de nódulos palpáveis.

**Auscultação Cardíaca:** sem alterações.

**Auscultação Pulmonar:** sem alterações.

**Abdómen:**

Globo e flácido; Ausência de dor à palpação e percussão; Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes; Ausência de organomegalias.

**Mamas:** Sem alterações.

**Exame Obstétrico:**

**Altura uterina:** 29cm

**BCF:** 152 bat/min

**Exame especular:** Ausência de alterações.

**Toque vaginal:** Colo impérvio.

**Conduta:**

ECO-DOPPLER semanal.

Colecta de material para cultura de streptococos.

Retorno em 1 semana.

• **Ambulatório: Mola Hidatiforme/ Neoplasias**

**Identificação:**

C.P.L., 32 anos, Natural de Brasília, raça caucasiana

**História de doença actual:**

Doente com diagnóstico de Mola Hidatiforme invasora em 2007. Realizou Histerectomia sub-total (2007).

Realizou Quimioterapia.

Último ciclo de QT em 1/10/09:

- EMA- CO
- D1- Etoposide + MTX + Actinomicina
- D2- Etoposide + Actinomicina + Ác. Folínico

Faz acompanhamento com níveis de B-HcG.

Nega corrimento vaginal e hemorragia genital.

Nega alterações urinárias ou do tracto gastrointestinal.

**Antecedentes Familiares:**

Mãe - DM

**Antecedentes Pessoais:**

Mola Hidatiforme invasora (2007)

Histerectomia sub-total (2007)

Nega Hipertensão Arterial. Nega DM.

Nega Hipercolesterolemia.

Nega hábitos tabágicos. Nega hábitos etílicos.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca- 13 anos

**Antecedentes Obstétricos:**

3G; 2P; 1A

**Exame Físico:**

**Sinais vitais:**

P.A. - 100/ 60mmhg; F.C. - 70bat/min

**Geral:**

Bom estado geral; Mucosas coradas e hidratadas; Anictérica; Afebril.

Pulsos periféricos presentes e simétricos; Ausência de edemas nos membros inferiores.

Ausência de nódulos palpáveis.

**Auscultação Cardíaca:** sem alterações.

**Auscultação Pulmonar:** sem alterações.

**Abdómen:**

Globoso e flácido; Ausência de dor à palpação e percussão; Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes; Ausência de organomegalias.

**Mamas:** Sem alterações.

**Exame especular:**

Ausência de alterações.

**Toque vaginal:**

Ausência de alterações.

**Conduta:**

Acompanhamento com níveis de B-HcG

Retorno em 2 semanas.

- **Ambulatório: Planeamento Familiar**

**Identificação:**

J.R., 18 anos, Natural de São Paulo, raça caucasiana

**História de doença actual:**

Doente com história de Hipertensão Arterial controlada, que utiliza o ciclo 21 como único método anticoncepcional. Refere alergias ao preservativo.

Refere náuseas que associa ao uso de ciclo 21. Nega vómitos.

Solicita alteração da pílula.

Nega corrimento vaginal e hemorragia genital.

Nega alterações urinárias ou do tracto gastrointestinal.  
Medicada com hidroclorotiazida.

**Antecedentes Familiares:**

Mãe – Hipertensão Arterial e DM

**Antecedentes Pessoais:**

Hipertensão Arterial.

Nega DM. Nega Hipercolesterolemia.

Nega hábitos tabágicos. Nega hábitos etílicos. Nega uso de drogas.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca- 11 anos

Coitarca – 12 anos

DUM – 15/09/09

Ciclos menstruais regulares (interlúnios – 28 dias; cataménio – 4 dias); Fluxo menstrual normal

**Antecedentes Sexuais:**

2 parceiros

Nega IST

**Antecedentes Obstétricos:**

OG; OP; OA

**Exame Físico:**

**Sinais vitais:**

P.A. - 120/ 80mmhg; F.C. - 70bat/min

**Geral:**

Bom estado geral; Mucosas coradas e hidratadas; Anictérica; Afebril.

Pulsos periféricos presentes e simétricos; Ausência de edemas nos membros inferiores.

Ausência de nódulos palpáveis.

**Auscultação Cardíaca:** sem alterações.

**Auscultação Pulmonar:** sem alterações.

**Abdómen:**

Configuração normal; Ausência de dor à palpação e percussão; Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes; Ausência de organomegalias.

**Mamas:** Sem alterações.

**Exame especular:** Ausência de alterações.

**Toque vaginal:** Ausência de alterações.

**Conduta:**

Colecta de material para Papanicolau

Hemograma

Glicemia

Triglicéridos; Colesterol

Exames serológicos:

- HIV
- VDRL

Alteração da pílula - Ectonogestrel

• **Ambulatório: Adolescência**

**Identificação:**

E.P., 16 anos, Natural de São Paulo, raça caucasiana

**História de doença actual:**

Gestante de 28 semanas, refere dor hipogástrica moderada há 2 semanas.

Nega corrimento vaginal e hemorragia genital.

Nega alterações urinárias ou do tracto gastrointestinal.

História de condilomatose, com proposta de cauterização.

**Antecedentes Familiares:**

Ausência de antecedentes.

**Antecedentes Pessoais:**

Ex - consumidora de maconha (durante 2 anos).

Nega Hipertensão Arterial. Nega DM.

Nega Hipercolesterolemia.

Nega tabagismo. Nega hábitos etílicos.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca- 11 anos

Ciclos menstruais regulares (interlúnios – 30 dias; cataménio – 4 dias)

**Antecedentes Sexuais:**

1 parceiro

Nega IST

**Antecedentes Obstétricos:**

1G; 0P; 0A

**Exame Físico:**

**Sinais vitais:**

P.A. - 100/ 60mmhg; F.C. - 70bat/min

**Geral:**

Bom estado geral; Mucosas coradas e hidratadas; Anictérica; Afebril.

Pulsos periféricos presentes e simétricos; Ausência de edemas nos membros inferiores.

Ausência de nódulos palpáveis.

**Auscultação Cardíaca:** sem alterações.

**Auscultação Pulmonar:** sem alterações.

**Abdómen:**

Configuração normal; Ausência de dor à palpação e percussão; Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes; Ausência de organomegalias.

**Mamas:** Sem alterações.

**Exame Obstétrico:**

**Altura uterina:** 27cm

**BCF:** 148 bat/min

**Apresentação:**

Apresentação cefálica com dorso à esquerda.

**Exame especular:**

Ausência de alterações.

**Toque vaginal:** Bolsa íntegra. Ausência de dilatação do colo.

**Conduta:**

Reforço da vacina do tétano.

Retorno em 4 semanas.

- **Ambulatório: Geral**

**Identificação:**

H.P.M., 26 anos, Natural de São Paulo, raça caucasiana

**História de doença actual:**

Gestante de 40 semanas, refere início de quadro de dispneia ligeira com episódios de tosse seca diários há 2 semanas. Nega febre.

Refere hemorragia genital na 1ª metade da gestação. Actualmente, nega hemorragia genital.

História de ITU de repetição.

Nega alterações urinárias ou do tracto gastrointestinal.

**Antecedentes Familiares:**

Mãe – Hipertensão Arterial

Avó Materna – Hipertensão Arterial e DM

**Antecedentes Pessoais:**

Fractura grave da bacia há 2 anos.

Nega Hipertensão Arterial. Nega DM.

Nega Hipercolesterolemia.

Nega hábitos tabágicos. Nega hábitos etílicos.

**Antecedentes Menstruais:**

Menarca- 12 anos

DUM – 23/01/09

Ciclos menstruais regulares (interlúnios – 30 dias; cataménio – 5 dias).

**Antecedentes Sexuais:**

2 Parceiros.

Nega IST

**Antecedentes Obstétricos:**

2G; 1P; 0G

Cesariana (Falha de indução do parto)

**Exame Físico:**

**Sinais vitais:**

P.A. - 120/ 90mmhg; F.C. - 80bat/min

**Geral:**

Bom estado geral; Mucosas coradas e hidratadas; Anictérica; Afebril.

Pulsos periféricos presentes e simétricos; Ausência de edemas nos membros inferiores.

Ausência de nódulos palpáveis.

**Auscultação Cardíaca:** sem alterações.

**Auscultação Pulmonar:** sem alterações.

**Abdómen:**

Configuração normal; Ausência de dor à palpação e percussão; Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes; Ausência de organomegalias.

**Mamas:** Sem alterações.

**Exame Obstétrico:**

**Altura uterina:** 37cm

**BCF:** 147 bat/min

**Apresentação:** Posição cefálica com dorso à esquerda.

**Exame especular:** Ausência de alterações.

**Toque vaginal:** Bolsa íntegra. Colo com 1cm de dilatação.

**Conduta:**

Cardiotocografia

Orientação para sinais de alerta.

Retorno em 1 semana.

## **Anexo II:**

### **Comentários teóricos aos casos clínicos:**

#### **Reuniões Clínicas:**

- ***Síndromes Hipertensivas na Gestação:***

A hipertensão arterial é a complicação clínica mais comum da gravidez, e uma das principais causas de complicações fetal, neonatal e materna em todo o mundo.

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas que acometem a gestação inclui a hipertensão gerada pela gestação com ou sem proteinúria, pré-eclâmpsia (PE) e hipertensão gestacional (HG), respectivamente, e a hipertensão prévia à gestação e/ou diagnosticada em idade gestacional inferior a 20 semanas, hipertensão arterial crónica (HAC). Há ainda pacientes que desenvolvem a pré-eclâmpsia sobreposta (PE associada à HAC) e aquelas com diagnóstico de eclâmpsia (E), onde há convulsão associada à PE.

A HG caracteriza-se pela presença de pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg diagnosticada pela primeira vez na gestação, ausência de proteinúria, com retorno aos níveis tensionais normais até 12 semanas após o parto, enquanto na PE há presença de proteinúria  $\geq 300\text{mg}/24$  horas associada aos demais critérios descritos acima.

A HAC pode ser definida como presença de pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg diagnosticada antes da gestação ou antes das 20 semanas de gestação, não atribuída à doença trofoblástica gestacional, ou pressão arterial  $\geq 140 \times 90$  mmHg diagnosticada após 20 semanas de gestação que persiste após 12 semanas de pós-parto.

A eclâmpsia é definida como presença de convulsão, que não pode ser atribuída a outras causas, em mulheres com PE.

A PE sobreposta refere-se ao surgimento de proteinúria  $\geq 300\text{mg}/24$  horas em paciente hipertensa crónica que não apresentava proteinúria antes das 20 semanas de gestação ou ao aumento importante da proteinúria ou da pressão arterial em gestante hipertensa com proteinúria presente antes das 20 semanas de gestação.

As síndromes hipertensivas que acometem a gestação diferem quanto à prevalência, gravidade e efeitos sobre o feto, envolvendo diferentes condutas. A PE é a maior causa de mortalidade materna (15-20% em países desenvolvidos), morbidade materna a curto e longo prazos, óbito perinatal, prematuridade e restrição do crescimento fetal intra-

uterino. A mortalidade materna no Brasil é considerada alta para a *Organização Mundial de Saúde* (140 a 160/100.000 nascidos vivos) e, se considerarmos o país como um todo, a PE-E ocupa o primeiro lugar na causalidade de morte.

---

(/N: SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO – DEFINIÇÃO e PREVALÊNCIA, em 23/01/2009 por Cristiane Alves de Oliveira e Laudelino Marques Lopes)

- ***Indução do parto - após as 41 semanas:***

- **Método de indução de parto:**

A escolha do método de indução dependerá principalmente da avaliação do índice de Bishop. Essa pontuação fundamenta-se nas características do colo uterino (posição, comprimento, apagamento e dilatação) e na altura da apresentação.

***INDICE DE BISHOP***

Pontuação	0	1	2	3
Altura da Apresentação	-3	-2	-1/0	+1/+2
Dilatação do colo (cm)	0	1-2	3-4	>4
Comprimento do colo (cm)	>2	2	1	<1
Consistência do colo	Firme	Intermediário	Amolecido	-
Posição do colo	Posterior	Intermediário	Central	-

O acompanhamento do trabalho de parto é feito com o auxílio do partograma.

**Ambulatório: Pré-Natal de Hipertensão/ Transplante Renal:**

- A gravidez após transplante renal deve ser considerada de alto risco. Apesar disso, os riscos não devem ser sobrevalorizados, já que um dos objectivos da cirurgia é devolver uma boa qualidade de vida às pacientes. Deve ser oferecido à mulher transplantada que já tenha filhos, ou que não deseje tê-los, métodos eficazes de anticoncepção e esterilização. Às mulheres que desejem engravidar deve ser recomendado um período de espera de um ano para doador vivo relacionado e dois anos para cadáver. São indicativos

de bom prognóstico creatinina menor ou igual a 1,5 mg%, ausência de hipertensão ou proteinúria e necessidade de prednisona menor ou igual a 15 mg/dia e azatioprina de 2 mg/dia. Deve ser dada atenção à função renal, desenvolvimento de hipertensão induzida pela gravidez, anemia ou infecções.

---

(/N: Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul; 8(1): 36-9abr. 1988)

- É essencial alertar para os riscos inerentes a uma gravidez pós transplante renal. Mesmo que a função renal se encontre dentro dos parâmetros normais, a mulher não deve engravidar até que se complete um ano após o transplante, uma vez que o risco de perder o enxerto é muito elevado.

#### **Ambulatório: Gemelar/ Gravidez Ectópica:**

- A gravidez na cicatriz de cesariana é uma situação rara, porém vem aumentando devido ao crescente número de partos por cesariana realizados. O tratamento cirúrgico é, geralmente, agressivo. Sendo necessário, em alguns casos, a histerectomia. Desta forma, uma alternativa terapêutica é o emprego do metotrexato na dose de 50 mg/m<sup>2</sup> (IM). O acompanhamento é realizado através de dosagens seriadas de  $\beta$ - hCG, até os títulos negativarem.
- Doentes com história de atraso menstrual e hemorragia genital com títulos de  $\beta$ - hCG inferiores a 1500 mUI/ml e a USTV não demonstrando a localização da gestação (tópica ou ectópica) são orientados para controlo com  $\beta$ - hCG. Se os títulos estiverem em regressão a conduta é expectante até os títulos negativarem.

#### **Ambulatório: Prematuridade:**

- **Conceito de RCIU:**

A restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) constitui uma intercorrência obstétrica responsável por elevados índices de morbidez e mortalidade perinatais. Define-se como um processo patológico capaz de modificar o potencial de crescimento do produto conceptual, de forma a restringir o desenvolvimento intra-uterino.

A etiologia é de amplo espectro incluindo causas maternas, fetais e decorrentes da insuficiência vascular uteroplacentária.

Segundo a idade da gravidez em que o factor causal actua, a RCIU classifica-se em dois tipos:

- **Tipo I** – simétrico, proporcionado ou harmónico, cuja etiologia é intrínseca (anomalias congénitas) ou extrínseca (infecções pré-natais e irradiações ionizantes). Constitui 20% dos casos e é de pior prognóstico.
- **Tipo II** – assimétrico, desproporcionado ou desarmónico em que o perímetro cefálico do feto é normal ou pouco menor que o de infantes hígidos, enquanto a medida de circunferência abdominal está nitidamente abaixo do esperado. Este grupo engloba 80% dos casos e o factor determinante da RCIU intervém mais tardiamente. A hipertensão arterial e desnutrição maternas são as principais causas, seguidas das cardiopatias cianóticas, anemias graves, diabetes mellitus.

#### **Diagnóstico:**

- Clínico: anamnese pré-natal
- Exames subsidiários:
  - 1- U.S. (alta resolução)
  - 2- Estudos fluxométricos - Doppler
  - 3 – Cariotipagem

---

(IN: GUIA DE OBSTETRÍCIA - GUIAS DE MEDICINA AMBULATORIAL E HOSPITALAR - UNIFESP / ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA)

- **Cultura de Streptococos B-hemolítico:**

Em mulheres grávidas o Streptococcus grupo B pode causar infecção clínica, sendo na grande maioria uma colonização assintomática. Estudos revelam que a mulher com colonização pré-natal possui uma predisposição 25 vezes maior de dar a luz a criança com doença precoce por Streptococcus grupo B. Desta maneira, o teste está indicado para toda a gestante no período entre 35 e 37 semanas de gestação como teste de triagem. Esta detecção torna-se importante para realização de antibioticoprofilaxia intra-parto, prevenindo uma possível infecção do recém-nascido.

**Ambulatório: Mola Hidatiforme/ Neoplasias:**

- O planeamento familiar da mulher com cancro da mama deve ser rigorosamente controlado. Enquanto estiver a fazer tratamentos, a mulher não deve engravidar e, por isso, o método contraceptivo a aconselhar deve ser de grande eficácia. A mulher deverá ser orientada para não engravidar até cinco anos após o diagnóstico de carcinoma de mama.
- A mola hidatiforme é uma complicação relativamente infrequente da gravidez, que ocorre sobretudo no 1º trimestre, mas com potencial para evolução para formas que necessitam de tratamento sistémico e podem ser ameaçadoras da vida. Pode evoluir para colócarcinoma cujo prognóstico é grave.  
Sob a denominação de mola hidatiforme há duas entidades histopatológicas e clínicas: a mola parcial e a completa. As diferenças entre estas duas formas são importantes, devido ao risco de evolução para formas persistentes, ou seja, mais alto para as completas. O diagnóstico da mola hidatiforme, o seu tratamento e seguimento após o tratamento inicial sofreram alterações importantes nos últimos anos. O número de pacientes assintomáticas tem aumentado devido à utilização da ultrassonografia no início da gravidez. Para a resolução da mola hidatiforme é necessário evitar a utilização de medicamentos que induzam as contracções uterinas, e usar a vácuo-aspiração. Deve ser prescrito o método contraceptivo hormonal logo após o esvaziamento da mola. O seguimento é baseado nas dosagens seriadas semanais de gonadotrofinas coriónicas. É importante que o método empregue detecte todas as formas das gonadotrofinas coriónicas (molécula intacta, hiperglicosilada, subunidadeβ livre e fragmento central da subunidadeβ).

---

(IN: Rev. bras. ginecol. obstet; 31(2): 94-101, fev. 2009.ilus.)

**Ambulatório: Planeamento Familiar:**

- Alteração para pílula **só de progestógeno** devido a história de hipertensão arterial.
- **Métodos Anticoncepcionais:**

**Métodos de Barreira:**



Evitam a gravidez através do impedimento da ascensão dos espermatozóides ao útero, ou seja, colocam obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozóides no canal cervical.

**PRESERVATIVOS**

Masculino: é o método de barreira mais difundido no mundo. Consiste num envoltório de látex ou membrana que recobre o pênis durante o acto sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação. Oferece protecção contra doenças sexualmente ansmisíveis, sendo a principal forma de prevenir a disseminação da SIDA.



Feminino: é um contraceptivo de barreira vaginal de poliuretano que, adequadamente posicionado, recobre o cérvix uterino, paredes vaginais e parte da vulva. Oferece protecção efectiva contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.



**Efeitos Colaterais:**

Em pessoas alérgicas a látex, podem causar prurido, edema ou rubor. Além disso, alguns indivíduos podem ser alérgicos ao lubrificante de algumas marcas de preservativo.

### **DIAFRAGMA:**

É um método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de borracha ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo do útero.



### **Mecanismo de Acção:**

Impede a penetração dos espermatozóides no útero, fazendo com que não ocorra a fecundação.

### **Efeitos Colaterais:**

- As infecções do tracto urinário podem ser mais frequentes, mas a mulher pode evitá-las urinando sempre após a relação sexual.
- Pode provocar dor pélvica, cólicas ou retenção urinária.
- Pode provocar reacções alérgicas ao látex.

### **ESPERMICIDAS:**

São substâncias que têm acção de barreira por inactivação dos espermatozóides quando colocadas no fundo da vagina.

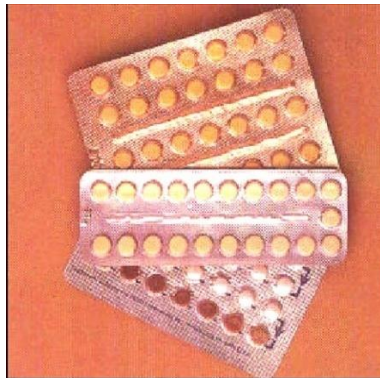
O espermicida destina-se, mais adequadamente, ao uso combinado com o diafragma ou, eventualmente ao preservativo. Deve ser colocado na vagina antes de cada relação sexual. Podem apresentar-se na forma de óvulos, supositórios, geleias, cremes, espumas ou aerossóis.



**Efeitos Colaterais:**

- O espermicida pode causar desconforto pelo aumento da ocorrência de úlceras e erosões genitais, prurido e queimaduras, especialmente se usado várias vezes ao dia.
- Pode causar reação alérgica local na mulher ou no parceiro.

**Anticoncepção Hormonal:**



Os anticoncepcionais hormonais são esteróides utilizados isoladamente ou em associação com progesterona com a finalidade básica de impedir a concepção. A anticoncepção hormonal é um dos métodos mais utilizados em todo o mundo desde 1960, tendo sofrido uma extraordinária evolução em termos de quantidade e qualidade das hormonas utilizadas. São classificados de acordo com a via de utilização em: oral, injectável, subcutâneo e vaginal.

**ANTICONCEPCIONAIS ORAIS HORMONAIIS COMBINADOS (AOCs):**

Os AOCs contêm estrógeno e progesterona, em diferentes doses e esquemas posológicos.

### **Mecanismo de acção:**

Os anticoncepcionais hormonais orais exercem seu efeito principalmente pela inibição das gonadotrofinas hipofisárias, impedindo a ovulação. Além disso, modificam o muco cervical tornando-o hostil à espermomigração, alteram o endométrio, modificam a contractilidade das trompas interferindo no transporte ovular e alteram a resposta ovariana às gonadotrofinas.

### **Efeitos colaterais:**

Náuseas (mais comum nos 3 primeiros meses), cefaléia leve, sensibilidade mamária, leve ganho de peso, nervosismo, acne. A incidência desses efeitos é inferior a 10%. Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, especialmente em casos de esquecimento ou ingestão tardia e amenorréia. Podem afectar a qualidade e quantidade do leite. Outros efeitos colaterais pouco comuns são alterações do humor, como depressão e diminuição da libido.

### **ANTICONCEPCIONAIS ORAIS DE PROGESTERONA (Minipílula)**

Anticoncepcional contendo apenas progesterona.

### **Mecanismo de acção:**

Promovem o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozóides. Inibem a ovulação em, aproximadamente, metade dos ciclos menstruais.

### **Efeitos colaterais:**

Para as mulheres que não estão amamentando, os efeitos colaterais mais comuns são as alterações no fluxo menstrual; spotting (manchas), amenorréia que pode ocorrer durante vários meses.

Para as lactantes, as alterações menstruais podem não ser percebidas ou não representam incómodo, porque essas mulheres habitualmente não têm ciclos regulares; os anticoncepcionais orais somente de progesterona podem prolongar a amenorréia durante a amamentação. Outros efeitos colaterais comuns são cefaléia e sensibilidade mamária.

### **ANTICONCEPCIONAL ORAL COM DOSES MAIORES DE PROGESTERONA**

Este anticoncepcional contém apenas um tipo de progesterona, o desogestrel, na dose de 75 mcg em cada comprimido.

**Mecanismo de acção:**

O principal mecanismo de acção é a inibição da ovulação e o aumento da viscosidade do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozóides.

**Efeitos colaterais:**

Os efeitos colaterais mais comuns estão relacionados às alterações do fluxo menstrual sendo que, ao final de um ano, aproximadamente 50% das mulheres apresentaram amenorréia ou sangramento infrequente e 4% continuaram apresentando sangramento frequente. Outros efeitos secundários menos frequentes foram: cefaléia, acne, sensibilidade mamária, náusea, vaginite e dismenorréia.

**ANTICONCEPCIONAL INJECTÁVEL MENSAL**

Os anticoncepcionais combinados injectáveis mensais, disponíveis no Brasil, contêm um estrógeno e uma progesterona, nas seguintes composições:

- 25mg de acetato de medroxiprogesterona e 5mg de cipionato de estradiol
- 50mg de enantato de noretisterona e 5 mg de valerato de estradiol
- 150mg de progesterona e 10 mg de enantato de estradiol
- 150mg de acetofenido de algesterona e 10 mg de enantato de estradiol.

**Mecanismo de Acção:**

A acção anticonceptiva reside, fundamentalmente, no efeito do progesterona sobre o eixo neuroendócrino inibindo a ovulação, pelo bloqueio do pico do LH, que permanece em seus níveis basais. Secundariamente, são observadas também, actividades sobre o muco cervical, o endométrio e a peristalse tubária, ampliando seu potencial anticonceptivo. Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozóides.

**Efeitos colaterais:**

Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramento nos intervalos entre as menstruações, sangramento prolongado e amenorréia; ganho de peso; cefaléia; vertigem.

**ANTICONCEPCIONAL HORMONAL INJECTÁVEL TRIMESTRAL**

O anticoncepcional injectável trimestral contém apenas uma progesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg).

### **Mecanismo de acção:**

O principal mecanismo de acção é uma inibição efectiva da ovulação. O DMPA inibe a secreção de gonadotrofinas hipofisárias levando à diminuição dos esteróides ovarianos, estradiol e progesterona. Age, também, produzindo uma supressão dos receptores de estrógeno no colo, endométrio e trompas. Com isso, o muco cervical fica mais viscoso e escasso tornando-se hostil à penetração dos espermatozóides.

### **Efeitos colaterais:**

Alterações do fluxo menstrual: manchas ou sangramento leve (o mais comum), sangramento volumoso ou amenorréia. Aumento de peso, cefaleia, sensibilidade mamária, desconforto abdominal, alterações do humor, náusea, queda de cabelos, diminuição da libido e/ou acne. Atraso no retorno da fertilidade.

## **ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Os anticoncepcionais hormonais orais, usados em doses mais elevadas, constituem uma opção em situação de emergência.

Existem fórmulas distintas para fazer contracepção de emergência. A primeira consiste no uso de 200 µg de etinilestradiol + 1000µg de levonorgestrel divididas em duas doses com intervalo de 12 horas, conhecida como Método de Yuspe. A outra consiste em 150 µg de levonorgestrel via oral dividida em duas doses com intervalo de 12 horas.

### **Mecanismo de acção:**

Os mecanismos mais estudados são a inibição e o retardo da ovulação, a alteração na função do corpo lúteo, a interferência no transporte ovular e na capacitação de espermatozóides, e factores que interferem na fertilização. A anticoncepção oral de emergência não afecta a implantação de um óvulo já fecundado nem interrompe uma gravidez já estabelecida.

### **Efeitos colaterais:**

Os efeitos colaterais mais comuns são: náuseas, vômitos, tontura, fadiga, cefaléia, mastalgia, diarreia, dor abdominal e irregularidade menstrual.

## **ANTICONCEPCIONAL VAGINAL:**

As hormonas anticoncepcionais são bem absorvidas quando administradas via vaginal garantindo alta eficácia anticoncepcional e melhor tolerabilidade, com menos incidência de reacções adversas, especialmente gástricas. A administração das hormonas por esta via minimiza a maioria dos efeitos negativos sobre o metabolismo dos lipídeos e das

apolipoproteínas que estão associadas à utilização da anticoncepção hormonal oral ou injectável.

**Mecanismo de Acção:**

O mecanismo básico é a acção anovulatória por supressão da libertação das gonadotrofinas hipofisárias. É também responsável por um aumento da viscosidade do muco cervical, que dificulta a migração dos espermatozóides e a alteração do endométrio que reduz o sucesso de implantação do óvulo.

**Efeitos Colaterais:**

Os efeitos colaterais são raros, mas a mulher pode apresentar náuseas, vómitos, sangramento intermenstrual, dismenorréia, tensão mamária, cefaléia, enxaqueca, nervosismo, depressão, alterações da libido, edemas e moléstias varicosas. Muito raramente foram relatados: cloasma, gastrite, alopecia, secreção vaginal, aumento do apetite, erupção cutânea, sintomas androgénicos, amenorréia, galactorréia, mastopatia, insónia, cansaço, intolerância a lentes de contacto, alterações da secreção cervical, coréia, hirsutismo e porfíria. Hemorragias intermenstruais podem ocorrer com maior probabilidade durante os primeiros ciclos de uso.

**IMPLANTE SUBDÉRMICO**



Implantes subdérmicos constituem métodos de acção prolongada, reversíveis, com baixas doses de progestógenos que libertados continuamente para a corrente sanguínea, proporcionam o efeito contraceptivo.

**Mecanismo de Acção:**

Os implantes inibem a ovulação pela supressão da secreção de gonadotrofinas, aumentam a viscosidade do muco cervical, dificultando a penetração dos espermatozóides e alteram o endométrio.

**Efeitos Colaterais:**

-É comum ocorrer sangramentos irregulares ou amenorréia.

-Acne, mastalgias, cefaléia, aumento de peso, dor abdominal, diminuição da libido, tonturas, dor no local da injeção, labilidade emocional, náuseas.

### **ANEL VAGINAL**



O anel vaginal é um anel flexível, transparente, com um diâmetro externo de 54mm e espessura de 4mm. Contém 11,7 mg de etonogestrel e 2,7 mg de etinilestradiol, apresentando respectivamente uma libertação diária de 120 mcg e 15 mcg, por um período de 3 semanas.

### **Mecanismo de Acção:**

Apresenta mecanismo de acção semelhante aos hormonais orais combinados. Seu efeito contraceptivo mais importante é a inibição da ovulação mas, também interfere com o espessamento do muco cervical, com a contratilidade tubária e atrofia endometrial.

### **Efeitos Colaterais:**

Podem ocorrer alguns efeitos colaterais (não frequentes) durante o uso do anel vaginal: cefaléia, desconforto vaginal, expulsão do anel, desconforto durante a relação sexual, aumento do peso, náusea, dores nas mamas, alterações no humor, cólicas menstruais, acne, diminuição da libido, dor abdominal, enxaqueca.

### **SISTEMA TRANSDÉRMICO**



O sistema transdérmico é composto por um adesivo fino do tipo matricial que contém 6,0 mg de norelgestromina (um progestógeno pouco androgénico) e 0,60 mg de

etinilestradiol, libertando 150 mcg de norelgestromina e 20 mcg de etinilestradiol na circulação sanguínea a cada 24 horas.

O adesivo é composto por três camadas: uma de revestimento flexível para conferir suporte estrutural e proteger a camada adesiva intermediária do ambiente, que contém as hormonas norelgestromina e etinilestradiol; e uma camada, transparente, que protege o adesivo durante o armazenamento e é retirada pouco antes da aplicação.

#### **Mecanismo de Acção:**

O adesivo transdérmico previne a concepção de forma semelhante aos anticoncepcionais hormonais orais combinados, pela supressão da ovulação e por causar outras alterações como, mudanças no muco cervical que se torna hostil à penetração dos espermatozoides, alterações na histologia e espessura endometrial.

#### **Efeitos Colaterais:**

Os efeitos colaterais relatados pelo uso do adesivo transdérmico são similares aos relatados com outros contraceptivos hormonais, excepto as reacções que podem ocorrer no local de aplicação como prurido, edema e hiperemia. Estas queixas podem ocorrer em aproximadamente 17% das usuárias, mas apenas 2% delas deixaram de usar o método por este motivo.

#### **Dispositivo Intra-Uterino (DIU)**



Os dispositivos intra-uterinos são artefactos de polietileno, com ou sem adição de substâncias metálicas ou hormonais, que exercem efeito anticonceptivo quando colocados dentro da cavidade uterina. Os DIUs podem ser classificados basicamente em categorias:

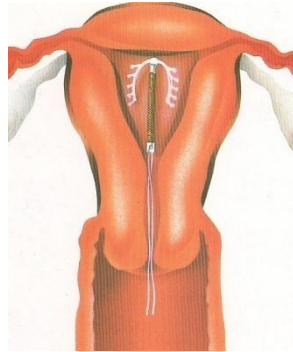
DIUs não medicados (ou inertes) - não contêm ou libertam substâncias activas: são unicamente constituídos de polietileno. Os mais utilizados são os que contêm cobre ou

progesterona.

DIUs medicados (ou activos) - além da matriz de polietileno, contêm substâncias (metais (Cu) ou hormonas) que exercem acção bioquímica local, aumentando a eficácia anticonceptiva.

#### **Mecanismo de Acção:**

De acordo com o Relatório Técnico da Organização Mundial da Saúde (1987), o DIU exerce seu efeito anti-fertilidade de forma variada e pode interferir no processo reprodutivo antes mesmo do óvulo atingir a cavidade uterina.



O DIU actua sobre os óvulos e espermatozóides de várias maneiras:

1 - Estimula reacção inflamatória pronunciada no útero, por ser um corpo estranho. A concentração de diversos tipos de leucócitos, prostaglandinas e enzimas nos fluídos uterino e tubários aumentam consideravelmente, especialmente nos DIUs com cobre.

2 - As alterações bioquímicas interferem no transporte dos espermatozóides no aparelho genital, bem como alteram os espermatozóides e óvulos impedindo a fecundação.

Por esses mecanismos, o acúmulo de evidências que permitem afirmar que um complexo e variado conjunto de alterações espermáticas, ovulares, cervicais, endometriais e tubárias causam a inibição da fertilização.

#### **Efeitos Colaterais:**

- Podem ocorrer alterações no ciclo menstrual.
- Sangramento menstrual prolongado e volumoso.
- Cólicas de maior intensidade ou dismenorrea.

## **Ambulatório: Adolescência**

- **Gravidez e Adolescência:**

### **Introdução:**

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e económicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento dessas jovens na sociedade. Devido às repercussões sobre a mãe e sobre o concepto é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde (OMS 1977, 1978), porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico.

A actividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente, com consequências indesejáveis imediatas como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa faixa etária; e gravidez, muitas vezes também indesejável e que por isso, pode terminar em aborto (Basso et al, 1991; Mimica & Piato, 1991; Taquete, 1992; Oh et al, 1993; Crespín, 1998; Chabon et al., 2000). Quando a actividade sexual tem como resultante a gravidez, gera consequências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas emocionais e comportamentais.

### **Causas:**

A gravidez na adolescência é multicausal e sua etiologia está relacionada a uma série de aspectos que podem ser agrupados em:

### **Factores Biológicos:**

Que envolvem desde a idade do advento da menarca até ao aumento do número de adolescentes na população geral. Sabe-se que as adolescentes engravidam mais e mais a cada dia e em idades cada vez mais precoces. Observa-se que a idade em que ocorre a menarca tem se adiantado em torno de quatro meses por década no nosso século. De modo geral se admite que a idade de ocorrência da menarca tenha uma distribuição gaussiana e o desvio-padrão é aproximadamente 1 ano na maioria das populações, consequentemente, 95% da sua ocorrência se encontra nos limites de 11,0 a 15,0 anos de idade (Marshall & Tanner, 1969; Bezerra et al, 1973; Sedenho & Souza Freitas, 1984; Colli, 1988; Chompoatweep et al., 1997).

Sendo a menarca, em última análise, a resposta orgânica que reflecte a interacção dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gestação. E nas classes económicas mais desfavorecidas onde há maior abandono e promiscuidade, maior desinformação, menor acesso à contracepção, está a grande incidência da gestação na adolescência (Behle, 1991).

### **Factores de Ordem Familiar:**

O contexto familiar tem relação directa com a época em que se inicia a actividade sexual. Assim sendo, adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães também iniciaram vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência (Newcomer et al, 1983; Davis, 1989). De qualquer modo, quanto mais jovens e imaturos os pais, maiores as possibilidades de desajustes e desagregação familiar (Baldwin & Cain, 1980; Young et al, 1991; Dadoorian, 1996). O relacionamento entre irmãos também está associado com a actividade sexual: experiências sexuais mais cedo são observadas naqueles adolescentes em cuja família os irmãos mais velhos têm vida sexual activa.

### **Factores Sociais:**

As atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças na sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Portanto tabus, inibições e estigmas estão diminuindo e a actividade sexual e gravidez aumentando (Hechtman, 1989, Block et al., 1981; Lima et al, 1985; Almeida & Fernandes, 1998; McCabe & Cummins, 1998; Medrado & Lyra, 1999).

Por outro lado, dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceite dentro das suas normas e costumes (Necchi, 1998).

A identificação com a postura da religião adoptada relaciona-se com o comportamento sexual. Alguns trabalhos mostram que a religião tem participação importante como predictor de atitudes sexuais. Adolescentes que têm actividade religiosa apresentam um sistema de valores que os encoraja a desenvolverem um comportamento sexual responsável (Glass, 1972; Werner-Wilson, 1998). No nosso meio, nos últimos anos as novas religiões evangélicas têm florescido, e são, de modo geral, bastante rígidas no que diz respeito à prática sexual pré-matrimonial. Alguns profissionais de saúde que trabalham com adolescentes têm a impressão de que as adolescentes que frequentam essas igrejas iniciam a prática sexual mais tardiamente, porém, não há pesquisas comprovando essas impressões (Guimarães, 2001).

### **Factores psicológicos e contracepção:**

A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, e isso está vinculado inclusive aos factores psicológicos inerentes ao período pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária; o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam, o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual activa (American Academy of Pediatrics, 1979; Zelnick & Kartner, 1979; McAnarney & Hendee, 1989; Stevens-Simon et al., 1996). A gravidez e o risco de engravidar podem estar associados a uma menor auto-estima, ao funcionamento intrafamiliar inadequado ou à menor qualidade de actividades do seu tempo livre. A falta de apoio e afecto da família, numa adolescente cuja auto-estima é baixa, com mau rendimento escolar, grande

permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir um afecto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém. A facilidade de acesso à informação sexual não garante maior protecção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada (Sumano, 1998; Campos, 2000).

Estudo realizado na emergência obstétrica de um hospital em Porto Alegre revelou que das adolescentes com vida sexual activa que usavam algum método contraceptivo, 41% faziam-no de forma incorrecta ou realizavam trocas inadequadas. Apenas 18% relataram o uso de preservativo. Entre aquelas que não utilizavam nenhum método anticoncepcional, como justificativa argumentavam: o desconhecimento dos métodos; não desejar engravidar; não acreditavam que pudessem engravidar; não ter condições para comprar; ser alérgica; ter medo que os pais descubram; o parceiro não querer usar (Gobatto et al., 1999).

### **Repercussões da Gravidez na Adolescência**

#### **Sobre a mãe adolescente:**

Existem relatos de que complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa. Há constatações que vão desde anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária, DST, desproporção céfalo-pélvica, até complicações puerperais (Rubio et al, 1981; Sismondi, et al, 1984; Black & Deblasse, 1985; Stevens-Simon & White, 1991; Zhang & Chan, 1991). Porém, devemos ter o cuidado de nos lembrar que esses achados relacionam-se também com os cuidados pré-natais e desde que haja adequado acompanhamento pré-natal, não há maior risco de complicações obstétricas quando se comparam mulheres adultas e adolescentes do mesmo nível socioeconómico (Felice et al, 1981; McAnarney & Thiede, 1981; Madi et al, 1986).

Outro ponto doloroso dessa questão é a morte da mãe decorrente de complicações da gravidez, parto e puerpério; sendo que na adolescência, num estudo realizado no nosso meio, verificou-se ser esta a sexta causa de morte (Siqueira & Tanaka, 1986).

No que toca à educação, a interrupção, temporária ou definitiva, no processo de educação formal, acarretará um prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras. E não raro, com a conivência do agrupamento familiar e social, a adolescente afasta-se da escola, aquando da gravidez indesejada, quer por vergonha, quer por medo da reacção dos seus pares (McGoldrich, 1985; Aliaga et al, 1985; Fernadéz et al., 1998; Souza, 1999).

As repercussões nutricionais serão tanto maiores quanto mais próxima da menarca acontecer a gestação, já que nesse período o processo de crescimento ainda está ocorrendo. O crescimento materno pode sofrer interferências por que há uma demanda extra requisitada para o crescimento fetal (American Dietetic Association, 1989). A inundação hormonal da gestação promoverá a maturação precoce das epífises naquelas adolescentes que engravidaram antes de ter completado seu crescimento biológico, podendo ter portanto, prejuízo na estatura final. Lembramos ainda que na adolescência há necessidades maiores de calorias, vitaminas e minerais e estas necessidades somam-se àquelas exigidas para o crescimento do feto e para a lactação.

Dada sua imaturidade e labilidade emocional podem ocorrer importantes alterações psicológicas, gerando extrema dificuldade em adaptar-se à sua nova condição, exarcebando sentimentos que já estavam presentes antes da gravidez, como ansiedade, depressão e hostilidade (Friedman & Phillips, 1981). As taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação às não grávidas (Foster & Miller, 1980; Hechtman, 1989), principalmente nas jovens grávidas solteiras (Cabrera, 1995).

---

[www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm](http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm)

### **Ambulatório: Geral**

- **Sinais de alerta para trabalho de parto:**
  - 2 contracções uterinas, a cada 10 minutos com duração de cerca de 30 a 50 segundos, promovedoras de modificações cervicais.
  - Dilatação cervical  $\geq 3$  cm com colo fino e apagado.