

MANUAL DO DOCENTE

Da Concepção ao Nascimento



M294

Manual do docente: concepção ao nascimento (E3 M16) /
2024. (Manual do Docente).
47 f. : il.

1. Obstetrícia. 2. Pré-Natal. I. Centro Universitário Campo
Real. II. Título.

CDD 616

Feita pelo bibliotecário Eduardo Ramanauskas
CRB9 -1813



CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luiz Vergílio Dalla Rosa

Profa. Dra. Simone Carla Benicá

Prof. Dr. Celso Nilo Didoné Filho

Profa. Dra. Luciana Luiza Pelegrini

Prof. Dr. Gonzalo Ogliari Dal Forno

Prof. Dr. Guilherme Ribas Taques



APRESENTAÇÃO

O Curso de Medicina do Centro Universitário Campo Real visa à formação de profissionais competentes, que contribuam para a consolidação do SUS e para a melhoria da saúde da população, capazes de desenvolver ações de promoção da saúde e assistência médica de qualidade, nas diferentes dimensões do cuidado, orientadas a partir de princípios éticos e humanistas. Dessa maneira, prevê-se um perfil de egresso para o curso de Medicina em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais:

“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2014).

Rompendo com a fragmentação curricular dos modelos disciplinares o Curso de Medicina assume um currículo totalmente interdisciplinar e modular, favorecendo o redimensionamento das relações entre diferentes conteúdos, contribuindo para que a fragmentação dos conhecimentos possa ser superada. Integrar também implica pensar em novas interações no trabalho em equipe interprofissional, configurando trocas de experiências e saberes numa postura de respeito à diversidade, cooperação para efetivar práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo.

Assumindo estratégias educacionais do modelo Spices como a formação centrada no aluno, com base em problemas, com um currículo integrado e com base na comunidade, a Coordenação do Curso de Medicina, o Núcleo Docente Estruturante e todo o Corpo Docente, materializam todo planejamento e estudo curricular, oferecendo orientação a professores e alunos através da construção de Manuais dos Módulos e Planos de Ensino, com orientações sobre cada módulo temático nos diferentes eixos estruturantes do curso, seus métodos de ensino e avaliação, objetivos a serem trabalhados, orientando a reflexão do que é mais adequado para melhor formar o médico contemporâneo, a fim de atender às demandas reais de saúde da comunidade.

Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.



METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DE MANUAIS DOS MÓDULOS E PLANOS DE ENSINO

Todo o Colegiado do Curso deve discutir de forma integrada a importância da criação e atualização permanente dos manuais de módulos bem para orientar o processo de aprendizagem dos alunos. Deve também, através do NDE e da Coordenação apresentar diretrizes para a elaboração de materiais didáticos que estimulem a reflexão, a pesquisa e a aplicação prática dos conceitos. Na construção dos manuais de módulos e planos de ensino o autor deve valorizar os seguintes pontos, independentemente da temática específica de cada módulo, para desenvolver adequadamente as competências necessárias ao final de cada ciclo de formação.

1. Fundamentos da Abordagem Centrada no Aluno:

- Explorar os princípios da aprendizagem centrada no aluno e sua importância para o desenvolvimento de competências médicas.
- Destacar a valorização do papel ativo do aluno na construção do conhecimento e na resolução de problemas reais.

2. Desenvolvimento de Planos de Ensino:

- Abordar a elaboração de planos de ensino que estejam alinhados com os objetivos educacionais do curso e com as necessidades da comunidade.
- Incluir estratégias de avaliação que permitam a avaliação contínua do desempenho dos alunos e a identificação de áreas para melhoria.

3. Integração Curricular e Base Comunitária:

- Explorar a importância da integração curricular para promover uma visão holística da prática médica.
- Destacar a relevância da valorização das necessidades de saúde prevalentes na comunidade no processo de ensino-aprendizagem, além de avaliar a possibilidade de parcerias com serviços de saúde locais e projetos de extensão.

A construção de manuais, módulos e planos de ensino para um curso de medicina centrado no aluno, baseado em problemas, com currículo integrado e comunitário, requer uma abordagem cuidadosa e planejada. Ao adotar essa metodologia, as instituições de ensino podem preparar profissionais médicos mais capacitados, comprometidos e contextualizados com as necessidades de saúde da comunidade.



INTRODUÇÃO

“A mãe do filósofo da Grécia Antiga Sócrates era parteira. Portanto, Sócrates cresceu observando sua mãe ajudando mulheres a trazerem ao mundo uma nova vida. Mais tarde, esta experiência influenciou seu método de ensino.

Sócrates disse: Minha arte de obstetrícia é em geral como a deles; a única diferença é que os meus pacientes são homens, não mulheres, e a minha preocupação não é com o corpo, mas com a alma que está em trabalho de parto.

Ao invés de apenas passar adiante informações para os seus alunos, Sócrates usava o processo, às vezes doloroso, de fazer perguntas provocadoras para ajudá-los a obter suas próprias conclusões. Algumas vezes, ensiná-los a pensar parecia um trabalho de parto” (DENNIS FISHER).

Tal como ensinava o filósofo Sócrates, neste módulo abordaremos o binômio materno infantil e de suas correlações com as alterações mais comuns, priorizando o atendimento na atenção básica de saúde, esperamos despertar em vocês, através destes casos motivadores, a curiosidade em sanar suas dúvidas e construir suas próprias conclusões.

Bom parto a todos...



Coordenação do Curso:

Coordenador: Dr. Anderson Fadel

coord_medicina@camporeal.edu.br

Coordenador Adjunto: Prof. Altair Justus Neto

prof_altairneto@camporeal.edu.br

Gestor do Módulo: Prof. Eros Uriel Rodrigues

prof_erosrodrigues@camporeal.edu.br

Professores Tutores:

Prof. Bárbara Mendes Paz Chao

prof_barbarachao@camporeal.edu.br

Prof. Bruna Elisa Buhner

prof_brunabuhner@camporeal.edu.br

Prof. Eros Uriel Rodrigues

prof_erosrodrigues@camporeal.edu.br

Prof. Gheniffer Fornari

prof_ghenifferfornari@camporeal.edu.br

Prof. Jamile Ma-ya Xiang Yu

prof_jamileyu@camporeal.edu.br

Prof. Solange Cotlinsky

prof_solangecotlinsky@camporeal.edu.br

Professores da Articulação Teoria-Prática:

Prof. Antônio Conti

prof_antonioconti@camporeal.edu.br

Prof^a. Cristina Lopes Ribeiro

prof_cristinaribeiro@camporeal.edu.br

Prof. Daniele Fernanda Renzi

prof_danielerenzi@camporeal.edu.br

Prof. Eros Uriel Rodrigues

prof_erosrodrigues@camporeal.edu.br

Professores das Preleções:

Prof^a. Camila Nogueira Pacentchuk

prof_camilapacentchuk@camporeal.edu.br

Prof. Antônio Conti

prof_antonioconti@camporeal.edu.br



Prof. Celso Didone Filho

prof_celsofilho@camporeal.edu.br

Profª Cristina Lopes Ribeiro

prof_cristinaribeiro@camporeal.edu.br

Prof. Gonzalo Ogliari dal Forno

prof_gonzalo@camporeal.edu.br

Prof. Leonardo Nardi Farinazzo

prof_leonardofarinazzo@camporeal.edu.br

Profª. Mariana Cordeiro

prof_marianacordeiro@camporeal.edu.br

Profª Natach Wysocki Kuster

prof_natchkuster@camporeal.edu.br

PLANO DE ENSINO

Carga horária:

- ✓ Teórica: 120 horas-aula
- ✓ Prática: 54 horas

Matriz de equivalência disciplinar:

- ✓ Anatomia
- ✓ Histologia
- ✓ Ginecologia
- ✓ Obstetrícia
- ✓ Farmacologia

EMENTA:

- ✓ Aspectos determinantes da gestação saudável e segura.
- ✓ Modificações fisiológicas da gestação.
- ✓ Agravos obstétricos prevalentes.
- ✓ Assistência humanizada à gestação.
- ✓ Patologia da gestação. Gestação de alto risco.
- ✓ Contracepção no puerpério.
- ✓ Crescimento e desenvolvimento fetal.

OBJETIVOS:

- ✓ Capacitar e incorporar ao aluno conhecimentos em Obstetrícia que o permitam realizar um acompanhamento pré-natal nas situações de risco habitual, com os devidos rastreamentos e condutas terapêuticas.

CONTEÚDOS:

- ✓ Políticas Públicas relacionadas ao Planejamento Familiar e ao Programa de Pré-Natal.



- ✓ Aspectos éticos e legais da interrupção da gestação.
- ✓ Crescimento e desenvolvimento fetal.
- ✓ Genética.
- ✓ Interação embrião e o ambiente intrauterino.
- ✓ Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
- ✓ Diagnóstico clínico e laboratorial da gravidez.
- ✓ Uso de medicamentos durante a gestação.
- ✓ Classificação do risco obstétrico e encaminhamentos dentro da rede de assistência nos casos de situações de gestação de alto risco, com ênfase nas doenças congênitas infecciosas (TORCH) e sífilis, HIV e AIDS, cardiopatias e outras doenças circulatórias, endocrinopatias, neuropatias, uro e nefropatias, doenças hematológicas.
- ✓ Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.
- ✓ Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.
- ✓ Diagnóstico e tomada de condutas no parto distócico.
- ✓ Monitorizações clínicas, eletrônicas e ultrassonográficas da vitalidade fetal.
- ✓ Orientação da condução clínica/intervencionista do puerpério normal e patológico.
- ✓ Orientações gerais e diagnósticas de patologias na amamentação.
- ✓ Contracepção no puerpério.
- ✓ Avaliações críticas de intervenções clínicas e procedimentos.

SEMANA PADRÃO:

DESCRIÇÃO DA SEMANA PADRÃO 3º PERÍODO

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHA					
07h45- 08h35	EIXO 2	A. T. P	A. T. P	AAD/EIXO 1	EIXO 4
08h35- 09h25	EIXO 2	A. T. P	A. T. P	AAD/EIXO 1	EIXO 4
09h45- 10h35	EIXO 2	A. T. P	A. T. P	AAD/EIXO 1	EXTENSÃO
10h35- 11h25	EIXO 2	A. T. P	A. T. P	AAD/EIXO 1	EXTENSÃO
TARDE					
13h30- 14h20	TUTORIAL	** Preleção	** Preleção	TUTORIAL	AAD/EIXO 1
14h20-15h10	TUTORIAL	** Preleção	** Preleção	TUTORIAL	AAD/EIXO 1
INTERVALO					
15h30- 16h20	TUTORIAL	AAD	*EIXO 1	TUTORIAL	AAD/EIXO 1
16h20- 17h10	TUTORIAL	AAD	EIXO 1	TUTORIAL	AAD/EIXO 1
17h10- 18h00					
* Horário Reservado para Preleções do Eixo 1 conforme manual do módulo					
**Preleções: os horários poderão ser alterados conforme cada módulo. Consultar plano de ensino antes do início de cada um deles para maiores informações.					



CASOS

- A - CASO 01 “Mudanças em meu corpo.”
- AF - CASO 02 “Perdi.”
- AF - CASO 03 “Sangrou, e agora?”
- AF - CASO 04 “Pronto socorro obstétrico.”
- AF - CASO 05 “Complicando um pouco.”
- AF - CASO 06 “Complicando mais um pouco.”
- AF - CASO 07 “Emoções no centro obstétrico.”
- AF - CASO 08 “Quarto período.”
- AF - CASO 09 “Um bebê gigante.”
- AF - CASO 10 “Xixi.”
- AF - CASO 11 “Tristeza.”
- FECHAMENTO CASO 11

PRELEÇÕES terça e quarta 13:30-15:10

***As preleções e articulações teórico-práticas são relacionadas ao assunto abordado no módulo e podem não corresponder aos objetivos do caso motivador da semana e serão agendadas conforme disponibilidade dos professores.**

1. Drogas na gestação e teratogênese (FARMACOLOGIA OBSTÉTRICA 1) - Prof^ª. Camila Nogueira Pacentchuk
2. Anomalias genéticas e bioética na medicina fetal - Prof. Gonzalo Ogliari dal Forno
3. Anemias na gestação e trombocitopenia - Prof. Leonardo Nardi Farinazzo
4. Síndromes hemorrágicas da gestação - Prof^ª. Mariana Cordeiro
5. Trabalho de parto prematuro - Prof. Antonio Conti
6. Crescimento e desenvolvimento fetal - Prof^ª. Cristina Lopes Ribeiro
7. Parto eutócico e parto distócico - Prof. Antonio Conti
8. Alterações placentárias ou de volume amniótico - Prof^ª. Cristina Lopes Ribeiro
9. HIV e Hepatites na gestação - Prof. Celso Didone Filho
10. Tratamento medicamentoso em obstetrícia (FARMACOLOGIA OBSTÉTRICA 2) - Prof^ª. Camila Nogueira Pacentchuk
11. Doenças neurológicas e psiquiátricas na gestação e puerpério - Prof^ª Natach Wysocki Kuster

CASO ARTICULAÇÃO TEORIA PRÁTICA

- 1 - ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO - Prof. Eros e Prof^ª. Daniele Fernanda Renzi .
- 2 - DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO - Prof. Eros e Prof^ª. Daniele Fernanda Renzi.
- 3 - SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ - Prof^ª. Cristina Lopes Ribeiro e Prof^ª. Daniele Renzi.
- 4 - GEMELARIDADE - Prof^ª. Cristina Lopes Ribeiro e Prof^ª. Daniele Fernanda Renzi. 16/04/2024 e
- 5 - DIABETES GESTACIONAL - Prof. Eros e Prof^ª. Daniele Fernanda Renzi.
- 6 - PUERPÉRIO NORMAL E PATOLÓGICO COM ANTICONCEPÇÃO - Prof. Antônio Conti e Prof^ª. Daniele Fernanda Renzi.



AVALIAÇÕES:

- ✓ Avaliação de Raciocínio Clínico dos casos 1 e 2
- ✓ Avaliação de Raciocínio Clínico dos casos 3 e 4
- ✓ Avaliação de Raciocínio Clínico dos casos 5 e 6
- ✓ Avaliação de Raciocínio Clínico dos casos 7 e 8
- ✓ Avaliação de Raciocínio Clínico dos casos 9 e 10
- ✓ Avaliação de Raciocínio Clínico do caso 11
- ✓ Avaliação Cognitiva Módulo16.
- ✓ Avaliação de Desempenho

OBS: As avaliações das ATPs serão feitas durante as atividades realizadas.

VALORES DAS AVALIAÇÕES:

VALORES	AVALIAÇÕES				
AVALIAÇÃO COGNITIVA	40%	-	-	-	-
AVALIAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA	-	30%	-	-	-
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	-	-	10%	-	-
AVALIAÇÃO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO	-	-	-	10%	-
DESAFIO INTEGRADOR	-	-	-	-	10%
AVALIAÇÃO SOMATIVA	100%				

SEMANA 1 (25/03/2024 - 29/03/2024)

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEGUNDA SEMANA 1	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 2 (AVALIAÇÃO)
		09:45 – 11:25	EIXO 2 (AVALIAÇÃO)
	TARDE	13:30 – 15:10	ORIENTAÇÕES SOBRE O MÓDULO/ DEVOLUTIVA
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO 1
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
TERÇA SEMANA 1	MANHÃ	07:45 – 9:25	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO GRUPO A
		09:45 – 11:25	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO GRUPO A
	TARDE	13:30 – 15:10	PRELEÇÃO Drogas na gestação e teratogênese (FARMACOLOGIA OBSTÉTRICA 1) - Profª. Camila Nogueira Pacentchuk

		15:30 – 17:10	AAD
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUARTA SEMANA 1	MANHÃ	07:45 – 9:25	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO GRUPO B
		09:45 – 11:25	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO GRUPO B
	TARDE	14:00 – 15:40	PRELEÇÃO Anomalias genéticas e bioética na medicina fetal - Prof. Gonzalo Ogliari dal Forno
		15:45 – 17:10	EIXO 1
		17:10 - 18:50	EIXO 1
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUINTA SEMANA 1	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD/EIXO 1
		09:45 – 11:25	AAD/EIXO 1
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO 1
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO 2
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEXTA SEMANA 1	MANHÃ	07:45 – 9:25	FERIADO
		09:45 – 11:25	
	TARDE	13:30 – 15:10	
		15:30 – 17:10	
		17:10 - 18:50	

CASO MOTIVADOR 1 – “Mudanças em meu corpo.”

- Oi Doutor, meu nome é Sebastiana. Vim aqui no posto pois notei algumas mudanças no meu corpo. Inicialmente achei que não era nada, tinha um aumento de apetite, muito sono e estava indo no banheiro, urinar, mais vezes que o normal mas agora tenho notado outras coisas também como enjoos, tonturas, minha boca se enche d'água e tenho tido alguns desejos estranhos, quero comer alimentos que normalmente eu não gosto. Estou urinando mais frequentemente. Minha menstruação também parou de vir, nunca fui muito regular e estava tentando usar um colar de contas que uma conhecida me ensinou a fazer, para poder saber quando posso ter relações ou quando meu marido precisa ejacular fora. O senhor sabe que até meus seios estão inchados e doloridos? Quando olho no espelho dá até para ver as veias, as aréolas estão mais escuras e com umas bolinhas ao redor do mamilo... Isto tem me incomodado bastante, será que posso tomar qualquer analgésico?

Durante o exame físico, o acadêmico Alceu, que estava acompanhando a consulta, além da hipotensão e leve taquicardia, notou algumas alterações no tamanho, consistência, forma do útero e até na coloração do colo que estava mais violáceo que os outros que havia examinado. Além de ter se assustado ao sentir uma pulsação no fundo vaginal durante o toque e parecia ter uma massa ocupando a pelve. Notou também uma linha escura na pele, abaixo do umbigo da paciente.

Alceu, então, conversou com seu preceptor sobre sua hipótese diagnóstica. Pediu então exames para confirmá-la e assim melhor orientá-la sobre o que virá a seguir.

EMENTA:

- Políticas Públicas relacionadas ao Planejamento Familiar e ao Programa de Pré-Natal.
- Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
- Uso de medicamentos durante a gestação.
- Diagnóstico clínico e laboratorial da gravidez.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM :

- Entender como é feito o diagnóstico de gravidez.
- Conhecer e compreender os principais sintomas relacionados ao período gestacional.
- Conhecer e compreender quais são os exames complementares solicitados para o acompanhamento de pré-natal.
- Conhecer e compreender a categoria de risco para uso de medicações durante a gestação.

PRELEÇÕES

26/03/2024 13:30 Drogas na gestação e teratogênese (FARMACOLOGIA OBSTÉTRICA 1) - Prof^a. Camila Nogueira Pacentchuk

27/03/2024 13:30 Anomalias genéticas e bioética na medicina fetal - Prof. Gonzalo Ogliari dal Forno



ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

"A gestação produz profundas alterações no organismo materno com o objetivo fundamental de adequá-lo às necessidades orgânicas próprias do complexo materno-fetal e do parto.

Inicialmente estas alterações se devem às ações hormonais provenientes do corpo lúteo e da placenta e a partir do segundo trimestre, também ao crescimento uterino.

As principais modificações da fisiologia materna ocorrem no sistema cardiocirculatório, respiratório e gastrointestinal, além das metabólicas e hematológicas".

O organismo materno é sede de uma série de alterações fisiológicas e funcionais durante o período gestacional nesta articulação teórico prática abordaremos as principais, para isso solicitamos que procurem responder às seguintes questões.

Quais as principais alterações hormonais durante a gestação?

Quais as modificações cardiorrespiratórias fisiológicas que ocorrem durante o período gestacional?

Quais as modificações alterações digestivas, urinárias, dermatológicas e musculoesqueléticas decorrentes da gestação?

CONTEÚDOS:

1. Conhecer o crescimento e desenvolvimento fetal.
2. Conhecer e compreender as alterações fisiológicas do começo da gravidez.
3. Compreender a interação embrião e o ambiente intrauterino.
4. Conhecer o diagnóstico clínico e laboratorial da gravidez



CASO MOTIVADOR 2 – “Perdi...”

Maria estava de camisola na sala de cirurgia, aguardando o obstetra chegar para fazer sua curetagem, era seu segundo abortamento espontâneo. Desde que ela e seu marido decidiram ter filhos passaram a consultar frequentemente em busca de assistência para este problema.

A primeira vez que aconteceu, aos 16 anos, foi bem complicado, pois seu médico estava desconfiado de gravidez ectópica, mas em sequência diagnosticou uma gestação Molar pela dosagem de Gonadotrofina coriônica humana (hCG) e confirmada pelo primeiro ultrassom na 10ª semana, sendo tratada na época com dilatação cervical e curetagem. O segmento foi com controle dos níveis hormonais e subseqüentes exames ecográficos.

Agora novamente teve abortamento. A hemorragia foi seu primeiro sintoma, junto com cólicas no baixo ventre, foi recomendada uma ultrassonografia e segundo o ecografista era algo chamado ovo cego, pelo que entendeu que o embrião não se formou. A notícia de que era um novo abortamento apertou em seu peito. Como ele poderia ter certeza de que ela estaria perdendo a gestação? Demorou para iniciar seu pré-natal, sentiu que talvez se tivesse tomado esse cuidado poderia não estar abortando, afinal são vários os exames solicitados na primeira consulta.

EMENTA:

- Aspectos éticos e legais da interrupção da gestação
- Políticas Públicas relacionadas ao Planejamento Familiar e ao Programa de Pré-Natal.
- Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
- Uso de medicamentos durante a gestação.
- Diagnóstico clínico e laboratorial da gravidez.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM :

- Conhecer e compreender causas e condutas nos sangramentos gestacionais durante a primeira metade da gestação (Abortamentos, Mola Hidatiforme, Gestação ectópica,...).
- Conhecer os exames complementares para diagnóstico de patologias da gestação.
- Conhecer a primeira orientação pré-natal.

SEMANA 2 (01/04/2024 - 05/04/2024)

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEGUNDA SEMANA 2	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 2
		09:45 – 11:25	EIXO 2
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO 2
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO 3
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
TERÇA SEMANA 2	MANHÃ	07:45 – 9:25	DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO GRUPO A
		09:45 – 11:25	DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO GRUPO A
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD
		15:30 - 17:10	PRELEÇÃO Anemias na gestação e trombocitopenia - Prof. Leonardo Nardi Farinazzo
		17:10 - 18:50	AAD



DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUARTA SEMANA 2	MANHÃ	07:45 – 9:25	DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO GRUPO B
		09:45 – 11:25	DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO GRUPO B
	TARDE	13:30 – 15:10	PRELEÇÃO Síndromes hemorrágicas da gestação - Prof ^a . Mariana Cordeiro
		15:30 – 17:10	EIXO 1
		19:30 – 21:10	EIXO 1
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUINTA SEMANA 2	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD/EIXO 1
		09:45 – 11:25	AAD/EIXO 1
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO 3
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO 4 E RC (1º e 2º casos) 16:40
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEXTA SEMANA 2	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 4
		09:45 – 11:25	EXTENSÃO
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD/EIXO 1
		15:30 – 17:10	AAD/EIXO 1
		17:10 - 18:50	AAD

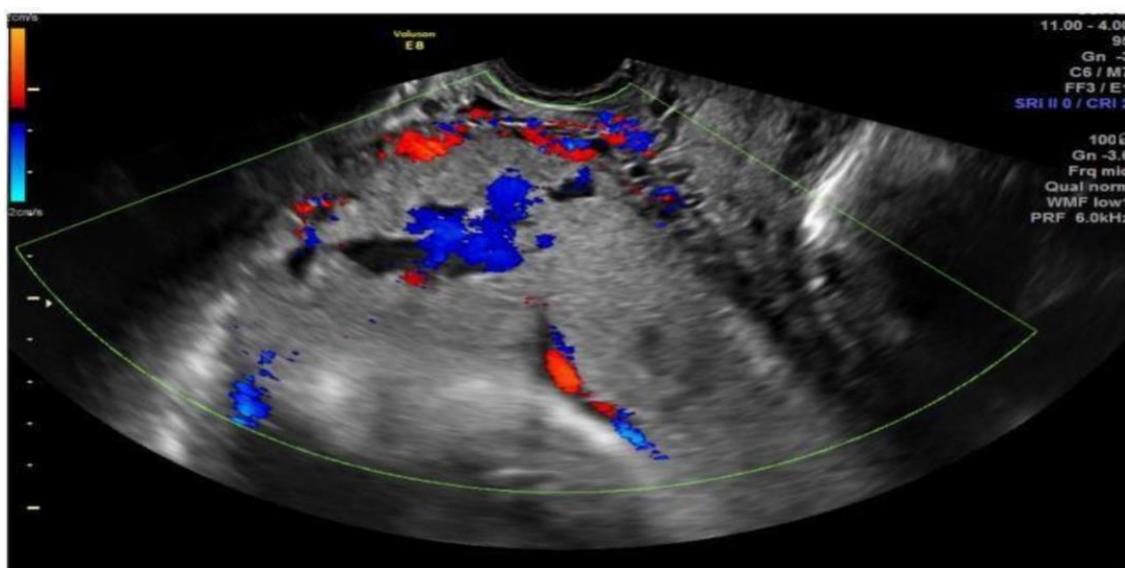


CASO MOTIVADOR 3 - "Sangrou, e agora?"

Alceu, acadêmico de medicina, estava passando visita com seu preceptor e ficou bastante surpreso por constatar um número expressivo de pacientes com hemorragias durante o período gestacional na enfermaria. Praticamente uma paciente em cada 10 apresentava esta complicação.

Algumas chamaram sua atenção, entre elas, Veruska, uma tercigesta de 32 anos com duas cesáreas anteriores e 36 semanas de gestação, que se queixa de sangramento vaginal com coloração vermelho-vivo recorrente. Este sangramento se iniciava e cessava de forma súbita sem motivo aparente, algumas vezes após relações. No momento do exame, o útero estava indolor à palpação. Ao especular: o colo uterino estava de aspecto normal, mas com presença de um coágulo na vagina. Alceu escutou o ecografista e o seu preceptor conversando sobre o exame ultrassonográfico de Veruska: [...]Havia presença de lacunas placentárias - espaços vasculares irregulares resultando em aspecto semelhante a um queijo suíço e perda da zona retroplacentária hipoeoica normal, além de vasos visíveis visíveis abaixo da camada basal[...].

Seria um bom momento para fazer uma pesquisa sobre o assunto antes de conversar com seu preceptor a respeito.



Fonte: William A Goh, Ivica Zalud (2015)

EMENTA:

1. Crescimento e desenvolvimento fetal.
2. Interação embrião e o ambiente intrauterino.
3. Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
4. Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer e compreender as principais causas, fatores de risco, diagnóstico, diagnóstico diferencial e condutas nos sangramentos obstétricos da segunda metade da gestação (Placenta prévia, Acretismo placentário, Rotura de vasa prévia...)

Gestação de Alto Risco Manual Técnico 5ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília – DF 2012 pag. 52

Hemorragias da segunda metade da gestação As hemorragias na segunda metade da gestação constituem-se em frequentes diagnósticos em obstetrícia. São uma das principais causas de internação de gestantes no período anteparto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal, assim como de partos operatórios. A morbimortalidade perinatal está relacionada principalmente aos altos índices de prematuridade. Várias são as possíveis causas de sangramento. Entre as causas obstétricas, as mais importantes são o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia, que correspondem a até 50% dos diagnósticos. Não podem ser esquecidas a rotura uterina e a rotura da vasa prévia, que também são importantes causas obstétricas. Entre as causas não obstétricas, pode ocorrer o sangramento proveniente do colo do útero durante a dilatação no trabalho de parto, cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo de útero e trauma vaginal. Os prognósticos materno e fetal vão depender do diagnóstico correto da causa do sangramento e conduta adequada com base nesse diagnóstico.

Principais causas de hemorragia, com risco de vida:

- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Rotura uterina;
- Rotura de vasa prévia;
- Sangramento do colo no trabalho de parto;
- Cervicites;
- Pólipo endocervical;
- Ectrópio;
- Câncer de colo de útero;
- Trauma vaginal.

A placenta prévia é definida como a presença de tecido placentário total ou parcialmente inserido no segmento inferior do útero, após 28 semanas de gestação. Pode ser classificada em Placenta prévia: a placenta recobre total ou parcialmente o orifício interno do colo uterino (anteriormente denominada placenta prévia centro-total ou centro-parcial); Placenta de inserção baixa: a borda placentária se insere no segmento inferior do útero, não chega a atingir o orifício interno e se localiza em um raio de 2 cm de distância dessa estrutura anatômica (anteriormente denominada placenta prévia marginal). Em algumas condições, a relação entre a placenta e o orifício interno do colo pode modificar-se, como nos casos de placentas que recobrem o colo no segundo trimestre e durante o trabalho de parto. Assim, uma placenta prévia, completada a dilatação, pode apresentar-se de inserção baixa. No segundo trimestre o diagnóstico de placenta prévia deve ser feito com cuidado, já que no termo, na maioria dos casos, deixará de sê-lo.

O diagnóstico clínico de placenta prévia, na forma clássica, deve ser suspeitado diante de sangramento vaginal indolor de coloração vermelho vivo, imotivado, de início súbito, recorrente, de gravidade progressiva, na segunda metade da gravidez. O útero mostra consistência normal. Contrações uterinas podem ser encontradas durante ou após o episódio hemorrágico, e o tônus uterino está normal nos seus intervalos. O exame de toque vaginal é proscrito pelo risco de ocasionar hemorragia abundante.

Há vários fatores de risco conhecidos para placenta prévia (Tabela 23.1). Um dos fatores mais significantes é o antecedente de cesáreas prévias. Em pacientes com duas cesáreas anteriores, o risco de placenta prévia é em torno de 1,9%; ele aumenta para 4,1% nas pacientes com antecedente de três ou mais cesáreas. Nos casos de gestantes com cesárea prévia, a probabilidade de persistência da placenta prévia até o termo está aumentada. A frequência de placenta prévia é cerca de 40% maior em gestações múltiplas, quando esse dado é comparado a gestações únicas (Cunningham et al., 2011).

A associação entre cesárea anterior e placenta acreta é conhecida, sendo ocasionada pela incisão uterina e reparo inadequado do endométrio e/ou decídua basal. Em uma gestação posterior, o citotrofoblasto invade o endométrio decidualizado, não encontra a camada esponjosa que representa o limite para parar a invasão, prosseguindo em grau variado e anormal. Na avaliação histológica da placenta acreta, se observa invasão do miométrio pelo trofoblasto sem a presença de camada decidual interposta (Silver et al., 2006). Os principais fatores de risco para o acretismo placentário são a cesárea anterior, curetagem uterina, miomectomia, cirurgia vídeohisteroscópica, idade materna acima de 35 anos e multiparidade.

A vasa prévia é definida como sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas passando pelo orifício interno do colo. Está associada à inserção anormal dos vasos fetais

dentro das membranas. É uma causa rara de hemorragia, ocorrendo geralmente em gestantes com implantação baixa da placenta e inserção velamentosa de cordão. A perda sanguínea é de origem fetal, fato este que mostra a urgência do seu diagnóstico. As taxas de mortalidade fetal são altas, ao redor de 50%. O sangramento tem início no momento da rotura das membranas. O diagnóstico pré-parto é difícil, podendo ser percebido por intermédio do toque vaginal e pela amnioscopia (com a visualização dos vasos sanguíneos atravessando as membranas pelo orifício interno do colo). A USG com Doppler colorido pode detectar a vasa prévia no anteparto e deve ser considerada em gestantes de alto risco (placenta prévia, inserção velamentosa de cordão). Muitas vezes o diagnóstico intraparto também é muito difícil. São descritos testes em que é feita a detecção de hemácias fetais no sangue exteriorizado (Apt-Test e coloração de Wright) mas, na maioria das vezes, não há tempo para a realização desses testes. pois é frequente a deterioração dos batimentos cardíacos fetais no momento da rotura. Nesse caso, a cesariana de urgência está indicada.

PRELEÇÕES

02/04/2024 15:30 Anemias na gestação e trombocitopenia - Prof. Leonardo Nardi Farinazzo

03/04/2024 13:30 Síndromes hemorrágicas da gestação - Prof^a. Mariana Cordeiro

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA **DOENÇAS INFECCIOSAS NA GESTAÇÃO**

“As infecções maternas podem aumentar a morbimortalidade perinatal caso não sejam diagnosticadas e tratadas a tempo. Por isso, o rastreamento materno dessas doenças durante o pré-natal é importante, de forma a realizar diagnóstico mais precoce e o tratamento, quando possível. Inúmeras infecções maternas, provocadas por microrganismos (bactérias, vírus, protozoários e outros) passíveis de transmissão ao feto, podem ocorrer durante a gravidez, com graves sequelas para o recém-nascido”.

Como você poderia entender melhor quais são estas doenças infecciosas? O que significa “TORCHS”? Haveria algum modo de prevenir ou identificar a presença destas doenças? Você já ouviu que há crianças que nasceram com sequelas decorrentes de infecções não tratadas ou prevenidas na gestação, quais são estas sequelas?

CONTEÚDOS:

1. Interação embrião e o ambiente intrauterino.
2. Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
3. Uso de medicamentos durante a gestação.
4. Classificação do risco obstétrico e encaminhamentos dentro da rede de assistência nos casos de situações de gestação de alto risco, com ênfase nas doenças congênitas infecciosas (TORCH) e sífilis, HIV e AIDS, cardiopatias e outras doenças circulatórias, endocrinopatias, neuropatias, uro e nefropatias, doenças hematológicas.



CASO MOTIVADOR 4 – "Pronto Socorro obstétrico."

O Pronto Socorro Obstétrico onde Alceu estava acompanhando no seu internato era um lugar agitado e cheio de intercorrências graves, porém interessantes.

Durante um de seus plantões a ambulância trouxe uma gestante de 20 anos, adicta de crack, em situação de rua e com idade gestacional desconhecida pois não tinha feito pré natal. Estava relatando dor de forte intensidade em baixo ventre e sangramento. Ao exame PA: 90 x 40 mmHg , FC 120 bpm, AU: 33cm BCF 180 bpm com redução para 100 após as contrações mantendo neste valor por 30 segundos ou mais. Ao exame obstétrico o útero aparentava um tônus aumentado, sem relaxamento. Toque colo pérvio para 7 cm, com bolsa amniótica tensa e sangramento vaginal de coloração escura de leve a moderada quantidade saindo de colo uterino.

Não havia tempo a perder, ela precisava de intervenção urgentemente.

EMENTA:

1. Crescimento e desenvolvimento fetal.
2. Interação embrião e o ambiente intrauterino.
3. Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
4. Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer e compreender as principais causas, fatores de risco, diagnóstico, diagnóstico diferencial e condutas nos sangramentos obstétricos da segunda metade da gestação (Descolamento prematuro da Placenta, Rotura uterina, Rotura de vasa prévia,...)
2. Conhecer e compreender causas e condutas nos sangramentos gestacionais durante o primeiro, segundo e terceiro trimestres da gestação

Orientação aos tutores

Gestação de Alto Risco Manual Técnico 5ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília – DF 2012 pag. 52

As gestantes com suspeita de DPP devem ser monitoradas avaliando-se o estado hemodinâmico materno (pressão arterial, pulso e diurese) e a vitalidade fetal (RCOG, 2011; Oyelese e Ananth, 2017). A avaliação laboratorial materna deve incluir tipagem sanguínea, hemograma completo e coagulograma. Um teste simples, de baixo custo e com resultado rápido pode ser realizado para avaliar o estado de coagulação da gestante, pode ser realizado rapidamente com a coleta de 10 mL de sangue em tubo de ensaio seco, que deve ser mantido em temperatura ambiente. Após 7 a 10 minutos, deverá haver a formação de um coágulo firme; se isso não ocorrer, a coagulopatia está instalada. A ultrassonografia pode ser útil nos casos duvidosos, já que o diagnóstico é eminentemente clínico (Rasmussen e Irgens, 2009; Kasai et al., 2015). A qualquer sinal de hipotensão ou instabilidade hemodinâmica, devem-se instituir dois acessos venosos calibrosos com infusão de 1.000 mL de solução cristalóide, com velocidade de infusão de 500 mL nos primeiros 10 minutos e manutenção com 250 mL por hora, mantendo-se débito urinário > 30 mL por hora. A monitorização cardíaca fetal contínua desde que o feto esteja em risco de hipoxemia ou de desenvolver acidose. **De modo geral, nos casos de feto viável, quando o parto vaginal não for iminente, a via de parto preferida deve ser a abdominal por cesárea de emergência.** Nos casos de feto vivo com cardiocotografia (CTG) categoria III e o parto vaginal for iminente (próximos 20 minutos), pode-se optar



pelo parto vaginal espontâneo ou instrumental. Se o parto vaginal não for iminente, deve-se indicar a cesárea. Nas situações de feto vivo com CTG categoria II, a via de parto dependerá da idade gestacional, da dilatação cervical e se existe instabilidade fetal ou materna. Nos fetos vivos com CTG categoria I, a via de parto dependerá da estabilidade hemodinâmica materna e da idade gestacional. Na presença de feto morto e mãe hemodinamicamente estável, deve-se optar pelo parto vaginal. A amniotomia se faz necessária para reduzir hemorragia materna e passagem de tromboplastina para a corrente sanguínea da mãe. A ocitocina pode ser administrada se houver necessidade de induzir o parto. O parto deverá ocorrer dentro de 4 a 6 horas e o quadro clínico deverá ser reavaliado a cada hora (RCOG, 2011; Oyelese e Ananth, 2017). Após o parto, a monitorização materna rigorosa se impõe, principalmente quando se identifica a presença de útero de Couvelaire como achado intraoperatório.

SEMANA 3 (08/04/2024 - 12/04/2024)

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEGUNDA SEMANA 3	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 2
		09:45 – 11:25	EIXO 2
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 4
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO MOTIVADOR 5
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
TERÇA SEMANA 3	MANHÃ	07:45 – 9:25	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ GRUPO A
		09:45 – 11:25	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ GRUPO A
	TARDE	13:30 – 15:10	PRELEÇÃO Trabalho de parto prematuro - Prof. Antonio Conti
		15:30 – 17:10	AAD
		19:00 – 20:40	PRELEÇÃO Crescimento e desenvolvimento fetal - Profª. Cristina Lopes Ribeiro 19:00 (Sala 215)
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUARTA SEMANA 3	MANHÃ	07:45 – 9:25	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ GRUPO B
		09:45 – 11:25	SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ GRUPO B
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD
		15:30 – 17:10	EIXO 1
		17:10 - 18:50	EIXO 1
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUINTA SEMANA 3	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD/EIXO 1
		09:45 – 11:25	AAD/EIXO 1
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 5
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO 6 E RC (3º e 4º casos) 16:40
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEXTA SEMANA 3	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 4
		09:45 – 11:25	EXTENSÃO
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD/EIXO 1
		15:30 – 17:10	AAD/EIXO 1
		17:10 - 18:50	AAD

CASO MOTIVADOR 5 – “Complicando um Pouco...”

Ivete, 35 anos, comparece à primeira consulta de pré-natal, já com os seus exames laboratoriais em mãos. Durante a anamnese informa ser primigesta de 12 semanas, com obesidade mórbida, se autodeclara de etnia negra e relata estar fazendo uso de medicações anti hipertensivas: diurético e Inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA). Relata também ter feito tratamentos para anemia quando criança. Ao exame físico apresenta IMC : 40, pressão arterial de 150 x 95 mmHg sentada, após 15 minutos de repouso. O ultrassom realizado no primeiro trimestre mostrou doppler fluxo velocimetria com um índice de pulsatilidade acima do percentil 95 para a idade gestacional em combinação com a persistência da incisura protodiastólica bilateral nas artérias uterinas. Os exames laboratoriais estão relatados na tabela abaixo.

Hemoglobina:	8g/dl
Hematócrito:	30%
Leucócitos:	12.200
Plaquetas :	220.000
Ferritina sérica:	29 ng/mL

O médico da UBS, Dr. Andrey, analisou os dados dos exames e correlacionou com a anamnese e exame clínico. Pondera, agora, sobre os riscos e fica em dúvida sobre qual seria a condução deste pré-natal, às vezes ainda sentia necessidade de consultar os protocolos de atendimento antes de definir um tratamento.

EMENTA:

1. Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer e compreender a Hipertensão gestacional, definição, classificação, diagnóstico, prevenção e tratamento.
2. Conhecer e compreender Hipertensão crônica durante a gestação.

PRELEÇÕES

09/04/2024 13:30 Trabalho de parto prematuro - Prof. Antonio Conti

09/04/2024 19:00 Crescimento e desenvolvimento fetal - Prof^a. Cristina Lopes Ribeiro

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ

“As Síndromes Hipertensivas intercorrentes na gravidez, entre elas a Pré Eclâmpsia, constituem um dos capítulos mais relevantes dentro da obstetrícia, pois é uma das maiores causas de mortalidade materna e perinatal no Brasil. A teoria diz que a partir de problemas de adaptação imunológica ao trofoblasto, ocorreriam problemas na perfusão do trofoblasto. Essas alterações primárias seriam o gatilho de uma série de fenômenos locais de hipóxia, e reoxigenação poderia amplificar os efeitos locais, tais como a formação de espécies reativas de oxigênio, ativação do sistema inflamatório materno, aceleração de processos de apoptose celular que limitam o estabelecimento da placentação normal e desequilíbrio entre fatores pró-angiogênicos, e fatores solúveis antiangiogênicos. Em conjunto há a ativação generalizada do sistema inflamatório materno, disfunção endotelial



universal e limitação na vascularização placentária. A Pré Eclâmpsia, então, deve ser interpretada como doença crônica com potencial para insuficiência progressiva de múltiplos órgãos.”

O Dr. Andrey, clínico geral, lia e relia este assunto, afinal na sua unidade de saúde ficou responsável pelo acompanhamento de gestantes de baixo risco. Chegou à conclusão de que a detecção precoce e o manejo adequado dessa patologia era de fundamental importância. Desde que época gestacional deveria se preocupar? Quais critérios são utilizados para o diagnóstico? Como confirmar essas alterações? Quais são os sinais de alerta? Há necessidade de interromper uma gestação mesmo que precocemente quando há presença destes sinais de alerta?

CONTEÚDOS:

1. Interação embrião e o ambiente intrauterino.
2. Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
3. Uso de medicamentos durante a gestação.
4. Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.
5. Diagnóstico e tomada de condutas no parto distócico.
6. Monitorizações clínicas, eletrônicas e ultrassonográficas da vitalidade fetal.
7. Orientação da condução clínica/intervencionista do puerpério normal e patológico.
8. Avaliações críticas de intervenções clínicas e procedimentos.

CASO MOTIVADOR 6 – “Complicando mais um Pouco...”

Ivete, agora com 29 semanas, procura a urgência municipal com queixa principal de cefaléia de forte intensidade, acompanhada de náuseas, visão turva e relato de escotomas cintilantes de início há 5 dias. Relata que os sintomas surgiram de forma abrupta e que não tiveram fator desencadeantes, nega febre ou dor retro orbitária. Refere que durante o pré-natal foi receitado Metildopa, sulfato ferroso, ácido acetil salicílico e cálcio, porém por influência de uma vizinha não iniciou o tratamento..

Ao exame físico, a paciente lúcida e orientada em tempo e espaço com Pressão Arterial sentada de 170/100 mmHg, FC: 110 bpm, FR: 24 irpm, Temperatura axilar: 36,7 °C, SAT: 99%. Apresenta mucosas úmidas porém hipocoradas, bulhas cardíacas rítmicas e sem ruídos adventícios, ausculta respiratória sem alterações, anictérica, acianótica mas com edema em membros inferiores de +++/4.

Abdome gravídico com altura uterina de 30 cm, ruídos hidroaéreos presentes, sem cicatrizes e sem herniação. Fígado e baço não palpável e abdome indolor a palpação superficial e profunda.

A paciente ficou em observação deitada em decúbito lateral esquerdo e com controle da diurese através de sonda urinária de demora, aguardando resultados de exames laboratoriais.

Resultado de exames laboratoriais:

Hemoglobina:	9,5g/dl
Hematócrito:	33%
Plaquetas:	98.000
Creatinina sérica:	1,3mg/dL
TGO (Transaminase oxalacética):	85 U/L
TGP (Transaminase pirúvica):	75 U/L



Hemoglobina:	9,5g/dl
Fosfatase alcalina:	260 U/L
Proteinúria 24h:	> 2g/24h
Ácido úrico:	5 mg/dL

USG obstétrica: Alteração uteroplacentária caracterizada por um crescimento intrauterino restrito, com Doppler umbilical alterado. Durante realização da ultrassonografia a paciente apresentou uma convulsão, foi medicada com Sulfato de Magnésio e encaminhada ao centro obstétrico para a interrupção da gestação. Após a operação de cesariana houve necessidade de mantê-la em unidade de cuidados intensivos bem como o bebê prematuro que foi encaminhado à UTI neonatal pois apresentou hiporreatividade, cianose, bradicardia e ausência de choro.

EMENTA:

1. Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer e compreender Pré-Eclâmpsia, Eclâmpsia, HELLP síndrome, Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada.

SEMANA 4 (15/04/2024 - 19/04/2024)

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEGUNDA SEMANA 4	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 2
		09:45 – 11:25	EIXO 2
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 6
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO MOTIVADOR 7
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
TERÇA SEMANA 4	MANHÃ	07:45 – 9:25	GEMELARIDADE GRUPO A
		09:45 – 11:25	GEMELARIDADE GRUPO A
	TARDE	13:30 – 15:10	PRELEÇÃO Parto eutócico e parto distócico - Prof. Antonio Conti
		15:30 – 17:10	AAD
		19:00 – 20:40	PRELEÇÃO Alterações placentárias ou de volume amniótico - Prof ^a . Cristina Lopes Ribeiro 19:00 (Sala 215)
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUARTA SEMANA 4	MANHÃ	07:45 – 9:25	GEMELARIDADE GRUPO B
		09:45 – 11:25	GEMELARIDADE GRUPO B
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD
		15:30 – 17:10	EIXO 1
		17:10 - 18:50	EIXO 1
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUINTA SEMANA 4	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD/EIXO 1
		09:45 – 11:25	AAD/EIXO 1



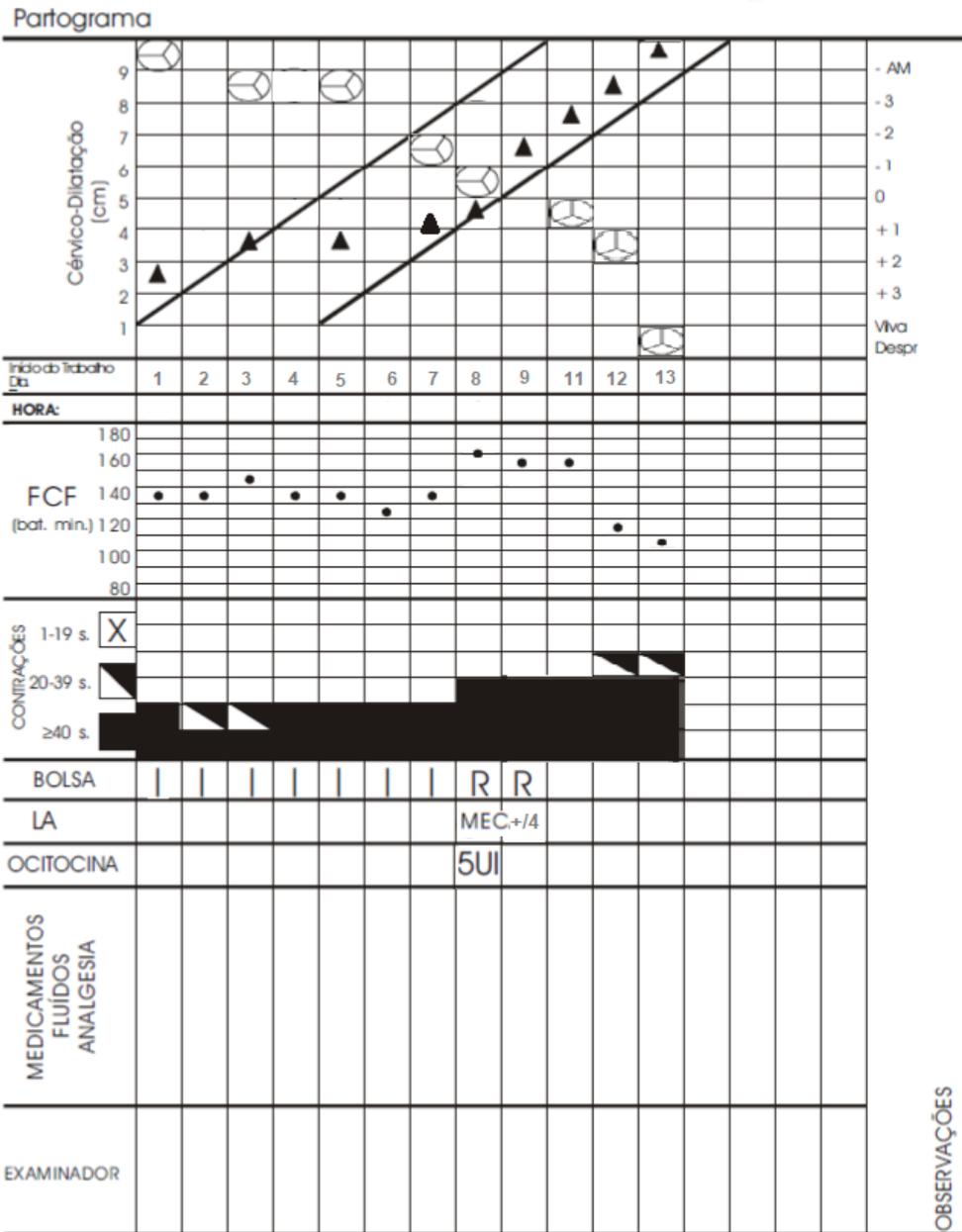
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 7
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO 8 E RC (5º e 6º casos) 16:40
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEXTA SEMANA 4	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 4
		09:45 – 11:25	EXTENSÃO
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD/EIXO 1
		15:30 – 17:10	AAD/EIXO 1
		17:10 - 18:50	AAD



Alceu entrou no Centro Obstétrico animado com a possibilidade de ver um parto e foi direto para o local onde as mulheres grávidas esperavam para ter seus filhos. Lá encontrou Dona Sebastiana sentada em uma bola, com o marido fazendo uma massagem nas costas para aliviar o desconforto da contração. Alceu verificou no prontuário que ela estava com 38 semanas e foi admitida na maternidade 1 hora da madrugada com exames de pré natal normais e que nas seis primeiras horas não houve evolução importante da dilatação sendo registradas contrações de baixa intensidade esporádicas. Cumprimentou-a, explicou a necessidade do acompanhamento do trabalho de parto, verificou que a pressão arterial estava dentro dos limites do normal, auscultou o batimento cardíaco fetal e conferiu a posição fetal pelas manobras de Leopold. Pelo toque vaginal detectou dilatação cervical de 4-5 cm, bolsa íntegra e protusa, com pólo cefálico palpável em Occípito Lateral Esquerdo.

Decidiu, às 8:00, por instalar um soro com ocitocina e fazer uma amniotomia, com intenção de encurtar e intensificar o trabalho de parto. Logo após o procedimento houve saída de líquido meconial +/4 pela vagina, também notou uma taquicardia fetal, BCF 165 bpm logo após as contrações. Desta forma, Alceu permaneceu acompanhando-a até que a dilatação se completou. Pela posição das suturas cefálicas do feto pode constatar que a rotação interna se deu, ficando o Lambda na posição sacral, neste momento o batimento cardíaco fetal estava em 120 bpm durante a contração retornando a 140 bpm 35 segundos após o término desta. Na mesa de parto, em posição de litotomia e fazendo força corretamente a criança coroou. Alceu avaliou a distensão do períneo e decidiu não realizar a Episiotomia. Auxiliou o desprendimento cefálico e observou a rotação externa e em seguida auxiliou o delivramento dos ombros. Esperou o tempo necessário, secando o recém nascido, pois ele já perdia temperatura. Cortou o cordão umbilical dentro do primeiro minuto pois notou que o recém-nascido estava cianótico para entregá-lo aos cuidados do pediatra. Após a dequitação placentária fez rafia de lacerações de grau I que estavam sangrantes. O pediatra retornou informando que precisou suplementar oxigênio e que a nota de APGAR foi 6-7-8.





EMENTA:

1. Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.
2. Diagnóstico e tomada de condutas nas no parto distócico. Monitorizações clínicas, eletrônicas e ultrassonográficas da vitalidade fetal.
3. Avaliações críticas de intervenções clínicas e procedimentos.
4. Orientação da condução clínica/intervencionista do puerpério normal e patológico.
5. Uso de medicamentos durante a gestação.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer e compreender o mecanismo do parto.
2. Revisar anatomia das relações céfalo pélvicas
3. Conhecer e compreender intervenções obstétricas e suas indicações.
4. Reconhecer sinais de sofrimento fetal.



PRELEÇÕES

16/04/2024 13:30 Parto eutócico e parto distócico - Prof. Antonio Conti

16/04/2024 19:00 Alterações placentárias ou de volume amniótico - Prof^a. Cristina Lopes Ribeiro (Sala 215)

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA

GEMELARIDADE

“O caso raro das gêmeas siamesas de Alvorada do Oeste, Região Central de Rondônia chamou a atenção do maior telejornal do Brasil de domingo à noite, que acompanhou e registrou toda a cirurgia de separação da Sara e da Eloá, que nasceram fisicamente conectadas uma à outra. Gêmeos siameses se desenvolvem quando um embrião precoce se separa parcialmente para formar dois indivíduos. A maioria dos gêmeos siameses é natimorto ou morre logo após o nascimento, mas um milagre mudou a vida do casal, que agora tem suas filhas vivas e já separadas cirurgicamente uma da outra através de uma cirurgia que, apesar da grande complexidade foi um sucesso.”

O Dr. Rodolfo, estava de plantão na maternidade do Hospital Universitário Campo Real, ficou surpreso com a coincidência, logo após assistir a reportagem, foi chamado para atender uma paciente com queixa de náuseas e vômito no início da gravidez.

Ele já sabia que as mulheres com gestação múltipla estão sujeitas a maiores riscos, tanto para si mesmas quanto para os seus conceitos, comparadas a mulheres com gestação simples (conceito único). Por isso, o rastreamento no primeiro trimestre deve tentar diagnosticar o tipo de gestação gemelar.

Após examinar a paciente e observar que se tratava de uma gestação gemelar, decidiu lembrar as definições das gestações gemelares. Vamos raciocinar junto com ele e tentar ajudar.

- Qual a etiologia das gestações gemelares?
- Quais os critérios diagnósticos?
- Quais são as principais complicações das gestações gemelares?
- Qual deve ser a conduta durante o pré-natal e quais as principais complicações?
- Qual a conduta durante o trabalho de parto?

CONTEÚDOS:

1. Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
2. Uso de medicamentos durante a gestação.
3. Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.
4. Diagnóstico e tomada de condutas no parto distócico.
5. Monitorizações clínicas, eletrônicas e ultrassonográficas da vitalidade fetal.



CASO MOTIVADOR 8 – “Quarto Período.”

Cerca de 45 minutos após o parto, Alceu foi chamado novamente pela equipe da maternidade pois a paciente estava apresentando sangramento vaginal abundante, palidez e hipotensão (PA 90 x 30 mmHg) e taquicardia 117 bpm, calculou rapidamente o índice de choque e definiu como choque moderado. Alceu lembrou que 1 mL de sangue equivale a aproximadamente 1 grama de peso e o peso das compressas encharcadas de sangue era de pouco mais de 1000g.

Chamou o residente que imediatamente orientou uma infusão de 500ml EV de cristalóides, ocitocina e ácido tranexâmico em dois acessos venosos calibrosos e iniciou a compressão uterina de Hamilton. Após 15 minutos o residente reavaliou o índice de choque e ficou satisfeito pois não haveria necessidade do uso do balão intra uterino ou de cirurgia de B-lynch, mas solicitou duas unidades de concentrado de hemáceas, calculou a reposição hidro eletrolítica, ajustou a dose de ocitocina, prescreveu outros uterotônicos e encaminhou a paciente para cuidados intensivos.

EMENTA:

1. Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.
2. Diagnóstico e tomada de condutas nas no parto distócico. Monitorizações clínicas, eletrônicas e ultrassonográficas da vitalidade fetal.
3. Avaliações críticas de intervenções clínicas e procedimentos.
4. Orientação da condução clínica/intervencionista do puerpério normal e patológico.
5. Uso de medicamentos durante a gestação.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer as causas de hemorragia uterina pós-parto, reconhecer a atonia uterina, entender o primeiro atendimento das complicações da primeira hora pós-parto.

SEMANA 5 (22/04/2024 - 26/04/2024)

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEGUNDA SEMANA 5	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 2
		09:45 – 11:25	EIXO 2
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 8
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO MOTIVADOR 9
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
TERÇA SEMANA 5	MANHÃ	07:45 – 9:25	DIABETES GESTACIONAL GRUPO A
		09:45 – 11:25	DIABETES GESTACIONAL GRUPO A
	TARDE	13:30 – 15:10	PRELEÇÃO HIV e Hepatites na gestação - Prof. Celso Didone Filho
		15:30 – 17:10	AAD
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUARTA SEMANA 5	MANHÃ	07:45 – 9:25	DIABETES GESTACIONAL GRUPO B
		09:45 – 11:25	DIABETES GESTACIONAL GRUPO B
	TARDE	13:30 – 15:10	PRELEÇÃO Tratamento medicamentoso em obstetrícia (FARMACOLOGIA OBSTÉTRICA 2) - Prof ^a . Camila Nogueira Pacentchuk
		15:30 – 17:10	EIXO 1
		17:10 - 18:50	EIXO 1

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUINTA SEMANA 5	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD/EIXO 1
		09:45 – 11:25	AAD/EIXO 1
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 9
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO 10 E RC (7º e 8º casos) 16:40
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEXTA SEMANA 5	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 4
		09:45 – 11:25	EXTENSÃO
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD/EIXO 1
		15:30 – 17:10	AAD/EIXO 1
		17:10 - 18:50	AAD



Alceu estava acompanhando o plantão da obstetrícia no Hospital Santo Inocente, referência para alto risco, quando foi chamado para auxiliar uma cesariana.

O residente de plantão, contou que a paciente se chamava Marlúcia e estava com 38 semanas de gestação. Quando ela estava com 28 semanas foi detectado a alteração de dois parâmetros de seu teste de tolerância oral à glicose, o que confirmou as suspeitas do clínico geral que a acompanhava na UBS, pois havia notado que a glicemia em jejum estava 92mg/dl no exame do primeiro trimestre, porém havia um aumento do peso e da altura uterina acima do esperado pelos gráficos de acompanhamento. Desde então, a Sra. Marlúcia foi atendida pela equipe multidisciplinar recebendo orientações nutricionais e um programa de exercícios e mais recentemente necessitou usar insulina. No dia anterior a paciente iniciou com dores abdominais leves que se intensificaram durante a madrugada e ao procurar a urgência obstétrica do hospital o interno notou que em intervalos regulares o útero contraía e que neste momento o batimento cardíaco do feto se tornava mais lento, retornando a normalidade logo que o tônus do útero voltava à diminuir.

A avaliação obstétrica das conjugadas constatou o formato da pelve desfavorável e grande altura uterina associada à baixa estatura da paciente, estas foram as indicações da cesariana. Qual não foi surpresa de Alceu quando viu o tamanho daquele bebê, assim que o obstetra cortou seu cordão o pediatra o levou para sala de atendimento ao recém nascido, voltando somente pouco antes da sutura da pele da paciente. Ele contou que o bebê pesava seis quilos e que iria deixá-lo na UTI neonatal pelo risco de hipoglicemia.

Alceu ficou muito impressionado e decidiu aprofundar seus estudos para entender melhor tudo o que aconteceu e que cuidados devem ser tomados com Marlúcia e seu bebê gigante.

EMENTA:

1. Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.
2. Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.
3. Diagnóstico e tomada de condutas nas no parto distócico. Monitorizações clínicas, eletrônicas e ultrassonográficas da vitalidade fetal.
4. Avaliações críticas de intervenções clínicas e procedimentos.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer as distócias obstétricas.
2. Conhecer e compreender variações da bacia obstétrica.
3. Conhecer e compreender diabetes pré gestacional, diabetes diagnosticada durante a gestação e diabetes gestacional.

PRELEÇÕES

23/04/2024 13:30 HIV e Hepatites na gestação - Prof. Celso Didone Filho

24/04/2024 13:30 Tratamento medicamentoso em obstetrícia (FARMACOLOGIA OBSTÉTRICA 2) - Prof^a. Camila Nogueira Pacentchuk



ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA
DIABETES GESTACIONAL

“Durante a gravidez ocorrem adaptações na produção hormonal materna para permitir o desenvolvimento do bebê. A placenta é uma fonte importante de hormônios que reduzem a ação da insulina, então o pâncreas materno aumenta a produção de insulina para compensar este quadro de resistência à sua ação. Em algumas mulheres, entretanto, este processo não ocorre e elas desenvolvem quadro de diabetes gestacional, caracterizado pelo aumento do nível de glicose no sangue. Quando o bebê é exposto a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intra-uterino, há maior risco de crescimento fetal excessivo (macrossomia fetal) e, conseqüentemente, partos traumáticos, hipoglicemia neonatal e até de obesidade e diabetes na vida adulta” (SBD).

Conforme o acadêmico Alceu lia sobre o assunto muitas dúvidas se formaram...

Afinal, como e quando se faz o diagnóstico desta doença?

E caso ele se depare com esse quadro clínico, qual deverá ser sua conduta?

Quais as limitações a gestante terá e que orientações ele deve fazer?

CONTEÚDOS:

1. Interação embrião e o ambiente intrauterino.
2. Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
3. Uso de medicamentos durante a gestação.
4. Classificação do risco obstétrico e encaminhamentos dentro da rede de assistência nos casos de situações de gestação de alto risco, com ênfase nas doenças congênitas infecciosas (TORCH) e sífilis, HIV e AIDS, cardiopatias e outras doenças circulatórias, endocrinopatias, neuropatias, uro e nefropatias, doenças hematológicas.
5. Condução das patologias obstétricas mais prevalentes como hipertensão na gestação (hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), diabetes gestacional, hemorragias gestacionais.
6. Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.
7. Diagnóstico e tomada de condutas no parto distócico.
8. Monitorizações clínicas, eletrônicas e ultrassonográficas da vitalidade fetal.
9. Orientação da condução clínica/intervencionista do puerpério normal e patológico.
10. Avaliações críticas de intervenções clínicas e procedimentos.



Eurídice estava contando ao dr. Andrey que desde sua Lua-de-mel já havia feito mais de 8 tratamentos por infecção urinária sendo 2 nos últimos 12 meses, agora gestante de 8 semanas de seu segundo filho, nega sintomas como a ardência, o aumento do número de micções, a vontade de retornar ao banheiro logo após urinar ou urina escura e fétida. Porém trouxe entre seus exames de pré natal uma Urocultura que mostra a presença de *Escherichia coli* > 100.000 UFC/ml. Relata também que na primeira gestação apresentou exame com resultado semelhante no início da gestação e como estava assintomática, o pré-natalista não fez nenhum tratamento, alguns meses depois evoluiu com febre, dor em flanco, náusea, vômitos, lombalgia e desconforto costovertebral associados a alteração de coloração da urina, tinha aspecto purulento. Lembra do plantonista do hospital fazendo o exame: Chamou de sinal de Giordano, quando deu pequenas "batidas" com o punho na região lombar sentiu uma dor forte no lado que predominava a dor de flanco. Precisou ficar internada por mais de uma semana com tratamento endovenoso. Quer orientações e espera não passar mais por uma experiência semelhante.

EMENTA:

1. Diagnóstico pré-natal, condutas e encaminhamentos nas patologias da gestação.
2. Uso de medicamentos durante a gestação.
3. Classificação do risco obstétrico e encaminhamentos dentro da rede de assistência nos casos de situações de gestação de alto risco, com ênfase nas doenças congênitas infecciosas (TORCH) e sífilis, HIV e AIDS, cardiopatias e outras doenças circulatórias, endocrinopatias, neuropatias, uro e nefropatias, doenças hematológicas.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer e compreender as uro e nefropatias durante a gestação (diagnóstico, tratamento, classificação, condutas e complicações).

SEMANA 6 (29/04/2024 - 03/05/2024)

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEGUNDA SEMANA 6	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 2
		09:45 – 11:25	EIXO 2
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 10
		15:30 – 17:10	TUTORIAL ABERTURA CASO MOTIVADOR 11
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
TERÇA SEMANA 6	MANHÃ	07:45 – 9:25	ATP PUERPÉRIO NORMAL E PATOLÓGICO COM ANTICONCEPÇÃO
		09:45 – 11:25	ATP PUERPÉRIO NORMAL E PATOLÓGICO COM ANTICONCEPÇÃO
	TARDE	13:30 – 15:10	PRELEÇÃO Doenças neurológicas e psiquiátricas na gestação e puerpério - Profª Natach Wysocki Kuster
		15:30 – 17:10	AAD
		17:10 - 18:50	AAD

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUARTA SEMANA 6	MANHÃ	07:45 – 9:25	FERIADO
		09:45 – 11:25	
	TARDE	13:30 – 15:10	
		15:30 – 17:10	
		17:10 - 18:50	
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUINTA SEMANA 6	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD/EIXO 1
		09:45 – 11:25	AAD/EIXO 1
	TARDE	13:30 – 15:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO MOTIVADOR 11
		15:30 – 17:10	TUTORIAL FECHAMENTO CASO 11 E RC (9º e 10º casos) 16:40
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEXTA SEMANA 6	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 4
		09:45 – 11:25	EXTENSÃO
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD/EIXO 1
		15:30 – 17:10	AAD/EIXO 1
		17:10 - 18:50	AAD

Neusa, 25 anos, veio trazida por seu marido dez dias após o parto, para consulta na UBS, com queixa de crises de choro constantes desde que retornou para casa após o nascimento de seu primeiro filho, persistente até o momento da consulta.

Relata que antes da alta hospitalar teve dificuldades para amamentar e após conseguir uma pega adequada sentia dor mamária e teve fissuras nos mamilos. Quando se viu tendo que cuidar sozinha da criança que chora constantemente, pois seu marido passa o dia todo no trabalho, sentiu-se ansiosa e apreensiva. Tem tido variações de humor e alteração de sono, com dificuldade para dormir à noite e sonolência durante todo o dia. Queixou-se de não estar satisfeita com sua aparência e apesar de tentar se arrumar, tem um aspecto "cansado". Ao ser indagada, negou ideias suicidas ou pensamentos de agressão ao bebê, demonstra durante a consulta atenção a qualquer desconforto da criança, conferindo se as extremidades estão frias e tentou amamentar porém sentiu dificuldade em achar posição para iniciar a “pega”.

Neste ponto da anamnese, Neusa demonstrou preocupação pois sua prima foi diagnosticada com psicose durante o puerpério.

EMENTA:

1. Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.
2. Orientação da condução clínica/intervencionista do puerpério normal e patológico.
3. Orientações gerais e diagnósticas de patologias na amamentação.

Detalhamento dos objetivos

1. Conhecer as dificuldades para a amamentação mais comuns.
2. Conhecer e compreender as principais alterações psiquiátricas relacionadas ao puerpério (Baby Blues, Depressão Pós Parto e Psicose puerperal).
3. **ao nascimento**

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA 6

PUERPÉRIO NORMAL E PATOLÓGICO COM ANTICONCEPÇÃO

“Puerpério ou pós-parto é um período cronologicamente variável durante o qual as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam às condições vigentes antes da gravidez. As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos genital e endócrino, mas no seu todo”

Lilian, acadêmica de medicina do segundo ano, tinha uma prima que estava grávida, como o parto estava programado para as próximas semanas sua prima tinha muitas dúvidas inclusive sobre o período pós parto. Como não tinha planos para uma futura gestação, queria sua orientação para os cuidados que deveria ter.

Lilian decidiu que deveria estudar mais como será o manejo do puerpério, pois ainda não sabia como seria a evolução normal ou como poderia identificar patologias deste período. Qual método poderia recomendar com segurança para anticoncepção?

CONTEÚDOS:

1. Uso de medicamentos durante a gestação.
2. Assistência ao pré-parto, parto e puerpério, modelo tradicional e modelo humanizado.



3. Orientação da condução clínica/intervencionista do puerpério normal e patológico.
4. Orientações gerais e diagnósticas de patologias na amamentação.
5. Contracepção no puerpério.
6. Avaliações críticas de intervenções clínicas e procedimentos.

30/04/2024 13:30 Doenças neurológicas e psiquiátricas na gestação e puerpério - Profª Natach Wysocki Kuster

SEMANA 7 (06/05/2024 - 10/05/2024)

DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEGUNDA SEMANA 7	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 2
		09:45 – 11:25	EIXO 2
	TARDE	13:30 – 15:10	RC (11º caso) 13:30 E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: PELO TUTOR, INTERPARES E AUTOAVALIAÇÃO
		15:30 – 17:10	
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
TERÇA SEMANA 7	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD
		09:45 – 11:25	AAD
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD
		15:30 – 17:10	AAD
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUARTA SEMANA 7	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD
		09:45 – 11:25	AAD
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD
		15:30 – 17:10	EIXO 1
		17:10 - 18:50	EIXO 1
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
QUINTA SEMANA 7	MANHÃ	07:45 – 9:25	AAD/EIXO 1
		09:45 – 11:25	AAD/EIXO 1
	TARDE	13:30 – 15:10	AVALIAÇÃO COGNITIVA
		15:30 – 17:10	AVALIAÇÃO COGNITIVA
		17:10 - 18:50	AAD
DATA	TURNO	HORÁRIO	TEMA
SEXTA SEMANA 7	MANHÃ	07:45 – 9:25	EIXO 4
		09:45 – 11:25	EXTENSÃO
	TARDE	13:30 – 15:10	AAD/EIXO 1
		15:30 – 17:10	AAD/EIXO 1
		17:10 - 18:50	AAD

BIBLIOGRAFIA BÁSICA



Atenção ao pré-natal de baixo risco: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) ISBN 978-85-334-2043-4
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

Obstetrícia - Zugaib: ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli V. Zugaib obstetrícia 4a ed..Barueri [SP]: Manole: Editora Manole, 2020. E-book. ISBN 9788520458105. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458105/>.

Febrasgo - Tratado de Obstetrícia: FERNANDES, Cesar E. Febrasgo - Tratado de Obstetrícia. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788595154858. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595154858/>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Obstetrícia Fundamental - Rezende: MONTENEGRO, Carlos Antonio B.; FILHO, Jorge de R. Rezende Obstetrícia Fundamental, 14ª edição. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788527732802. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732802/>.

Rotinas em Ginecologia - Freitas: PASSOS, Eduardo P.; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; MAGALHÃES, José A.; et al. Rotinas em Ginecologia (Rotinas). Porto Alegre: Artmed, grupo A, 2023. E-book. ISBN 9786558821144. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558821144/>.

Rotinas em Obstetrícia - Freitas: RAMOS, José G L.; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; MAGALHÃES, José A.; et al. Rotinas em Obstetrícia (Rotinas). Porto Alegre: Artmed Editora, Grupo A, 2023. E-book. ISBN 9786558821168. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558821168/>.

Ginecologia de Williams: HOFFMAN, Barbara L.; SCHORGE, John O.; HALVORSON, Lisa M.; et al. Ginecologia de Williams. Porto Alegre: Artmed Editora, Grupo A, 2014. E-book. ISBN 9788580553116. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553116/>.

Obstetrícia de Williams: LEVENO, Kenneth J.; ALEXANDER, Jamens M.; BLOOM, Steven L.; et al. Manual de obstetrícia de Williams. Porto Alegre: Artmed Editora, Grupo A, 2014. E-book. ISBN 9788580552775. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580552775/>.



FEBRASGO - Tratado de Ginecologia: Febrasgo - Tratado de Ginecologia. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788595154841. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595154841/>.

LEITURAS COMPLEMENTARES

Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis DST: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 138 p., il. (Série Manuais, 68). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf

Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il. ISBN: 85-334-0355-0 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Manual de Gestão de Alto Risco: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestão de Alto Risco [recurso eletrônico] / High-risk pregnancy manual. 1ª edição – 2022 – versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

LIVRO FÍSICO NA BIBLIOTECA

"Livro = Rezende obstetrícia fundamental

Nº de chamada 618.2 M777r

Montenegro, Carlos Antonio Barbosa

Título Rezende obstetrícia fundamental / 13. ed. Ano 2015 - 8 exemplares (49177, 49178, 49179, 49180, 49181, 49182, 49183, 49184)

Título Rezende, obstetrícia fundamental / 12. ed. Ano 2011 - 3 exemplares (31402, 31403, 31404)"

