

2025

NACIONAL + ENARE

Marina Neves

Sérgio Canabrava

OBSTETRÍCIA 1



MedAula

01

Manual de Obstetrícia para concursos

- Sérgio Canabrava -

- Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais
 - Especialização em Oftalmologia pela Clínica de Olhos da Santa Casa de Belo Horizonte
 - Membro do Departamento de Catarata do Centro Oftalmológico de Minas Gerais
 - Fellow em Femtosegundo para Cirurgia de Catarata - Clínica Rementeria - Madrid - ES

- Marina Neves -

- Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais
- ☑ Residência em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal de Minas Gerais



PREFÁCIO

A coleção MedAULA apresenta uma abordagem totalmente inovadora. Em cada capítulo no decorrer deste livro você encontrará questões de fixação, elaboradas de forma a testar o seu conhecimento e auxiliá-lo na memorização do conteúdo mais importante daquele assunto. As questões de residência médica são de graus de dificuldade diversos, como acontece nos concursos.

Ao final do livro existe uma seção de Área de Questões com questões comentadas. Elas são retiradas de concursos de residência de diversos estados e universidades do País. Essa seção e seus comentários são muito importantes para você aprender a realizar provas.

Diferente dos demais cursos, que oferecem apenas 50%, o MedAULA direciona 70% do conteúdo para Pediatria, GOB, Preventiva e Cirurgia, pois essas 4 matérias representam 80% dos pontos das provas.

AGRADECIMENTO DO AUTOR

Assim como o trabalho do aluno, a preparação das apostilas do MedAULA foi árdua, porém, gratificante.

Agradecemos à equipe de professores por acreditar no projeto e, mesmo nos momentos de indecisão e ansiedade, ter se mostrado coesa e confiante no objetivo de criar um material didático eficiente e de alta qualidade teórica.

Qualquer dúvida, crítica ou sugestão, você pode utilizar o link "Professores" dentro da sala de aula virtual ou enviar um email para atendimento@medaula.com.br.

Manual de Obstetrícia para Concursos - Volume 1/ Editor
Sérgio Canabrava e Marina Neves - Primeira Edição - Belo Horizonte - MG.
Med e_Learning Cursos Interativos, 2025. 85 p. Ilustradas.

ISBN

1. Obstetrícia I. Concursos II. Canabrava III. Neves IV.

CDU: 617.7

CDD 617.7

Produção visual: Erick Matheus Wallace de Jesus Viana
Revisão ortográfica: Pollyanna Marques de Abreu
Ilustradores: Rejane Silva e Michel Paixão
©Copyright 2024 - MED E_LEARNING©

Prefixo Editorial: 62824

Esta obra é protegida pela lei número 9.610 dos Direitos Autoriais de 19 de Fevereiro de 1998, sancionada e publicada no Diário Oficial da União em 20 de Fevereiro de 1998.

Em vigor a lei número 10.693, de 1 de Julho de 2003, que altera os artigos 184 e 186 do Código Penal em acrescenta Parágrafos ao artigo 525 do Código de Processo Penal.



Rua Grão Pará, 737, Conjunto 1101 - 11º andar
Santa Efigênia BH/MG
CEP 30150-341

Tel.: +55 (31) 3245-5781
www.medaula.com.br
atendimento@medaula.com.br

ÍNDICE

1	DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ	6
2	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ	15
3	ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL	25
4	ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL - MECANISMO DE PARTO	49
5	ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PARTO	64

Estatística geral nesta apostila

O MedAULA utiliza uma frase que ficou famosa entre os alunos: “sabendo o que estudar, você estuda melhor”. O nosso objetivo com os números abaixo é guiar o aluno nesse caminho árduo para a prova de residência. Com esses dados em mãos, o candidato pode focar seu tempo nos assuntos mais relevantes de cada matéria.

Em primeiro lugar, vamos apresentar as estatísticas nacionais e, em seguida, vamos apresentar as estatísticas do ENARE. As estatísticas nacionais baseiam-se nas principais provas de Residência do Brasil, que são os concursos que os nossos professores utilizam como referência para montar nossas apostilas e aulas. São eles: AMRIGS, UFSC, AMP, UFPR, SUS-SP, USP, UNIFESP, Santa Casa-SP, PSU-MG, Santa Casa-BH, UFRJ, UERJ, SES-RJ, SES-GO, SES-DF, SUS-BA, SES-PE, SURCE e CERMAM.

Veja a seguir os temas mais cobrados desta apostila baseado nos concursos citados:

OBSTETRÍCIA	
Parto	10,6%
Doenças hipertensivas da gestação	9,7%
Assistência pré-natal	8,5%
Hemorragias da 1ª metade gestação	7,8%
Modificações fisiológicas da gestação	5,5%
Hemorragias da 2ª metade da gestação	4,7%
Vitalidade fetal	4,6%
Relações uterofetais	4,0%
Diabetes gestacional	3,6%
Puerpério	3,5%
SIDA e gestação	3,3%
Prematuridade	3,3%
Infecções bacterianas na gestação	3,3%
Sífilis e gestação	3,0%
Isoimunização	2,8%
Restrição do cresc. fetal	1,9%
Toxoplasmose e gestação	2,0%
Drogas e gestação	2,2%
Amniorrexia prematura	2,3%

Gestação gemelar	1,7%
Cardiopatía e gravidez	1,5%
Oligoâmnio e polidrâmnio	1,2%
LES e gestação	1,1%
Trombofilias e gestação	1,0%
Pós-datismo e gestação prolongada	0,9%
Infecção puerperal	0,9%
Fisiologia da gestação	0,8%
Outros temas	0,7%
Pesquisa de maturidade fetal	0,4%
Rubéola e gestação	0,4%



MedAula

Preparatório para
Residência Médica

1. Introdução	5
2. Diagnóstico clínico	5
3. Diagnóstico laboratorial	9
4. Cronologia da gravidez	9
5. Nomeclatura da gestão	10

DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

IMPORTANTE PARA A PROVA DE RESIDÊNCIA

O diagnóstico de gravidez é cada dia mais simples, pela disponibilidade de métodos complementares. Mas os sinais de presunção, probabilidade e certeza ainda são temas de provas. Você deve saber:

- Os sinais e sintomas de presunção, probabilidade e certeza de gravidez.
- Entender o uso e a importância dos métodos complementares no diagnóstico.

1. INTRODUÇÃO

A gestação promove alterações adaptativas no organismo materno capazes de produzir sinais e sintomas que constituem importantes elementos para o seu diagnóstico. O diagnóstico da gravidez se baseia em parâmetros clínicos e laboratoriais.

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico clínico se alicerça em sintomas e sinais obtidos através da anamnese e do exame físico respectivamente. Cada dado obtido contém certo grau de confiabilidade, de acordo com o qual são agrupados em **sintomas/sinais de presunção, sinais de probabilidade e sinais de certeza.**

Sintomas e sinais de presunção

O termo presunção de gravidez será dividido didaticamente em sintomas e sinais. Os sintomas de presunção de gravidez são **náuseas, distúrbios urinários, fadiga/sonolência e percepção materna dos movimentos do feto.** Já os sinais são **atraso menstrual, alterações mamárias, alterações do muco cervical e transformações cutâneas.**

Sintomas de presunção – Determinam a “suposição” de gravidez

Náuseas – Cinco a seis semanas

É um sintoma variável, porém tão frequente e característico que é considerado um elemento diagnóstico. Resulta da adaptação materna ao *hormônio gonadotrofina coriônica (hCG)*, potencializado por algumas situações, como gestação múltipla (aumento excessivo do hormônio) e alterações psíquicas, comuns em gestações não planejadas. Iniciam-se entre a **5ª e a 6ª semana** e ocorrem, principalmente, pela **manhã**, seguidas ou não de vômitos. Podem associar-se à anorexia ou à perversão do apetite. Habitualmente, melhora na medida em que se estabiliza a produção do (hCG) no final do primeiro trimestre. Pequeno percentual, entretanto, evolui com náuseas e vômitos incoercíveis, o que caracteriza a hiperemese gravídica.

Distúrbios urinários – Seis semanas

O útero em crescimento exerce compressão sobre a bexiga, no primeiro trimestre, resultando em polaciúria. Inicia-se por volta da 6ª

semana. Com o evoluir da gestação, o útero ganha a cavidade abdominal e descomprime a bexiga, resultando em melhora dos sintomas. O quadro retorna somente no final da gestação, pela compressão fetal na pelve materna.

Fadiga e sonolência

São sintomas frequentes. Embora não se saiba exatamente a causa, atribui-se à produção crescente de progesterona e à resultante vasodilatação periférica.

Percepção dos movimentos do feto – Dezesesseis semanas

A partir de 16 semanas de gestação (múltiparas) ou 20 semanas (primigestas), a paciente relata percepção de suaves ondulações no abdome, identificado como movimentação fetal. Lembrar que, na *pseudociese*, o distúrbio psíquico caracterizado pela ocorrência de sintomas gravídicos em mulher não grávida, a movimentação fetal é sempre referida pela paciente.

Sinais de presunção

Atraso menstrual – Quatro semanas

O atraso menstrual é o SINAL clínico mais PRECOCE da gravidez, particularmente se considerarmos mulheres hígdas, jovens, com ciclos menstruais regulares, vida sexual ativa e que não usam métodos contraceptivos. Deve-se ressaltar, entretanto, que inúmeras outras situações clínicas cursam com atraso menstrual. Se maior que três ciclos, denomina-se amenorreia, quando ocorre em mulheres com ciclos menstruais regulares.

Alterações mamárias

- **Mastalgia:** inicia-se a partir da 5ª semana por influência hormonal. Acontece um processo de congestão que torna as mamas doloridas.
- **Pigmentação areolar:** inicia-se com oito semanas. Além da congestão mamária, aparece a pigmentação areolar e surgem as projeções secundárias, os *tubérculos de Montgomery*.
- **Produção de colostro:** secreção da mama que antecede a produção de leite. Inicia-se na 16ª semana.
- **Rede vascular de Haller:** é a acentuação da vascularização venosa da mama, congesta e dilatada, visualizada a partir da 16ª semana.
- **Sinal de Hunter:** com 20 semanas, os limites entre a aréola e a mama tornam-se imprecisos por aumento da pigmentação, constituindo a aréola secundária. Ela recebe o nome de sinal de Hunter.



Tubérculos de Montgomery.

Alterações do muco cervical

Os níveis crescentes de progesterona que caracterizam a gravidez inicial promovem uma redução na concentração de sódio na secreção do colo uterino, tornando-o denso. O aspecto microscópico é arboriforme. O aspecto fluído, se desidratado, mostra padrão microscópico de folhas de samambaia e fala contra a gravidez.

Transformações cutâneas

Embora pouco sensíveis e específicas, o aparecimento destas alterações sugere gravidez. São elas:



Cloasma: hiperpigmentação da face.



“Linha nigra”: decorrente do aumento da concentração de melanina na linha média do abdome (“linha Alba”).



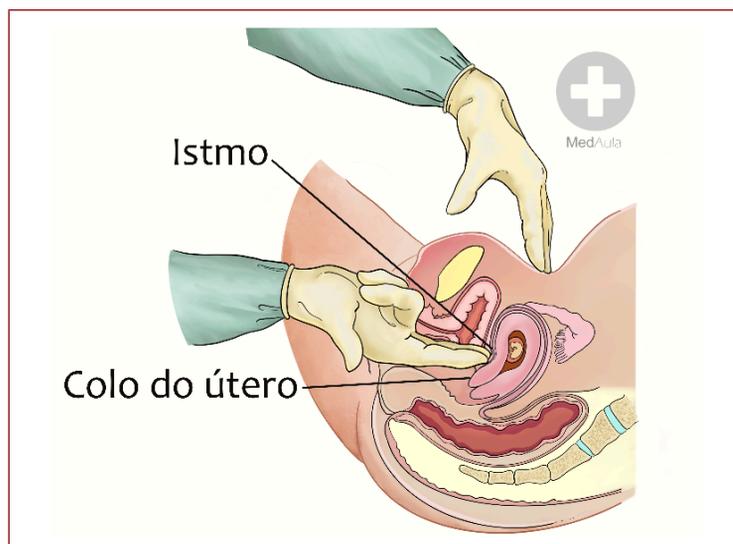
Estrias gravídicas

Sinais de probabilidade

Diversas alterações no organismo materno indicam a **probabilidade** de gravidez. Enquanto os sinais de presunção apenas presumem a gravidez, aqui, os sinais são considerados “mais fortes”. Ainda não temos a certeza da gravidez, mas, agora, ela é mais provável. Esses “sinais” recebem o nome de seus autores, os epônimos.

Sinal de Hegar

Consistência elástica e amolecida do útero, principalmente na região do istmo, dando a sensação de que o corpo uterino está separado do colo. Percebido com 6 a 8 semanas de gestação.



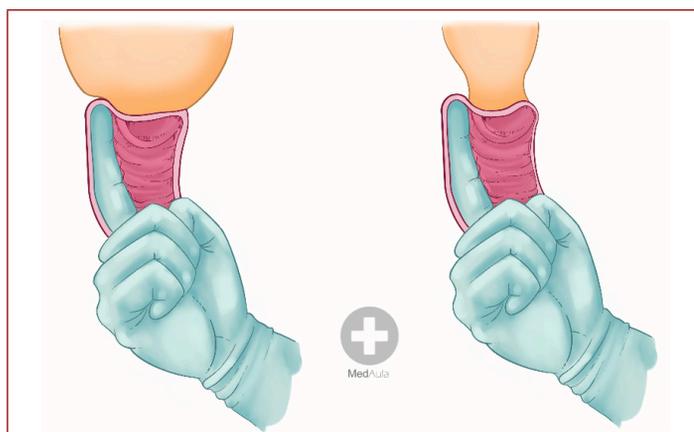
Sinal de Piskacek

A parte do útero onde houve a implantação ovular cresce de forma assimétrica, sendo percebida por um abaulamento nessa região quando realizado o toque.



Sinal de Nobile-Budin

É a percepção do abaulamento do útero gravídico ao toque no fundo de saco vaginal.



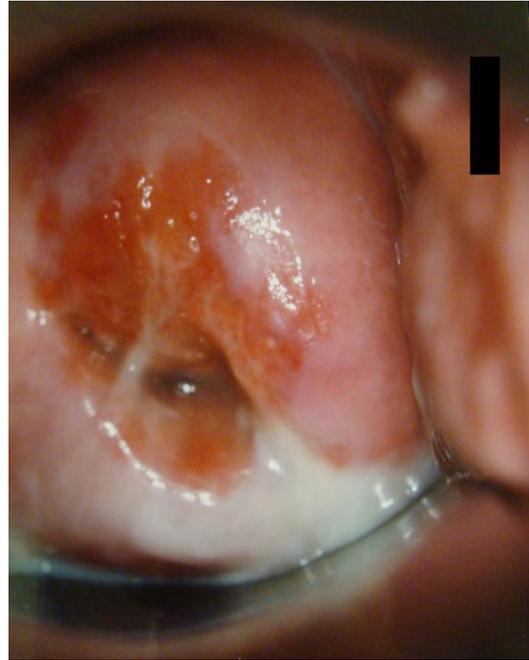
Na imagem da esquerda, percebe-se o abaulamento do útero ao toque vaginal.

Sinal de Oslander

É a pulsação arterial no fundo de saco vaginal, percebida ao toque vaginal.

Sinal de Jacquemier ou Chadwick

É a coloração violácea da vulva e cérvix congestas, facilmente observáveis por volta de oito semanas. No *Williams – Obstetrics*, ele é considerado um sinal de presunção e não de probabilidade. No entanto, a maioria dos concursos e autores o coloca como probabilidade.



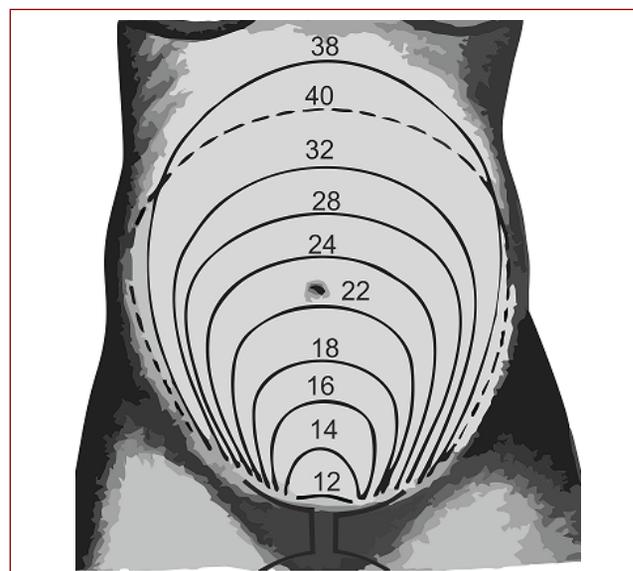
Cérvix congesta.

Sinal de Kluge

É a coloração violácea da vagina. Ela também se apresenta congesta.

Volume uterino

O útero gravídico é palpável no abdome materno, logo acima da sínfise púbica, com doze semanas. Com 16 semanas, encontra-se a meio caminho entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical. Com 20 semanas, atinge a cicatriz umbilical e, em torno de 40 semanas, o apêndice xifoide. Este é um tópico de importante fixação, pois é sempre lembrado em concursos.





Sinais de certeza

Agora, os sinais estão ainda “mais fortes”, pois conferem a certeza da gravidez. Os sinais que indicam a gravidez são apenas três. Dessa forma, é de suma importância a fixação destes sinais: **ausculta dos batimentos cardíacos do feto, sinal de Puzos e percepção dos movimentos fetais**.

O diagnóstico ultrassonográfico não é considerado um sinal por alguns autores. Para estes autores, ele é considerado um exame. No entanto, como estudaremos neste capítulo, o ultrassom confirma a gravidez de várias formas. Assim, é importante o aluno observar a referência do seu concurso e ter um discernimento no momento da realização da prova. Concluindo, o US confirma a gravidez, mas será estudado separadamente, pois não é um sinal.

Ausculta dos batimentos cardíacos do feto

É possível a ausculta eletrônica, com o *sonar Doppler* a partir da 12ª semana e a ausculta clínica com o *estetoscópio de Pinard* após 20 semanas. Nesse momento, é importante a diferenciação dos batimentos cardíacos maternos. Para isso, deve-se lembrar de que o metabolismo do feto é extremamente acelerado, assim encontraremos uma frequência entre 120 e 160 bpm.

Sinal de Puzos

É a sensação de rechaço fetal. Durante o toque vaginal, ao impulso do fundo de saco anterior, percebe-se o deslocamento do feto e seu retorno para a posição inicial, chamado rechaço fetal.

Importante: *Esse é um sinal contraditório entre as referências. O Willians – Obstetrics considera como um sinal de probabilidade, pois patologias como o mioma uterino poderiam simulá-lo. Já o Rezende considera como um sinal de certeza.*

Percepção dos movimentos fetais

Ao examinador, com 18 a 20 semanas, já é possível palpar partes do corpo fetal e perceber seus movimentos. É importante lembrar que, para ser considerado sinal de certeza, **deve ser percebido pelo obstetra**.



QUESTÃO EXEMPLO

1. **UFRJ** - Mulher, 22 anos, apresenta amenorreia, congestão mamária e náuseas há oito semanas. Toque vaginal: útero de aspecto assimétrico com sensação tátil de abaulamento e amolecimento no local, presença de sulco separando as duas regiões. Essa alteração no formato uterino constitui o sinal clínico de:

- a) Hegar
- b) Piskacek
- c) Nobile-Budin
- d) Jacquemier

Questão confusa. No entanto, a presença de abaulamento em corpo uterino altera o formato e relaciona-se ao local de implantação. Letra “B”, correta. Conhecido como sinal de Piskacek. A sensação de separação entre corpo e colo é o sinal de Hegar. O de Nobile-Budin é o abaulamento em fundo de saco. O sinal de Jacquemier é a alteração de cor vulvar e cervical para violáceo, devido à congestão local.

2. **Universidade Estadual de Londrina - UEL** - O sinal de Hegar na gestação significa:

- a) Amolecimento do istmo cervical
- b) Rede venosa visível nas mamas
- c) Mancha hiperocrômica na face
- d) Hiperpigmentação da vulva e vagina
- e) Sangramento de nidação

Essa questão da UEL é um bom exemplo de como é abordado o tema diagnóstico de gravidez. A grande maioria das questões de residência pergunta o nome ou a característica dos sinais e sintomas da gravidez. Infelizmente, o aluno deve fixar todos. Vamos à discussão de item por item:

A – Sinal de Hegar. Nossa resposta.

B – Rede vascular de Haller: visualização de rede venosa nas mamas a partir de 16 semanas.

C – Cloasma: hiperpigmentação da face.

D – Nessa letra, o examinador misturou dois sinais. O primeiro, hiperpigmentação da vulva, representa o sinal de Jacquemier ou de Chadwick. Já o segundo, hiperpigmentação da vagina, representa o sinal de Kluge.

E – Por fim, o sangramento de nidação não recebe uma denominação específica.

**QUESTÃO EXEMPLO**

3. **Med AULA** - São sintomas de presunção, ou seja, que determinam a suposição de gravidez, exceto:

- a) Náuseas
- b) Fadiga e sonolência
- c) Atraso menstrual
- d) Percepção dos movimentos do feto

O atraso menstrual é o SINAL (e não sintoma) clínico mais precoce da gravidez, particularmente se considerarmos mulheres híginas, jovens, com ciclos menstruais regulares, vida sexual ativa e não usuárias de métodos contraceptivos. Deve-se ressaltar, entretanto, que inúmeras outras situações clínicas cursam com atraso menstrual. Assim, letra “C”, incorreta. Se maior que três ciclos, denomina-se amenorreia. Vale lembrar que a percepção dos movimentos fetais, pela paciente, é um sintoma de presunção e não de certeza, pois é relatado nos casos de pseudociese. A fadiga, sonolência e náuseas são sintomas de presunção.

4. **Med AULA** - Sobre os sinais de probabilidade de gravidez, podemos afirmar, exceto:

- a) Sinal de Hegar – consistência elástica e amolecida do útero, principalmente na região do istmo, dando a sensação de que o corpo uterino está separado do colo
- b) Sinal de Piskacek – a parte do útero onde houve a implantação ovular cresce de forma assimétrica, sendo percebida por um abaulamento, ao toque, nessa região
- c) Sinal de Osiander – é a pulsação arterial no fundo de saco vaginal, percebida ao toque vaginal
- d) Sinal de Kluge – é a percepção do abaulamento do útero gravídico ao toque no fundo de saco vaginal

Essa questão se resolve pelo erro conceitual da letra “D”, resposta. Sinal de Kluge é, na verdade, a coloração violácea da vagina, que também se apresenta congesta. O sinal de Nobile-Budin é que representa a percepção do abaulamento do útero gravídico, ao toque, no fundo de saco vaginal.

3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Métodos hormonais

O trofoblasto é o único tecido capaz de sintetizar o *hormônio gonadotrófico coriônico (hCG)*. Ele possui, em sua fração polipeptídica, duas subunidades distintas: A *subunidade alfa* é comum a vários hormônios e a *subunidade beta (βhCG)* específica da gonadotrofina coriônica. Na gestação intrauterina inicial, sua produção cresce exponencialmente, duplicando a cada 48 horas, o que faz dele um marcador preciso do tecido trofoblástico em atividade.

Ele pode ser detectado tanto no plasma quanto na urina. A dosagem do *βhCG*, no plasma, é expressa em *miliunidades internacionais por mililitro (mUI/ml)* e é geralmente obtida por técnica de radioimunoensaio (RIA) ou por testes enzimáticos, como o *enzyme linked sorbent assay (ELISA)*, de alta sensibilidade e o mais difundido. A rápida elevação do *βhCG* tão logo haja a implantação ovular, mesmo antes do atraso menstrual, permite que sejam solicitadas dosagens seriadas do hormônio, não só para atestar a gravidez como também para verificar a sua evolução. Deve-se lembrar de que esperamos a sua duplicação a cada 48 horas. O teste Elisa possui sensibilidade a partir de 40 a 50 mUI/ml. O radioimunoensaio tem sensibilidade a partir de 5 a 10 mUI/ml, podendo ser detectado a partir de oito dias após a ovulação, caso tenha ocorrido fecundação e implantação.

Os testes urinários são compostos de anticorpos mono ou policlonais, anti-hCG e produzem uma reação, proporcionando a coloração da fita em contato com urina. Possuem sensibilidade de 99,5% para o primeiro dia de atraso menstrual. Devem ser realizados com a primeira urina da manhã ou pelo menos seis horas sem urinar.

Apesar de o *βhCG* ser bastante específico, pode produzir reação cruzada com o *Hormônio Luteinizante (LH)*, em especial nas seguintes situações:

- Ooforectomia;
- Uso de substâncias psicotrópicas: fenotiazinas, antidepressivos, anticonvulsivantes, hipnóticos;
- Climatério;
- Hipertireoidismo.

Método ultrassonográfico

O ultrassom é hoje o grande instrumento para diagnóstico em ginecologia e obstetrícia, sendo bastante difundido e disponível na grande maioria dos serviços de assistência pré-natal. Pode ser realizado por via abdominal ou transvaginal, sendo esta última preferida nas gestações iniciais, por permitir, por proximidade, melhor visualização.

É possível identificar no ultrassom transvaginal:

- O saco gestacional intrauterino: com 4 semanas;
- A vesícula vitelina: com 5 semanas;



- Eco embrionário e os batimentos cardíacos do feto (o que atesta a vitalidade embrionária): entre 6 e 7 semanas (embrião com medida comprimento cabeça-nádega - CCN - maior que 5 mm).

Ao se estudar a correlação entre a dosagem plasmática de βhCG e as imagens ao ultrassom transvaginal, observa-se que o ultrassom transvaginal pode fazer diagnóstico de gravidez quando a dosagem de βhCG é superior a 350 mUI/ml. Se o exame for realizado por via transabdominal, o ovo pode ser identificado quando o βhCG for superior a 750 mUI/ml. Sabe-se que níveis de βhCG maiores que 1500 mUI/ml devem correlacionar-se com gestação intrauterina. Caso essa não seja visualizada, a hipótese de gestação ectópica deve ser levantada.

4. CRONOLOGIA DA GRAVIDEZ

Idade gestacional

A *idade embriológica da gestação* é contada a partir da fecundação do óvulo. Salvo raríssimas exceções, é impossível determinar a data correta da ovulação, do coito fecundante ou da fecundação. Por isso, convencionou-se datar a gravidez por um parâmetro objetivo, isto é, o primeiro dia da última menstruação. Denominada, assim, *idade obstétrica da gestação*, supostamente ocorrida 14 dias antes da concepção.

Portanto, a idade gestacional é definida como o tempo decorrido entre o primeiro Dia da Última Menstruação (DUM) e a data atual, medida em dias, semanas ou meses completos. O critério de semanas completas, recomendado pela *Organização Mundial da Saúde (OMS)*, implica que só se avança na datação quando se ultrapassa o 6º dia da semana em curso. Por exemplo, 75 dias de gestação correspondem a 10 semanas e 5 dias, ou 10 semanas.

Em aproximadamente 20% das gestações, há discordância entre a idade gestacional calculada pela DUM e a estimada pelo ultrassom. Poderemos aceitar a DUM como a correta se seu valor se situa dentro do intervalo de confiança do ultrassom, que é de:

- Cinco dias a uma semana em ultrassom de primeiro trimestre;
- Duas semanas em ultrassom de segundo trimestre;
- Três semanas em ultrassom de terceiro trimestre.

Caso contrário, a datação deve ser baseada no ultrassom, cuja sensibilidade para a datação é maior no primeiro trimestre, pois se baseia na medida do *Comprimento Cabeça-Nádega (CCN)* do feto e é considerado padrão-ouro para a determinação da idade gestacional ao ultrassom. No segundo trimestre, outras medidas do feto, como o *Diâmetro Bi-Parietal (DBP)*, a *circunferência abdominal e comprimento do fêmur* são utilizadas para cálculo da idade gestacional. O ultrassom de segundo trimestre tem menor precisão que o de primeiro trimestre, para datação. Os ossos longos (p. ex.: *Comprimento do Fêmur (CF)*) são os melhores parâmetros para obtenção da idade gestacional no último trimestre de gestação. Eles não apresentam alterações do seu crescimento de forma tão acentuada, como o segmento cefálico e abdominal, quando existem alterações do desenvolvimento fetal.

Duração da gravidez e Data Provável do Parto (DPP)

Tomando como base a DUM, a gravidez dura em média 280 dias, ou 40 semanas, ou 9 meses solares e 7 dias. Portanto, para calcular a DPP, basta somar 280 dias à DUM, atentando-se para o fato de que esses cálculos são com frequência imprecisos e variam segundo características materno-fetais.

Uma técnica singela para o cálculo da DPP é a regra de Nagele, que consiste em somar 7 dias ao dia da DUM e somar 9 ou subtrair 3 ao mês da DUM. Assim, soma-se 7 ao dia informado e 9 ao mês. Pode-se, também, subtrair 3 ao mês.

EXEMPLO: Data provável do parto

DUM = 10/05/2013

Soma-se 7 ao dia = $10 + 7 = 17$

Soma-se 9 ou subtrai-se 3 ao mês = $05 - 03 = 02$

Assim, a DPP será 17/02/2014

Atenção aos dias finais de mês: DUM= 27/05/2013, a DPP= 03/03/2014. Observe que, ao somar 7 ao dia, passamos para o mês 06, do qual subtrai-se 3, e o resultado, então, foi 3, mês de março.

5. NOMENCLATURA DA GESTAÇÃO

Ovo: produto resultante da fecundação do gameta feminino (óvulo) pelo gameta masculino (espermatozoide). Ocorre no terço distal da tuba uterina. Estrutura inicialmente unicelular, vai sofrendo sucessivas mitoses no decorrer de seu trajeto pela trompa em direção ao útero. A mórula é o ovo com 16 células. O blastocisto é a mórula que sofreu cavitação. O termo “ovo” pode ser utilizado também para definir o conjunto de embrião (ou feto) e seus anexos, em qualquer fase da gravidez.

Embrião: é o conceito em sua fase de diferenciação estrutural, isto é, da segunda até a sétima semana de gravidez.

Feto: vencida a oitava semana de gravidez, o embrião, já diferenciado, passa a ser denominado “feto”, assim nomeado até o nascimento.

Abortamento: interrupção da gravidez antes de se completar a 20ª semana de gravidez ou cujo feto apresentar peso inferior a 500 gramas. Alguns autores, como Rezende, consideram abortamento abaixo de 22 semanas.



Cronologia da gestação: de acordo com a cronologia, classifica-se a gestação em:

- Prematura: gestação cujo parto ocorre após a 20ª semana e antes da 37ª semana da gestação.
- A termo: gestação cujo parto ocorre entre 37 e 41 semanas e 6 dias.
- Pós-termo ou prolongada: gestação que se prolonga para além de 42 semanas completas.

Viabilidade fetal: representa a capacidade de sobrevivência do recém-nascido fora do útero. Está diretamente associada ao seu grau de amadurecimento e dos recursos disponíveis para a sua assistência. Os limites são bastante dinâmicos, porém classifica-se o neonato em:

- Pré-viável: de 20 a 25 semanas.
- Viável: de 26 a 36 semanas.
- A definição de viabilidade é constantemente revista e, em alguns serviços, a viabilidade é considerada acima de 23 semanas.



QUESTÃO EXEMPLO

5. UFPE - Em relação ao diagnóstico laboratorial da gravidez, podemos afirmar, exceto:

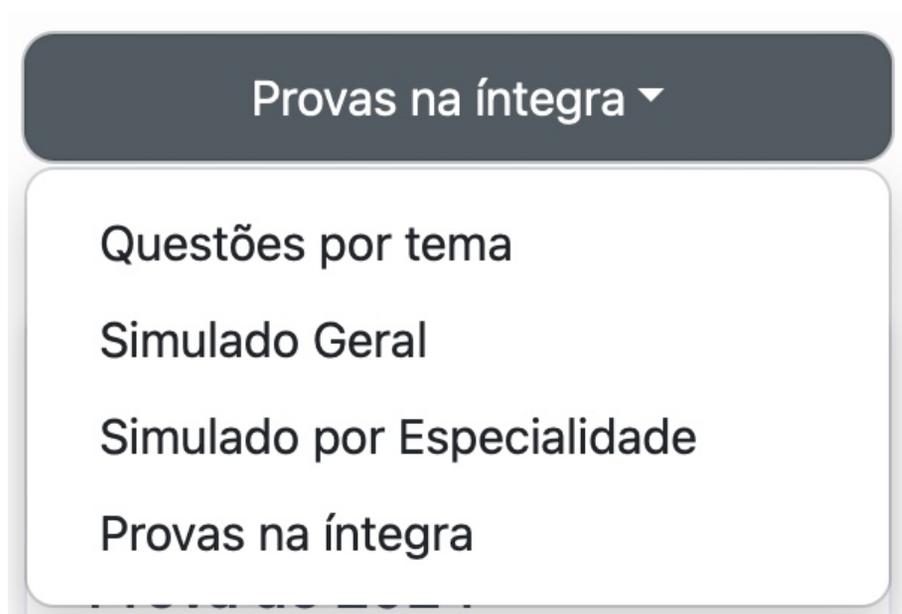
- A dosagem de β hCG, no plasma, acima de 1000 mUI/ml assegura a gestação em 95% dos casos
- É possível identificar a cabeça e tronco do feto, na ultrassonografia transvaginal, a partir da 6ª semana
- A ultrassonografia transvaginal é capaz de realizar o diagnóstico de gravidez quando a dosagem de β hCG for superior a 350 mUI/ml
- Apesar de o β hCG ser bastante específico, pode haver reação cruzada com o hormônio luteinizante, principalmente em situações como climatério e hipertireoidismo

Cabeça ou tronco do feto e o espessamento do saco gestacional na região correspondente à implantação da placenta são identificáveis, pela ultrassonografia transvaginal, apenas entre a 10ª e 12ª semanas. Alternativa B errada. Na sexta semana, identificamos nos batimentos embrionários um polo cefálico e um polo de nádegas. A ultrassonografia transvaginal deve evidenciar a gestação com β hCG se for superior a 350 mUI/ml, sendo importante essa correlação. Com β hCG maior que 1500 mUI/mL, a gestação deve ser vista intrauterina, caso contrário, suspeita-se de gestação ectópica.

ATENÇÃO! Questões e Comentários no Aplicativo e no Sistema!

Para maior fixação, após cada capítulo estudado, acesse ao seu aplicativo Med AULA ou ao nosso site e faça as questões do tema que você acabou de estudar. Isso será importante para a sua fixação. Veja como acessar:

Provas => Por especialidade => Módulo => Escolha o tema que acabou de estudar



Obrigado!



MedAula

Preparatório para
Residência Médica

CONHEÇA NOSSOS OUTROS CURSOS

www.medaula.com.br

www.ofthalmocurso.com.br

www.psiqcurso.com.br

www.dermatoaula.com.br

www.ortopcurso.com.br

www.radiocurso.com.br

www.opuscurso.com.br

www.pedcurso.com.br

www.gobcurso.com.br