**PRIMEIRA AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA ASSISTÊNCIA À MULHER EM RISCO OBSTÉTRICO**

1 - O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco (ou risco habitual) não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, e retarda o acesso das gestantes que deles precisem.

**Exemplifique essa frase com algum caso de patologia obstétrica e justifique sua resposta.**

2 – A Obstetriz que está no PAO de uma maternidade verificou os sinais vitais de quatro gestantes indicando em suas fichas quais deveriam ser as prioridades de atendimento de acordo com a classificação por cores:

- Janaína, PAS 75 mmHg, PAD inaudível, FC 160 bpm. Sintomática = FATOR DE RISCO VERMELHO.

- Margarida, PAS 165 mmHg, PAD 115 mmHg, FC 145 bpm. Sintomática = FATOR DE RISCO LARANJA.

- Joana, PAS 150 mmHg, PAD 100 mmHg, FC 80 bpm. Assintomática. FATOR DE RISCO AMARELO.

- Lilian, PAS 125 mmHg, PAD 75 mmHg, FC 75 bpm. Assintomática. FATOR DE RISCO VERDE.

**Justifique a conduta da obstetriz utilizando para isso o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia da Rede Cegonha (MS, 2014).**

3 – Quando uma gestante que está na 14ª. sem. apresenta história de perdas gestacionais anteriores e afunilamento e dilatação prematura do colo no exame de toque, ela deve ser submetida a cerclagem.

**Justifique essa conduta utilizando como base o artigo “Incompetência istmo-cervical: atualização” de Gomes et al.** *(Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 5): S67-S70)*.

4 – Zilda, 38 anos, IIG IP, 22ª. sem, realiza pré-natal na UBS e ao ser avaliada verificou-se que apresentava hipertensão gestacional, útero aumentado de volume para a idade gestacional, ausência de BCF e queixa de náuseas persistentes acompanhadas de sangramento vaginal em pequena quantidade. Foi encaminhada para o hospital de referência que realizou dosagem seriada de beta hCG, cujo resultado foi de 100.000 miliUI/mL, seguido por ultrassonografia e posterior esvaziamento uterino. Na alta hospitalar, foi-lhe solicitado que fizesse dosagens seriadas de beta hCG e acompanhamento mensal por pelo menos um ano.

**Qual é o possível diagnóstico de Zilda? Qual a razão desse controle? Justifique suas respostas.** *(use como referência o artigo de Braga et al. publicado na revista Femina)*

5 – Nelcina está na 10ª. sem gestacional e é atendida pela obstetriz no PAO de um hospital com os seguintes sinais/sintomas: náuseas, dor intensa no ombro, pulso rápido e fraco, hipotensão, dor abdominal intensa e resistente à palpação, acompanhada de arroxeamento periumbilical. O médico de plantão realizou ultrassonografia transvaginal e solicitou dosagem de beta hCG, cujo resultado foi de 5.500 miliUI/mL. Nelcina foi encaminhada para o centro cirúrgico com urgência. **Neste caso, você suspeita de qual diagnóstico? Que tipo de cirurgia possivelmente foi realizada em Nelcina? Qual deve ser o seu aconselhamento para Nelcina durante a alta hospitalar? Justifique suas respostas.**

6 – Alma, 20 anos, I G, 0P, 36ª. sem., chega ao centro obstétrico queixando-se de sangramento vaginal e dor forte no hipogastro. Ela refere que toma metildopa 250mg 12/12 h desde que começou o pré-natal de risco na 19ª. sem. Trouxe uma toalha ensopada com sangue escuro, informa que sente diminuição nos movimentos fetais e nega perdas de líquido. A pressão sanguínea é de 130/80 mmHg, o pulso é de 100 bat/min. O traçado dos BCF é normal. O exame especular revela uma cérvice longa e fechada, não havendo sangue no fundo de saco vaginal e nem sangramento ativo pelo orifício cervical. A hemoglobina é de 8,2 g/dL. As contrações são regulares e fortes, havendo hipertonia leve e hipersensibilidade uterina dolorosa. Após instalar venóclise e verificar os sinais vitais dessa mulher, você percebeu sangramento contínuo pelo local da punção, sangramento gengival e presença de petéquias no local em que foi colocado o manguito.

**Qual são os possíveis diagnósticos dessa gestante? Qual é a relação entre a causa do sangramento e esses diagnósticos?** **Justifique suas respostas, usando para isso os manuais do MS (Gestação de alto risco-manual técnico. 2012) e da Febrasgo (Manual de gestação de alto risco. 2011)**

7 – Infelizmente foi verificado que ocorreu óbito no feto de Alma.

**Após o nascimento desse bebê, qual deve ser o papel da obstetriz?**

8 – Fátima, 29 anos, grávida de 34 semanas, chega ao pronto atendimento de um hospital com queixa de muita falta de ar, dor e ardência em uma das pernas. Ao exame físico verifica-se taquipnéia, taquicardia, hipotensão, hipóxia (oximetria de 80%), cianose de extremidades, crepitações durante a ausculta pulmonar, edema, calor e vermelhidão na panturrilha esquerda.

**Descartada a Covid-19, você determina quais possíveis diagnósticos para Fátima? Justifique sua resposta, usando para isso os artigos de Junqueira et al** *(Rev Med Minas Gerais 2006; 16(3): 170-3)* **e de Pontes et al** *(FEMINA | Janeiro/Fevereiro 2013 | vol 41 | nº 1)***.**

9- Juliana, 35 anos, G4P3A1, gravidez gemelar, 34 semanas, dois filhos vivos do primeiro casamento e um aborto entre o 1º e o 2º filho, foi internada no hospital com crise hipertensiva sem o cartão da gestante. Seu companheiro relata que ela foi diagnosticada com DMG no pré-natal, engordou 30 kg. Na admissão, relata visão turva com pontinhos brilhantes. PA = 175x 110 mmHg, sem sangramentos. Resultados dos exames na admissão: proteinúria +3, plaquetas 80.000/mL, ureia 150 mg/dL creatinina 6,9 mg/dL. Doppler de artérias uterinas revela fluxo diastólico reverso. Exame de glicemia não foi feito.

**Qual o possível diagnóstico de Juliana? Qual deve ser a conduta adequada?**

**Uma das teorias para explicar esse diagnóstico é a imunológica. Quais as bases para essa teoria?**

10 - Manuela, G5P4, 38 3/7 semanas, 4 filhos do sexo masculino nascidos de parto vaginal, sem comorbidades, 7 consultas pelo cartão da gestante, chega ao hospital com seu companheiro aos 6cm de dilatação às 5:20h. A equipe de plantão está com muitas parturientes em TP, não há leitos disponíveis e Manuela é levada diretamente para a sala de parto. Ao exame admissional, PA 120x75mmHg, AU: 35cm. Ocitocina é instalada em bomba de infusão e é feita amniotomia (líquido claro com grumos). BCF mantém-se entre 130-150 bpm até o nascimento. Às 6:50h nasce RN de sexo feminino com APGAR 8-9, 4.550g, 50 cm. Dequitação da placenta é imediata e completa, nem houve tempo de manejo ativo. Útero contrai e globo de segurança de Pinard é presente. Não há laceração no trajeto. O serviço utiliza protocolo de ocitocina IV 10 UI em 500mL de soro fisiológico que corre em 30 minutos como parte do manejo de prevenção de hemorragia. O contato pele-a-pele não é feito imediatamente, há confusão na troca de plantão e o bebê fica no berço aquecido. Às 7:10 Manuela é levada para a maca e fica no corredor. O RN vai no colo do pai, que está muito feliz, é sua primeira filha. Apenas às 8:00h a PA é aferida: 100 x 70mmHg, FC: 100, temperatura: 36,4ºC. Útero não é avaliado. Lóquios não estão aparentes na fralda e a enfermeira anota que estão fisiológicos e corre para atender uma gestante com bebê nascendo. Às 9:00h Manuela parece um pouco pálida, tem sede, pede para a enfermeira ajudá-la a ir ao banheiro e desmaia ao chegar lá.

**Qual o diagnóstico que você daria a Manuela e como chegou a essa conclusão?**

**Quais condutas a serem adotadas depois do desmaio?**

**Quais condutas teria adotado a partir da admissão para evitar o ocorrido?**