

SEMILOGIA GINECO-OBSTÉTRICA DIRECIONADA À PRÁTICA AMBULATORIAL

Bárbara Queiroz de Figueiredo
Amabille Dellalibera Simões
Álvaro Nunes Machado Júnior
Maria Jacilene de Araújo Gomes



AMPLA
EDITORAS



2022 - Editora Amplla
Copyright © Editora Amplla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Design da Capa: Editora Amplla
Diagramação: Os autores

Semiologia gineco-obstétrica direcionada à prática ambulatorial está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais. O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Amplla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Amplla.

ISBN: 978-65-5381-084-6

DOI: 10.51859/amplla.sgo846.1122-0

Campina Grande – PB – Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br

CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cádia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia
Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará
Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande
Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso
Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueleine Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia
Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Luana Maria Rosário Martins – Universidade Federal da Bahia
Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrasio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí
Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas
Mário Cézar de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia
Michele Antunes – Universidade Feevale
Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Sabryonna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário
Christus Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Semiologia gineco-obstétrica direcionada à prática ambulatorial [livro eletrônico] / Bárbara Queiroz de Figueiredo...[et al]. -- Campina Grande : Editora Amplia, 2022.
30 p.

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5381-084-6

1. Ginecologia. 2. Obstetrícia. 3. Semiologia.
I. Figueiredo, Bárbara Queiroz de. II. Título.

CDD-618.1
-618.2

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Ginecologia 618.1
2. Obstetrícia 618.2

SEMILOGIA GINECOLÓGICA

ANAMNESE GINECOLÓGICA

IMPORTANTE SABER

→ ACOMPANHANTE É OBRIGATÓRIO?

- ≡ É bom ter algum acompanhante ou técnico de enfermagem como forma de mediar a consulta, a fim de que não haja mal entendidos → abusos, por exemplo.
- ≡ Porém o acompanhante pode inibir o paciente.
- ≡ Depende de cada caso.

IDENTIFICAÇÃO

→ Nome, idade, cor, estado civil, naturalidade e procedência.

QUEIXA PRINCIPAL

→ Escrever sinais e sintomas que motivaram a consulta.

- ≡ Nem sempre a queixa é o verdadeiro motivo da consulta.

→ **PRINCIPAIS SINTOMAS GINECOLÓGICOS:** dor abdominal ou pélvica, corrimento genital e alteração menstrual.

HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL

→ Evolução dos sinais e sintomas ao longo do tempo.

REVISÃO DOS DIVERSOS APARELHOS

→ Perguntar sobre queixas, sinais e sintomas, segundo as normas da anamnese geral, com destaque para:

INTERROGATÓRIO GINECOLÓGICO

→ CARACTERÍSTICAS CICLO MENSTRUAL.

- ≡ **Intervalo entre o início das menstruações:** média de 28 dias, varia entre 24-35 dias.
 - **Polimenorreia:** sangramento menstrual frequente → intervalos menores a 24 dias.
 - **Oligomenorreia:** sangramento menstrual infrequente → intervalos maiores a 38 dias.
 - **Amenorreia:** falta de menstruação por um período de tempo maior do que três ciclos prévios.
 - **Metrorragia:** sangramento uterino intermenstrual.
- ≡ **Duração do fluxo menstrual:** varia entre 3-8 dias.
 - **Hipomenorréia:** sangramento menstrual encurtado → dura menos de 3 dias.
 - **Hipermenorréia:** sangramento menstrual prolongado → dura mais de 8 dias.

- ≡ **Quantidade do fluxo menstrual:** média de 50-80 mL (+/- 3 absorventes/dia)

- **Menorreia:** sangramento menstrual excessivo → muita perda de sangue durante o fluxo menstrual.

- ≡ **Dismenorreia:** dificuldade ou dor relacionada a menstruação.

→ **DATA DA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO:** DUM = 1º dia de sangramento.

→ **SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL:** irritabilidade, ansiedade, agitação, raiva, insônia, dificuldade de concentração, letargia, depressão e fadiga grave, retenção hídrica.

→ **FREQUÊNCIA DE RELAÇÕES SEXUAIS:** possibilidade de gravidez, IST's, disfunção sexual etc.

→ **NÚMERO DE PARCEIROS:** possibilidade de IST's.

→ **SANGRAMENTO AO COITO:** possibilidade de ser um colo uterino friável.

→ **DISPAREUNIA (DOR NA ATIVIDADE SEXUAL):**

- ≡ **Penetração vaginal:** possibilidade de doenças vulvares, vaginismo, ↓ excitação e lubrificação.
- ≡ **Penetração profunda:** possibilidade de feridas ou ulcerações no colo uterino.

→ **LIBIDO:** desejo.

→ **ORGASMO:** ajuda a aliviar a congestão causada pelo ↑ da irrigação dos órgãos sexuais.

- ≡ **Ausência de orgasmo:** pode gerar quadro de dor.

→ **USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:** orais, hormonais, preservativos, dispositivos,

- ≡ Perguntar se foi automedicação, se possui algum fator de risco.

→ **DOR ABDOMINAL OU PÉLVICA:** localização, é uma pontada ou queimação, contínua ou cíclica e tempo.

→ **PRURIDO VULVAR:** possibilidade de IST's, higiene inadequada, alergias, candidíase.

→ **SINTOMAS DO CLIMATÉRIO:** ondas de calor, vagina seca, menstruação irregular.

- ≡ Principalmente para maiores de 40 anos.

- **CORRIMENTO GENITAL:** perguntar se ela tem percebido um corrimento diferente (normal → aspecto “clara de ovo”).
 - ≡ Duração, quantidade, odor e cor/aspecto, dor ou ardor, prurido, relação com a menstruação ou com a atividade sexual.

→ SINTOMAS MAMÁRIOS

- ≡ **Nódulos:** localização, consistência, mobilidade.
- ≡ **Fluxo papilar:** espontâneo ou não, uni ou bilateral, uni ou multiductal, coloração.
- ≡ **Mastalgia:** dor mamária.
- ≡ **Mastodinia:** dor cíclica no período pré-menstrual.

→ SINTOMAS URINÁRIOS

- ≡ **Número diário de micções.**
- ≡ **Disúria:** micção associada à sensação de dor, queimor ou desconforto.
- ≡ **Polaciúria:** aumento da frequência miccional, com intervalo entre as micções inferior a 2 horas.
- ≡ **Hematúria:** presença de sangue na urina.
- ≡ **Nictúria:** micção noturna frequente.
- ≡ **Incontinência urinária:** urgência, esforço, transbordamento, mista.
- ≡ **Urgência miccional.**

→ SINTOMAS INTESTINAIS

- ≡ **Hábito intestinal.**
- ≡ **Incontinência fecal:** constipação.

HISTÓRIA FAMILIAR

- Lembrar de questionar sobre mãe e irmãs.
- Perguntar especificamente o histórico familiar de **câncer genital** e **mamário** (incluindo a idade de acometimento).
- **Coronariopatia.**
- **Osteoporose** (menopausa é fator de risco).

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Cirurgias prévias.
- Uso de medicações.
- Tratamentos realizados:
 - ≡ **IST's.**
 - ≡ **Terapêutica de reposição hormonal:** por quanto tempo → + 1 ano, risco para câncer.
 - ≡ **Endometriose.**
- Histórico de **diabetes**, **HAS**, **tabagismo**, **alcoolismo**...
- Antecedentes de **infecção uterina** e nos **órgãos pélvicos**.

ANTECEDENTES MENSTRUAIS

- **TELARCA:** início do desenvolvimento mamário.
- **PUBARCA:** aparecimento de pilificação pubiana.
- **MENARCA:** primeira menstruação.
- **ÉPOCA DA MENOPAUSA:** entre 48 e 52 anos.
 - ≡ **Precoce:** antes dos 40 anos.
 - ≡ **Tardia:** acima dos 52 anos.

ANTECEDENTES SEXUAIS

- **SEXARCA:** primeira relação sexual.
- **NÚMERO DE PARCEIROS:** durante toda a vida.
 - ≡ Possibilidade de IST's, DIP, questionar sobre uso de preservativos.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- **NÚMERO DE GESTAÇÕES.**
- **NÚMERO DE PARTOS:** acima de 23 semanas de gestação ou com conceptos pesando mais de 500g.
- **NÚMERO DE ABORTAMENTOS.**
- **TIPO DE PARTOS:** normal, fórceps ou cesárea.

Usar esquema: G__ P__ A__

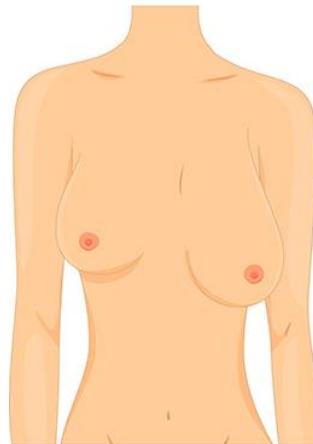
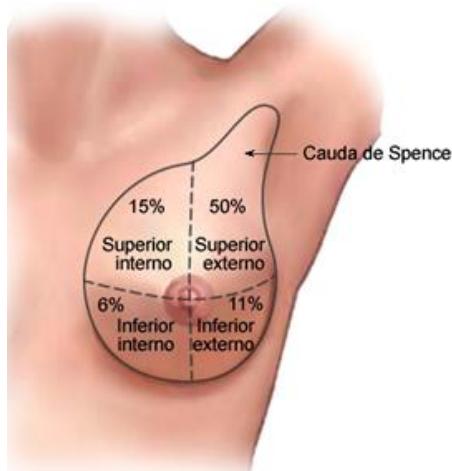
- **IDADE:** ocasião dos partos ou abortamentos.
- **COMPLICAÇÕES OCORRIDAS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL:** hipertensão arterial, diabetes gestacional, hemorragia, infecção puerperal...
- **PESO DOS FILHOS AO NASCER.**
- **AMAMENTAÇÃO.**

Obs: dados e definições → Semiologia de Porto, 8º ed.

EXAME FÍSICO DAS MAMAS

QUADRANTES MAMARIOS

- **QUADRANTE SUPERIOR EXTERNO OU LATERAL (QSE OU QSL):**
 - ≡ Possui um prolongamento, a cauda de Spence.
 - ≡ Mais acometido pelo CA de mama.
- **QUADRANTE SUPERIOR INTERNO OU MEDIAL (QSI OU QSM).**
- **QUADRANTE INFERIOR EXTERNO OU LATERAL (QIE OU QIL).**
- **QUADRANTE INFERIOR INTERNO OU MEDIAL (QII OU QIM).**



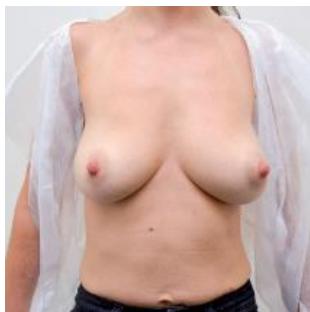
PREPARAÇÃO

- Ambiente com privacidade.
- Paciente vestida idealmente com uma camisola.
- Iluminação adequada.
- Higienização das mãos.

PACIENTE SENTADA

INSPEÇÃO ESTATICA

1. Paciente sentada com os braços ao longo do corpo.
2. Examinador deve-se posicionar a frente dela.
3. E com isso, observar de diferentes ângulos algumas características.



→ CARACTERÍSTICAS:

- ≡ **Simetria/Volume:** podem ser de tamanhos semelhantes ou diferentes.
- Tamanhos desiguais → questionar se elas sempre foram assim, ou se é uma característica recente.



Figura 2: assimetria e retração da mama

- ≡ **Característica da pele:** edema, hiperemia, ulceração, aspecto de casca de laranja.



- ≡ **Característica do complexo areolopapilar:** desvios de eixo, achatamento, ulcerações.
- ≡ **Circulação venosa superficial.**



INSPEÇÃO DINAMICA

→ Realizar as seguintes manobras → acentuam abaulamentos e retracções.

→ MANOBRAS DA CONTRATURA PEITORAL

1. Paciente sentada, com mãos na cintura.
2. Solicitar que movimente o cotovelo para adiante.
3. Fazer o número de vezes que achar necessário.



→ MANOBRAS DE ELEVAÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES

1. Paciente sentada com membros superiores estendidos.
2. Solicitar que eleve os MMSS até que cruzem o segmento cefálico.



PALPAÇÃO LINFONODOS SUPRA/INFRACLAVICULARES



SUPRAACLAVICULARES
Cobrir mamas enquanto faz a palpação.



INFRACLAVICULARES
Cobrir mamas enquanto faz a palpação.

PALPAÇÃO PROLONGAMENTO AXILAR

E LINFONODOS AXILARES

1. Examinador apoia o antebraço direito da paciente em seu próprio antebraço direito.
2. Solicitar que relaxe o MSD.
3. Com a ponta dos dedos da mão esquerda, palpa a região axilar direita da paciente.
 - ≡ Atrás do músculo peitoral maior em direção ao oco axilar, à procura de gânglios.
4. Inverte o movimento para palpar a região axilar esquerda da paciente.

→ Os linfonodos devem ser caracterizados quanto a:

- ≡ **NÚMERO.**
- ≡ **LOCALIZAÇÃO.**
- ≡ **TAMANHO.**
- ≡ **CONSISTÊNCIA.**
- ≡ **MOBILIDADE.**



PACIENTE EM DECUBITO DORSAL

PALPAÇÃO DAS MAMAS

1. Solicitar paciente que coloque as mãos atrás da nuca, sem travesseiro.
2. Com as polpas dos dedos (técnica em “to play piano”) palpar cada quadrante da mama.
 - ≡ Da periferia em direção ao mamilo.
3. Fazer também movimentos circulares abrangendo toda a mama bilateralmente.



TÉCNICA
“TO PLAY PIANO”



PALPAÇÃO EM
MOVIMENTOS
CIRCULARES

→ Observar:

- ≡ **ÁREAS DE CONDENSAÇÃO:** consistência mais firme em relação ao parênquima mamário subjacente.
- ≡ **NÓDULOS:** que devem ser caracterizados quanto:
 - Localização.
 - Limites.
 - Consistência.
 - Mobilidade.
 - Fixação a estruturas subjacentes.
 - Diâmetro.

EXPRESSÃO PAPILAR

1. Fazer a expressão suave da mama, desde a base até o complexo aréolo-papilar.

→ Observar:

- ≡ **SECREÇÃO PAPILAR:** que deve ser caracterizada quanto a:
 - Localização.
 - **Uni ou multiductal:** uniductal → possibilidade CA de mama.
 - **Aspecto da secreção:** leitosa, transparente ou sanguinolenta.
 - “Água de rocha” e sanguinolenta → possibilidade CA de mama.

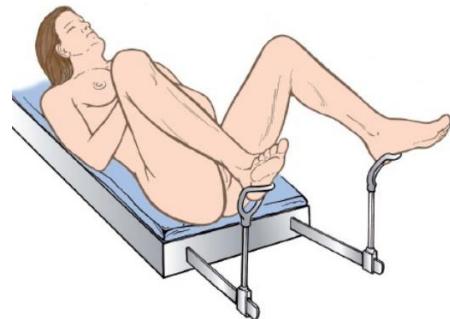
EXAME GENITALIA EXTERNA

PREPARAÇÃO

- Ambiente com privacidade.
- Paciente vestida idealmente com uma camisola.
- Iluminação adequada.
- Higienização das mãos.
- Pedir a paciente que esvazie a bexiga.
- Pedir para colocar o avental com a abertura para a frente.

EXAME ABDOMINAL

- Paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas.

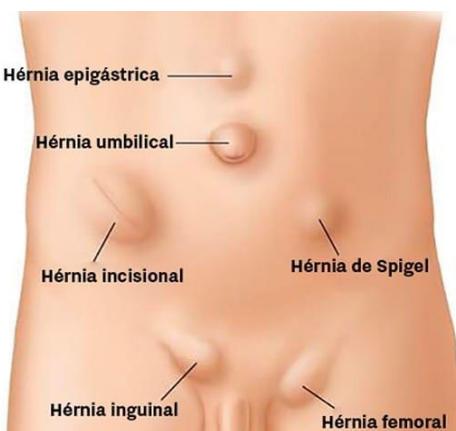


INSPEÇÃO ESTATICA

1. Observar se o abdômen é plano ou globoso.
2. Se existem assimetrias ou abaulamentos.
3. Descrever cicatrizes cirúrgicas.
4. Observar de forma tangencial.

INSPEÇÃO DINAMICA

1. Solicitar manobra de Valsalva.
≡ Soprar a mão, tossir...
2. Ao esforço, verificar se há sinais de hérnia ou diástase da parede abdominal.



PALPAÇÃO

1. Fazer palpação superficial e profunda.
2. Verificar se existem sinais de ascite (tumor de ovário).
3. Fazer a palpação do fígado e do baço.
4. Palpar regiões inguinais e pubiana.

EXAME GENITAL

1. Paciente em posição de litotomia.
2. Nádegas devem ficar rentes à borda da mesa.

INSPEÇÃO ESTATICA

1. Observar a pilificação, as formações labiais (grandes lábios, pequenos lábios e clitóris).
2. Observar a uretra, as glândulas para-uretrais e a integridade do períneo ou presença de cicatrizes.
3. Observar presença de secreções, odor, coloração.
4. Com o polegar e o indicador entreabrir os grandes lábios.
5. Observar o meato uretral, introito vaginal e hímen.

INSPEÇÃO DINAMICA

1. Solicitar manobra de Valsalva.
2. Verificar se ocorre proidência das paredes vaginais anterior ou posterior, ou do útero.
3. Identificar se ocorre perda de urina.

PALPAÇÃO

1. Palpar com o polegar e o indicador o local da glândula de Bartolin.
2. Com o indicador comprimir o terço inferior da uretra e glândulas parauterinais em direção à síntese púbica.



EXAME ESPECULAR

PREPARAÇÃO

- Ambiente com privacidade.
- Paciente vestida idealmente com uma camisola.
- Iluminação adequada.
- Higienização das mãos.
- Pedir a paciente que esvazie a bexiga.
- Pedir para colocar o avental com a abertura para a frente.
- Colocar luvas.
- Evitar usar lubrificantes → em pessoas idosas ou de vagina ressecada, pode umedecer com soro fisiológico.

INTRODUÇÃO DO ESPECULO

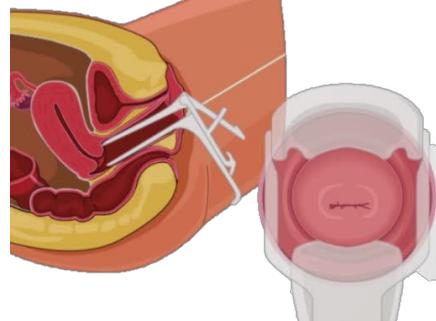
1. Considerando um indivíduo destro.
2. Afastar os grandes e pequenos lábios com o polegar e o 3º dedo da mão esquerda.
3. Pegar o espéculo pelo cabo e borboleta com a mão direita.



4. O mesmo é introduzido fechado.
5. Apoiar o espéculo sobre a fúrcula, ligeiramente oblíquo → evitar lesão uretral.
6. Fazer sua introdução de forma lenta.
7. Quando estiver na metade do caminho, deve ser rodado.
8. Assim, suas valvas ficam paralelas às paredes anterior e posterior.
9. Na abertura do espéculo, a mão esquerda segura e firma a valva anterior do mesmo.



10. Nesse momento, a mão direita gira a borboleta para o sentido horário, abrindo e expondo o colo uterino.
11. A extremidade do aparelho será orientada para baixo e para trás, na direção do cóccix, enquanto é aberto.



12. **CASO COLO NÃO LOCALIZADO:** movimentar o espéculo semi-aberto delicadamente procurando localizá-lo.

INSPEÇÃO

1. **Observar o orifício:** formato (puntiforme/fenda), lesões, secreções.
2. **Observar a superfície:** coloração, volume, ulcerações, vegetações, pólipos, tumorações.



CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

RETIRADA DO ESPECULO

1. É feita a manobra inversa à da sua colocação.
2. Dar uma “puxada” antes, para não beliscar o colo.
3. Observar as paredes vaginais anterior e posterior.
4. Descartar o espéculo usado em recipiente apropriado.
5. Secar o excesso de secreção que se acumula no introito vaginal com uma gaze.

EXAME COLPOCITOPATOLÓGICO

PREPARAÇÃO

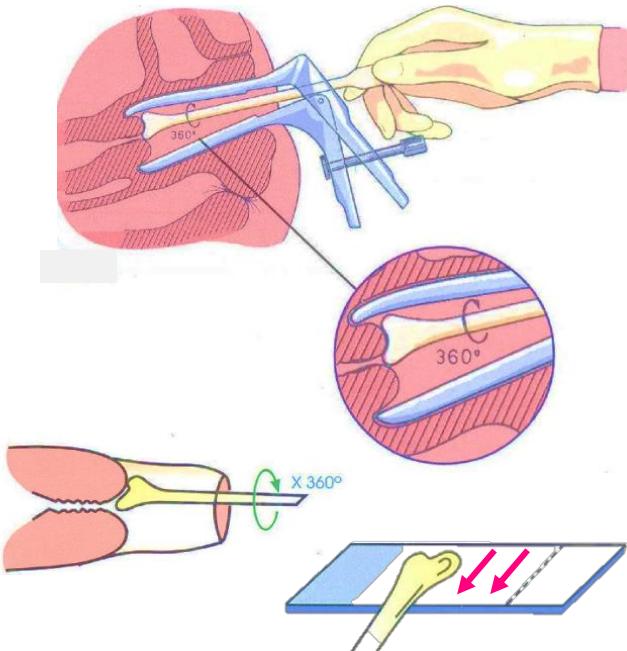
- Igual à do exame especula.
- Solicitar os materiais.
- Colocar luva.
- Identificar a lâmina com os dados da paciente na parte fosca.
 - ≡ Deve ser feita com lápis.
- Preencher o frasco porta lâmina com a solução fixadora.

INTRODUÇÃO DO ESPECULO

- Processo do exame especular.

COLETA ECTOCERVICE

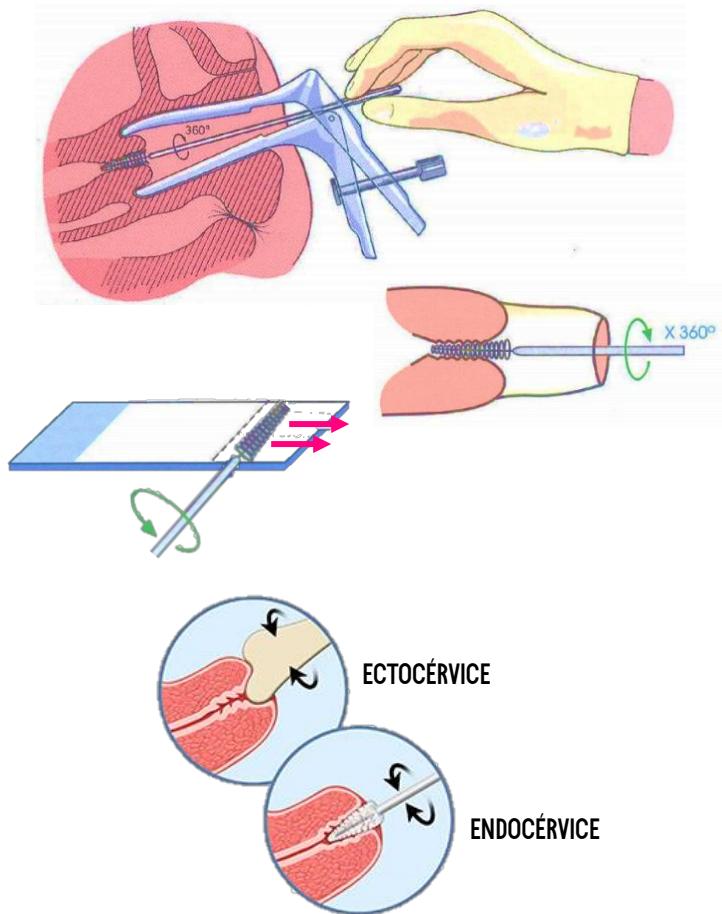
1. Secar o colo delicadamente com uma gaze montada em uma pinça.
 - ≡ Sem esfregar.
2. Utilizar a espátula de madeira tipo Ayres, do lado que apresenta a reentrância.
3. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo.
4. Apoiar firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360 graus, em torno de todo orifício.
 - ≡ Exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.
5. Estenda o material na lâmina no sentido vertical.
6. Ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina esfregando a espátula com pressão suave.



COLETA ENDOCERVICE

1. Utilizar a escova de coleta, que será introduzida nos
2. Introduzir nos primeiros 2 cm do canal.
3. Girando-a 360° no canal cervical.
4. Estenda o material rolando a escova no sentido horizontal.
5. Ocupando o 1/3 restante da lâmina.
6. Colocar a lâmina imediatamente em "fixador citológico" (polietilenoglicol) ou álcool.
7. Avisar a paciente que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta.

Obs: em gestante não colher material endocervical.



TESTE DO ÁCIDO ACETÍCO

1. Aplicar ácido acético 3 a 5% por todo o colo uterino.
2. Usar uma pinça e algodão.
3. Recobrir toda a superfície cervical, inclusive o orifício cervical externo.
4. Aguardar 60 segundos.
5. Observar se há áreas brancas no colo → indicativas de alteração celular.

TESTE DE SCHILLER

1. Retirar secreções que estejam recobrindo o colo com um algodão ou gaze.
2. Monte a pinça com algodão e embeba na solução de Lugol (iodo-iodetada).
3. Passe o algodão em toda a superfície do colo uterino.
4. Observe que cor assume o colo.
 - ≡ **Zonas normais:** coloração marrom.
 - ≡ **Zonas com modificações patológicas:** não adquirem coloração → **IODO-NEGATIVAS** ou **TESTE DE SCHILLER POSITIVO**.
5. Despreze o algodão que foi utilizado.
6. Retire o excesso de Lugol da cavidade vaginal com algodão limpo.



FIGURA 7.21: Lesão acetobranca que se origina na posição 12 horas, com limite com a junção escamocolunar. Observe as duas intensidades de cor na mesma lesão (a e b) com uma margem interna dentro da mesma lesão (c). Este é um exemplo de uma lesão dentro da lesão



FIGURA 7.9: Lesão satélite geográfica após a aplicação de ácido acético a 5% (a) distantes da junção escamocolunar, sugestivas de lesão de baixo grau



FIGURA 7.19: Lesão acetobranca densa com cor de intensidade variável e mosaicos grosseiros (a) em lesão NIC 2

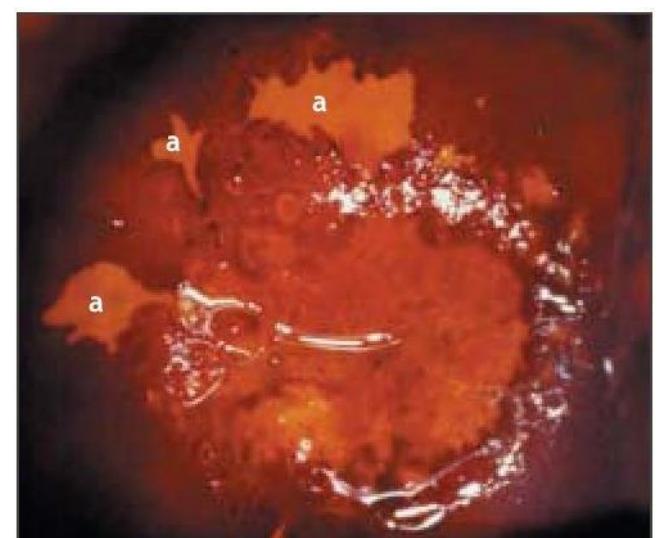


FIGURA 7.28: Lesões satélite (a) que não se coram com iodo após aplicação de solução de Lugol e permanecem como áreas amarelas finas (ver o aspecto após aplicação de ácido acético na



FIGURA 7.29: Lesão NIC 1 com área amarelo-mostarda negativa para iodo com margens irregulares (ver aspecto após aplicação

EXAME GENITALIA INTERNA

PREPARAÇÃO

- Igual as anteriores.
- Deve ser feito sempre após o exame dos órgãos genitais externos e do exame especular.

TOQUE VAGINAL

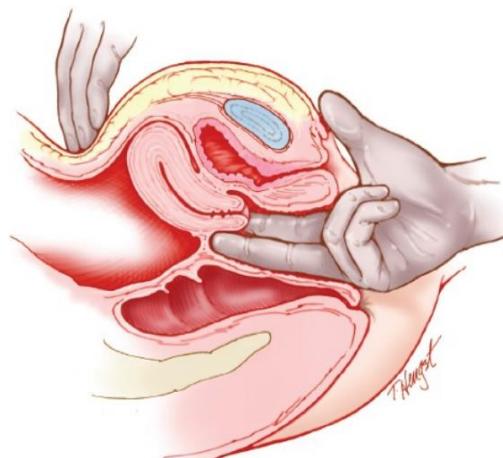
1. Calce luva estéril na mão que realizará o toque.
2. Umedeça o dedo indicador ou o indicador e o médio com lubrificante.
3. Com o polegar, o 4º e o 5º dedos da mão examinadora, afaste os grandes e pequenos lábios.
4. Introduza o indicador ou indicador/médio na vagina em sua parede posterior, próxima ao períneo.
5. Peça a paciente para fazer força para baixo.
6. Pressione o períneo para baixo e observe se há resistência do mesmo.
7. Introduza os dedos ao longo da parede posterior até encontrar o colo → consistência de ponta de nariz.
8. Identifique o colo uterino.

PALPAÇÃO BIMANUAL

1. Apoie a outra mão sobre a parede abdominal inferior.
2. Pressione com delicadeza esta mão sobre o abdome.
3. Com os dois dedos tocando o colo, leve o útero em direção a parede abdominal.
4. Após isso, a mão que toca a parede é deslizada de cima para baixo até que o útero fique posicionado entre as duas mãos e possa ser palpado.
≡ **OBSERVAR:** posição, tamanho, arquitetura, formato, simetria, presença de tumoração, consistência, dor a palpação, mobilidade.
5. Continue a palpação bimanual e avalie o colo do útero.
≡ **OBSERVAR:** posição, arquitetura, consistência e dor, se há dor à descompressão súbita do colo.
6. Com os dedos vaginais explore os fórnices anterior, posterior e laterais.
7. Coloque os dedos no fórnice lateral direito e a mão abdominal no quadrante inferior direito do abdome.
8. Mova a mão abdominal para baixo em direção aos dedos vaginais para delimitar os anexos.
9. Palpe a região anexial esquerda repetindo a técnica.
10. Prossiga com o exame retovaginal-abdominal.
11. Coloque o indicador na vagina e o dedo médio no ânus.
12. Posicione a outra mão na região infraumbilical.

13. Explore a cavidade pélvica mais alta a procura de anormalidades.
14. Retire os dedos com delicadeza e limpe a paciente.
15. Explique para a paciente que o exame terminou e ofereça ajuda oferecendo sua a mão para descer da mesa de exame.

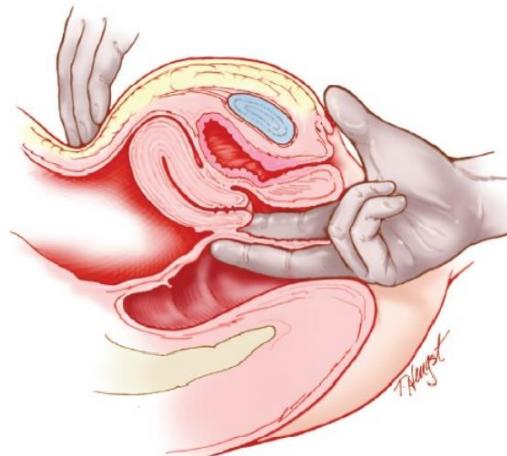
PACIENTES COM HÍMEN INTACTO: usar a técnica **retal-abdominal** posicionando o indicador no ânus e palpando a região pélvica: colo, corpo do útero, anexos.



PALPAÇÃO BIMANUAL



PALPAÇÃO BIMANUAL



PALPAÇÃO RETOVAGINAL-ABDOMINAL

SEMILOGIA OBSTÉTRICA

ANAMNESE OBSTÉTRICA

OBJETIVOS PRE-NATAL

- Conhecer a gestante e seu contexto psicossocial.
- Fazer a classificação de risco gestacional.
- Criar um ambiente acolhedor para troca de informações e para gestante se sentir segura.
- Realizar exames de rastreamento com impacto na morbimortalidade materno infantil.
- Atualizar o cartão vacinal.
- Orientação sobre consultas subsequentes e atividades educativas.
- Explicação do fluxo pela rede e preenchimento do cartão da gestante.

PRIMEIRA CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO

- Nome, idade, cor, estado civil, naturalidade e procedência, endereço atual.

DADOS SOCIOECONOMICOS

- Grau de instrução, estado civil/união, número e idade de dependentes, renda familiar, condições de moradia, condições de saneamento.
- Profissão/ocupação → algumas trazem riscos.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- **HIPERTENSÃO ARTERIAL:** risco de HAS gestacional.
- **DIABETES MELLITUS:** risco de diabetes gestacional.
- **MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS E ANOMALIAS GENÉTICAS:** risco de ocorrer na gestação atual.
- **GEMELARIDADE.**
- **CÂNCER DE MAMA E/OU DO COLO UTERINO.**
- **HANSENÍASE:** se sim, paciente deve ser testada pra essa condição.
- **TUBERCULOSE** → anotar a doença e o grau de parentesco: se sim, paciente deve ser testada pra essa condição.
- **PARCEIRO SEXUAL PORTADOR DE INFECÇÃO PELO HIV:** necessário um rastreamento maior.

ANTECEDENTES PESSOAIS

- **VOCÊ TEM ALGUMA DOENÇA? FAZ OU FEZ ALGUM TRATAMENTO?**
 - ≡ Hipertensão arterial crônica.
 - ≡ Diabetes mellitus.
 - ≡ Cardiopatias, inclusive doença de Chagas.
 - ≡ Doenças renais crônicas.
 - ≡ Doenças Hematológicas.

- ≡ Epilepsia.
- ≡ Doenças da tireoide e outras endocrinopatias.
- ≡ Doenças neurológicas e psiquiátricas.
- ≡ Doenças neoplásicas.

Qualquer uma dessas condições, já evidencia um pré-natal de alto risco.

- ≡ Vírus (rubéola, hepatites).
- ≡ Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas.
- ≡ Portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado).
- ≡ Infecção do trato urinário.

→ VOCÊ JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA?

- ≡ Risco de diástase ou alguma alteração na gravidez.

→ VOCÊ TEM ALERGIAS?

→ VOCÊ JÁ FEZ TRANSFUSÃO DE SANGUE?

- ≡ Qual o motivo e quando.

→ VOCÊ TEM CARTÃO DE VACINA?

→ VOCÊ FAZ USO DE MEDICAMENTOS?

→ VOCÊ FAZ USO DE DROGAS, TABAGISMO E ALCOOLISMO?

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

- **CICLOS MENSTRUAIS:** duração, intervalo e regularidade.
 - ≡ Fluxo muito intenso: possibilidade de uma anemia.
 - ≡ Irregular: possibilidade da DUM estar errada, e com isso a IG, síndrome dos ovários policísticos.
- **USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PRÉVIOS:** quais, por quanto tempo e motivo do abandono.
 - ≡ Notar se a gravidez foi planejada ou não.
 - ≡ Se a mulher engravidou com DIU é um risco.
- **INFERTILIDADE E ESTERILIDADE:** qual foi o tratamento.
 - ≡ Possibilidade de gravidez múltipla.
- **IST'S E DIP:** qual (is) e tratamentos realizados.
 - ≡ Possibilidade de risco gestacional.
- **CIRURGIAS GINECOLÓGICAS:** idade e motivo.
- **MALFORMAÇÕES UTERINAS:** possibilidade de risco gestacional.
- **MAMAS:** patologias e tratamento realizado.
- **ÚLTIMA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA:** data e resultado.
 - ≡ Se for muito antiga ou a paciente nunca fez, solicitar uma.

SEXUALIDADE

- **SEXARCA:** idade da primeira relação.
- **DISPAREUNIA:** dor ou desconforto durante o ato sexual.
- **PRÁTICA SEXUAL NA GESTAÇÃO ATUAL OU EM GESTAÇÕES ANTERIORES:**
- **Nº DE PARCEIROS DA GESTANTE E DE SEU PARCEIRO:** em época recente ou pregressa.
 - ≡ Se forem múltiplos parceiros, orientar quanto ao uso de preservativos.
- **USO DE PRESERVATIVOS MASCULINOS E/OU FEMININOS:** “uso correto” e “uso habitual”.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

- **Nº DE GESTAÇÕES:** incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme.
- **Nº DE PARTOS:** domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações.
- **Nº DE ABORTAMENTOS:** espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento.
- **Nº DE FILHOS VIVOS.**
- **IDADE NA PRIMEIRA GESTAÇÃO.**
- **INTERVALO ENTRE AS GESTAÇÕES:** em meses.
- **ISOIMUNIZAÇÃO RH.**
- **Nº DE RECÉM-NASCIDOS:** pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação).
- **Nº DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO E ALTO PESO:** menos de 2.500g e com mais de 4.000g;
- **Nº DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS OU PEQUENOS PARA A IDADE GESTACIONAL.**
- **MORTES NEONATAIS PRECOCEIS:** até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos).
- **MORTES NEONATAIS TARDIAS:** entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- **NATIMORTOS:** morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu.
- **RECÉM-NASCIDOS COM:** icterícia, transfusão, hipoglicemias, ex-sanguíneo- transfusões.
- **INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES EM GESTAÇÕES ANTERIORES:** deve-se especificá-las.
- **COMPLICAÇÕES NOS PUEPÉRIOS:** deve-se descrevê-las.
- **HISTÓRIAS DE ALEITAMENTOS ANTERIORES:** duração e motivo do desmame.

GESTAÇÃO ATUAL

- **DUM:** anotar certeza ou dúvida.
- **SINAIS E SINTOMAS NA GESTAÇÃO EM CURSO.**
- **HÁBITOS ALIMENTARES:** se não forem saudáveis, recomenda-los.
- **INICIOU SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA OU OUTRA MEDICAÇÃO:** se não tiver iniciado a suplementação, indicar dependendo do estágio onde se encontra.
- **INTERNAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO ATUAL.**
- **ACEITAÇÃO OU NÃO DA GRAVIDEZ:** pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente.

CALCULO DA IG

- **DUM CONHECIDA E CERTA:**
 - ≡ Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por 7 (resultado em semanas).

DUM: 15/04/2020.

DATA DA CONSULTA: 22/06/2020.

Somando os dias transcorridos neste intervalo, resultaremos em: 68.

Dividindo 68 por 7, resultaremos em 9 (correspondendo às semanas) e resto 5 (correspondendo aos dias).

IG= 9 semanas e 5 dias.

- ≡ Uso de disco (gestograma)

- **DUM DESCONHECIDA, PORÉM CONHECE O PERÍODO DO MÊS QUE OCORREU:**

- ≡ **Início do mês:** considere dia 5
- ≡ **Meio do mês:** considere dia 15
- ≡ **Final do mês:** considere dia 25

- **DUM DESCONHECIDA E PERÍODO DO MÊS DESCONHECIDO:**

- ≡ Considerar exame físico e início dos movimentos fetais.

CALCULO DA DPP

- **REGRA DE NÄGELE:**

- ≡ Somar sete dias ao primeiro dia da DUM.
- ≡ Subtrair três meses ao mês em que ocorreu a DUM.
- ≡ **janeiro a março:** adicionar nove meses ao mês em que ocorreu a DUM.

DUM: 13/09/2020.

DPP: 20/06/2020 ($13 + 7 = 20 / 9 - 3 = 6$).

DUM: 10/02/2020.

DPP: 17/11/18 ($10 + 7 = 17 / 2 + 9 = 11$).

CONSULTAS SUBSEQUENTES

→ ANAMNESE ATUAL SUCINTA.

- ≡ Enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas.

→ Verificação do calendário de vacinação.

- Avaliar o resultado dos exames complementares.
- Devem ser feitas a revisão e a atualização do Cartão da Gestante e da Ficha de Pré-Natal.
- Exame físico direcionado.

→ CONTROLES MATERNOS:

- ≡ Cálculo e anotação da IG.
- ≡ Determinação do peso e cálculo do IMC: anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- ≡ Medida da pressão arterial: observe a aferição da PA com técnica adequada.
- ≡ Palpação obstétrica e medida da altura uterina: anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal.
- ≡ Pesquisa de edema.
- ≡ Exame ginecológico: incluindo das mamas, para observação do mamilo.

→ CONTROLES FETAIS:

- ≡ Ausculta dos batimentos cardiotetáceos.
- ≡ Avaliação dos movimentos percebidos: pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registro dos movimentos fetais.

→ LINK PDF DA CADERNETA DA GESTANTE:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf

→ LINK DA FICHA PERINATAL:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_perinatal_ambulatorio.pdf

FATORES DE RISCO

→ FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO:

- Cardiopatias.
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica).
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo ($PA > 140/90 \text{ mmHg}$ antes de 20 semanas de idade gestacional – IG).
- Doenças neurológicas (como epilepsia).

- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); o
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma).
- Hanseníase.
- TBC.
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).
- Abortamento habitual.
- Esterilidade/infertilidade.
- Restrição do crescimento intrauterino.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação).
- Anemia grave ou não respondente a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma).
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista).
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com BI-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista).
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

→ FATORES DE RISCO GESTACIONAIS PRESENTES ANTERIORMENTE À GESTAÇÃO:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:
 - Idade maior que 35 anos;
 - Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
 - Altura menor que 1,45m;
 - Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg ($IMC < 19$ e $IMC > 30$);
 - Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
 - Situação conjugal insegura;
 - Conflitos familiares;
 - Baixa escolaridade;
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
 - Hábitos de vida – fumo e álcool;
 - Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

*A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Cabe salientar que, por força do Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento pré-natal.

2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

→ CONDIÇÕES OU COMPLICAÇÕES QUE PODEM SURGIR NO DECORRER DA GESTAÇÃO TRANSFORMANDO-A EM UMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO:

1. Exposição indevida ou accidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

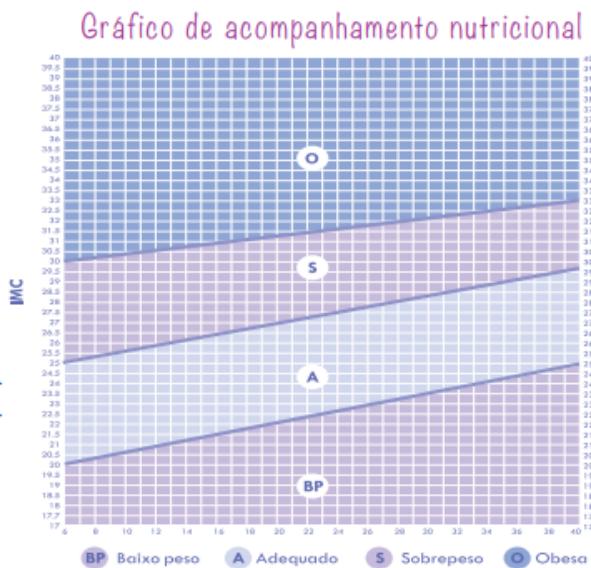
3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).



FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade		Como quer ser chamada					
Nome	Endereço		Cidade				
Idade	<15 anos anos >35 anos	Estado civil/união	Casada Solteira Estável Outro				
Instrução	Nenhuma Fundamental Médio Superior	Gravidez	Risco habitual Alto risco				
Peso anterior		Gravidez planejada	SIM NÃO				
Altura cm							
DUM	/ /	Tipo de gravidez					
DPP	/ /	Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada					
DPP eco	/ /						
Hospitalização na gravidez	NÃO SIM Dias	Grupo	Sensibilizada Rh + NÃO Rh - SIM				
Transferida	NÃO SIM Local Data	Antecedentes familiares					
		NÃO SIM	Não informado				
		Diabetes Hipertensão arterial Gemelar Outros					
Exames		Data	Resultado				
ABO-RH							
Glicemia de Jejun							
Teste Oral Tolerânc. Glic.							
Sífilis (teste rápido)							
VDRL							
HIV/Anti-HIV (teste rápido)							
Hepatite B-HBsAg							
Toxoplasmose							
Hemog. Hematócrito							
Urina-EAS							
Urina-Cultura							
Coombs Indireto							
Ultrassonografia							
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros	
/ /							
/ /							
/ /							
Malária Somente para gestantes da Região Amazônica.		Neg. Pos.	/	/	/	/	
Sulfato ferroso		1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês					
Ácido fólico		1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês					
Vacina Influenza		Data	/ /	Vacina antitetânica (dT)			
				Sem informação de imunização			
				Imunizada há menos de 5 anos			
				Imunizada há mais de 5 anos			
				1ª dose	/ /		
				2ª dose	/ /		
				3ª dose	/ /		
				Reforço	/ /		
Vacina Hepatite B				Eletroforese de Hemoglobina			
				Padrão	AA		
				outros	Heterozigose AS AC		
				outros	Homozigote SS SC		
Tratamento de Sífilis							
		1ª dose	/ /				
		2ª dose	/ /				
		3ª dose	/ /				



EXAME FÍSICO GERAL

1. Pele e das mucosas.
2. Sinais vitais.
3. Palpação cervical.
4. Ausculta cardiopulmonar.
5. Exame do abdome.
6. Exame dos membros inferiores.
7. Determinação do peso.
8. Determinação da altura.
9. Medida da pressão arterial.
10. Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

AVALIAÇÃO ESTADO NUTRICIONAL E GANHO DE PESO GESTACIONAL

→ **PRIMEIRO PASSO:** determinar a idade gestacional (IG):

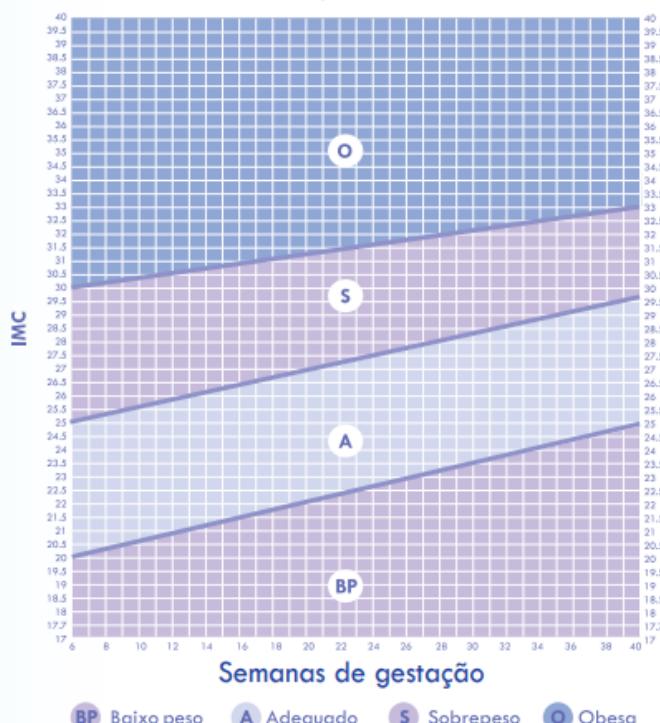
- ≡ Arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias, considere o número de semanas completas; e 4, 5, 6 dias, considere a semana seguinte.

→ **SEGUNDO PASSO:** calcule o IMC e utilize gráfico ou tabela para classificar o IMC de acordo com a IG determinada em:

- ≡ Baixo peso, adequada, sobrepeso e obesidade.

→ **APLICAÇÃO:** utilize a curva do índice de massa corporal de acordo com a semana gestacional, do cartão da gestante, para classificar os 3 casos apresentados na estação. Em seguida leia o caderno da atenção ao pré-natal do MS (paginas: 76-79), para entender as condutas conforme diagnóstico realizado.

Gráfico de acompanhamento nutricional

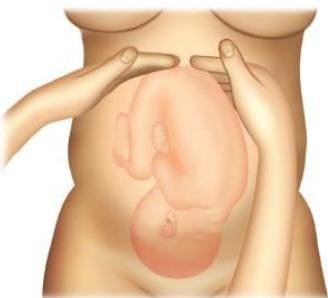


PALPAÇÃO OBSTÉTRICA

MANOBRAS DE LEOPOLD

→ **PRIMEIRO TEMPO:** examinador ao lado direito da paciente e de frente para ela.

1. Delimitar o fundo de útero com as duas mãos encurvadas.
2. Observar qual polo fetal o ocupa.



→ **QUARTO TEMPO:** com as costas do examinador voltadas para a paciente.

1. Colocar as mãos sobre as fossas ilíacas, caminhando em direção ao hipogastro, paralelamente à arcada crural e afastadas uma da outra, cerca de 10cm.
2. Com a ponta dos dedos, procurar penetrar na pelve, abarcando o polo que aí se encontra.
3. Com o objetivo de averiguar o grau de penetração do conceito no estreito superior da bacia.
4. Se os dedos são introduzidos em uma escavação vazia, deve suspeitar-se de situação transversa.



→ **SEGUNDO TEMPO:** visa determinar a posição fetal.

1. Deslizar as mãos do fundo em direção ao polo inferior.
2. Identificar o dorso fetal de um lado e os membros do outro.

Posição fetal: é definida pelo lado materno ao que se projeta o dorso fetal, sendo esquerda (primeira posição) ou direita (segunda posição).

Auxilia na procura do foco de auscultação dos batimentos cardíacos do feto → que deverá ser feita no lado que se encontra o dorso fetal.



→ **TERCEIRO TEMPO:** visa à exploração da mobilidade do polo que se apresenta.

1. Apreender o polo entre o polegar com dedo indicador ou médio.
2. Fazer movimentos de lateralidade para verificar o grau de penetração da apresentação na bacia.

Apresentação alta e móvel, o polo balança de um lado para o outro.



MEDIDA ALTURA UTERINA

1. Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
2. Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
3. Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, na borda superior da sínfise pública com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
4. Deslide a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão.
5. Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.
6. Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.

Reconheça a curva da altura uterina em função da IG no cartão de prénatal e a interpretação do traçado obtido e condutas no caderno de atenção ao pré-natal do MS (páginas: 97 e 98).

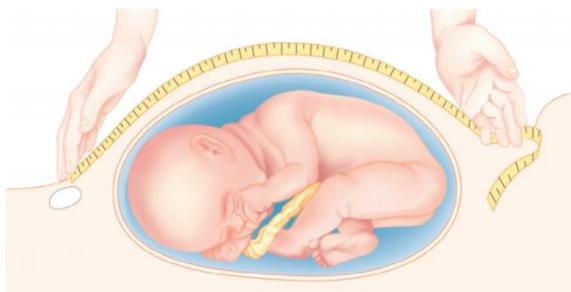


Figura 3 Técnica de medida da altura uterina da sínfise pública (esquerda) ao fundo uterino (direita).

AUSCULTA BATIMENTOS CARDIOFETAIS

1. Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto.
2. Identifique o dorso fetal.
 - Além de realizar a palpação, perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais → o dorso estará no lado oposto.
3. Segure o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal.
4. Encoste o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio.
5. Faça, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e, só então, retire a mão que segura o tubo.
6. Quando disponível, utilize o sonar doppler.
7. Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso feta.
8. Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes.
9. Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo.
10. Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante.



REGISTRO MOVIMENTOS FETAIS

ORIENTAÇÕES

1. Alimente-se antes de começar o registro.
2. Fique em posição semi-sentada, com a mão no abdome.
3. Marque o horário de início.
4. Registre seis movimentos e marque o horário do último.
5. Se, em uma hora, o bebê não se mexer seis vezes, pare de contar os movimentos.
6. Repita o registro.
7. Se persistir a diminuição, procure a unidade de saúde.

REGISTRO DO ESTÍMULO SONORO SIMPLIFICADO

TESS

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sonar doppler.
- Buzina de Kobo (buzina de bicicleta).

TÉCNICA

1. Coloque a mulher em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler).
2. Palpe o polo céfálico.
3. Ausculte os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcule a média (obs.: a gestante não deve estar com contração uterina).
4. Realize o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo céfálico fetal com ligeira compressão sobre o abdome materno (aplique o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos).
5. Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdome materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis.
6. Imediatamente após o estímulo, repita a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refaça a média dos batimentos.

INTERPRETAÇÃO

- **TESTE POSITIVO:** presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à medida inicial ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do abdome materno durante a realização do estímulo.
- **TESTE NEGATIVO:** ausência de resposta fetal identificada tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos.
 - ≡ O teste deverá ser realizado duas vezes, com intervalo de, pelo menos, dez minutos para se considerar negativo.

TOQUE VAGINAL

PREPARAÇÃO

- Utilizar luvas.
- Com o polegar, o 4º e o 5º dedos da mão examinadora, afaste os grandes e pequenos lábios.
- Introduza o indicador e médio na vagina.

IDENTIFICAÇÃO

→ COLO UTERINO

- ≡ Diâmetro (cm).

2 DEDOS APERTADOS – 2 CM

1 DEDO ENTRE – 3 CM

2 DEDOS ENTRE – 5 CM

ENCOSTA DAS DUAS PAREDES – 7 CM

ENCOSTA EM UMA PAREDE – 9 CM

- ≡ Apagamento (%).

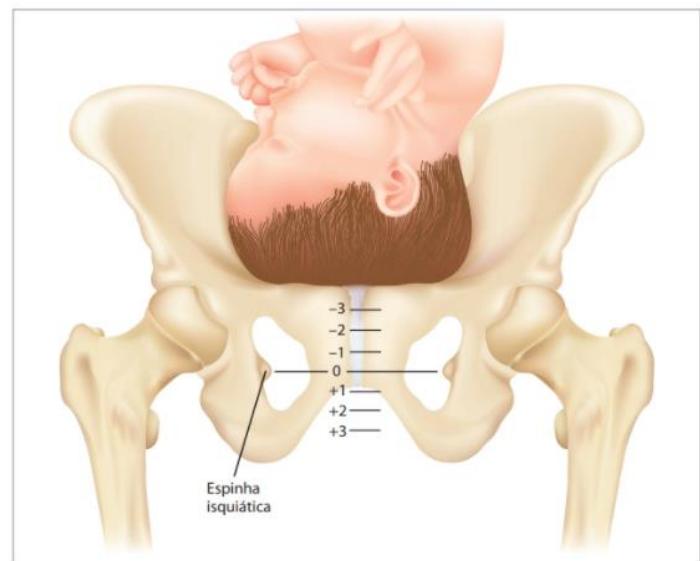
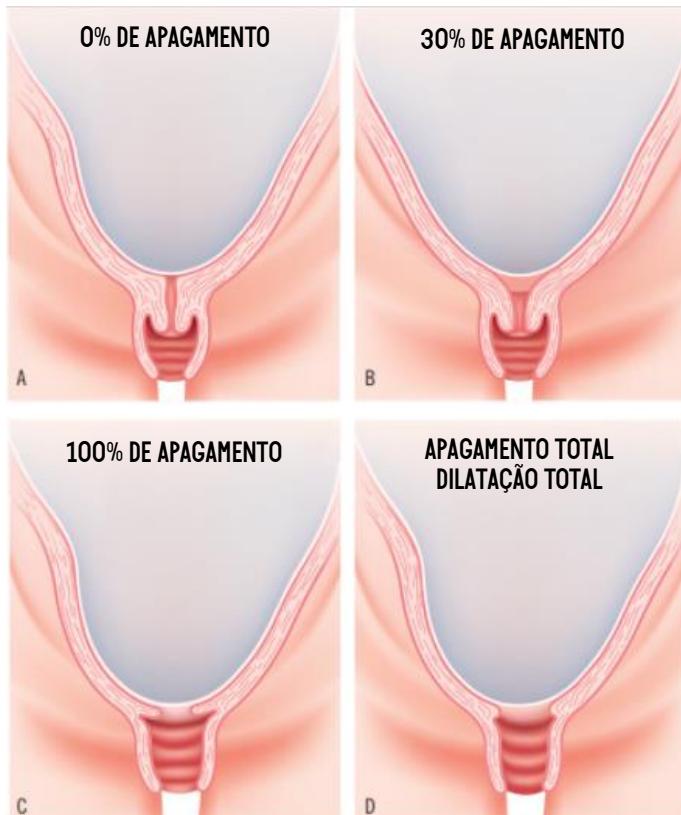


FIGURA 2. Descida da apresentação: planos de De Lee.

- ≡ Consistência.

→ INTEGRIDADE DA BOLSA DAS ÁGUAS

→ FETO

- ≡ Grau da descida (Planos de DeLee e Hodge).
- ≡ Orientação que tomou a cabeça.

EVOLUÇÃO TRABALHO DE PARTO

1. Determinar se a paciente está em trabalho de parto: 2/10'25".
 - ≡ Colocar a palma de uma das mãos sobre o corpo uterino.
 - ≡ Observar seu endurecimento e relaxamento.
 - ≡ Contar quantas contrações ocorrem em um período de 10 minutos marcando sua duração em segundos.
2. Determinar a **SITUAÇÃO** e **APRESENTAÇÃO FETAL** através das manobras de Leopold.
3. Determinar a **VARIEDADE DE APRESENTAÇÃO** e **POSIÇÃO**.

SITUAÇÃO

- Consiste na relação entre o maior eixo da cavidade uterina e o maior eixo fetal.
- Dá origem a três possibilidades de situação fetal:
 - ≡ **LONGITUDINAL**.
 - ≡ **TRANSVERSA**.
 - ≡ **OBLÍQUA**.



LONGITUDINAL



TRANSVERSA
OU CÓRMICA



OBLÍQUO

APRESENTAÇÃO FETAL

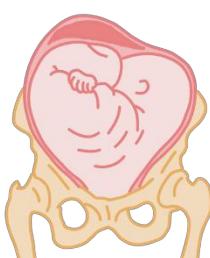
- É definida como a região fetal que ocupa a área do estreito superior e nela se vai insinuar.
- Quando a **situação** é **longitudinal**.
 - ≡ **CEFÁLICA**.
 - ≡ **PÉLVICA**.
- Quando a **situação** é **transversal**.
 - ≡ **CÓRMICA (DE OMBRO)**: dorso se apresenta anterior ou posterior.
 - ≡ **DORSAL SUPERIOR E INFERIOR**: muito rara.



CEFÁLICA



PÉLVICA



CÓRMICA

VARIEDADE DE APRESENTAÇÃO

→ APRESENTAÇÃO CEFÁLICA FLETIDA:

- ≡ Ponto de referência: fontanela posterior ou lambdoide.



→ APRESENTAÇÃO CEFÁLICA DEFLETIDA DE 1º GRAU:

- ≡ Apresentação de bregma.
- ≡ Ponto de referência: fontanela anterior ou bregmática.



→ APRESENTAÇÃO CEFÁLICA DEFLETIDA DE 2º GRAU:

- ≡ Apresentação de frente.
- ≡ Ponto de referência: glabella (raiz do nariz).



→ APRESENTAÇÃO CEFÁLICA DEFLETIDA DE 3º GRAU:

- ≡ Apresentação de face.
- ≡ Ponto de referência: mento.



→ APRESENTAÇÃO PÉLVICA COMPLETA:

- ≡ Coxas fletidas e aconchegadas ao abdome, e as pernas fletidas junto às coxas.



→ APRESENTAÇÃO PÉLVICA INCOMPLETA:



→ APRESENTAÇÃO CÓRMICA DORSO ANTERIOR:

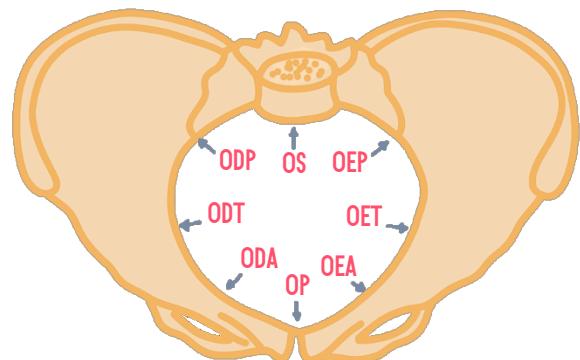


→ APRESENTAÇÃO CÓRMICA DORSO POSTERIOR:



VARIÉDADE DE POSIÇÃO

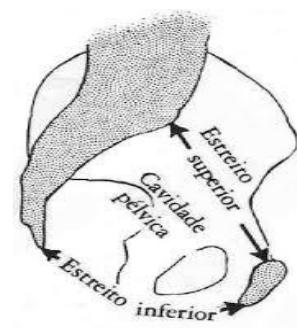
- Complementa a orientação espacial do conceito.
- Relaciona um ponto de referência da apresentação fetal com um ponto de referência ósseo da bacia materna.



- OP: occípito-pública.
- OS: occípito-sacra.
- ODT: occípito direito transversa.
- OET: occípito esquerda transversa.
- OEA: occípito esquerda anterior.
- ODA: occípito direita anterior.
- ODP: occípito direita posterior.
- OEP: occípito esquerda posterior.

BACIA OSSEIA MATERNA

- **ESTREITO SUPERIOR:** promontório, sínfise púbica e paredes laterais da bacia.
- **ESTREITO MÉDIO:** entre as espinhas ciáticas (10cm) = Plano zero de De Lee.
- **ESTREITO INFERIOR:** cóccix até borda inferior da sínfise púbica.



POSIÇÃO

- Relação do dorso fetal com o lado materno.
- ≡ **POSIÇÃO FETAL ESQUERDA** (primeira posição).
- ≡ **POSIÇÃO FETAL DIREITA** (segunda posição).

MECANISMO DO PARTO

INSINUAÇÃO

- Aproximação do polo cefálico no estreito superior da bacia.

ENCAIXAMENTO

- Vértice penetra no estreito superior podendo atingir o estreito médio.

FLEXÃO

- Diâmetro occipito-frontal > sub-occipito bregmático.

ROTAÇÃO INTERNA

- Ocorre após a cabeça ultrapassar o estreito médio e varia conforme sua entrada no estreito superior.
 - ≡ **TRANSVERSA**: 90°.
 - ≡ **OBLÍQUA**: 45° nas anteriores e 135° nas posteriores.

DEFLEXÃO

- Movimento que ocorre para a saída do mento.

ROTAÇÃO EXTERNA

- Polo cefálico já exteriorizado gira para mesma posição da coluna vertebral.

DESPREENDIMENTO

- Saída do ombro anterior, depois o posterior e o restante do corpo.

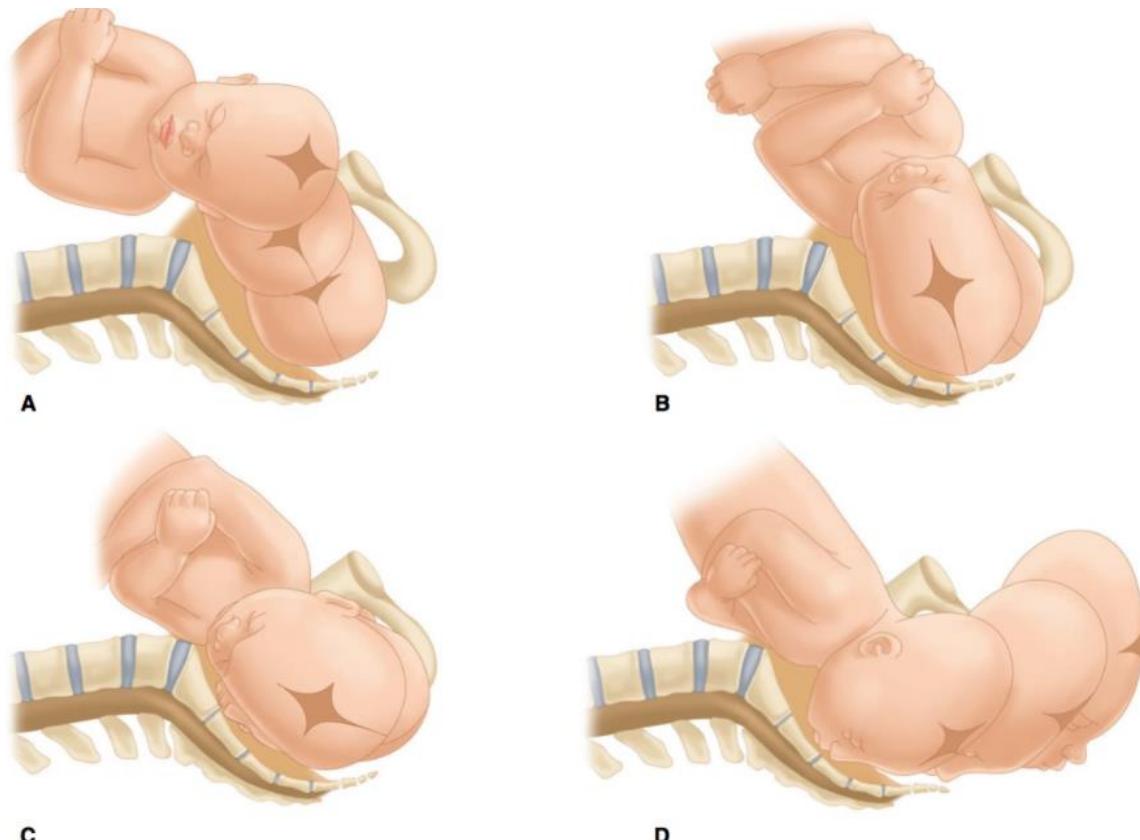


FIGURA 22-15 Mecanismo do trabalho de parto em posição occiptotransversa esquerda, visão lateral. **A.** Insinuação. **B.** Depois da insinuação, descida adicional. **C.** Descida e rotação interna inicial. **D.** Rotação e extensão.

