



Organização

Nara Macedo Botelho

Djenanne Simonsen A. de C. Caetano

Autoras

Rebecca Perez de Amorim

Juliana Santiago de Oliveira

Anna Luiza Melo Machado

Júlia Nicolau da Costa Chady

Amanda Matos da Mota

MANUAL DE HABILIDADES PROFISSIONAIS

Atenção à saúde
da mulher e da gestante

Ginecologia e Obstetrícia



Reitor
Vice-Reitor
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Pró-Reitora de Graduação
Pró-Reitora de Extensão
Pró-Reitor de Gestão e Planejamento



Coordenador e Editor-Chefe

Conselho Editorial

Universidade do Estado do Pará

Rubens Cardoso da Silva
Clay Anderson Nunes Chagas
Renato da Costa Teixeira
Ana da Conceição Oliveira
Alba Lúcia Ribeiro Raithy Pereira
Carlos José Capela Bispo

Editora da Universidade do Estado do Pará

Nilson Bezerra Neto
Francisca Regina Oliveira Carneiro
Hebe Morganne Campos Ribeiro
Joelma Cristina Parente Monteiro Alencar
Josebel Akel Fares
José Alberto Silva de Sá
Juarez Antônio Simões Quaresma
Lia Braga Vieira
Maria das Graças da Silva
Maria do Perpétuo Socorro Cardoso da Silva
Marília Brasil Xavier
Núbia Suely Silva Santos
Renato da Costa Teixeira (Presidente)
Robson José de Souza Domingues
Pedro Franco de Sá
Tânia Regina Lobato dos Santos
Valéria Marques Ferreira Normando

Autoras

Rebecca Perez de Amorim

Juliana Santiago de Oliveira

Anna Luiza Melo Machado

Júlia Nicolau da Costa Chady

Amanda Matos da Mota

MANUAL DE HABILIDADES PROFISSIONAIS

Atenção à saúde
da mulher e da gestante

Ginecologia e Obstetrícia

Belém - PA
2018

Realização

Universidade do Estado do Pará - UEPA
Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA

Apoio



Normalização e Revisão

Marco Antônio da Costa Camelo

Capa

Mayra Sarges

Diagramação

Odivaldo Teixeira Lopes

Apoio Técnico

Arlene Sales Duarte Caldeira

Maria Cláudia da Silva Faro

Alexandre Nicolau Saraty

Bruna Toscano Gibson

Jarina Silva

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) **Sistema de Bibliotecas da UEPA / SIBIUEPA**

Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante / Organização de
Nara Macedo Botelho et al. – Belém: EDUEPA, 2018. (Ginecologia e Obstetrícia).

93 p.

Vários colaboradores

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-8458-034-7

1. Ginecologia – Diagnóstico. 2. Obstetrícia – Diagnóstico. I. Botelho, Nara
Macedo, Org. II. Série.

CDD 22.ed. 618.1075

Ficha Catalográfica: Rita Almeida CRB-2/1086



Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA
Travessa D. Pedro I, 519 - CEP: 66050-100
E-mail: eduepa@uepa.br/livrariadauepa@gmail.com
Telefone: (91) 3222-5624

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	8
Prefácio à primeira edição.....	9
Apresentação.....	10

Capítulo I

ANAMNESE GINECOLÓGICA	11
Introdução.....	11
Tópicos.....	11

Capítulo II

EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO	17
Introdução.....	17
ESTADO GERAL.....	17
DADOS ANTROPOMÉTRICOS.....	18
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.....	18
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	18
TEMPERATURA.....	19
PRESSÃO ARTERIAL.....	19
PELE E MUCOSAS.....	19
EXAME DA TIREOIDE.....	21
Exame físico das mamas.....	22
ANATOMIA DAS MAMAS.....	22
INSPEÇÃO ESTÁTICA	23
INSPEÇÃO DINÂMICA.....	25
PALPAÇÃO.....	26
EXPRESSÃO	28
PALPAÇÃO DE GÂNGLIOS (linfadenomegalia)	29
Exame físico da Vulva e Colpocitologia Oncótica.....	31
INSPEÇÃO ESTÁTICA.....	33
INSPEÇÃO DINÂMICA.....	34

PALPAÇÃO.....	35
EXPRESSÃO.....	35
EXAME ESPECULAR.....	36
Introdução do espéculo	36
O exame especular deve ser realizado:	37
COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	38
TESTE DO IODO (Schiller).....	41
TOQUE.....	44

Capítulo III

ATENDIMENTO PRÉ-NATAL.....	48
Introdução.....	48
Diagnóstico da gravidez.....	49
Cálculos	50
Primeira consulta.....	51
ANAMNESE OBSTÉTRICA.....	55
EXAME FÍSICO.....	55
Intercorrências	58
Vacinas.....	59
Registro das informações na Caderneta da Gestante	61
Consultas de retorno pré-natal.....	64

Capítulo IV

ANAMNESE OBSTÉTRICA.....	66
Introdução.....	66
Tópicos.....	67

Capítulo V

EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO.....	79
Introdução.....	79
INSPEÇÃO GERAL.....	79
Exame das mamas.....	82

Exame obstétrico.....	83
INSPEÇÃO.....	83
PALPAÇÃO.....	83
MEDIDA DA ALTURA UTERINA.....	83
PALPAÇÃO.....	86
AUSCULTA FETAL.....	89
EXAME UROGENITAL	90
TOQUE OBSTÉTRICO.....	91
EXTREMIDADES.....	91

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Universidade do estado do Pará pelo estímulo à formação de médicos e professores capacitados no curso de medicina ao decorrer dos anos.

À Anne Rosado Ribeiro, médica ginecologista e obstetra pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará por carinhosamente auxiliar as autoras na obtenção de fotos para este manual prático.

À Ms^a Ana Carla Araújo Campos que disponibilizou fotos do seu arquivo pessoal para o presente manual, auxiliando por conseguinte na formação de futuros profissionais da área da saúde.

PREFÁCIO À PRIMEIRA EDIÇÃO

A Universidade do Estado do Pará, através do Centro de Ciências Biológicas, entrega à comunidade acadêmica do curso de Medicina mais um manual. Trata-se do “Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e da gestante – Ginecologia e Obstetrícia”. Mais do que outro compêndio manualizado, trata-se do título de abertura na área de Ginecologia e Obstetrícia, assinada pela Profª Drª Nara Macedo Botelho, da Profª Msª Djenanne Simonsen A. de C. Caetano e das alunas Rebecca Perez de Amorim, Juliana Santiago de Oliveira, Anna Luiza Melo Machado, Julia Nicolau da Costa Chady e Amanda Matos da Mota.

Um trabalho dessa natureza chega num momento especial para a Universidade do Estado do Pará, que modifica o currículo no curso de medicina, visando proporcionar ao corpo discente maiores possibilidades de partilhar um conhecimento diferenciado e de aspecto prático.

Com o presente manual, as autoras partilham lições que ficarão para sempre, independente da presença ou não daquelas que consagraram sua vida profissional ao ensino da medicina.

Este “Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e da gestante – Ginecologia e Obstetrícia” com conteúdo rico e atualizado, seguindo as doutrinas do sistema único de saúde, certamente irá melhorar as aulas de ginecologia e obstetrícia (GO) que acontecem no laboratório e ambulatório, será de grande utilidade para aqueles que, atuando como alunos do internato ou médicos generalistas, terão diante de si o desafio de cuidar melhor da saúde da mulher e gestante. Na eventual ausência do professor, ele será companheiro e orientador daqueles que também sonham com uma carreira em que amor pela vida e pelo trabalho fala mais alto do que qualquer outro interesse.

Thaís Farias Cavalcante

Médica ginecologista e obstetra

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é baseada na atenção integral ao paciente, com abordagem humanizada de todos os grupos populacionais. Nesse contexto, a atenção à saúde da mulher é um dos grandes pilares da atenção básica oferecida pelos serviços, sendo de grande importância, principalmente, durante a aprendizagem nos cursos da área da saúde.

A consolidação dos conteúdos nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia é reconhecidamente importante na graduação. Por isso, é necessário que ainda durante o curso os estudos teóricos e práticos da semiologia sejam coerentes e direcionados para o bom atendimento.

Esta obra, portanto, tem como objetivo abordar de forma clara e sistematizada estes conteúdos, servindo como instrumento facilitador entre a teoria e a prática. Além disso, é de grande utilidade, uma vez que pode ser usado em diversos momentos da construção do aprendizado no curso de Medicina, tanto para o aluno no início da graduação, em seu primeiro contato com tais temáticas, quanto para alunos mais adiantados, como ferramenta de consulta e revisão, por se tratar de um material objetivo e ilustrativo, de fácil entendimento.

A criação de um material base e de cunho prático para o ensino da ginecologia e obstetrícia é essencial para a melhor compreensão dos diversos conteúdos e habilidades profissionais exigidas aos alunos e aos profissionais formados, independente de suas áreas de atuação.

Anamnese Ginecológica

*Juliana Santiago de Oliveira
Djenanne Simonsen A. de C. Caetano
Nara Macedo Botelho*

Introdução

A relação médico-paciente é parte vital da consulta médica. No momento da anamnese, não deve-se apenas transcrever as informações que são fornecidas, é importante criar uma boa conexão com o paciente onde o médico seja capaz de compreender e perceber as reações deste frente as diversas perguntas questionadas.

Como toda a anamnese, deve ser iniciada com a identificação e posteriormente a queixa principal, seguida da história da doença atual (HDA), interrogatório sintomatológico dos diversos aparelhos (ISDA), antecedentes familiares e pessoais. Depois de obter essas informações, deve-se focar na anamnese ginecológica propriamente dita, interrogando sobre antecedentes menstruais, sexuais, métodos de anticoncepção, exames ginecológicos realizados previamente, antecedentes ginecológicos e obstétricos.

Tópicos

- **Identificação:** Questionar nome, idade, estado conjugal, cor, religião, escolaridade, profissão, endereço, cidade, estado, procedência (lugar de origem) e telefone.

Observações:

- A idade permite situar a paciente em uma das fases da mulher (infância, puberdade, maturidade sexual, climatério e envelhecimento), para melhor entendimento de certas doenças, mais frequentes em determinadas faixas etárias, facilitando assim o raciocínio clínico e diagnóstico.

- No estado conjugal questionar sobre casamento ou união estável.
- A identificação da cor tem importância visto que certas doenças são mais constantes em determinadas raças, como por exemplo, mulheres negras tendem a apresentar leiomioma uterino mais frequentemente que mulheres brancas.

- ▶ **Queixa principal:** o motivo da consulta (perguntando: “o que lhe trouxe aqui?”) acrescentar o tempo da queixa.
- ▶ **História da Doença Atual:** Serão investigados de maneira precisa, procurando saber início dos sintomas, características do sintoma (duração, localização, intensidade, frequência, tipo etc.), fatores de melhora e piora, relação com outras queixas, evolução, além do uso de medicamentos e como está no momento da consulta.
- ▶ **ISDA:** Interrogar os diversos aparelhos, cardiovascular, respiratório, musculoesqueléticos, endócrino/metabólico (Diabetes? Hipertensão?), urológicos e gastrointestinais.
- ▶ **Antecedentes familiares:** Questionar sobre doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, câncer (principalmente de útero, ovário e mama), malformação congênita, gemelaridade na família e doenças infectocontagiosas.
- ▶ **Antecedentes pessoais:** Questionar se a paciente faz uso de cigarro (tabaco) e/ou álcool (se sim, quantas vezes ao dia e há quanto tempo), se pratica atividade física (se sim, qual tipo), apresenta alergia a algum tipo de medicamento e se já realizou alguma cirurgia (Quando? Quantas? Quais e as indicações?).
- ▶ **Antecedentes menstruais:** Questionar a menarca, intervalo do ciclo menstrual, duração da menstruação, regularidade (mensal), intensidade do fluxo (normal para paciente) e cor do sangue.
 - Perguntar sobre a data da última menstruação (DUM) – lembrando que a DUM é o primeiro dia da última menstruação, se apresenta dismenorreia (dor durante a menstruação) ou SPM (Síndrome Pré-Menstrual) antes da menstruação.

- Caso a paciente não menstrue mais, questionar sobre quando ocorreu a menopausa, a idade em que ocorreu e se foi natural ou por causa externa, além de questionar também o uso de terapia hormonal e de qual tipo.

Observações:

- Sintomas da SPM – mastalgia, cefaleia, irritação, nervosismo, distensão abdominal dentre outros.
- A cólica menstrual também é chamada de algomenorréia.

- **Antecedentes sexuais:** quando ocorreu a coitarca (primeira relação sexual)? O número de parceiros na vida: se um, dois ou mais de três. Questionar sobre libido (vontade de praticar a relação sexual) normal, aumentada, diminuída ou ausente; sobre orgasmo (desejo durante a relação sexual); dispareunia (dor durante na relação sexual) se sim, há quanto tempo e se é de penetração ou de profundidade; e se apresenta sinusiorragia (sangramento durante a relação sexual).

Observações:

Perguntar se há mais de três parceiros, e não a quantidade exata para evitar constrangimentos a paciente.

- **Anticoncepção:** Questionar sobre os métodos contraceptivos (MAC) utilizados no momento e quais utilizados anteriormente (MPC).
- Tipos: camisinha (condon), CHO (contraceptivo hormonal oral), CHIM/T (injetável mensal ou trimestral) ou DIU (dispositivo intra-uterino).
 - Se contraceptivo hormonal questionar qual o tipo e duração de uso.
- **Antecedentes ginecológicos:** biópsia (vagina, colo ou vulva), cauterização, CAF (cirurgia de alta frequência), se apresenta ou apresentou algum tipo de DST e qual, se foi confirmada por exames e se realizou o tratamento, questionar sobre colpocitologia oncótica, mamografia seus resultados e a data do último exame. Se apresenta

algum corrimento ou irritação vaginal caracterizando o tempo de duração, a quantidade, coloração, odor e se realizou tratamento. Questionar sobre alterações vulvares como: prurido, tumor etc. Verificar se apresenta alguma queixa mamária.

- **Antecedentes obstétricos:** questionar sobre G (gestação), PN (parto natural), PC (parto cesárea), A (abortamento).
 - Exemplo: G3, PN2, PC1, A0. 3 gestações, 2 de parto natural 1 de cesárea e nenhum abortamento.
 - Qual intervalo de tempo e qual idade no primeiro parto e último parto? Questionar peso do RN (recém-nascido) que nasceu com o maior peso, se teve o puerpério normal ou patológico, se amamentou e por quanto tempo.

Referências

CARRARA, H.H.A. et al. Semiologia ginecológica. **Medicina.**, Ribeirão Preto, v.29, n.1, p.80-87, jan./mar. 1996.

DISCIPLINA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL. Anamnese e Exame físico ginecológico. Hospital São Lucas da PUC/RS. Rio Grande do Sul.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 949-957.

FICHA CLÍNICA DA MULHER



Universidade do Estado do Pará

DATA:		PRONTUÁRIO:	
Identificação			
Nome:		Idade:	
Data de nascimento: ____/____/____			
Estado civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ União Estável ☐ Divorciada/separada			
Cor: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Outras _____			
Religião: ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ outras _____			
Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ Alfabetizada ☐ Ens. Fund. Incompleto ☐ Ens. Fund. Completo ☐ Ens. médio ☐ Ens. superior			
Profissão:		Telefone:	
Endereço:		Nº:	
Cidade:	UF:	Procedência:	
Queixa principal:			
HDA: _____ _____ _____ _____			
ISDA: Cardiovascular _____ Urológico: _____ Respiratório: _____		Gastrointestinal: _____ Endocrinológico/metabólico: _____ Outros: _____	
Antecedentes familiares			
Cardiovascular: _____ Endócrino/metabólico: _____		Câncer: _____ Outros: _____	
Antecedentes pessoais			
Doenças: _____ Uso de medicamentos: _____ Hábitos: Tabagismo: ☐ Não ☐ Sim Nº cigarros/dia: ____ Há: _____ Etilismo: ☐ Não ☐ Sim ____ x semana/mês Há: _____		Jornada de trabalho: ____ h / dia ou ____ h/semana Atividade Física: ☐ não ☐ sim ____ x semana Tipo: _____ Alergias: _____ Cirurgias: _____	
Antecedentes ginecológicos			
Já realizou? ☐ Biópsia (colo, vagina ou vulva) ☐ Cauterização (colo, vagina ou vulva) ☐ CAF ☐ Não sabe DST: ☐ não ☐ sim Qual? _____ Confirmada por exames? ☐ Não ☐ sim Qual? _____ Corrimento ou irritação vaginal: ☐ não ☐ sim Há quanto tempo? _____ Tratamento: ☐ não ☐ sim _____ Queixa mamária: ☐ não ☐ sim Qual? _____ Tratamento: ☐ não ☐ sim Outras: _____			

Antecedentes menstruais	
Menarca: ____ anos DUM: ____/____/____ Ciclos: Intervalo ____/____ duração ____ (dias)? Quantidade: ____ normal/ aumentada/diminuída Dismenorréia: ☐ não ☐ sim Sintoma/sinal:	Síndrome Pré-menstrual: ☐ não ☐ sim Sintoma/ sinal: _____ Menopausa: ☐ natural ☐ histerectomia ☐ ooforectomia Idade: ____ anos TH: ☐ não ☐ sim Tipo: _____
Antecedentes sexuais	
Coitarca: ____ anos N° parceiros na vida: ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ >3 Libido: ☐ normal ☐ ausente Orgasmo: ☐ normal ☐ ausente Dispareunia: ☐ não ☐ sim ☐ Dispareunia Profundidade ☐ Dispareunia penetração Há quanto tempo? _____ Sinusiorragia ☐ sim ☐ não Tipo: _____ Método contraceptivo: ☐ sim ☐ não Tipo: _____ Quanto tempo: _____	
Exames ginecológicos	
Mamografia: ____ Data do Último Exame: ____/____/____ Resultado: _____ Colpocitologia oncótica: ____ Data do Último Exame: ____/____/____ Resultado: _____	
Antecedentes obstétricos	
G ____ PN ____ PC ____ A ____ 1º parto com: ____ anos Último parto há: ____ anos Peso RN (maior): ____ g Puerpério: ☐ normal ☐ patológico _____ Amamentação: ☐ sim ☐ não Duração total: _____ Observações: _____	

Exame físico ginecológico

Juliana Santiago de Oliveira

Júlia Nicolau da Costa Chady

Anna Luiza Melo Machado

Djenanne Simonsen A. de C. Caetano

Nara Macedo Botelho

Introdução

O exame ginecológico satisfatório depende da colaboração da paciente e do cuidado do médico em demonstrar segurança em sua abordagem no exame. Antes de iniciar os procedimentos é importante que o médico lave as mãos, esteja corretamente vestido (cabelo preso, unhas curtas e limpas, sapato fechado, jaleco limpo e abotoado) que informe cada passo do exame **previamente**, em linguagem acessível à paciente, sendo que esta deve estar ciente de que poderá interromper ou pedir uma pausa no exame a qualquer momento.

O exame físico da mulher, seja ele ginecológico ou obstétrico, deve ser completo, como em qualquer consulta eletiva, embora possua também suas particularidades. Nele, estão incluídos:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Estado Geral (fácies) | 8. Ausculta Cardíaca |
| 2. Dados Antropométricos | 9. Ausculta Respiratória |
| 3. Índice de Massa Corpórea (IMC) | 10. Exame das Mamas |
| 4. Temperatura | 11. Exame do Abdome |
| 5. Pressão Arterial | 12. Exame Ginecológico |
| 6. Pele e Mucosas | 13. Exame Obstétrico |
| 7. Exame da Tireoide | |

ESTADO GERAL

É uma avaliação subjetiva da totalidade do paciente. Pode indicar um bom prognóstico, no caso de ser positivo na presença

de doenças graves, ou chamar a atenção do médico para a busca de outros sintomas que justifiquem um estado geral negativo. Classificado em: Bom, Regular ou Ruim.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

- ▶ Peso e altura.
- ▶ Circunferência Abdominal: caracteriza a presença de gordura visceral e corporal. A OMS estabelece como ponto de corte para maior risco de doença cardiovascular a circunferência abdominal igual ou maior que 80 cm para mulheres.

Medida da Circunferência abdominal: posicionar a trena antropométrica acima da cicatriz umbilical.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

- ▶ $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 (\text{m}^2)}$

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

- ▶ Estado de nutrição normal.
- ▶ Desnutrição.
- ▶ Sobrepeso.
- ▶ Obesidade (grau 1, 2 ou 3).

CLASSIFICAÇÃO	IMC
Baixo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade grau I	30,0 – 34,9
Obesidade grau II (severa)	35,0 – 39,9
Obesidade grau III (mórbida)	> 40,0

Fonte dos Dados: WHO, 2000.

TEMPERATURA

A temperatura corpórea é avaliada por meio do uso de termômetro em diferentes regiões do corpo, dentre elas axilas, boca e reto. É importante ressaltar que os valores de referência variam de acordo com a região, sendo a axila a mais comumente utilizada para a mensuração.

LOCAL	INTERVALO DE NORMALIDADE
Axilar	35,5°C – 37°C
Bucal	36°C – 37,4°C
Retal	36°C – 37,5°C

Fonte: Semiologia Médica – Porto, 2014.

Quanto à febre, sua intensidade pode ser classificada em leve, moderada e alta, de acordo com a temperatura axilar:

INTENSIDADE	INTERVALO DE TEMPERATURA
Febre leve ou febrícula	Até 37,5°C
Febre moderada	37,6°C – 38,5°C
Febre alta ou elevada	Acima de 38,5°C

Fonte: Semiologia médica – Porto, 2014.

PRESSÃO ARTERIAL

Classificação do Ministério da Saúde para pressão arterial sistêmica:

INTENSIDADE	INTERVALO DE TEMPERATURA
Normal	< 130/85 mmHg
Limítrofe	130-139/85-89 mmHg
Hipertensão estágio 1	140-159/90-99 mmHg
Hipertensão estágio 2	160-179/100-109 mmHg
Hipertensão estágio 3	≥ 180/110 mmHg

Fonte dos Dados: Ministério da Saúde, 2013.

PELE E MUCOSAS

Para o exame físico da pele e mucosas é necessária a exposição das regiões corpóreas analisadas além de iluminação

adequada para a inspeção, preferencialmente com luz natural e auxílio de pequeno foco de luz. Ambos podem ser feitos em etapas, onde serão observadas as seguintes características:

CARACTERÍSTICAS	PRINCIPAIS VARIAÇÕES E COMO DETERMINA-LAS
Coloração	Palidez, vermelhidão ou eritema, cianose, icterícia, etc
	Por meio da inspeção.
Integridade	Exulceração, ulceração, fissura...
	Por meio da inspeção.
Umidade	Normal, diminuída/seca ou aumentada/sudorenta
	Por meio da inspeção e palpação com as polpas digitais e palma da mão.
Textura	Normal, lisa/fina, áspera ou enrugada
	Por meio do deslizamento das polpas digitais sobre a pele.
Espessura	Normal, atrófica ou hipertrófica/espessa
	Por meio de uma prega cutânea da epiderme e derme (com atenção para não pinçar o tecido celular subcutâneo). Para tal é usado o indicador e o polegar. Feita em diferentes regiões do corpo.
Temperatura	Normal, aumentada ou diminuída
	Por meio da palpação com a face dorsal da mão.
Elasticidade	Pele normal, hiperelástica ou hipoelástica
	Por meio da realização de uma prega cutânea com o polegar e indicador em seguida, traciona-a e posteriormente solta-a.
Mobilidade	Normal, diminuída, ausente ou aumentada
	Por meio do repouso da mão sobre a superfície analisada e, após, sua movimentação para todos os lados, fazendo a pele deslizar sobre as estruturas subjacentes.
Turgor	Normal ou diminuído
	Por meio de prega cutânea, com o polegar e o indicador, que envolve o tecido subcutâneo. A prega é solta e observa-se a velocidade do retorno.

Sensibilidade	Dolorosa: normal, hipoalgesia, analgesia ou hiperestesia
	Tátil: normal, hopestesia ou anestesia
	Térmica: normal, diminuída ou ausente
	Por meio do uso de
Lesões elementares	Alterações de cor, elevações edematosas, formações sólidas, coleções líquidas, alterações da espessura ou perda e reparações teciduais.
	Por meio da inspeção e da palpação.
MUCOSAS	
CARACTERÍSTICAS	PRINCIPAIS VARIAÇÕES E COMO DETERMINA-LAS
Coloração	Normocoradas (róseo-avermelhadas), hipocoradas, hiperacoradas, cianóticas, ictéricas ou leucoplásicas.
	Por meio da inspeção.
Umidade	Umidade normal (indicação de hidratação) ou mucosas secas (indicação de desidratação).
	Por meio da inspeção.

Fonte dos Dados: PORTO, 2014; Azulay, 2017.

EXAME DA TIREOIDE

O exame da tireoide é realizado por meio da inspeção, palpação e ausculta. A forma e o tamanho da glândula são definidos ao inspecionar e palpar o paciente, sendo importante descrever em caso de aumento se é global ou localizado. Devem ser descritos ainda, além das dimensões, os limites, a consistência, a mobilidade ao deglutir, a presença de nódulos, a temperatura e a presença de frêmito ou sopro.

► Palpação

Existem diferentes técnicas de palpação tireoidiana, dentre essas as 3 mais comuns são:

- **Abordagem Posterior:** o paciente se encontra sentado e o médico em pé, atrás do mesmo. Nessa técnica, a mão esquerda do examinador palpa o lobo direito da tireoide enquanto a mão direita afasta o músculo esternocleidomastóideo, e o contrário para

o outro lado. Os polegares, nesse caso, estão sempre localizados na nuca do paciente, enquanto os demais dedos se anteriorizam.

- **Abordagem anterior:** o paciente e o examinador se encontram sentados ou em pé, um em frente ao outro. Nessa técnica, os polegares examinam a glândula enquanto os demais dedos são apoiados na região supraclavicular.
- **Abordagem anterior:** nessa abordagem anterior, as posições do médico e paciente são as mesmas já descritas, entretanto a glândula é palpada com apenas uma mão por vez e é feita a flexão ou leve rotação do pescoço para relaxar o músculo esternocleidomastóideo.

FIGURA 2.1 – Exame da tireoide (abordagem anterior).



Fonte: Arquivo dos autores.

Exame físico das mamas

ANATOMIA DAS MAMAS

► Estruturas

- **Papila:** projeção (normalmente no 4º espaço intercostal tanto em homens como em mulheres).
- **Aréola:** pele enrugada que circunda a papila.

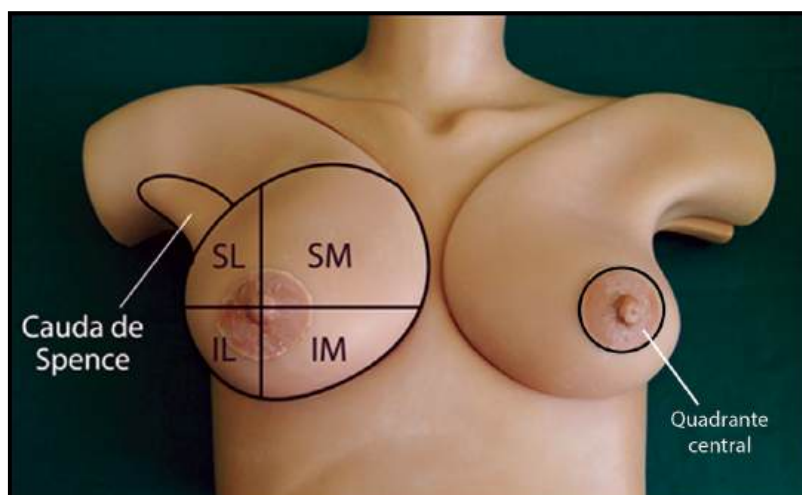
- **Cauda de Spence:** prolongamento do tecido mamário em direção axilar.
- **Glândulas ou tubérculos de Montgomery:** glândulas areolares que ficam aumentadas durante a gravidez (mulher gravídica) ou durante a lactação (mulher purperal).

► Divisão anatômica

Em quatro quadrantes, adicionando mais um, o central, com a aréola e o mamilo:

- Supero-lateral/ superior externo (QSL).
- Supero-medial/ superior interno (QSM).
- Infero-lateral/ inferior externo (QIL).
- Infero-medial/ inferior interno (QIM).
- Quadrante central/ retro-areolar.

FIGURA 2.2 – Divisão anatômica das mamas.



Fonte: Arquivo dos autores.

INSPEÇÃO ESTÁTICA

Posição: sentada ou em pé, com os braços ao longo do corpo, dando preferência que esteja sentada para conforto da paciente.

Observar:

- **Número** (mamas e mamilo).

- **Tamanho da mama** (pequena, média, grande, hiperplásica).
- **Simetria** (simétricas ou assimétricas).
- **Formato** (cônica, convexa, pendular, pendular volumosa).
- **Formato da papila** (protusas, semi-protusas, planas, invertidas, retraídas).
- **Cor da aréola** (rosa, marrom, preta).
- **Pele** (se possui edema, eritrema, cicatriz ou se é normal).
- **Presença de nódulos visíveis** (tumores superficiais acima de 1 cm).

Observação:

A cor da aréola é normalmente mais escura que o tom de pele, pois trata-se de uma região com mais melanócitos. No segundo mês de gestação há maior escurecimento, que pode persistir em graus variáveis.

FIGURA 2.3 – Inspeção estática.



Fonte: Arquivo dos autores.

Algumas alterações:

- **Amastia:** ausência congênita (uni ou bilateral) de glândula mamária.
- **Polimastia:** glândulas mamárias a mais na linha láctea (região axilar a região inguinal).

- **Atelia:** ausência congênita do mamilo.
- **Politelia:** mamilos extras sem glândula mamária.

Em adolescentes: realizar o estadiamento de Tanner.

INSPEÇÃO DINÂMICA

Posição: em pé ou sentada - pedir para paciente realizar **4 movimentos:**

- Dois deles alteram a tensão nos ligamentos suspensores da mama, que são:
- Erguer os braços a 90°.
- Erguer os braços a 180°.

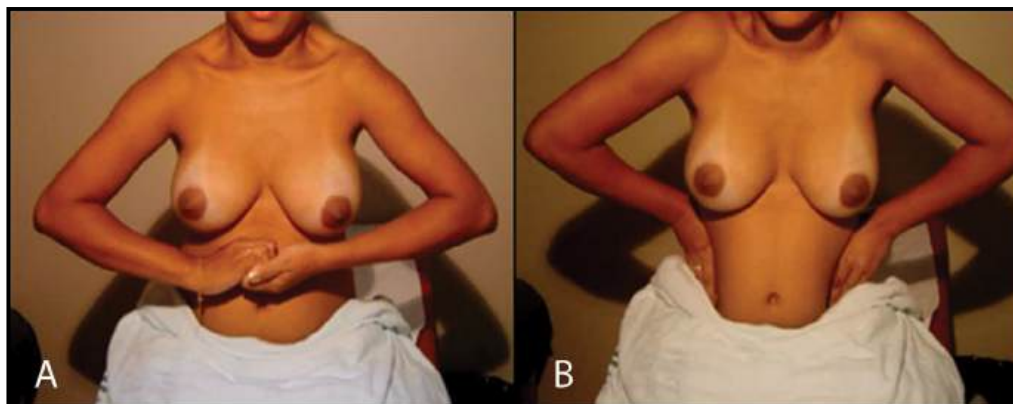
FIGURA 2.4 – Movimento em 180°.



Fonte: Arquivo dos autores.

- Os outros dois são mais utilizados para avaliar mamas com maior volume, que devem ficar pêndulas durante sua execução:
 - Inclinar-se para frente o ombro, pressionando as mãos com força uma contra a outra.
 - Inclinar-se para frente com as mãos na asa do ilíaco, pressionando com força.

FIGURA 2.5 - Movimentos para mamas de maior volume (A e B).



Fonte: Arquivo dos autores.

Observar:

- Abaulamentos.
- Retrações (são retrações do tecido fibroso, e podem significar tumor).
- Mobilidade da glândula mamária (normal, diminuída ou ausente).

PALPAÇÃO

Posição: em pé ou decúbito dorsal com as mãos na cabeça.

Melhor período para fazer a palpação: logo após o fim da menstruação, em mulheres não hysterectomizadas em menacme. Apesar de existir um período mais favorável, a palpação deve ser feita em todas as consultas. Essa informação torna-se útil quando há dúvida diagnóstica.

Técnicas: pode ser feita com uma ou duas mãos e vários sentidos, desde que palpa-se todos os quadrante. Como por exemplo: Fazer o exame de ambos os lados, da periferia para o centro, em todos os quadrantes, no sentido horário, além da cauda de Spencer e acima do mamilo.

- **Vealpeau:** mão espalmada.
- **Blood Good:** pontas dos dedos.

FIGURA 2.6 – Técnica de Vealpeau.



Fonte: Arquivo dos autores.

FIGURA 2.7 – Técnica de Blood Good.



Fonte: Arquivo dos autores.

Observar:

- **Consistência do parênquima** (homogêneo ou granuloso).
- Presença de condensações ou nódulos.
- Temperatura e volume do panículo adiposo.

Achados:

- **Aspecto granuloso (grãos de areia):** é um achado comum e normal.
- **Fibroadenoma:** móvel, limites bem definidos e consistência fibroelástica (benigno). Pedir ultrassom e acompanhar (pode ter consistência endurecida em caso de fibroadenoma calcificado).
- **Nódulos fixos ou aderidos, com limites mal definidos e consistência pétrea:** sugestivo de neoplasia. Se a mulher estiver em pós-menopausa, pedir mamografia, pois ela tem boa resolução em mama adiposa, típico de mulheres pós-menopausa. Se a mulher for jovem, pedir ultrassom e mamografia complementar, porque no tecido glandular de mamas mais jovens, a mamografia não tem boa resolução.

Na presença de nódulos ou condensação, sempre analisar e descrever suas características:

- **Limites** (se não for definido, é indicativo de malignidade, se for bem delimitado, tende a ser benigno).
- **Consistência** (a consistência mais endurecida é sugestiva de malignidade).
- **Mobilidade** (pouco indica malignidade).
- **Aderência a estruturas subjacentes** (que pode ser vista pela baixa mobilidade na inspeção dinâmica).
- **Diâmetro** (pode auxiliar no estadiamento da neoplasia).

EXPRESSÃO

Técnica: realiza-se a manobra do gatilho, que consiste na compressão da aréola, em sentido centrípeto, em várias direções em ambas as mamas.

- **Positivo:** secreção papilar.
- **Negativo:** sem secreção.

FIGURA 2.8 – Expressão da mama.



Fonte: Arquivo dos autores.

Descrever secreção, se presente:

- **Aspecto** (purulento, seroso, serossanguíneo, leitoso, amarelo-esverdeado espesso).
- **Frequência** (espontâneo, intermitente ou recorrente).
- **Unilateral ou bilateral.**

PALPAÇÃO DE GÂNGLIOS (linfadenomegalia)

Descrever: tamanho, número, forma, mobilidade, bordas delineadas e se dor à palpação.

Na ordem:

► Gânglios axilares:

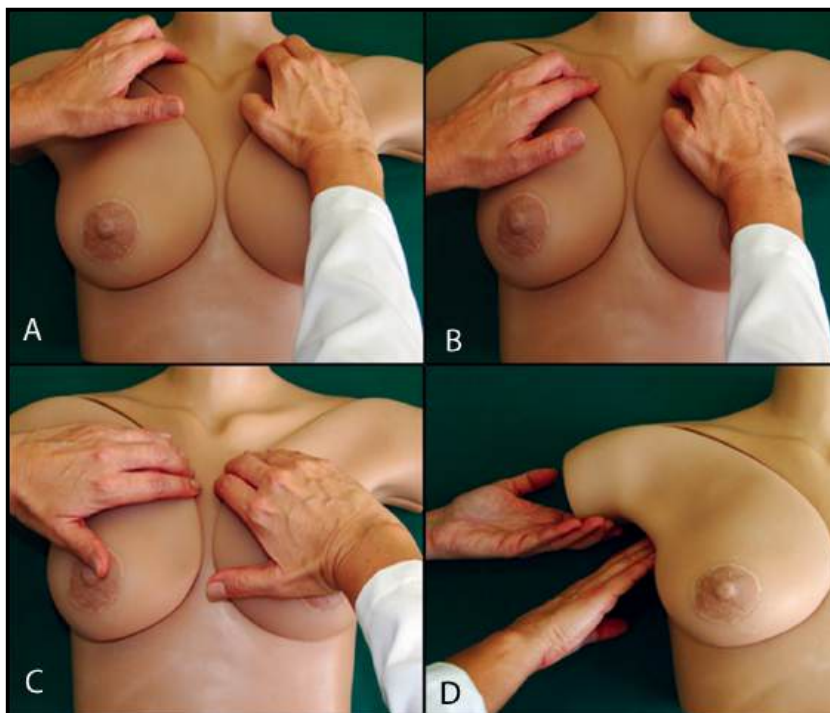
- **Posição:** sentada, com antebraço fletido e braço em abdução. Mãos sustentadas no ombro do médico. O exame é feito com a mão contralateral, espalmada.
- Linfonodos aumentados: podem ser decorrentes de processos inflamatórios nos membros superiores.
- Linfonodos volumosos e aderidos: podem ser decorrentes de processos malignos.

► Fossa supraclavicular:

- Dedos encurvados para girar na fossa.

- Pedir para a paciente virar a cabeça para o lado que está sendo palpado e levantar o mesmo ombro, para relaxar a musculatura.
 - Linfonodos só são palpáveis nesta região em caso de câncer avançado.
- Fossa infraclavicular:
- Rotação dos dedos na região.
 - Paciente na mesma posição anterior, inclinando a cabeça para frente.
- Paraesternais:
- Mesmo movimento de anterior de rotação dos dedos, mas nas regiões laterais ao esterno (paraesternais).

FIGURA 2.9 – Palpação sequencial dos linfonodos (A) supraclaviculares, (B) infraclaviculares, (C) paraesternais e (D) axilares.



Fonte: Arquivo dos autores.

Observações

- Localizar qualquer lesão das mamas pelo método do relógio (na qual a angulação é representada pela hora).

- Sempre descrever qual a lateralização da lesão.
- Valorizar a dor da paciente, caracterizá-la e relacioná-la com o período menstrual e com a movimentação, para diferenciar de dor osteomuscular, por exemplo.
- Dar preferência para realizar por último no exame, o local dolorido ou de inflamação.

Exame físico da Vulva e Colpocitologia Oncótica

► Material necessário:

- Foco de luz.
- Mesa ginecológica.
- Banco giratório.
- Luvas de procedimento (1).
- Bolinhas de algodão (2).
- Pinça Cherron (3).
- Escovinha endocervical (4).
- Espátula de Ayre (5).
- Lugol (solução iodo iodetada) (6).
- Soro fisiológico (7).
- Recipiente para lâmina de vidro com álcool 96º ou fixador spray de polietilenoglicol (para fixação da citologia) (8).
- Lâmina de vidro com borda fosca (para identificação com as iniciais da paciente) (9).

Espéculo vaginal (de Collins) (10): O espéculo possui quatro tamanhos: 0 (virgem), 1 (pequeno), 2 (médio) e 3 (grande), que devem ser escolhidos levando em consideração os seguintes critérios:

- Idade: Quanto mais avançada à idade menor deve ser o espéculo.
- Paridade: Quanto maior o número de filhos (parto normal) maior deve ser o espéculo.
- Obesidade: Quanto maior a circunferência abdominal maior o espéculo.

FIGURA 2.10 – Materiais necessários (*checklist*).



Fonte: Arquivo dos autores.

Postura do examinador: o examinador deve estar vestido adequadamente, com jaleco limpo e bem passado, sapato fechado, cabelos presos adequadamente, unhas aparadas e limpas. Deve-se utilizar luvas de procedimento para o exame. Deverá realizar-se, de preferência, o exame especular sentado e o toque em posição ortostática.

FIGURA 2.11 – Mesa de exame (paciente em posição de litotomia), banco giratório e foco de luz.



Fonte: Arquivo dos autores.

INSPEÇÃO ESTÁTICA

Técnica: para melhor visualização deve-se realizar uma tração dos grandes lábios com os dedos polegar e indicador em forma de pinça. Deve ser realizada com a paciente na **posição de litotomia** (ginecológica) para observar:

- ▶ Pilificação do monte de Vênus: formato ginecoide (tem a forma triangular com base voltada para cima – triângulo invertido).
- ▶ Fenda vulvar:
 - Fechada.
 - Entreaberta.
 - Aberta.
 - Presenças de secreções ou hiperemias (regiões avermelhadas).
- ▶ Formação dos grandes lábios: normais ou atróficos (pode acontecer no climatério).
- ▶ Pequenos lábios hipertróficos ou assimétricos.
- ▶ Vestíbulo vulvar (região abaixo do pequenos lábios).
 - Orifício das glândulas de skene (parauretrais).
 - Clitóris.
 - Meato uretral.
 - Orifício das Glândulas de Bartholin.
- ▶ Hímen:
 - Elástico.
 - Intacto.
 - Carúnculas himenais (encontrado após relação sexual).
 - Carúnculas mirtiformes (após parto natural).
 - Périneo: região entre a vulva e ânus.
- ▶ Observar possíveis cirurgias.
 - Epsiorrafias, ou perineoplastias.
 - Roturas grau I (lesão do plano cutâneo-mucoso).

- Roturas grau II (lesão aponeurótica e muscular preservando esfíncteres).
 - Rotura grau III (lesão atinge o esfíncter externo do ânus).
 - Rotura grau IV (lesão atinge a mucosa retal anterior).
- Ânus: procura-se hemorroidas, plicomas (espessamento/ hipertrofia da pele perianal), fissuras, prolapso da mucosa e malformações.

FIGURA 2.12 – Anatomia da vulva.



Fonte: Arquivo dos autores.

Observação:

- **Posição de litotomia:** paciente em decúbito dorsal, com a cabeça e os ombros ligeiramente elevados. As coxas devem estar bem flexionadas sobre o abdômen e afastadas uma da outra.

INSPEÇÃO DINÂMICA

Técnica: examinador realiza novamente a tração dos grandes lábios com os dedos polegar e indicador em forma de pinça e solicitar que realize a **manobra de valsalva** (caso a paciente não consiga realizar, pode pedir para fazer força como se fosse evacuar) para pesquisar distopias (localização anormal de um órgão ou estrutura) como: prolapso vaginal anterior (cistocele), prolapso vaginal posterior (retocele) ou prolapso uterino (uterocele).

FIGURA 2.13 – Inspeção ginecológica dinâmica.



Fonte: Arquivo dos autores.

PALPAÇÃO

Técnica: o examinador palpa toda a extensão da vulva tentando identificar tumores, cistos (de glândula de Bartholin - Bartholinite) e linfonodos de vulva.

FIGURA 2.14 – Palpação ginecológica.



Fonte: Arquivo dos autores.

EXPRESSÃO

Técnica: expressão da uretra e das glândulas parauretais, através da introdução do dedo indicador no um terço externo da

vagina e compressão da parede vaginal anterior com observação da saída de secreção purulenta através do óstio da uretra e de glândulas parauretrais.

FIGURA 2.15 – Expressão da parede vaginal anterior.



Fonte: Arquivo dos autores.

EXAME ESPECULAR

Técnica: realizado na posição de litotomia, com as mãos enluvasadas (luvas de procedimento), deve-se realizar a introdução do espéculo. O examinador sentado.

Introdução do espéculo

1. Devem-se afastar os grandes e pequenos lábios com o polegar e 3º dedo da mão esquerda para que o espéculo seja introduzido suavemente na vagina.
2. A mão direita que introduzirá o espéculo deve segurá-lo pelo cabo.
3. O espéculo é introduzido fechado com o pino para baixo.
4. Apoia-se o espéculo sobre a fúrcula, ligeiramente oblíquo – para evitar trauma uretral – e faz-se sua introdução lentamente.
5. Antes de ser completamente colocado na vagina, deve ser rodado, ficando as valvas paralelas às paredes anterior e posterior da vagina. Posição que ocupará no exame e o pino para baixo.

6. Segurar com a mão esquerda o cabo e roda o pino com a mão direita.
7. Abrir o espéculo encaixando cuidadosamente no colo do útero.

FIGURA 2.16 – Introdução do espéculo vaginal de Collins (A e B).



Fonte: Arquivo dos autores.

O exame especular deve ser realizado:

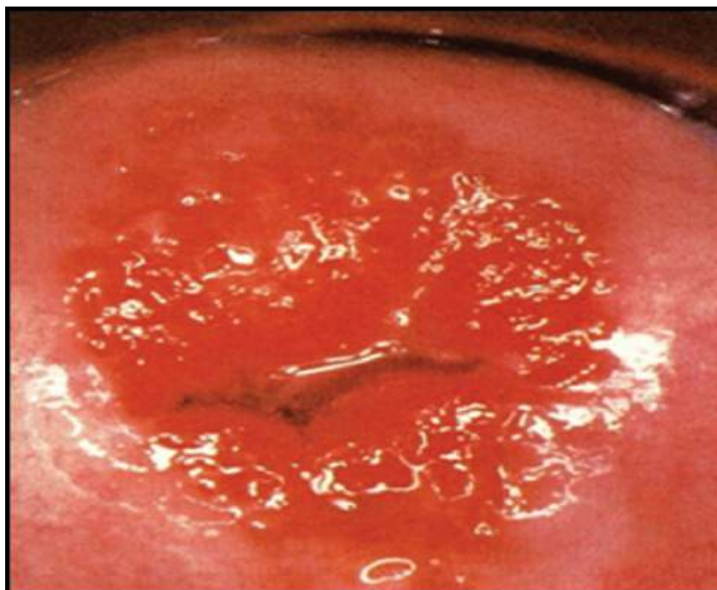
- ▶ Descrevendo as paredes vaginas:
 - Rugosidade ou lisas.
 - Presença de secreções.
 - Comprimento e elasticidade.
- ▶ Características do colo:
 - Volume.
 - Coloração.
 - Forma (cilíndrico ou plano).
 - Epitelizado ou com mácula rubra (ectopia).
- ▶ Forma do orifício externo (OE):
 - Puntiforme.
 - Circular.
 - Transverso.
- ▶ Aspecto do muco cervical:
 - Translúcido.
 - Esbranquiçado.

- Purulento.
- Sanguinolento.

Observação:

Na presença de corrimento, verificar: quantidade, cor, odor, bolhas e sinais inflamatórios associados.

FIGURA 2.17 – Presença de junção escamo-colunar (JEC) com ectopia (mácula rubra).



Fonte: Arquivo dos autores.

Ectopia: o termo é utilizado quando a JEC (Junção escamo-colunar) encontra-se além do limite anatômico do canal cervical, na região ectocervical. O epitélio é “ectópico”, pois o epitélio colunar encontra-se além dos seus limites anatômicos.

Observação: logo após a colocação do espéculo deve-se coletar o exame citopatológico e após limpar com soro fisiológico (mucolítico) realizar o teste do Iodo (teste de Schiller).

COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

(Preventivo de Câncer de Colo de Útero – PCCU ou Papanicolau)

► Materiais necessários para o procedimento:

- **Luva de Procedimento.**
- **Algodão:** para aplicação das soluções e limpeza do local.

- **Espéculo vaginal (Collins).**
- **Espátula de Ayre:** é um instrumento utilizado, atualmente, para a obtenção do material cervical (colo do útero). O formato da espátula é ideal para a amostragem da superfície ectocervical.
- **Escovinha endocervical:** escova alongada usada no canal do colo uterino para obter amostragem de material da endocérvice.
- **Pinça Cherron:** instrumental utilizado para fixa o algodão e auxiliar na limpeza e uso de substância.

FIGURA 2.18 – Empunhadura da pinça Cherron.

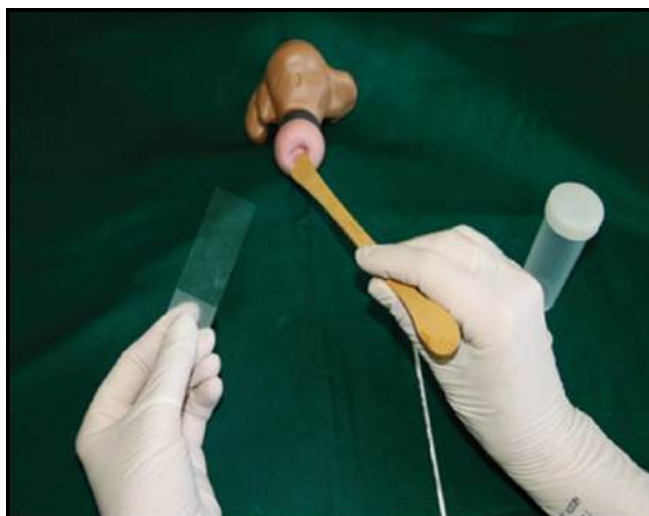


Fonte: Arquivo dos autores.

- **Lâmina de vidro de borda fosca e recipiente para lâmina de vidro:** placa usada na coleta e pesquisa das amostras, sendo obrigatória a **identificação** da paciente.
 - **Soro fisiológico:** ação mucolítica para limpeza do colo e da vagina.
 - **Lugol:** solução iodo iodetada, com propriedades de reagir na presença de mucopolissacarídeos como Amido, glicogenio, dextrina. Usado no teste de Schiller ou teste do Iodo.
- No momento da realização do Papanicolau (exame citopatológico):
1. Usar a espátula de Ayre para fazer a coleta da ectocérvice, girar 180° ao redor do colo do útero colocando a parte mais longa no canal, retirar e segurar com a outra mão

(passar na lâmina somente após a coleta da endocérvice para evitar que resseque o material).

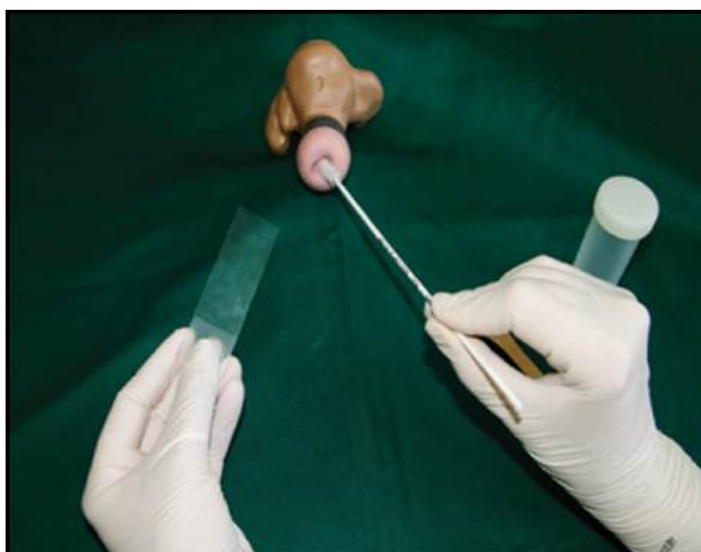
FIGURA 2.19 – Coleta do material da ectocérvice com a espátula de Ayre.



Fonte: Arquivo dos autores.

2. Usar a escovinha endocervical para fazer a coleta da endocérvice, dar uma volta de 180°, retirar a escovinha e então passar na lâmina de vidro identificada com o nome da paciente (do lado da borda fosca).

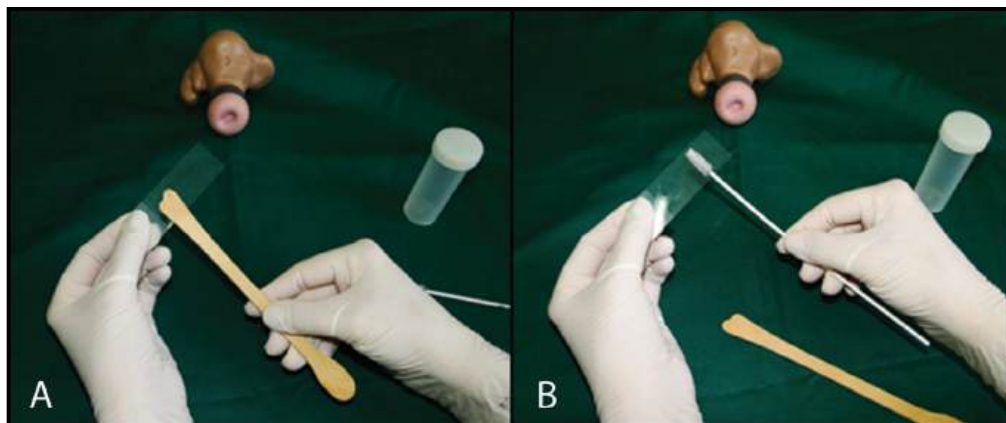
FIGURA 2.20 – Coleta de material da endocérvice com escovinha endocervical.



Fonte: Arquivo dos autores.

3. Passar a espátula de ayre e da escovinha endocervical na lâmina de vidro (no lado da borda fosca) na região onde não tem nenhum material e fixar o material na lâmina de vidro identificada com álcool 96^o em um frasco ou spray de polietiletonglicol.

FIGURA 2.21 – Fixação do material na lâmina de vidro (A) da ectocérvice e (B) da endocérvice.



Fonte: Arquivo dos autores.

Observação: Aplicar o material na lâmina de vidro passando apenas uma vez de forma homogênea (não espessada) e um material ao lado do outro.

TESTE DO IODO (Schiller)

O teste de Schiller é realizado após a coleta do Papanicolau, para não interferir no resultado do exame. A mulher ainda estará na posição de litotomia e com o espéculo de Collins.

Técnica:

1. Aplicar a solução de soro fisiológico diretamente no colo uterino.
2. Utilizar a pinça de Cherron com algodão para espalhar o material.
3. Retirar e descartar algodão.
4. Aplicar a solução de Lugol (iodo iodetada) na região do colo uterino e vagina.
5. Espalhar novamente com algodão na pinça de Cherron.

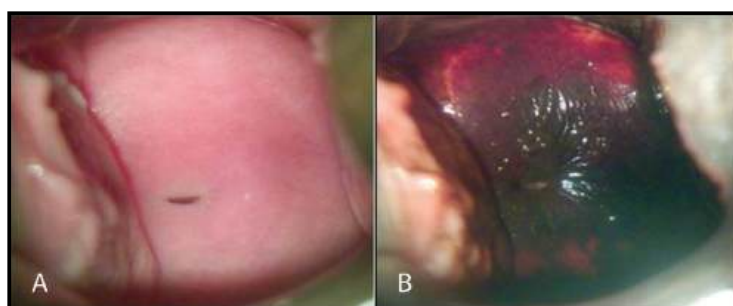
6. Analisar o colo e vagina.

A solução reage com o glicogênio (polissacarídeos ricamente presente no citoplasma das células superficiais e intermediárias) dando a coloração marrom escura. A coloração é proporcional a quantidade de glicogênio, corando fortemente as células da camada superficial e intermediárias e de maneira mais clara as células basais (epitélio atrófico) e colunares (glandulares). Logo, é fisiológico o colo do útero corar com o iodo e ficar com a coloração marrom.

► O teste pode se apresentar:

- **Teste iodo positivo (Schiller Negativo):** situação normal, cor acastanhado escuro.

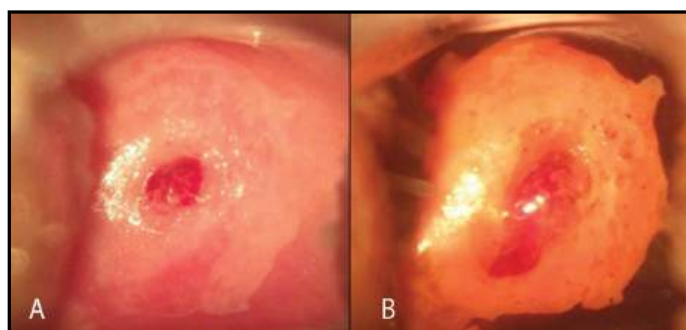
FIGURA 2.22 – Colo normal antes da solução de iodo (A) e Teste do iodo positivo – Schiller negativo (B).



Fonte: Arquivo pessoal de Ana Carla Araújo Campos.

- **Teste iodo negativo (Schiller Positivo):** coloração amarelado-mostarda e com bordas bem delimitadas, realizar colposcopia e biópsia da área. São casos de lesões atípicas (Mosaico, epitélio branco, leucoplasia) ou representar infiltração de células carcinomatosas.

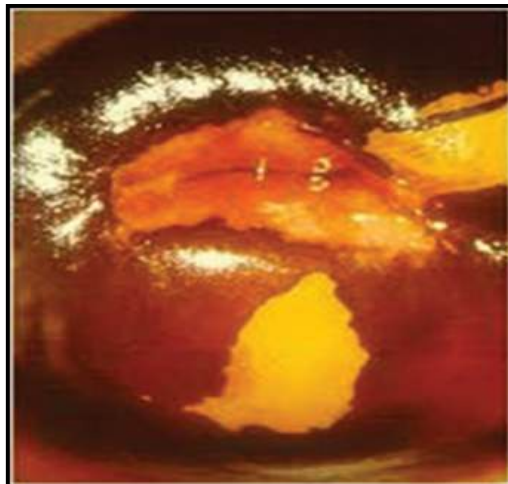
FIGURA 2.23 – Colo alterado antes da solução de iodo (A) e Teste do iodo negativo – Schiller positivo (B).



Fonte: Arquivo pessoal de Ana Carla Araújo Campos.

Descrição (exemplo):

FIGURA 2.24 – Colo iodo negativo ou Schiller positivo às 3 e 6 h à direita (alterado).



Fonte: Arquivo dos autores.

Observações:

- A JEC (junção-escamo-colunar) deverá estar no OE (orifício externo do colo uterino), área de transição do iodo positivo (epitélio escamo estratificado- ectocérvice e vagina) com iodo claro (epitélio colunar – endocérvice). Além do OE, a JEC também pode estar na ectocérvice ou endocérvice.
- Mulheres no climatério podem apresentar áreas não coradas ou de mosaicismo devido a falta de estrogênio, sem estar com qualquer alteração, necessitando administração de estrogênio e repetir o exame.

► Retirada do espéculo:

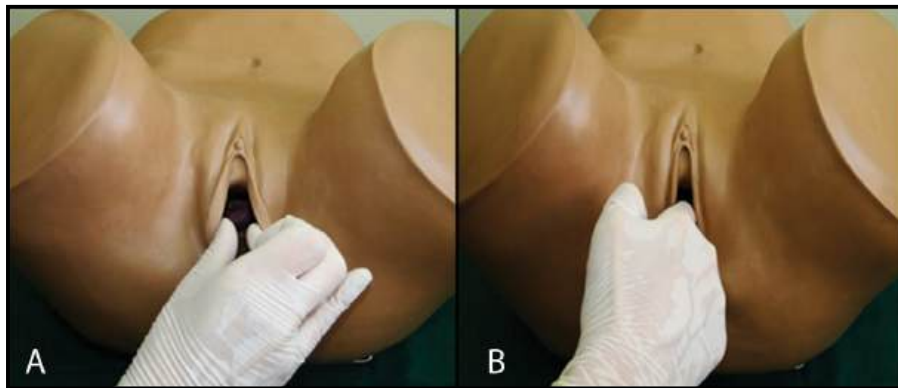
Ao final, depois de realizar inspeção, coleta da colpocitologia e teste do Iodo, o espéculo vaginal deverá ser retirado:

1. Para retirar o espéculo: tracionar cuidadosamente o espéculo para liberar o colo uterino.
2. Na retirada observar as paredes da vagina.
3. Fechar lentamente o espéculo voltado a posição de entrada e fechando as valvas.

TOQUE

Técnica: paciente ainda na posição litotômica, com o polegar, 4º dedo da mão dominante farão o afastamento dos pequenos lábios da vulva e então introduzir o 2º e o 3º dedos. O toque pode ser realizado de maneira unimanual (toque simples) ou bimanual (combinado). O examinador deverá estar em posição ortostática.

FIGURA 2.25 – Técnica do Toque vaginal.



Fonte: Arquivo dos autores.

- ▶ No toque unimanual ou simples, avalia-se:
 - As paredes da vagina: observando a elasticidade, a capacidade, a extensão, a superfície, as irregularidades, a sensibilidade e a temperatura.
 - Os fôrnices (presença de tumoração).
- ▶ Colo uterino:
 - Mobilizando-o (presença de dor).
 - Posição do mesmo (anterior, posterior ou lateralizado).
 - Consistência: fibroelástica (semelhante a cartilagem nasal) não grávida e amolecido (semelhante ao lábio) quando grávida.

FIGURA 2.26 – Toque unimanual ou simples.



Fonte: Arquivo dos autores.

► Toque bimanual (combinado):

Realizar o toque com o auxílio da outra mão:

- Na região do hipogástro pressionando para avaliar:
 - Posição do útero (anteverso flexão, médio verso-flexão ou retroverso-flexão).
 - Tamanho do útero.

FIGURA 2.27 – Toque bimanual ou combinado.

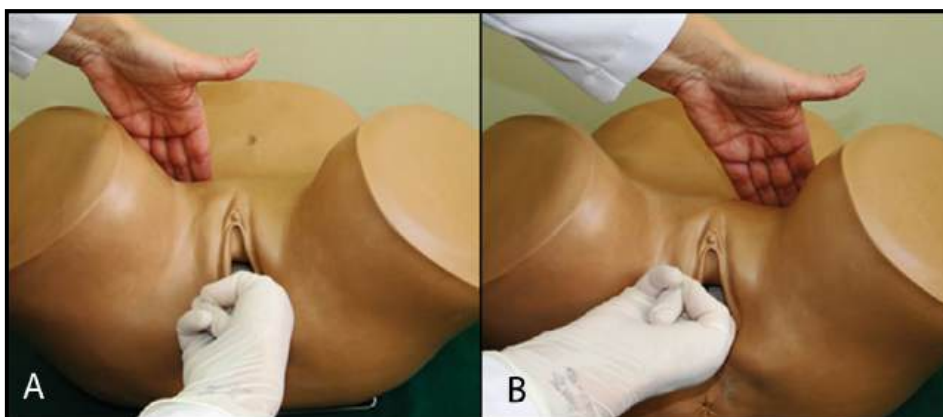


Fonte: Arquivo dos autores.

- Os dedos que estão na vagina pressionam os fórnices laterais e a outra mão pressiona as fossas ilíacas direita e esquerda para verificar a presença de:

- Tumorações.
- Anexos palpáveis (se dor, tubas e ovários) - caso não tenha dor nem tumor considerar os anexos livres.

FIGURA 2.28 - Avaliação dos anexos (toque bimanual ou combinado).



Fonte: Arquivo dos autores.

Após realizar o toque vaginal é necessário classificar:

- Consistência e espessura da parede.
- Mobilização.
- Orifício externo (puntiforme, entreaberto etc).
- Posição do útero.
- Anexos: palpáveis ou não, dolorosos ou não, volume normal ou não presença ou não de tumor.
- Sensibilidade.

Descrição fisiológica: consistência do colo fibroelástica, parede sem tumoração, mobilização do colo (não refere dor), orifício fechado, posição do útero em (anteversoflexão, medioversoflexão, retroversoflexão) e anexos livres.

Observação: em pacientes magras os ovários poderão ser palpados, mas as tubas somente se estiverem aumentadas de volume (pio ou hidrossalpínge).

REFERÊNCIAS

AZULAY, R.D. **Dermatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 52-73.

BASTOS, A.C. **Noções de Ginecologia**. 7. ed. São Paulo: Atheneu, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos da Atenção básica, n. 37)

DISCIPLINA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL. **Anamnese e exame físico ginecológico**. Hospital São Lucas da PUC/RS. Rio Grande do Sul.

FEBRASGO. **Ginecologia e Obstetrícia**: febrasgo para médico residente. 1. ed. Manole, 2016.

HOFFMAN, B.L. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto alegre: AMGH, 2014. p. 4-8.

PORTO, C.C.; PORTO, A.L. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 205-224.

PORTO, C.C.; PORTO, A.L. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 949-957.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a Word Health Organization Consultation. Geneva: WHO, 2000.

Atendimento Pré-natal

Anna Luíza Melo Machado

Rebecca Perez de Amorim

Amanda Matos da Mota

Djenanne Simonsen A. de C. Caetano

Nara Macedo Botelho

Introdução

O pré-natal tem como objetivo garantir o progredir fisiológico da gestação, diminuindo os riscos e a ocorrência de complicações durante esse período e no momento do parto. As consultas tem o intuito de promover a saúde da gestante e da criança e ao mesmo tempo fornecer assistência psicossocial, atividades educativas e preventivas às mulheres que precisarem.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, garantindo o acompanhamento continuado e longitudinal da mesma durante toda a gravidez. Para que isso seja possível, é necessária a realização do cadastro na unidade de saúde e preenchimento do Cartão da Gestante, preferencialmente no 1º trimestre da gravidez, para que intervenções oportunas possam ser tomadas desde o início do período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. Também é garantido o atendimento da totalidade das puérperas e recém-nascidos cadastrados.

As consultas de pré-natal abrangem a anamnese obstétrica, o exame físico ginecológico, a solicitação de exames complementares indicados, os cuidados com a imunização e a oferta de medicamentos necessários (como sulfato ferroso e ácido fólico), além da avaliação do estado nutricional.

Assim, embora o pré-natal seja o principal responsável pelo acompanhamento e identificação de riscos gestacionais, ele também funciona como ferramenta educativa já que incentiva o parto normal, o aleitamento materno e os hábitos de vida saudáveis; identifica sinais de alarme durante a gestação e sinais

do trabalho de parto; oferece orientações para os cuidados do recém-nascido; alerta a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; e por fim, informa sobre os direitos da gestante e do pai, sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool e da automedicação durante a gestação.

O atendimento psicológico é fornecido a gestantes vítimas de violência de qualquer tipo, seja doméstica, física, sexual ou psicológica, e àquela em risco de depressão pós-parto, referenciando-as para equipes ou serviços específicos.

O programa de Pré-natal deve contar com uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico ginecologista/obstetra, um enfermeiro e um cirurgião-dentista (pré-natal na gestação de baixo risco), sendo devidamente encaminhada, quando necessário para outras especialidades.

Diagnóstico da gravidez

O teste rápido de gravidez foi incluído como teste de triagem na rotina de exames do pré-natal, pois o mesmo pode ser realizado na própria UBS, acelerando o processo para confirmação da gravidez e início do pré-natal. O mesmo torna-se reagente após 5 dias de atraso do ciclo menstrual.

O beta-HCG (gonadotrofina coriônica humana) quando indicado, é utilizado como diagnóstico confirmatório e precoce da gravidez. Esse hormônio pode ser detectado no sangue periférico cerca de uma semana após a concepção, a partir disso, sua concentração sérica aumenta, atingindo o pico entre 60 a 90 dias durante a gestação.

A ultrassonografia (USG) pode ser solicitado para o diagnóstico de certeza da gravidez, como também, dentre outros vários fatores, para a determinação da idade gestacional embrionária e/ou fetal, o que é de suma importância já que muitas vezes a data da última menstruação (DUM) é relatada incorretamente, impossibilitando o cálculo real da data provável do parto (DPP) e da Idade gestacional (IG).

SINAIS DE PRESUNÇÃO DE GRAVIDEZ

- Atraso menstrual;

- Manifestações clínicas: náuseas, vômitos matitunos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, polaciúria, fadiga e sonolência;
- Modificações anatômicas: aumento do volume mamário e da sua hipersensibilidade, com a saída do colostro e o aparecimento dos tubérculos de Montgomery; coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, além do aumento do volume abdominal.

SINAIS DE PROBABILIDADE DE GRAVIDEZ

- Amolecimento da cérvix uterina e posterior aumento de volume;
- Aumento das paredes vaginais e de sua vascularização;
- β -HCG positivo no soro materno a partir do 8º ou 9º dia após a fertilização.

SINAIS DE CERTEZA DE GRAVIDEZ

- Batimentos cardíacos fetais (BCF) presentes, detectados pelo Sonar doppler a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas de gestação;
- Movimentos fetais ativos (MFA) a partir da 18ª ou 20ª semanas;
- Ultrassonografia.

Após a confirmação da gravidez, a gestante é cadastrada no SisPreNatal e dará início ao seu acompanhamento.

Cálculos

CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL (IG):

- Data da consulta - Dia da Última Menstruação (DUM) = Idade Gestacional.

Exemplo: 20/04/16 (data da consulta) – 04/01/16 (DUM) = 15 semanas e 2 dias

CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP):

► Regra de Nagele:

- Dia da Última Menstruação (DUM): + 7

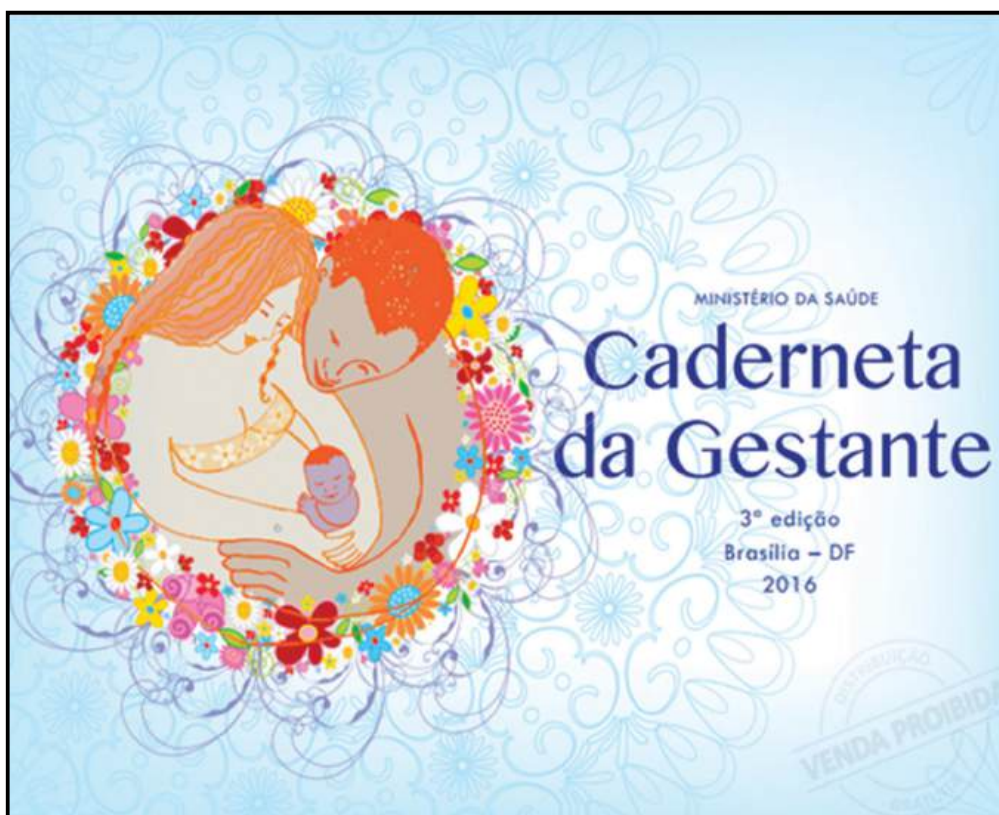
- Mês:

janeiro	} + 9	Abril	Setembro	} -3
Fevereiro		Maio	Outubro	
Março		Junho	Novembro	
		Julho	Dezembro	
		Agosto		

Exemplo: DUM: 20/12/15 → DPP: 27/09/2016

+7 -3

FIGURA 3.1 – Caderneta da Gestante.



Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Primeira consulta

- Número mínimo de consultas: 6 (médico e enfermagem).
- Idade “ideal” para gestação: 18 – 34 anos.

► Na primeira consulta da gestante deverão ser fornecidos:

- O Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina;
- As orientações sobre a participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares).

Inicialmente, as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, posteriormente quinzenais entre a 28ª e a 36ª semana e, por fim, semanais no termo (após 37ª semana).

► Ficha de avaliação do risco gestacional:

Na primeira consulta pré-natal irá se estabelecer a classificação do risco gestacional – realizado posteriormente em toda consulta – e o encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica, com objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

FIGURAS 3.2 – Ficha de seleção de risco gestacional (frente).

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ	DIRETORIA TÉCNICA DEPARTAMENTO DE AÇÕES ESPECIAIS DIV. ASSIST. SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA		
FICHA DE SELEÇÃO DE RISCO GESTACIONAL			
I UNIDADE DE SAÚDE QUE ENCAMINHA _____ MUNICÍPIO _____ BAIRRO _____			
II IDENTIFICAÇÃO Nome: _____ Registro N° _____ Naturalidade: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Idade _____ anos			
III DADOS OBSTÉTRICOS Data da última menstruação: ____/____/____ Data provável do parto: ____/____/____ Semanas de gestação: _____ Gestações n°: _____ Partos n°: _____ Abortos n°: _____ Altura do fundo uterino: _____ Cm Peso antes da gestação: _____ Kg			
IV ASSINALE COM UM X NO(S) QUADRO(S) CORRESPONDENTE(S) A(S) RESPOSTA(S): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> IDADE (2 pontos) ☐ Primigesta menor de 17 anos ☐ Primigesta acima de 30 anos ☐ Multipara acima de 39 anos GRAVIDEZ (1 ponto) ☐ Não aceita PARIDADE (1 ponto) ☐ Nullipara ☐ 6 ou mais partos CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS (1 ponto) ☐ De zero a 3 salários mínimos ÚLTIMO PARTO (intervalo) (2 pontos) ☐ Menos de 12 meses ☐ De 6 a mais anos ALTURA (2 pontos) ☐ Menos que 1,49 m GANHO PONDERAL (10 pontos) ☐ De 0-14 sem. (0-3m) maior que 2 Kg ☐ De 14-28 sem. (3-6m) maior que 5 Kg ☐ De 28-40 sem. (6-9m) maior que 5 Kg FATOR Rh (2 pontos) Mulher (-) e Marido (+) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (5 pontos) ☐ Abortos espontâneos (n° _____) ☐ Cesária (n° _____) ☐ Fórceps (n° _____) ☒ Natimorto (n° _____) ☐ Morte Neonatal (n° _____) ☐ Neonatos de peso baixo (n° _____) ☐ Neonatos de peso acima 4.000g (n° _____) ☐ Pré-eclâmpsia ☐ Placenta prévia ☐ Eclâmpsia ☐ Deslocamento prematuro da placenta HABITOS (2 pontos) ☐ Cigarros. N° _____ por dia ☐ Etilismo ☐ Drogas PATOLOGIA DE RISCO (10 pontos) ☐ Assinalar na relação do verso CLASSIFICAÇÃO DE RISCO TOTAL/Pt's ALTO RISCO Acima de 10 (Tratamento especial obrigatório) MÉDIO RISCO 5 - 9 (Tratamento especial recomendável) BAIXO RISCO 2 - 4 (Cuidados gerais) </td> </tr> </table>		IDADE (2 pontos) ☐ Primigesta menor de 17 anos ☐ Primigesta acima de 30 anos ☐ Multipara acima de 39 anos GRAVIDEZ (1 ponto) ☐ Não aceita PARIDADE (1 ponto) ☐ Nullipara ☐ 6 ou mais partos CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS (1 ponto) ☐ De zero a 3 salários mínimos ÚLTIMO PARTO (intervalo) (2 pontos) ☐ Menos de 12 meses ☐ De 6 a mais anos ALTURA (2 pontos) ☐ Menos que 1,49 m GANHO PONDERAL (10 pontos) ☐ De 0-14 sem. (0-3m) maior que 2 Kg ☐ De 14-28 sem. (3-6m) maior que 5 Kg ☐ De 28-40 sem. (6-9m) maior que 5 Kg FATOR Rh (2 pontos) Mulher (-) e Marido (+)	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (5 pontos) ☐ Abortos espontâneos (n° _____) ☐ Cesária (n° _____) ☐ Fórceps (n° _____) ☒ Natimorto (n° _____) ☐ Morte Neonatal (n° _____) ☐ Neonatos de peso baixo (n° _____) ☐ Neonatos de peso acima 4.000g (n° _____) ☐ Pré-eclâmpsia ☐ Placenta prévia ☐ Eclâmpsia ☐ Deslocamento prematuro da placenta HABITOS (2 pontos) ☐ Cigarros. N° _____ por dia ☐ Etilismo ☐ Drogas PATOLOGIA DE RISCO (10 pontos) ☐ Assinalar na relação do verso CLASSIFICAÇÃO DE RISCO TOTAL/Pt's ALTO RISCO Acima de 10 (Tratamento especial obrigatório) MÉDIO RISCO 5 - 9 (Tratamento especial recomendável) BAIXO RISCO 2 - 4 (Cuidados gerais)
IDADE (2 pontos) ☐ Primigesta menor de 17 anos ☐ Primigesta acima de 30 anos ☐ Multipara acima de 39 anos GRAVIDEZ (1 ponto) ☐ Não aceita PARIDADE (1 ponto) ☐ Nullipara ☐ 6 ou mais partos CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS (1 ponto) ☐ De zero a 3 salários mínimos ÚLTIMO PARTO (intervalo) (2 pontos) ☐ Menos de 12 meses ☐ De 6 a mais anos ALTURA (2 pontos) ☐ Menos que 1,49 m GANHO PONDERAL (10 pontos) ☐ De 0-14 sem. (0-3m) maior que 2 Kg ☐ De 14-28 sem. (3-6m) maior que 5 Kg ☐ De 28-40 sem. (6-9m) maior que 5 Kg FATOR Rh (2 pontos) Mulher (-) e Marido (+)	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (5 pontos) ☐ Abortos espontâneos (n° _____) ☐ Cesária (n° _____) ☐ Fórceps (n° _____) ☒ Natimorto (n° _____) ☐ Morte Neonatal (n° _____) ☐ Neonatos de peso baixo (n° _____) ☐ Neonatos de peso acima 4.000g (n° _____) ☐ Pré-eclâmpsia ☐ Placenta prévia ☐ Eclâmpsia ☐ Deslocamento prematuro da placenta HABITOS (2 pontos) ☐ Cigarros. N° _____ por dia ☐ Etilismo ☐ Drogas PATOLOGIA DE RISCO (10 pontos) ☐ Assinalar na relação do verso CLASSIFICAÇÃO DE RISCO TOTAL/Pt's ALTO RISCO Acima de 10 (Tratamento especial obrigatório) MÉDIO RISCO 5 - 9 (Tratamento especial recomendável) BAIXO RISCO 2 - 4 (Cuidados gerais)		

Fonte: Secretaria executiva do Estado do Pará de Saúde Pública, 2017.

FIGURAS 3.3 – Ficha de seleção de risco gestacional (verso).

PATOLOGIA DE RISCO		
I - OBSTÉTRICAS E GINECOLÓGICAS		
☐	1- HEMORRAGIA NA GESTAÇÃO	
☐	2- ANOMALIAS DO TRATO GENITAL DIAGNOSTICADOS PREVIAMENTE, INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL, MAL FORMAÇÃO UTERINA E/OU CERVICAL, ÚTERO MIOMATOSO, CIRURGIAS GINECOLÓGICAS DE MÉDIO E GRANDE PORTE.	
☐	3- CÂNCER MATERNO	
☐	4- DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DE GRAVIDEZ (Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia)	
☐	5- ESTERILIDADE TRATADA	
☐	6- ISOIMUNIZAÇÃO	
☐	7- MASSA OVARIANA	
☐	8- RAIOS X MAL FORMAÇÃO CONGÊNITA	
☐	9- RETARDO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO	
☐	10- POLIDRÂMIO	
☐	11- CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL	
II - MÉDICAS E CIRÚRGICAS		
☐	1- ABLAÇÃO ENDOCRINA PRÉVIA	
☐	2- DIABETES MELLITUS	
☐	3- DOENÇA CARDÍACA	
☐	4- DOENÇA DO COLÁGENO	
☐	5- DOENÇA RENAL	
☐	6- EPILEPSIA	
☐	7- HEMOGLOBINOPATIAS	
☐	8- HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA	
☐	9- INFECÇÕES GRAVES (Víricas, Bacterianas)	
☐	10- PATOLOGIA DE TIREÓIDE	
☐	11- PROBLEMAS EMOCIONAIS GRAVES	
☐	12- SOROLOGIA POSITIVA (Sífilis, Toxoplasmose, Brucelose)	
☐	13- TUBERCULOSE	
☐	14- VARIZES ACENTUADAS	
☐	15- HANSENÍASE	
☐	16- OUTRAS PATOLOGIAS	
NORMAS PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA		
1- O N° DE PONTOS DE CADA QUADRO, SERÁ O EVIDENCIADO NO ALTO DO QUADRO, INDEPENDENTE DO N° DE ITENS ASSINALADOS EM CADA QUADRO.		
2- O TOTAL DE PONTOS SERÁ A SOMA DOS PONTOS DE CADA QUADRO.		
FLUXO DO ATENDIMENTO DO SISTEMA SEGUNDO GRAU DE TRATAMENTO		
UBS TIPO I	→	BAIXO RISCO
UBS TIPO II, III e IV	→	BAIXO E MÉDIO RISCO
URE - MATERNO INF. E ADOLESC.	→	MÉDIO E ALTO RISCO
UNIDADE HOSPITALAR	→	REFERÊNCIA
UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE URE - UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA U.H. - UNIDADE HOSPITALAR (PÚBLICA, CONVENIADA E CONTRATADA)		

Fonte: Secretaria executiva do Estado do Pará de Saúde Pública, 2017.

ANAMNESE OBSTÉTRICA

Item descrito no capítulo de anamnese obstétrica.

EXAME FÍSICO

Item descrito no capítulo de exame físico obstétrico.

Exames complementares

1º TRIMESTRE ou 1ª CONSULTA	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	Observações
Hemograma		Hemograma	Avaliar presença de anemia: Hb > 11g/dL (normal) Hb entre 8-11 g/dL (anemia leve a moderada) Hb < 8 g/dL (anemia grave)
Tipagem sanguínea e fator Rh			Em caso de: 1) Mãe Rh negativo e parceiro Rh positivo; ou 2) Mãe Rh negativo e parceiro com Rh desconhecido. Deve-se solicitar teste de Coombs indireto"
Coombs indireto (se mãe Rh negativo)	Coombs indireto (se mãe Rh negativo)	Coombs indireto (se mãe Rh negativo)	Quando o resultado do teste for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Caso seja positivo, a gestante deve ser encaminhada para o atendimento pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	Teste de tolerância para glicose com 75 g (preferencial- mente entre a 24ª e a 28ª se- mana)	Glicemia em jejum	1) Para início de pré- natal < 20 semanas: realizar glicemia de jejum imediatamente, avaliando os seguintes resultados: • Se ≥ 126 mg/dL = Diabetes Mellitus (DM) diagnosticado na gestação; • Entre 92 e 125 mg/dL = Diabetes Mellitus Gestacional (DMG); • < 92 mg/dL = Realizar Teste de Tolerância Oral a Glicose (TOTG) 75g entre a 24ª e 28ª semana.

			2) Para início do pré-natal entre 20-28 semanas: realizar TOTG 75g entre a 24ª e 28ª semana (dosagens = jejum, 1ª hora e 2ª hora) 3) Para o início do pré-natal > 28 semanas: realizar TOTG 75g imediatamente (dosagens = jejum, 1ª hora e 2ª hora). A interpretação feita para o TOTG 75g será a seguinte: • Se estiver com alguma das dosagens entre esses parâmetros, receberá diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): - Jejum: 92 a 125 mg/dL - após 1ª hora: ≥ 180 mg/dL - após 2ª hora: 153 a 199 mg/dL • Agora caso esteja dentro desses, receberá diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) diagnosticado na gestação: - Jejum: ≥ 126 mg/dL - 2ª hora: ≥ 200 mg/dL
Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL		Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL (28ª semana)	
Teste rápido para HIV ou Sorologia Anti-HIV I e II		Teste rápido para HIV ou Sorologia Anti-HIV I e II	
Sorologia para hepatite B (HbsAg)		Sorologia para hepatite B (HbsAg)	
Toxoplasmose IgM e IgG		Toxoplasmose (se IgM e IgG não reagente no 1º semestre)	
Citopatológico do colo de útero			A gestante segue a rotina de rastreamento do câncer de colo do útero como as demais mulheres, devendo realizar coleta anualmente. Desse modo, caso obtenha 2 resultados negativos consecutivos, passa a realizá-lo a cada 3 anos.

Bacterioscopia de secreção vaginal		Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)	Se houver indicação clínica
Urina tipo I		Urina tipo I	Alterado se: Leucocitúria: > 10.000 células/ml ou ≥ 5 células/campo. Hematúria: > 10.000 células/ml ou de 3 a 5 hemácias/campo. Proteinúria: > 10 mg/dl.
Urocultura com antibiograma		Urocultura com antibiograma	Normal: < 100.000 UFC/mL Positiva: > 100.000 UFC/mL
Parasitológico de fezes			Realizar quando: Anemia presente Outras manifestações sugestivas

Informações adicionais:

Eletrforese de hemoglobina: solicitada de rotina na 1ª consulta de pré-natal, para gestantes negras, com antecedentes familiares de anemia falciforme ou com histórico de anemia crônica. No intuito de rastrear doença falciforme, por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira (Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês, 2016). Gestantes com esse diagnóstico devem ser encaminhadas para serviço de referência.

Sorologia para hepatite C (Anti-HCV): indicado pela Federação brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) (2014), no 1º trimestre ou 1ª consulta e no 3º trimestre da gravidez. O Ministério da Saúde, segundo o Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de baixo risco (2012), restringe a solicitação à situações especiais de alto risco (uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário; transfusões de sangue ou múltiplos parceiros).

Sorologia para rubéola (IgM e IgG): pode ser solicitada na 1ª consulta ou 1º trimestre e no 3º trimestre, entretanto, caso seja verificado a ocorrência de IgG negativo (existência de risco de infecção durante a gestação) ou IgM positivo (infecção ativa), não haverá indicação de nenhuma conduta específica, pois a vacina tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola) é contraindicada durante a gestação, bem como não existe nenhum tratamento que reduza as chances de infecção congênita neonatal em caso de infecção ativa.

De um modo geral, deve-se repetir os exames de sorologia trimestralmente, se negativos no 1º exame, no entanto, os protocolos não são unânimes quanto à sorologia da toxoplasmose e da rubéola, e alguns indicam sua repetição trimestral e outros não. A Febrasgo (2014) orienta a realização trimestral da sorologia para sífilis (VDRL) e para toxoplasmose (IgM e IgG), justamente pelo aumento do risco de infecção fetal com o progredir da gestação em mães que apresentem a infecção ativa, devendo o tratamento ser realizado o mais precocemente possível.

Malária: realizar o exame da gota espessa em todas as consultas, se necessário (para áreas endêmicas).

Testa rápido de proteinúria: indicada para mulheres com hipertensão na gravidez.

O cultivo vaginal e endoanal do estreptococo do grupo B (EGB): é indicado em alguns serviços, porém a triagem universal não está claramente definida, sendo dirigida a determinados grupos de risco (trabalho de parto pré-termo, corioamniorrexe prematura e risco de prematuridade), e deve ser feito entre a 35ª – 36ª semana de gravidez, para profilaxia intraparto, evitando a transmissão ao recém-nascido, que pode levar à pneumonia, meningite e septicemia.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

Dentre os exames de rotina pré-natal, deve-se considerar as prioridades e os protocolos dos gestores de determinadas comunidades, avaliando o custo-benefício da sua utilização e a possibilidade de intervenções para melhorar o prognóstico materno e/ou perinatal. Alguns exames ainda não tiveram uma relação custo-benefício favorável confirmada para todas as regiões do país ou são inacessíveis, como por exemplo, hepatite C e *Chlamydia trachomatis*, ou não possuem consenso na literatura para serem inseridos na rotina pré-natal, como por exemplo, as sorologias para Citomegalovírus (recomendado para pacientes de alto risco, como funcionárias de creche e de unidades neonatais, ou naquelas com suspeita de infecção aguda ou achados ultrassonográficos sugestivos de infecção fetal), Herpes tipo 2 e Parvovírus, além da pesquisa de anticorpos antifosfolipídicos e a eletroforese de hemoglobina (este último, porém, é indicado pelo Ministério da Saúde, 2016).

Ultrassonografia (USG)

1 ° TRIMESTRE	2 ° TRIMESTRE	3 ° TRIMESTRE
Função: Verificar vitalidade Verificar número de embriões Avaliar se a gestação é tópica Idade gestacional Comprimento cabeça-nádega BCF	Morfológica: Verificar formação Cabeça Coração Membros Sistema nervoso Observação: caso o paciente só possa fazer uma USG dá-se preferência para a do segundo trimestre.	Função: Localização da placenta Verificar quantidade de líquido amniótico Analisar maturidade da placenta Avaliar crescimento fetal.

Fonte: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016; FEBRASGO, 2014.

Intercorrências

QUEIXAS COMUNS NA GESTAÇÃO:

- Náuseas, vômitos e tonturas – orientação quanto à ingestão de alimentos secos, sem jejum prolongado e beber líquidos;

- Pirose;
- Sialorreia;
- Fraquezas e desmaios;
- Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal;
- Hemorroidas;
- Corrimento vaginal;
- Queixas urinárias (disúria, poliúria);
- Falta de ar e dificuldades para respirar;
- Mastalgia;
- Lombalgia – lordose “fisiológica”;
- Cefaleia;
- Sangramento nas gengivas;
- Varizes e câimbras;
- Cloasma gravídico;
- Estrias.

Observação: as queixas normalmente diminuem ou desaparecem sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

Vacinas

HEPATITE B

- ▶ Esquema completo
 - Não precisa ser vacinada.
- ▶ Vacinação incompleta
 - Completar as doses até que seja realizado um total de três doses.
- ▶ Não vacinada ou vacinação desconhecida
 - Deve ser aplicado três doses no esquema de 0, 1 e 6 meses.
 - A primeira dose deve ser aplicada, preferencialmente, após o 1º trimestre de gestação (12ª semana).

DUPLA ADULTO (dT) e TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR DO TIPO ADULTO (dTpa)

- ▶ Gestantes previamente vacinadas com 3 doses de dT (esquema vacinal completo)
 - Tomar 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação ou até 45 dias após o parto (puerpério).
- ▶ Gestantes com vacinação incompleta
 - Completar com 1 dose com dT (caso a gestante tenha tomado só 1 dose de dT);
 - Tomar 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação ou até 45 dias após o parto (puerpério).
- ▶ Gestantes não vacinadas ou com vacinação desconhecida
 - Realizar 2 doses de dT;
 - Tomar 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação ou até 45 dias após o parto (puerpério).
 - Respeitar o intervalo mínimo de 1 mês entre as vacinas.

Observação:

1ª dose de dTpa deve ser tomada a cada nova gestação, seguindo o período acima indicado.

INFLUENZA

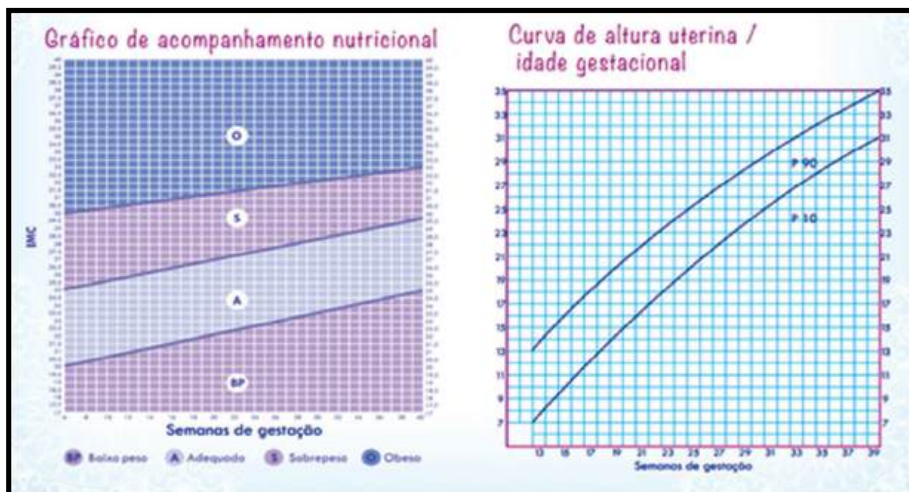
- ▶ Dose única anual no momento que estiver ocorrendo à vacinação.

VACINAS CONTRAINDICADAS NA GESTAÇÃO

- ▶ Febre amarela
- ▶ Tríplice viral
- ▶ HPV
- ▶ Varicela
- ▶ Dengue

Registro das informações na Caderneta da Gestante

FIGURA 3.4 – Gráficos de crescimento uterino e acompanhamento nutricional



Fonte: Ministério da Saúde – Caderneta da Gestante, 2016.

FIGURA 3.5 – Avaliação do seguimento do pré-natal.

Exames

Data

Resultado

ABO-RH

Data

Resultado

Glicemia de Jejum

Data

Resultado

Teste Oral de Tolerância à Glicose

Data

Resultado

Sífilis (teste rápido)

Data

Resultado

VDRL

Data

Resultado

HIV/Anti HIV (teste rápido)

Data

Resultado

Hepatite B - HBsAg

Data

Resultado

Toxoplasmose

Data

Resultado

Hemoglobina Hematócrito

Data

Resultado

Urina-EAS

Data

Resultado

Urina-Cultura

Data

Resultado

Coombs Indireto

Data

Resultado

Outra

Data

Resultado

Outra

Data

Resultado

Outra

Data

Resultado

Elektroforese de Hemoglobina

Padrão

AA

Heterozigose

AS

AC

Outras

Outras

Homozigose

SS

SC

Outras

Outras

Tratamento para Sífilis

1ª dose

2ª dose

3ª dose

Malária

Somente para gestantes da Região Amazônica.

Neg. Pos.

1ª

2ª

3ª

4ª

5ª

6ª

7ª

8ª

9ª

Suplementação Sulfato ferroso

SIM NÃO

1ª

2ª

3ª

4ª

5ª

6ª

7ª

8ª

9ª

Suplementação Ácido fólico

SIM NÃO

1ª

2ª

3ª

4ª

5ª

6ª

7ª

8ª

9ª

Ultrassonografia

Data

IG DUM

IG USG

Peso fetal

Placenta

Líquido

Outros

/ /

/ /

/ /

Fonte: Ministério da saúde - Caderneta da Gestante, 2016.

FIGURA 3.6 – Avaliação do seguimento do pré-natal (continuação).

Antecedentes familiares			
Diabetes	NÃO ☐ SIM ☐	Hipertensão arterial	NÃO ☐ SIM ☐
Gemelar	NÃO ☐ SIM ☐	Outras	NÃO ☐ SIM ☐

Gestações			
Gestas	Abortos	Parto vaginal	Nascidos vivos
Ectópica	3 ou + abortos		
Bebê <2.500g		Parto	Cesárea
Bebê >4.500g			Nascidos mortos
Pré-eclâmp. Eclâmpsia		2 cesáreas prévias	Final da gestação anterior há 1 ano

Antecedentes clínicos obstétricos			
Diabetes	NÃO ☐ SIM ☐	Cardiopatia	NÃO ☐ SIM ☐
Infecção urinária	NÃO ☐ SIM ☐	Tromboembolismo	NÃO ☐ SIM ☐
Infertilidade	NÃO ☐ SIM ☐	Hipertensão arterial	NÃO ☐ SIM ☐
Difíc. amamentação	NÃO ☐ SIM ☐	Outras	NÃO ☐ SIM ☐
		Cir. pélv. uterina	NÃO ☐ SIM ☐
		Cirurgia	NÃO ☐ SIM ☐
		Outras	NÃO ☐ SIM ☐

Gestação atual			
Fumo (nº de cigarros)	NÃO ☐ SIM ☐	Anemia	NÃO ☐ SIM ☐
Álcool	NÃO ☐ SIM ☐	Inc. istmocervical	NÃO ☐ SIM ☐
Outras drogas	NÃO ☐ SIM ☐	Ameaça de parto premat.	NÃO ☐ SIM ☐
Violência doméstica	NÃO ☐ SIM ☐	Isolunização Rh	NÃO ☐ SIM ☐
HIV/Aids	NÃO ☐ SIM ☐	Oligo/polidrânnio	NÃO ☐ SIM ☐
Sífilis	NÃO ☐ SIM ☐	Rut. pren. membrana	NÃO ☐ SIM ☐
Toxoplasmose	NÃO ☐ SIM ☐	CIUR	NÃO ☐ SIM ☐
Infecção urinária	NÃO ☐ SIM ☐	Pós-datismo	NÃO ☐ SIM ☐
Outras	NÃO ☐ SIM ☐	Febre	NÃO ☐ SIM ☐
		Hipertensão arterial	NÃO ☐ SIM ☐
		Pré-eclâmpsia/edâmp.	NÃO ☐ SIM ☐
		Cardiopatia	NÃO ☐ SIM ☐
		Diabetes gestacional	NÃO ☐ SIM ☐
		Uso de insulina	NÃO ☐ SIM ☐
		Hemorragia 1º trin.	NÃO ☐ SIM ☐
		Hemorragia 2º trin.	NÃO ☐ SIM ☐
		Hemorragia 3º trin.	NÃO ☐ SIM ☐
		Exantema/rash cutâneo	NÃO ☐ SIM ☐

Vacina antitetânica	
Sem informação de imunização	☐
Imunizada há menos de 5 anos	☐
Imunizada há mais de 5 anos	☐
1ª dose	/ /
2ª dose	/ /
3ª dose	/ /
Reforço	/ /

Hepatite B	
Imunizada	☐
1ª dose	/ /
2ª dose (1 mês após a 1ª dose)	/ /
3ª dose (6 meses após a 1ª dose)	/ /

Influenza	
data	/ /

dTpa	
data	/ /

Fonte: Ministério da saúde - Caderneta da Gestante, 2016.

FIGURA 3.7 – Avaliação do exame físico durante o seguimento do pré-natal.

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Data							
Queixa							
IG - DUM/USG							
Peso (kg)/IMC							
Edema							
Pressão arterial (mmHg)							
Altura uterina (cm)							
Apresentação fetal							
BCF/Mov. fetal							
Toque, se indicado							
Exantema (presença ou relato)							

Participou de atividades educativas

sim ☐ não ☐

Data: / /

Realizou visita à maternidade

sim ☐ não ☐

Data: / /

Observações, diagnósticas e terapêuticas

Fonte: Ministério da Saúde – Caderneta da Gestante, 2016.

Consultas de retorno pré-natal

► ANAMNESE

Fazer as seguintes perguntas:

- Apresenta queixas?
- Percebe os movimentos fetais ativos?
- Houve perdas transvaginais (corrimento, sangue ou líquido)?
- Como está o funcionamento do sistema digestivo (alimentação e evacuação)?
- Há queixas urinárias?

► EXAME FÍSICO

Examinar mucosas, verificar pressão arterial, peso, pulso, medir o fundo uterino, realizar manobras de Leopold (após 28 semanas de gestação) e ausculta do BCF. Fazer outros exames se necessário.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G.; MACCHETTI, C.E. et al. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Públ.** v. 45, n.5, p. 854-863. 2011.

BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 63-149.

Consultado na WWW:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante.** Brasília: DF, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>. Acessado em: 21 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1. ed. Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Teste rápido de gravidez na atenção básica – Guia prático.** Brasília: DF, 2013.

Consultado na WWW:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo calendário vacinal de 2017.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017marco/03/Novo-calendario-vacinal-de-2017.pdf>. Acessado em: 20 dezembro 2017.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2017. p. 21-24.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de assistência pré-natal.** 2. ed. São Paulo, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendários de Vacinação: recomendações da sociedade brasileira de imunizações.** 2017.

Anamnese Obstétrica

*Rebecca Perez de Amorim
Djenanne Simonsen A. de C. Caetano
Nara Macedo Botelho*

Introdução

A anamnese obstétrica é um instrumento propedêutico importante durante o cuidado pré-natal. Seu interrogatório é direcionado para assegurar que mãe e filho sejam avaliados, fazendo com que o conceito chegue a termo, viável e com saúde.

Durante a consulta a grávida deve expor suas queixas, desconfortos e dúvidas, assim como, oportunizar a participação do parceiro e de familiares que também auxiliarão no cuidado dessa gestante e depois do bebê. Assim, mesmo que a gestante compareça referindo não apresentar queixa principal (que normalmente nesses casos é a própria consulta de acompanhamento pré-natal), o profissional médico deve seguir com um interrogatório direcionado à identificação das principais afecções ginecológicas e obstétricas com potencial de causarem intercorrências durante a gestação.

A paciente deve comparecer com regularidade ao pré-natal, com visita mensal até 31 semanas; depois quinzenal, entre 32 a 36 semanas e semanal no termo até o parto.

É importante ter em mente que este é o momento que muitas mulheres decidem procurar os serviços de saúde, principalmente, as de baixo nível socioeconômico, sendo a oportunidade ideal para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Desse modo, o cenário da consulta e anamnese ginecológica e obstétrica garantirá às gestantes um atendimento médico ampliado, estabelecido no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

A ficha de atendimento à gestante terá como tópicos: identificação, antecedentes pessoais, familiares e obstétricos, informações à cerca da gestação atual, exames complementares, imunizações e possíveis intercorrências e condutas adotadas.

Tópicos

► Identificação:

- Idade: notar os extremos de idade, menores de 16 e maiores de 35 anos. Nas mais jovens há aumento da ocorrência de hiperêmese e nas com idade mais avançada de mal formações estruturais no feto. A incidência de abortamento e pré-eclampsia é maior em ambos os casos.
- Profissão: atentar para trabalhos em ambientes insalubres, que a exponha a irradiação, gases voláteis e intoxicação por fósforo, chumbo, arsênico, nicotina, mercúrio e agrotóxicos; que exijam que a gestante permaneça muito tempo em posição ortostática, sem para descanso ou pausa para alimentar-se.
- Nível de escolaridade: o baixo nível de escolaridade é frequentemente associado a um menor número de consultas pré-natais, prole numerosa com falta de planejamento familiar, gestação indesejada, uniões instáveis e necessidade de manter atividades de trabalho até períodos próximos ao parto.
- Naturalidade/Etnia: a naturalidade instiga investigação quanto a doenças da região, como malária, doença de Chagas e talassemias. As características étnicas interferem na estrutura corporal, à exemplo da baixa estatura e pelve pequena das mulheres orientais.
- Estado conjugal: questionar sobre casamento ou união estável. O estado conjugal interfere na esfera socioeconômica, emocional e sexual, podendo comprometer o evoluir de uma gestação saudável, principalmente para aquelas que não apresentam parceiro fixo. Infecções genitais, práticas abortivas, eclampsia/pré-eclampsia e morbidade puerperal aumentam com a maior variedade de parceiros.

► Antecedentes familiares:

- Hipertensão arterial sistêmica: há maior prevalência de síndromes hipertensivas em gestantes que apresentam histórico familiar de 1º grau (exemplo:

gestante com mãe e irmã que tiveram pré-eclâmpsia na gestação tem mais chance de ter a doença).

- Diabetes mellitus: tem maior prevalência quando presente na linhagem materna.
- Gemelidade: a natureza dessa herança permanece desconhecida, embora se saiba que gestantes filhas de mulheres que tiveram gêmeos tenham altas chances de também gerá-los.
- Câncer: principalmente do trato genital e mamas, presentes nos parentes maternos da grávida.
- Malformações: essas alterações podem indicar distúrbios cromossômicos, devendo-se orientar a gestante à realização de estudo genético quando presentes na família do casal.
- Outras: como colagenoses, doenças hematológicas e antecedentes obstétricos ruins de parentes maternos da gestante.

► Antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial: a hipertensão crônica nas gestantes tende a cair no início da gestação e aumentar durante o terceiro trimestre para níveis um pouco acima do início da gravidez. Os desfechos adversos dependem em grande parte do desenvolvimento de pré-eclâmpsia sobrejacente.
- Cardiopatia: doenças cardiovasculares variam na severidade e são responsáveis por complicar cerca de 1% das gestações e contribuir significativamente para o aumento da morbimortalidade materna.
- Diabetes melitus: uma complicação gestacional comum. As mulheres podem ser divididas naquelas que já tinham o diagnóstico antes da gestação (pré-gestacional) e nas que são diagnosticadas durante a gravidez (gestacional). A diabetes pré-gestacional é relacionada a maiores índices de anomalias fetais e risco de morte fetal, devendo os níveis de glicemia pós-pandrial serem muito bem controlados. Não ocorre aumento de anormalidades fetais na diabetes gestacional, entretanto, nesses casos há altas chances

do feto ter tamanho excessivo (macrossomia), caracterizado com peso ao nascer maior que 4.000 g. Crianças macrossômicas são associadas à parto laborioso e trauma ao nascimento (distócia do ombro normalmente).

- Infecção urinária: é a infecção mais comum durante a gravidez. Embora a bacteriúria assintomática seja o achado mais comum, infecções sintomáticas podem ocorrer, entre elas cistite e pielonefrite. O tratamento dessas infecções é crucial, já que mesmo a infecção assintomática, quando não tratada, evoluirá para infecção sintomática em algum momento da gravidez. As infecções do trato urinário por si só são associadas ao aumento do risco do nascimento de crianças com baixo-peso ao nascer, parto prematuro, gestação associada à hipertensão e anemia.
- Cirurgia em geral/cirurgia pélvica: principalmente as do aparelho reprodutor, como cesária pregressa e miomectomia, por aumentarem as chances de rotura uterina; corretoras de distopias genitais e fístulas vésico-vaginais, por contraindicarem parto transvaginal; outras realizadas sobre o colo uterino e as curetagens repetidas, por favorecerem a incompetência ístmo-cervical; além de operações mamárias, que, a depender da técnica, podem dificultar a amamentação.
- Alergias: a fatores ambientais e medicamentos ou outros recursos que poderão ser utilizados durante a gestação, parto ou puerpério (exemplos: iodo, sulfas, dipirona, penicilina, ácido acetilsalicílico, etc).
- Medicções em uso: atentar-se para droga, posologia e duração do uso.

► **Antecedentes obstétricos:** *como abordado na anamnese ginecológica.*

- Questionar sobre o número de vezes que a pacientes engravidou – *Gesta(s)*. Não importando o número de conceptos ou o término da gestação. Nesse caso ela será considerada Gesta I, mesmo em caso de abortamento ou no nascimento de gêmeos.

- Questionar sobre o número de partos – *Para(s)*. Considera-se *Para* todo o parto que ocorreu após 22 semanas de gestação, não importando se foi um parto prematuro de um feto morto. Verificar quais foram as vias parto (abdominal ou vaginal), se houveram partos cesários, questionar a sua indicação. Se o parto ocorreu por via vaginal mas em situação transpélvica, questionar evolução e a necessidade do uso de fórceps ou a realização de vácuo-extração. Confirmar a época gestacional no qual ocorreram, se pré-termo, à termo ou pós-termo.
- Houveram abortamentos (gestações interrompidas até a 22ª semana de gravidez). Se sim, há necessidade de serem caracterizados: número, em qual intervalo de tempo e idade gestacional; se foram completos, incompletos ou infectados; espontâneos ou provocados; se necessitaram de curetagem ou aspiração uterina; e por fim, se existiram complicações após o abortamento.
- Partos gemelares?
- Ectopias?
- Questionar a respeito de óbito(s) na primeira semana de vida (óbito neonatal precoce) ou após a primeira semana até 28 dias de nascido (óbito neonatal tardio).
- Verificar o intervalo de tempo entre a última gestação e a gestação atual. Lembrando que intervalos menores que 2 anos entre as gestações é prejudicial para a mulher, já que este é o tempo mínimo necessário para que a mesma restabeleça as suas reservas nutricionais e recuperar estados orgânicos modificados pela gestação. Também é importante dar atenção para intervalos maiores que 10 anos, nesses casos devemos lidar com a paciente como se ela nunca tivesse parido. Questionar peso do recém-nascido que nasceu com o maior peso, se teve o puerpério normal ou patológico, se amamentou e por quanto tempo, fazendo a média do tempo de amamentação (soma do total de tempo que essa gestante amamentou durante a vida dividido pelo número de filhos).

- Como se passou o puerpério? Houveram infecções, hemorragias, abscessos, deiscências de suturas? O período de internação hospitalar foi prolongado? Se sim, qual o motivo. Houve administração de imunoglobulina anti-Rh para mães Rh - com filho Rh +? Paciente teve *baby blues* (alteração de humor transitória que surge logo após o nascimento do bebê – no 3º ao 5º dia – desaparecendo em poucos dias ou de forma espontânea) ou depressão pós-parto?
- **Gestação atual:** fazer cálculo da DUM (data da última menstruação) e DPP (data provável do parto) – *verificar capítulo de pré-natal*. Confirmar tipagem sanguínea e fator Rh. Questionar a respeito dos hábitos da gestante, se é tabagista ou faz ingestão de bebidas alcóolicas – já essas substâncias apresentam componentes que alcançam a corrente sanguínea facilmente, podendo causar abortamentos, malformações, crescimento intra-uterino restrito, parto prematuro e alterações neurológicas na criança. Averiguar se existiram intercorrências até o momento da primeira consulta e se a gestante tem apresentado êmese ou hiperêmese.
- Êmese: sintomas de náusea e vômitos gravidade variável que começam entre o 1º e o 2º período menstrual perdido até 12 a 16 semanas de gestação, lembrando que embora os sintomas sejam piores durante a manhã, eles tendem a continuar durante o decorrer do dia. Mesmo com tratamento, dificilmente a gestante ficará totalmente livre dos sintomas completamente, embora o desconforto consiga ser minimizado.
- Hiperêmese: nesse caso a mulher apresenta náusea excessiva e persistente e vômitos em demasia, presentes em praticamente todos os dias, sendo pouco, ou nada, responsáveis à modificação simples da dieta ou ao uso de antieméticos. Os sintomas podem ser muito intensos e levar à perda de peso, desidratação, alcalose por perda de ácido clorídrico, hipocalemia e cetose, em alguns casos ocorre disfunção hepática transitória.

- ▶ **Exames complementares:** os exames complementares presentes na tabela a seguir são os exames priorizados a cada semestre da gestação, os mesmo foram especificamente abordados no capítulo de pré-natal.
- ▶ **Imunizações:** fazem referência as vacinas priorizadas e abordadas no capítulo de pré-natal.
- ▶ **Intercorrências:** espaço dedicado a descrição de possíveis intercorrências ao curso da gestação, que devem ser registradas juntamente com a conduta adotada para cada situação.

REFERÊNCIAS

BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério

da Saúde, p. 63-149, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: DF, 2013.

Consultado na WWW:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo calendário vacinal de 2017**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017marco/03/Novo-calendario-vacinal-de-2017.pdf>. Acessado em: 20 dezembro 2017.

Consultado na WWW:

FEBRASGO. **Ficha clínica pré-natal**. 2017. Disponível em: <http://febrasgo.org.br/fichas-clinicas/item/ficha-clinica-de-pre-natal>. Acessado em: 03 dezembro 2017.

Netto HC. Obstetrícia básica. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendários de Vacinação: recomendações da sociedade brasileira de imunizações**. 2017.

Williams. Obstetrics. 23ª ed. United States: Mc Graw-Hill Medical; 2010.



FICHA CLÍNICA DA GESTANTE

Prontuário: _____

Data: ____/____/____

Identificação

Nome: _____

Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Idade: _____

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ Ens. Fundamental Incompleto ☐ Ens. Fundamental Completo ☐ Ens. Médio Incompleto ☐ Ens. Médio Completo ☐ Ens. Superior Incompleto ☐ Ens. Superior Completo

Estado Civil/União: ☐ Casada/Em União Estável ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐ Solteira

Cor/ Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Asiática

Naturalidade: _____

Antecedentes

Antecedentes Familiares: ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐

Gemelidade

☐ Malformação ☐ Câncer _____ ☐ Outros: _____

Antecedentes Pessoais: ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Cirurgia em geral ☐ Cirurgias Pélvicas ☐ Cardiopatia ☐ Infecção Urinária ☐ Malformação

☐ Alergia(s). Quais: _____ ☐ Medicação(ões) em uso. Quais: _____

Outros: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestação: ____ Parto: ____ Aborto(s): ____ Ectópicas: ____ Gemelares: ____
Abortamento(s): ____ Espontâneo(s): ____ Provocado(s): ____ Com curetagem: ____
Partos Vaginais: ____ Partos Cesáreos: ____
Nascidos vivos: ____ Nascidos mortos: ____ Filhos vivos atuais: ____
Óbito(s) na 1ª semana: ____ Óbito(s) após a 1ª semana: ____
Causa do óbito(s): ____
Peso RN: ____ Data da última gestação: ____/____/____ (mês/anos)
Amamentação: ☐ Sim ☐ Não Duração: ____ Causa do insucesso: ____
Intercorrências em gestações anteriores: ____

Puerpério: _____

Gestação Atual

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ Há dúvida? ☐ Sim ☐ Não
Grupo sanguíneo: ☐ Rh + ☐ Rh - Sensibilizada? ☐ Sim ☐ Não
Fumo: ☐ Sim ☐ Não Quantidade/dia: ____ Álcool: ☐ Sim ☐ Não
Frequência: ____
Uso de drogas ilícitas? ☐ Sim ☐ Não. Qual(is)? ____
Intercorrências até a 1ª consulta: ____
☐ Êmese gravídica ☐ Hiperêmese gravídica

Exames Complementares
Laboratório - 1º Trimestre

Exame	Data	Resultado
Hemograma		
Tipagem sanguínea e fator Rh		
Coombs indireto		
Glicemia em jejum		
Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL		
Teste rápido para diagnóstico anti-HIV ou sorologia HIV I e II		
Sorologia para hepatite B (HbsAg)		
Toxoplasmose IgM e IgG		
Citopatológico de colo de útero		
Bacterioscopia de secreção vaginal		
Urina tipo I		
Urocultura e antibiograma		
Parasitológico de fezes		

Laboratório - 2º Trimestre

Exame	Data	Resultado
Teste de tolerância para glicose		
Coombs indireto		

Laboratório - 3º Trimestre

Exame	Data	Resultado
Hemograma		
Coombs indireto		
Glicemia em jejum		
Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL		
Teste rápido para diagnóstico anti-HIV ou sorologia HIV I e II		
Sorologia para hepatite B (HbsAg)		
Toxoplasmose IgM e IgG		
Bacterioscopia de secreção vaginal		
Urina tipo I		
Urocultura e antibiograma		

Ultra-sonografia obstétrica

1º Trimestre

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Observações: _____

2º Trimestre

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Observações: _____

3º Trimestre

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Observações: _____

Imunizações

Previamente vacinada contra hepatite B: ☐ Sim ☐ Não. Caso não, realizar o esquema abaixo:

Hepatite B	1ª dose	2ª dose	3ª dose
data			

Previamente vacinada com a difteria e tétano (dupla adulto – dT): ☐ Sim ☐ Não. Caso não, realizar o esquema abaixo:

dT	1ª dose	2ª dose
data		

dTpa	1ª dose
data	

Caso sim, realizar o esquema abaixo:

dTpa	1ª dose
data	

Realiza vacinação anual para o vírus influenza durante as campanhas anuais de vacinação: ☐ Sim ☐ Não. Caso não tenha realizado esse ano, seguir o esquema abaixo:

Influenza	1ª dose
data	

Intercorrências/Conduta

Data	Acontecimentos

Exame físico obstétrico

Jorge Tadeu Campos Paixão

Amanda Matos da Mota

Djenanne Simonsen A. de C. Caetano

Nara Macedo Botelho

Introdução

O exame físico da gestante deve ser geral e completo, iniciando-se na primeira consulta do pré-natal, com ênfase nos aspectos ginecológicos e obstétricos. As pacientes devem ser examinadas em busca de alterações no estado geral, no peso, na pressão arterial, no volume da glândula tireoide, na ausculta cardíaca e pulmonar, na inspeção da pele e na palpação do abdome. Em acréscimo, é de fundamental importância a realização de exame ginecológico completo, incluindo a avaliação de vulva, vagina e mamas.

O exame obstétrico, especificamente, inclui medida da altura uterina, que auxilia no rastreamento das alterações do crescimento fetal, das alterações no volume de líquido amniótico e de gestação múltipla, e ausculta dos batimentos cardíacos fetais com o sonar Doppler a partir de 9 a 12 semanas de gestação.

Para uma assistência de qualidade, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), a mulher deve realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal durante a gestação.

INSPEÇÃO GERAL

Avaliar: estado emocional, condições nutricionais.

- **Sinais vitais, altura e peso.**
- **Temperatura:** em média 0,5°C maior do que a basal.
- **Respiração:** atenção, principalmente, para o último

trimestre de gestação, pois o crescimento uterino eleva o diafragma, o que pode levar a um quadro de dispneia.

- **Pulso.**
- **Pressão arterial (PA):** quadros hipertensivos, como hipertensão gestacional, hipertensão crônica e pré-eclâmpsia, são muito temidos durante a gravidez e, em virtude disso, a verificação da pressão arterial deve ser uma constante em **todas** as consultas de pré-natal. A PA, idealmente, deve estar abaixo de 140/90mmHg. Caso a PA seja conhecida, a sistólica não pode ultrapassar 30mmHg do normal e a diastólica, 15mmHg.
- **Hipertensão gestacional:** pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 e Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 . Surgimento após a 20ª semana de gestação e **sem proteinúria**.
- **Hipertensão crônica:** PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90 antes da gravidez, anterior a 20ª semana de gestação e após a 12ª semana de pós-parto.
- **Pré-eclâmpsia:** PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90 . Surgimento após a 20ª semana de gestação e **com proteinúria**. Além da proteinúria e hipertensão, há edema.
- A **eclâmpsia** apresenta as mesmas características da pré-eclâmpsia, porém com o acréscimo de convulsão.
- **O peso e a altura** da paciente são fundamentais para determinar o índice de massa corporal (IMC) e, por consequência, o estado nutricional. Tratando-se mais especificamente do peso, sabe-se que o ganho adequado para uma paciente, segundo o Ministério da Saúde, fica no intervalo de 11,5 e 16 kg.

Observação:

no primeiro trimestre, por conta de náuseas e vômitos, a grávida pode apresentar uma perda de até 5% do peso. Caso exceda esse valor, dentro dessas circunstâncias, suspeitar de hiperêmese gravídica. No segundo e terceiro trimestres, há ganho de 300-400g por semana.

- **Circunferência abdominal:** mede aproximadamente

90 – 92cm em gestantes a termo e não obesas.

- **Face:** presença do Cloasma ou Melasma, pigmentação escura (difusa ou circunscrita) nas regiões mais expostas ao sol, como nariz, região frontal e zigomática.

FIGURA 5.1– Cloasma ou Melasma.



Fonte: Arquivo dos autores.

- **Olhos:** observar a coloração das conjuntivas (a gestante possui uma tendência à anemia, quadro de hemodiluição por aumento do volume plasmático conhecido como anemia fisiológica da gestação, devido à queda do hematócrito e da hemoglobina).
- **Boca:** avaliar gengivas e dentes. Em relação aos últimos, sabe-se que infecções podem levar à prematuridade e a baixo peso ao nascimento.
- **Tireoide:** é esperado um discreto aumento simétrico da glândula devido a efeitos hormonais (mais evidente a partir da 20ª semana de gestação). Portanto, sempre inspecionar e palpar a tireoide.
- **Tórax e pulmões:** na gravidez, a partir dos aumentos crescentes de progesterona, há um aumento do volume corrente e da ventilação minuto alveolar, o que pode levar à dispneia e à alcalose respiratória. Fora isso, investigar sinais como tosse e/ou desconforto

respiratório para o diagnóstico precoce de asma ou embolia pulmonar.

Exame das mamas

- ▶ Com 8 semanas de gestação:
 - Congestão mamária: hipertrofia.
 - Aréola primária: aréola hiperpigmentada.
 - Tubérculos de Montgomery: 12-15 glândulas mamárias acessórias ou sebáceas hipertrofiadas.
- ▶ Com 16 semanas de gestação:
 - Colostro: líquido que sai da mama e precede o leite materno. É possível verificar com a expressão.
 - Rede venosa de Haller: aumento da circulação venosa formando uma rede visível sob a pele transparente das mamas.
- ▶ Com 20 semanas de gestação:
 - Sinal de Hunter: desenvolvimento da aréola secundária, escurecimento das mamas.

FIGURA 5.2 – Gestante com mais de 20 semanas de gestação: presença de aréola primária, tubérculos de Montgomery, rede venosa de Haller e Sinal de Hunter.



Fonte: Arquivo dos autores.

Exame obstétrico

Abdome – gestante em decúbito horizontal.

No exame físico do abdome, a seguinte sequência deve ser obedecida: inspeção, altura uterina, palpação (manobras de Leopold- Zweifel) e ausculta fetal.

INSPEÇÃO

- Verificar o formato do abdome (plano, abaulado, ovoide ou globoide).

Atentar também para modificações na pele, como a presença de:

- Cicatrizes (investigar cirurgia de cesárea anterior).
- Melasma ou cloasma.
- Estrias (que são rupturas de fibras elásticas; quando recentes, são vermelhas ou azuladas e quando tardias, brancas).
- Linha *nigra*: escurecimento da linha alba.
- Edema.
- Aumento exagerado do volume abdominal, indicativo de alterações importantes (polidrâmnio, gemelaridade e obesidade).

Observação: o formato tende a ser mais pêndulo em multíparas pelo enfraquecimento da musculatura abdominal, o que pode gerar alterações de apresentação fetal.

PALPAÇÃO

- Verificar a consistência uterina:
 - Cística (líquido amniótico).
 - Elástica (parede uterina).
 - Pastosa (placenta).

MEDIDA DA ALTURA UTERINA

Com a mão direita, fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita

métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda ou pela borda cubital esquerda. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.

Observações:

- Fundo uterino abaixo da a IG (Idade gestacional) – suspeitar primeiro de erro de data (cálculo da idade gestacional errado), oligodrâmnio ou crescimento intrauterino restrito.
- Fundo uterino grande para a IG: erro de data ou polidrâmnio ou diabetes gestacional (feto grande para idade gestacional-GIG).
- Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos, pode-se usar a altura uterina para estimar a idade gestacional.

FIGURA 5.3 – Medida do fundo uterino com fita métrica na borda cubital da mão esquerda.



Fonte: Arquivo dos autores.

FIGURA 5.4 – Medida do fundo uterino com fita métrica entre os dedos indicador e médio da mão esquerda.



Fonte: Arquivo dos autores.

Na 12ª semana: útero enche a pelve de modo que é palpável na borda superior da sínfise púbica; útero se torna abdominal.

Na 16ª semana: o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.

Na 20ª semana: o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.

A partir da 20ª semana: existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Na 40ª semana: o útero se encontra ao nível do apêndice xifóide.

Antes de iniciar as manobras de Leopold, uma revisão sobre estática fetal deve ser feita para relembrar conceitos importantes:

Situação: relação entre o maior eixo do feto e maior eixo do uterino. Pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua.

- Longitudinal: maiores eixos do feto e útero são paralelos e coincidem.
- Transversa: maiores eixos do feto e útero são perpendiculares.
- Oblíqua ou inclinada: maiores eixos do feto e útero

se cruzam.

Apresentação: região do feto que se encontra voltada para o estreito superior (linha entre o promontório e margem superior da sínfise púbica). Pode ser cefálica, pélvica ou córmica.

- Cefálica: polo cefálico.
- Pélvica: polo pélvico – pelve ou membros inferiores (completa ou incompleta).
- Córmica (ombro): sempre apresentação da situação transversa.

Altura da Apresentação: pode ser móvel ou fixa.

- Móvel ou alta.
- Fixa ou insinuada ou encaixada.

PALPAÇÃO

- Na palpação, então, destacam-se os quatro tempos das **manobras de Leopold-Zweifel:**

1º tempo: exploração do fundo uterino, delimitando-o e caracterizando onde os segmentos fetais se encontram. Este tempo orienta quanto à **situação** e à **apresentação fetal**.

Palpação com as bordas cubitais de ambas as mãos no fundo uterino, delimitando, sem pressionar muito, e sentindo com a face palmar qual o polo presente no fundo uterino (pélvico ou cefálico) – orientação em relação à apresentação fetal. O polo pélvico é mais volumoso, esferoide, irregular, mas redutível e sem rechaço. Já o polo cefálico é menor, regular, resistente e irreduzível.

Pode-se também ver nesse tempo o **rechaço**, dependendo da quantidade de líquido amniótico (rechaço é muito mais nítido com o polo cefálico).

- **Rechaço simples:** desloca o polo fetal e ele deixa de ser palpável.
- **Rechaço duplo:** desloca o polo fetal e depois ele volta para posição inicial, voltando a ser palpável.

FIGURA 5.5 – 1º Tempo da manobra de Leopold-Zweifel.



Fonte: Arquivo dos autores.

Observação:

O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações, quando o feto está em situação longitudinal, são a cefálica e a pélvica.

2º tempo: exploração do dorso fetal; visa determinar a **posição fetal**, reconhecendo, com as mãos, o lado ocupado pelo dorso do feto (segmento endurecido e convexo) e o lado onde estão os membros fetais.

A palpação é feita ao deslizar as mãos do fundo uterino em direção ao polo inferior, lateralmente.

- **Primeira posição:** o feto está em posição esquerda, ou seja, seu dorso está no lado esquerdo materno.
- **Segunda posição:** o dorso fetal está do lado direito materno.

FIGURA 5.6 – 2º Tempo da manobra de Leopold-Zweifel.



Fonte: Arquivo dos autores.

3º tempo: exploração da **mobilidade do polo fetal (altura da apresentação)** que está no estreito superior; procura-se apreender o polo entre o polegar e o dedo médio, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração na bacia. Quando insinuado, o polo se apresenta fixo, quando móvel, este se encontra alto.

FIGURA 5.7–3º Tempo da manobra de Leopold-Zweifel.



Fonte: Arquivo dos autores.

4º tempo: exploração da escava (confirma **situação, apresentação e altura**);

O examinador, de costas para a cabeça da paciente, espalma as mãos sobre as fossas ilíacas e as desloca em direção ao hipogástrio, paralelamente à arcada crural. Com as pontas dos dedos, procura penetrar na pelve para averiguar o grau de penetração do polo apresentado no estreito superior da bacia.

Desta maneira, pode-se também reconhecer a cabeça fetal, que ocupa completamente a escava e é um corpo volumoso, de superfície regular, resistente e irreductível ou o polo pélvico, que, ocupando parcialmente a escava, é corpo mais volumoso, esferoide, de superfície irregular, resistente, mas redutível. A escava vazia sugere apresentação córmica (transversa).

FIGURA 5.8 – 4º Tempo da manobra de Leopold-Zweifel.



Fonte: Arquivo dos autores.

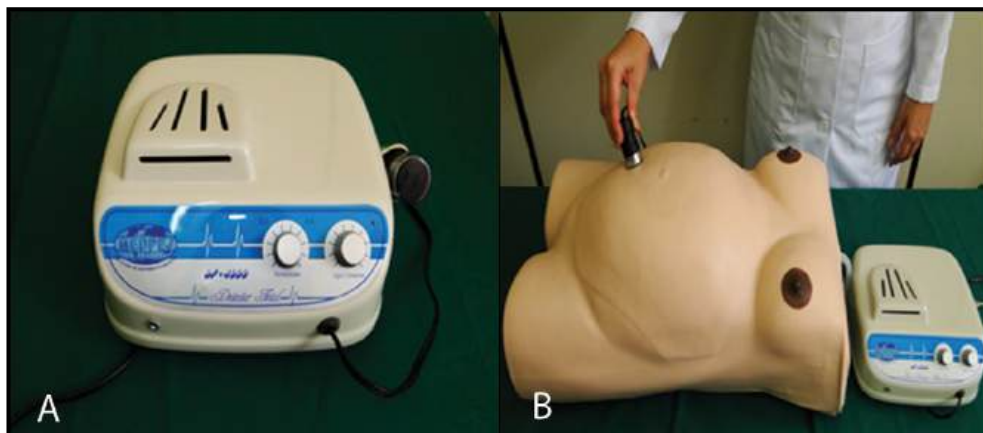
AUSCULTA FETAL

Os batimentos cardíacos fetais (BCF) podem ser percebidos pela ultrassonografia a partir da 7ª e 8ª semana de gestação (se ultrassonografia transvaginal, pode-se verificar com até 6 semanas), pelo **Sonar-doppler** entre 10 e 12 semanas e pelo **estetoscópio de Pinard** por volta da 20ª semana. A frequência

cardíaca fetal normal oscila entre **120 e 160 bpm**.

Observação: para utilizar o Sonar-Doppler após 28 semanas, primeiramente as manobras de Leopold devem ser realizadas, com destaque para o segundo tempo, uma vez que, por meio dele, há identificação do dorso fetal.

FIGURA 5.9: A) Sonar Doppler B) Modo de uso do Sonar Doppler.



Fonte: Arquivo dos autores.

IMPORTANTE: a verificação da pressão arterial da gestante e o BCF são exames que jamais poderão deixar de ser realizados nas consultas de pré-natal.

Diagnóstico de apresentação pela ausculta:

- ▶ O foco máximo de ausculta está mais próximo do polo cefálico, então quando a apresentação é cefálica, ele está nos quadrantes inferiores do abdome.
- ▶ Quando é pélvica, está nos quadrantes superiores e quando é córmica está na linha média, próximo da cicatriz umbilical (no trabalho de parto o encaixe fetal altera essa relação).

Ausência de batimentos: morte fetal (deve ser confirmada com uso de sonar-Doppler ou ultrassonografia).

EXAME UROGENITAL

- Durante a inspeção estática do exame ginecológico, a paciente deve estar em posição ginecológica e o mais

confortável possível, respeitando sempre o pudor da gestante.

- Dentre os sinais que se destacam no exame do colo uterino, pode-se descrever o sinal de Chadwick (EUA) ou sinal de Jacquemier (Europa): mucosa hiperpigmentada e tumefeita, de rosada para cianótica, devido à mudança hormonal e mecânica.
- Fora o sinal descrito acima, deve-se inspecionar o ânus, pesquisando hemorroidas, as quais podem levar à dor e/ou sangramento.

TOQUE OBSTÉTRICO

O toque é o mais amplamente utilizado e difundido, sendo relevante para o diagnóstico da gestação no primeiro trimestre e para determinar a vigência do trabalho de parto e a amplitude da pelve. A partir do toque obstétrico, é possível identificar:

- O apagamento e a dilatação cervical.
- A presença ou não da bolsa amniótica, a sua integridade e, eventualmente, a sua ruptura.
- A altura da apresentação.
- O exame da pelve óssea com a determinação dos diâmetros conjugados.
- A confirmação da apresentação.
- Diagnóstico da variedade de posição.

EXTREMIDADES

- Pesquisa de varizes.
- Inspeção de mãos e pernas, pesquisando edema.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: DF, 2006.

MONTENEGRO; REZENDE FILHO. **Rezende Obstetrícia fundamental**. 1 ed. p. 69 – 193.

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 2 ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2012. p. 323 – 527.

Equipe de Realização

Produção Editorial Nilson Bezerra Neto

Arte da Capa Mayra Sarges

Diagramação Odivaldo Teixeira Lopes

Revisão Marco Antônio Camelo

