

SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS
2024



**MANUAL DE HABILIDADES DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Lucian Herlan da Costa Luz Fernandes
Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

SEVEN

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS
2024



**MANUAL DE HABILIDADES DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Lucian Herlan da Costa Luz Fernandes
Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

EDITORA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

ORGANIZADORES DO LIVRO

Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

Giovana Pereira Duarte

Glays Gonçalves de Freitas Mendes

João Vitor Reis de Souza

Lanna Marques Santos

Lídia Maria Costa Oliva

Lucas Ernesto Bueno Fontana

Lucian Herlan da Costa Luz Fernandes

Raissa de Sousa Marinho Pimenta

Jéssica Cristina da Silva Freitas

Maria Tereza Dias Ferreira

2024 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2024 Os Autores

Copyright da Edição © 2024 Seven Editora

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Alan Ferreira de Moraes

EDIÇÃO DE TEXTO

Natan Bones Petitemberte

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

IMAGENS DE CAPA

AdobeStok

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

CORPO EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

CORPO EDITORIAL

Pedro Henrique Ferreira Marçal - Vale do Rio Doce University
Adriana Barni Truccolo - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
Marcos Garcia Costa Morais - Universidade Estadual da Paraíba
Mônica Maria de Almeida Brainer - Instituto Federal de Goiás Campus Ceres
Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Egas José Armando - Universidade Eduardo Mondlane de Moçambique
Ariane Fernandes da Conceição - Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Wanderson Santos de Farias - Universidade de Desenvolvimento Sustentável
Maria Gorete Valus - Universidade de Campinas
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília
Janyel Trevisol - Universidade Federal de Santa Maria
Irlane Maia de Oliveira - Universidade Federal de Mato Grosso
Paulo Roberto Duailibe Monteiro - Universidade Federal Fluminense
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília
Yuni Saputri M.A - Universidade de Nalanda, Índia
Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí, CEAD
Anderson Nunes Da Silva - Universidade Federal do Norte do Tocantins
Adriana Barretta Almeida - Universidade Federal do Paraná
Jorge Luís Pereira Cavalcante - Fundação Universitária Iberoamericana
Jorge Fernando Silva de Menezes - Universidade de Aveiro
Antonio da Costa Cardoso Neto - Universidade de Flores Buenos Aires
Antônio Alves de Fontes-Júnior - Universidade Cruzeiro do Sul
Alessandre Gomes de Lima - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Moacir Silva de Castro - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Marcelo Silva de Carvalho- Universidade Federal de Alfenas
Charles Henrique Andrade de Oliveira - Universidade de Pernambuco
Telma Regina Stroparo - Universidade Estadual de Ponta Grossa
Valéria Raquel Alcantara Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz
Kleber Farinazo Borges - Universidade de Brasília
Rafael Braga Esteves - Universidade de São Paulo
Inaldo Kley do Nascimento Moraes - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Mara Lucia da Silva Ribeiro - Universidade Federal de São Paulo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

M294

Manual de habilidades de ginecologia e obstetrícia [recurso eletrônico] / Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho ... [et al.]. – São José dos Pinhais, PR: Seven Editora, 2024.
Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6109-122-0

1. Ginecologia. 2. Obstetrícia. 3. Ciências médicas.
I. Carvalho, Mariana de Sousa Ribeiro de. II. Duarte, Giovana Pereira. III. Mendes, Gláyr Gonçalves de Freitas. IV. Souza, João Vitor Reis de. V. Título.

CDU 618.1/.7

Índices para catálogo sistemático:

CDU: Ginecologia e obstetrícia 618.1/.7

Bruna Heller - Bibliotecária - CRB10/2348

DOI: 10.56238/livrosindi202480-001

Seven Publicações Ltda
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

DECLARAÇÃO DO(A) AUTOR(A)

O(a) autor(a) deste trabalho DECLARA, para os seguintes fins, que:

Não possui nenhum interesse comercial que gere conflito de interesse em relação ao conteúdo publicado;

Declara ter participado ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente nas seguintes condições: "a) Desenho do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação dos dados; b) Elaboração do artigo ou revisão para tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão";

Certifica que o texto publicado está completamente livre de dados e/ou resultados fraudulentos e defeitos de autoria;

Confirma a citação correta e referência de todos os dados e interpretações de dados de outras pesquisas;

Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para realizar a pesquisa;

Autoriza a edição do trabalho, incluindo registros de catálogo, ISBN, DOI e outros indexadores, design visual e criação de capa, layout interno, bem como seu lançamento e divulgação de acordo com os critérios da Seven Eventos Acadêmicos e Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Seven Publicações DECLARA, para fins de direitos, deveres e quaisquer significados metodológicos ou legais, que:

Esta publicação constitui apenas uma transferência temporária de direitos autorais, constituindo um direito à publicação e reprodução dos materiais. A Editora não é co-responsável pela criação dos manuscritos publicados, nos termos estabelecidos na Lei de Direitos Autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; O(s) autor(es) é(são) exclusivamente responsável(eis) por verificar tais questões de direitos autorais e outros, isentando a Editora de quaisquer danos civis, administrativos e criminais que possam surgir.

Autoriza a DIVULGAÇÃO DO TRABALHO pelo(s) autor(es) em palestras, cursos, eventos, shows, mídia e televisão, desde que haja o devido reconhecimento da autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial, com a apresentação dos devidos CRÉDITOS à SEVEN PUBLICAÇÕES, sendo o(s) autor(es) e editora(es) responsáveis pela omissão/exclusão dessas informações;

Todos os e-books são de acesso aberto, portanto, não os venda em seu site, sites parceiros, plataformas de comércio eletrônico ou qualquer outro meio virtual ou físico. Portanto, está isento de transferências de direitos autorais para autores, uma vez que o formato não gera outros direitos além dos fins didáticos e publicitários da obra, que pode ser consultada a qualquer momento.

Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições públicas de ensino superior, conforme recomendado pela CAPES para obtenção do Qualis livro;

A Seven Eventos Acadêmicos não atribui, vende ou autoriza o uso dos nomes e e-mails dos autores, bem como de quaisquer outros dados deles, para qualquer finalidade que não seja a divulgação desta obra, de acordo com o Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Constituição da República Federativa.

AUTORES DO E-BOOK

Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

M.D., Ph.D

Lattes: 045325873527856

Orcid: 0000-0002-6679-5016

Giovana Pereira Duarte

Medica, UNIFAMAZ

Lattes: 7440296471975647

ORCID: 0000-0002-3669-7685

Glair Gonçalves de Freitas Mendes

Medica, UNIFAMAZ

Lattes: 2904914117210898

ORCID: 0000-0002-8261-4617

João Vitor Reis de Sousa,

Medico, UniFamaz

Lattes: 7162593989122262

ORCID: 0000-0002-4178-1689

Lanna Marques Santos

Medica, UNIFAMAZ

Lattes: 1856926653790519

ORCID: 0000-0001-5396-6202

Lídia Maria Costa Oliva

Medica, UNIFAMAZ

Lattes: lattes: 0468423899804106

ORCID: 0000-0002-4279-5695

Lucas Ernesto Bueno Fontana

Médico

Lattes: 4956009236847784

ORCID: 0000-0002-2240-1345

Lucian Herlan da Costa Luz Fernandes

Medica, UNIFAMAZ

Lattes: 8997020573940018

ORCID: 0000-0002-1975-1520

Raissa de Sousa Marinho Pimenta

Médica

Lattes: 2181030086097517

ORCID: 0000-0002-4760-4763

Jéssica Cristina da Silva Freitas

Médica pelo CESUPA

Lattes: 4638596421096364

ORCID: 0000-0002-6625-1895

Maria Tereza Dias Ferreira

Medica, UNIFAMAZ

Lattes: 8450288620663455

ORCID: 0000-0001-8432-4675

APRESENTAÇÃO

Este manual foi desenvolvido pelos discentes do curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (Unifamaz) e revisado por docentes do curso.

Traz de forma simples e clara, os principais conteúdos sobre “Saúde da Mulher”, abordados nos primeiros anos do curso. Não substitui a leitura de livros clássicos e artigos recentes, mas, certamente, auxiliará outros discentes na organização do conteúdo exposto e nas revisões sobre os temas.

Uma excelente leitura!!

Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

Docente do Curso de Medicina da Unifamaz
Doutorado e Mestrado em Ciências da Saúde (IAMSPE-SP)
Ginecologista e Obstetra (HSPE-SP)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	8
ANAMNESE GINECOLÓGICA Lucian Herlan da Costa Luz Fernandes e Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho.	
CAPÍTULO 2	12
EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO João Vitor Reis de Souza, Lanna Marques Santos e Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho.	
CAPÍTULO 3	22
ANAMNESE OBSTÉTRICA Ana Elizabeth Gonçalves Fonseca Tavares, Glayr Gonçalves de Freitas Mendes e Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho.	
CAPÍTULO 4	25
EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO Raíssa de Sousa Marinho Pimenta, Ana Elizabeth Gonçalves Fonseca Tavares e Waléria da Silva Plácido.	
CAPÍTULO 5	33
MECANISMO DE PARTO Giovana Duarte Pereira, Lucas Ernesto Bueno Fontana, Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho e Waléria da Silva Plácido.	
CAPÍTULO 6	37
ESTÁTICA FETAL Giovana Duarte Pereira, Lucas Ernesto Bueno Fontana, Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho e Waléria da Silva Plácido.	
CAPÍTULO 7	43
CARTÃO PRÉ-NATAL Lanna Marques Santos, Lídia Maria Costa Oliva, Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho e Waléria da Silva Plácido.	
CAPÍTULO 8	48
PARTOGRAMA Lídia Maria Costa Oliva e Ana Elizabeth Gonçalves Fonseca Tavares.	

ANAMNESE GINECOLÓGICA

Lucian Herlan da Costa Luz Fernandes e Dr^a Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

A consulta ginecológica deve abordar as necessidades da mulher em todas as fases de vida, incluindo desde o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientação sobre prevenção do câncer de colo de útero, e de outros cânceres, até climatério.

A relação médico-paciente é extremamente importante na anamnese. A consulta ginecológica não significa apenas a anotação fria dos dados fornecidos pela paciente e aqueles colhidos pelo médico. Ela exige uma perfeita interação entre o médico e a paciente, desde a sua chegada até o momento de sua saída. Desde o primeiro contato o médico deverá ser afável e inspirar segurança e confidencialidade.

1 IDENTIFICAÇÃO

Contém os principais dados, como nome, idade, cor, profissão, estado civil, nacionalidade, telefone e domicílio. Através de uma abordagem personalizada e conhecendo um pouco mais sobre aquela paciente ocorre a aproximação entre médico e paciente. A partir da identificação completa conseguimos distinguir prontuários de pacientes com nomes iguais; permite o aconselhamento da paciente sobre cada mudança relacionada a faixa etária em que ela se encontra; possibilita localizar a paciente em casos necessários, como para solicitação de consentimento para pesquisas ou de reconvocação em consulta quando possui um resultado alterado.

2 QUEIXA PRINCIPAL

- Escrever entre “aspas”, com as palavras da paciente, o motivo que a levou à consulta. Descrevemos a seguir os principais sintomas relatados em consultas ginecológicas:
- Principais sintomas genitais: dor, sangramento, corrimento, dismenorreia.
- Principais sintomas mamários: nódulo, derrame papilar, mastalgia.

3 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

- Sinais e sintomas ao longo do tempo; fatores de melhora ou piora; condutas adotadas até o momento. Deve-se questionar sobre sintomas secundários que podem ser esquecidos pela paciente, como alterações do fluxo menstrual ou do ciclo, episódios hemorrágicos, corrimentos genitais, queixas mamárias, alterações miccionais e/ou do hábito intestinal.

- **Obs.:** se relatar corrimento deve-se especificá-lo quanto à duração, cor, consistência, quantidade, odor, dor ou ardor, prurido e se há relação com menstruação ou relação sexual.

4 INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

- São as queixas de outros sistemas. Abordaremos, aqui , os principais sistemas que fazem diagnósticodiferencial com patologias pélvicas:
- **Urinário:** disúria (dor); polaciúria; poliúria; incontinência urinária (perda urinária); urgênciamiccional (vontade súbita de ir ao banheiro) e hematúria (sangue na urina).
- **Intestinal:** hábito intestinal; dor à evacuação; sangramento anorretal; incontinência fecal.

5 ANTECEDENTES PESSOAIS

- Cirurgias prévias;
- Alergias medicamentosas;
- Tabagismo e etilismo;
- Hemotransfusões;
- Doenças crônicas (como Diabetes e Hipertensão)
- Tratamento para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's);
- Uso de medicamentos;
- Curetagens, cauterizações.
- Terapia hormonal.
- Histórico vacinais.

6 ANTECEDENTES MENSTRUAIS

- Data da Última Menstruação (DUM);
- Características do ciclo menstrual (intervalo; duração; quantidade);
- Idade da telarca (surgimento do broto mamário);
- Pubarca (surgimento dos pelos);
- Menarca (idade da primeira menstruação).

7 ANTECEDENTES SEXUAIS E VIDA SEXUAL

- Coitarca (idade da 1ª relação sexual);
- Número de parceiros;
- Frequência sexual; sinusorragia (sangramento durante o coito); dispareunia (dor durante o coito, que pode ser por penetração ou profundidade); libido e orgasmo; uso de MAC (métodos contraceptivos).

8 ANTECEDENTES FAMILIARES

- Interrogar doenças crônicas e presença de câncer nos parentes de primeiro grau
- Importante para correlacionar as patologias familiares com as queixas trazidas pela paciente e também para a prevenção de agravos ginecológicos e obstétricos na paciente, quando também presentes na família.

9 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Número de gestações, partos e abortos (GPA). Obs.: não esquecer de especificar o tipo de parto (cesárea ou normal);
- Tipos de parto (normal, fórceps ou cesárea);
- Idades por ocasião dos partos ou abortamentos;
- Complicações;
- Peso dos filhos e amamentação.

REFERÊNCIAS

BARACAT, Edmund Chada. *Conduitas em Ginecologia Baseadas em Evidencias: Protocolos Assistenciais Clínica Ginecológica do Hospital das Clinicas*. FMUSP. Sao Paulo. Atheneu, 2016. P. 30-42

BARACAT, Edmund Chada. DE LIMA, Geraldo Rodrigues. *Ginecologia. Guias de Medicina. Ambulatorial e Hospitalar*. Unifesp - Escola Paulista de Medicina. Manole. 2004. P. 15-37

Brasil. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília (DF) : Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: [http:// biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/ saude-epidemias- xcampanhas-dados-descobertas/texto-17- -abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf](http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf) [29 set 2013].

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: DF, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. *Obstetrícia fundamental*, Rezende. 14.ed. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1002 . 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. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-17209/ses-17209-1606.pdf>

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

EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO

João Vitor Reis de Souza, Lanna Marques Santos e Dr^a Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

O exame físico Ginecológico é composto por exame físico das mamas e exame físico da genitália.

1 EXAME FÍSICO DAS MAMAS

O exame físico das mamas é dividido em 5 etapas:

1.1 INSPEÇÃO ESTÁTICA

Nessa etapa, coloca-se a paciente sentada em frente ao observador, com os membros superiores estendidos ao lado do corpo e o tórax desnudo.

- Observa-se o número de mamas; localização; forma; volume; contornos (abaulamentos e retrações), simetria e alterações cutâneas (Lesões, cicatrizes, descamação, erosão).
- Na pele deve-se observar a cor, presença de cicatrizes, vascularização e distribuição dos vasos, pêlos, edema cutâneo e lesões, evidência de peau d'orange (“pele em casca de laranja”).
- Complexo aréolo-mamilar (CAM): avalia-se a forma, dimensões, simetria, características da pele e retração.

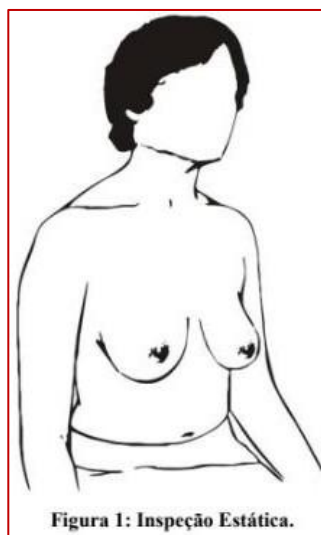


Figura 1: Inspeção Estática.

Fonte: <https://edisciplinas.usp.br>

1.2 INSPEÇÃO DINÂMICA

Nessa etapa do exame, a realização de manobras serve para observar possíveis retrações e abaulamentos, que podem identificar ou não processos malignos.

MANOBRAS:

- **Contratura peitoral:** Pede-se que a paciente coloque as mãos na cintura e que faça uma leve pressão, contraindo a musculatura peitoral maior e elevando as mamas.



Figura 3: Inspeção Dinâmica – contração dos músculos peitorais.

Fonte: <https://edisciplinas.usp.br>

- **Mama pendente:** A paciente deve estender os braços e flexionar o tronco anteriormente sobre uma superfície, de modo que a mama fique em movimento pendular.



Figura 4: Inspeção Dinâmica – flexão anterior do tronco.

Fonte: <https://edisciplinas.usp.br>

- **Elevação dos membros superiores:** Eleva-se os braços o que permite observa se as mamas mostram alguma alteração ou se produz retração.



Figura 2: Inspeção Dinâmica – elevação dos membros superiores.

Fonte: <https://edisciplinas.usp.br>

1.3 PALPAÇÃO DOS LINFONODOS

Paciente deve permanecer em posição sentada ou em pé para palpar as cadeias supraclaviculares, infraclaviculares e axilares, bilateralmente.

- a) Pode-se observar a presença de gânglios, bem como sua localização, tamanho, consistência, mobilidade.
- **Palpação axilar:** Para palpar a axila, o examinador pede para a paciente apoiar o braço direito em seu braço direito a 90 graus e com a mão esquerda palpa-se a axila direita, após isso faz-se o mesmo movimento contralateral.



Figura 7: Palpação da cadeia ganglionar axilar.

Fonte: <https://edisciplinas.usp.br>

- **Palpação supraclavicular e infraclavicular:** Para essa palpação o ideal é que o examinador fique na frente do paciente e palpe, bilateralmente, as cadeias supraclaviculares e infraclaviculares.



Figura 5: Palpação da cadeia ganglionar supra-clavicular.

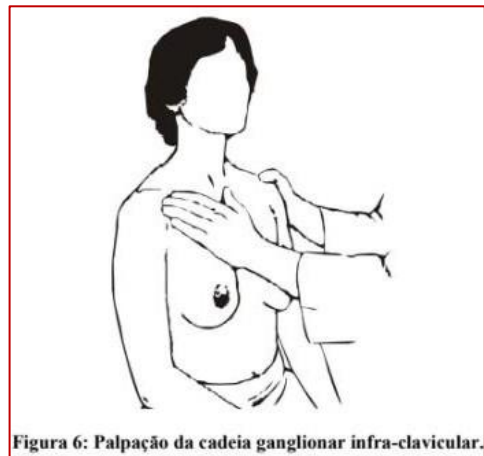


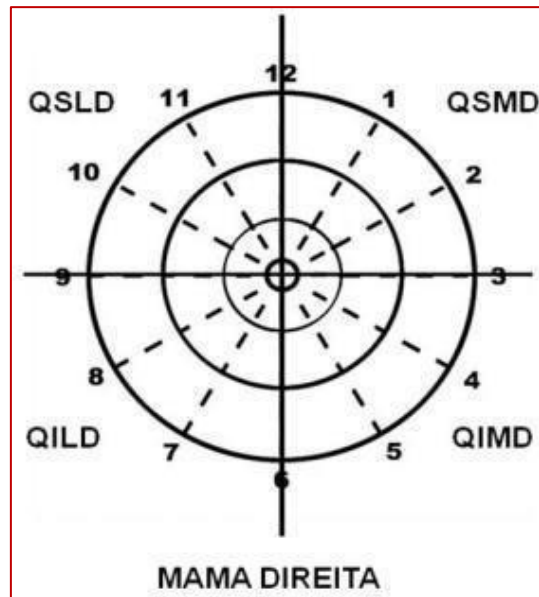
Figura 6: Palpação da cadeia ganglionar infra-clavicular.

Fonte: <https://edisciplinas.usp.br>

1.4 PALPAÇÃO DAS MAMAS

A paciente deve ficar em decúbito dorsal e com os braços atrás da cabeça para tencionar os músculos peitorais.

- O exame das mamas pode ser iniciado com a palpação de todos os quadrantes mamários utilizando-se as polpas digitais, denominado como a técnica de Bloodgood. A seguir, caso o examinador ache necessário, pode-se também associar a palpação com a mão espalmada, mais conhecido como a técnica de Velpeau.
- Para uma melhor descrição do local divide-se a mama em quatro quadrantes, direitos ou esquerdos, quais sejam: Quadrante súpero lateral (QSL), quadrante ínfero lateral (QIL), quadrante súpero medial (QSM) e quadrante ínfero medial (QIM).
- Definição dos Quadrantes e Descrição da Localização de Lesões Mamária. QSLD: quadrante súpero-lateral direito; QSMD: quadrante súpero-medial direito; QILD: quadrante ínfero-lateral direito; QIMD: quadrante ínfero-medial direito.
- Nesse tipo de palpação procura-se a presença de nódulos (localização, tamanho, mobilidade, aderência a planos profundos, consistência).



1.5 EXPRESSÃO MAMILAR

A paciente deve permanecer em decúbito dorsal e com as mãos na nuca.

- a)** A avaliação inicia-se de forma ordenada e sutil, desde a base até o complexo areolopapilar.
- b)** Pode-se observar a presença de secreções, identificando a cor (hialina, leitosa, sanguinolenta, purulenta ou escura), consistência (líquida, oleosa ou pastosa), quantidade, uni ou multidual, uni ou bilateral.



Figura 10: Expressão Mamária.

Fonte: <https://edisciplinas.usp.br>

2 EXAME FÍSICO DA GENITÁLIA

- Antes de iniciar o exame físico da genitália é necessário explicar alguns preparos para paciente, como:
 - Evitar relações sexuais na véspera;

- Não estar no período menstrual;
- Não realizar duchas vaginais;
- Não utilizar medicamentos intra-vaginais.
- Além dessas recomendações, no momento da consulta, é importante:
 - Explicar o procedimento para paciente;
 - Lavar as mãos e colocar as luvas;
 - Colocar a paciente em posição ginecológica, com avental e com a região genital exposta;
 - As nádegas devem estar na borda da mesa, as pernas fletidas sobre as coxas e, estas, sobre o abdômen, amplamente abduzidas;
 - Entreabrir, tracionar e lateralizar as formações labiais para permitir uma maior visualização das estruturas vulvares;

3 EXAME FÍSICO DA VULVA

3.1 INSPEÇÃO ESTÁTICA

Examina-se:

- **Monte de Vênus:** É composto pelo coxim gorduroso, em que a pele é recoberta por pêlos, glândulas sebáceas e sudoríparas.
 - **Grandes lábios:** Protegem a porção mediana da vulva. Pode-se observar lesões infecciosas (granuloma, herpes, condilomas) ou transformações malignas.
 - **Pequenos lábios:** São encobertos por pele pigmentada e glândulas sudoríparas. Também se pode notar transformações malignas e lesões infecciosas, bem como sua coloração.
- **Vestíbulo vulvar:** É um local triangular, formado pelo clitóris (superiormente), pequenos lábios (lateralmente), fúrcula (posteriormente). Observa-se os canais da glândula de Skene e os orifícios da uretra e vagina.
- **Clitóris:** A porção visível do clitóris está localizada acima do meato uretral, composta de inúmeros receptores nervosos, responsáveis pelo prazer feminino.
 - **Meato uretral:** Está localizado abaixo do clitóris e pode apresentar carúnculas uretrais.
 - **Glândulas de Bartholin:** Geralmente não são palpáveis e os óstios dos ductos, raramente, visíveis. Pode-se observar cistos ou abscessos. Localizam-se nas laterais inferiores do vestibulo vulvar.
 - **Períneo:** Região localizada entre o ânus e a vagina.
 - **Hímen:** Estrutura que separa o vestibulo vulvar da vagina.

3.2 INSPEÇÃO DINÂMICA

- Pede-se para a paciente realizar a manobra de valsava para identificar possíveis prolapso genitais e incontinência urinária.

3.3 EXAME ESPECULAR

- É necessário o uso do espéculo para realização do exame.
- **Técnica:**
 - Com a mão não dominante, afasta-se os grandes e pequenos lábios;
 - Com a mão dominante introduz-se o espéculo a 1 hora no canal uretral com ele ainda fechado;
 - Após isso, gira-se no sentido horário, seguindo o eixo vaginal, até o seu fundo, quando então são abertas as valvas, centrando-se o colo uterino;
- **Avalia-se:**
 - **Vagina-** Comprimento, cor, elasticidade e presença de lesões, fôrnices ou fundos de saco (anterior, posterior, laterais), pregueamento das paredes;
 - **Conteúdo vaginal-** Quantidade, consistência, cor, odor e presença de bolhas ou sangue;
 - **Colo uterino-** tamanho, forma, posição, cor, características do muco endocervical e presença de lesões forma do orifício externo.
- Se apresentar lesão é necessário caracterizar quanto ao tipo, número, localização, dimensões, cor, mobilidade e sensibilidade.
- **Após a avaliação:**
 - Realizar uma leve tração do espéculo e retornar fechando-o para posição inicial.

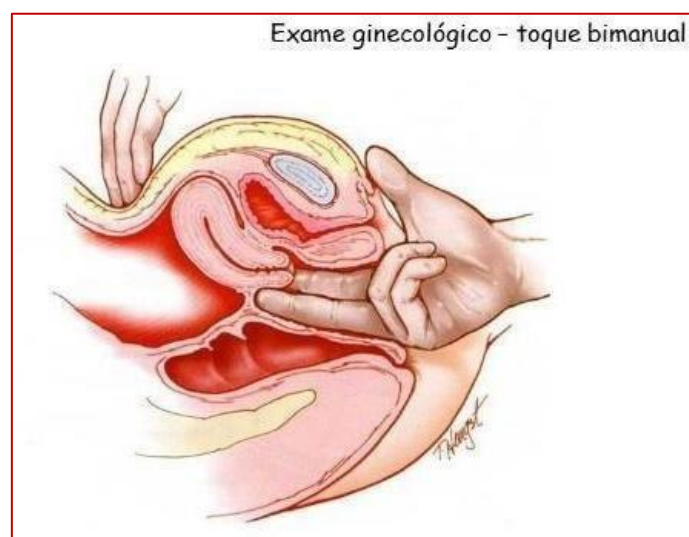
3.4 EXAME DE PAPANICOLAOU OU PREVENTIVO

- Após a realização do exame especular, realiza-se a coleta da endocérvice e ectocérvice.
- Para isso, deve-se deixar uma lâmina preparada, identificada com as iniciais do nome da paciente e sua data de nascimento;
- Deve-se checar o material antes de iniciar a coleta: Espátula de Ayre; escovinha e fixador.
- **Técnica:**
 - Ainda com o espéculo aberto, deve-se primeiro coletar as células da ectocérvice com a espátula de Ayre;
 - Logo em seguida, deve-se passar a espátula na lâmina, previamente identificada, na sua parte superior;

- Com a escovinha, realiza-se a coleta das células da endocérvice e em seguida deve-se depositar o material colhido na parte inferior da lâmina;
- Passar spray fixador na lâmina e encaminhar para a análise laboratorial.

3.5 TOQUE VAGINAL BIMANUAL

- De forma sistemática, após a inspeção da genitália e o exame especular, inicia-se o toque vaginal.
- É necessário colocar as luvas e lubrificar a mão antes do procedimento
- **Técnica:**
 - Deve-se introduzir o dedo indicador e médio de uma das mãos na vagina da paciente e com a outra mão palpa-se a região inferior do abdômen profundamente;
 - Explora-se o tônus muscular perineal; as paredes da vagina; superiormente, a bexiga; posteriormente, o reto; lateralmente, as paredes pélvicas; e por último o colo uterino.
- **Observa-se:**
 - **Vagina:** Comprimento, elasticidade das paredes, comprimento, presença ou não de lesões palpáveis(caracterizar quanto ao tipo, tamanho, cor, sensibilidade, número);
 - **Colo uterino:** Posição, dimensões, mobilidade e sensibilidade a mobilização (anteroposterior e laterolateral);
 - **Corpo uterino:** Posição, tamanho, mobilidade e sensibilidade;
 - Anexos uterinos (tubas e ovários) são avaliados bilateralmente e, geralmente, não são palpáveis. Mas pode-se encontrar massa, que devem ser descritas quanto ao tamanho, forma, consistência, superfície, mobilidade e sensibilidade.



Fonte: <https://www.google.com/slide/5644624/>

3.6 TOQUE RETAL UNIDIGITAL

Quando se precisa analisar os ligamentos cardinais laterais (paramétrios ou ligamentos de Mackenrodt) ou a extensão para o reto de doenças ginecológicas, como no caso do câncer do colo uterino. Não é um exame realizado rotineiramente na prática ginecológica, pois necessita de indicação clínica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: DF, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental, Rezende. 14.ed. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1002 . 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. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-17209/ses-17209-1606.pdf>

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

ANAMNESE OBSTÉTRICA

Gláyr Gonçalves de Freitas Mendes, Dr^a Ana Elizabeth Gonçalves Fonseca Tavares e
Dr^a Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

A Anamnese obstétrica assemelha-se com a sequência empregada na anamnese ginecológica. No interrogatório, deve conter uma discussão dos sintomas atuais, percepções sobre o parto, a carga emocional e o efeito da gravidez na vida da paciente.

A história clínica deve incluir os seguintes itens:

1 INFORMAÇÕES PESSOAIS

Na primeira fase deve-se obter as seguintes informações: nome, idade materna, etnia, estado civil, profissão, religião, nacionalidade, naturalidade e procedência. A idade materna de maior fertilidade da mulher é dos 20 aos 29 anos. Mulheres na adolescência possuem maior incidência de anemia e doença hipertensiva na gestação, além de prematuridade e o baixo peso ao nascer. Já mulheres após os 35 anos, estão associadas a malformações fetais, mortalidade perinatal e alterações cromossômicas.

2 ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

Vale indagar sobre doenças pessoais e familiares, como hipertensão, endocrinopatias, cardiopatias, anemias, doenças gastrointestinais, oncológicas, psiquiátricas e histórico gestação gemelar. Desse modo, é importante a análise genealógica das três últimas gerações.

O histórico de diabetes serve de alerta devido o alto risco de diabetes gestacional, principalmente quando a paciente tem uma história prévia de bebê grande para a idade gestacional.

3 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Deve-se perguntar sobre menarca, periodicidade e duração dos últimos ciclos menstruais, data do último exame colpocitológico e uso de método contraceptivo.

4 HISTÓRIA OBSTÉTRICA

A história obstétrica precisa conter a idade gestacional, a data provável do parto e as intercorrências na gestação atual ou passada. O cálculo da data provável (DPP) do parto é feito pela regra de Nägele, baseado na data da última menstruação (DUM). Soma-se 7 dias ao primeiro dia da data da última.

Subtraem-se 3 meses do mês ou soma-se 9 meses. Exemplificando, se a data da última menstruação (DUM) foi dia 10 de fevereiro, a data provável do parto será 17 de novembro.

A idade gestacional é importante para a monitorização fetal e deve ser confirmada por ultrassonografia no primeiro trimestre.

Quanto aos antecedentes obstétricos, considera-se importante o número de gestações e a idade dos filhos, a via de parto, a idade gestacional no parto, o peso do recém-nascido e as complicações das gestações anteriores. Em casos de histórico de abortamento, é preciso perguntar se o episódio foi espontâneo ou intencional, precoce ou tardio e se houve necessidade de intervenção, como a curetagem uterina ou a aspiração manual intrauterina (AMIU). Quando houve gestação ectópica, analisa-se quais tratamentos foram utilizados.

Paridade significa o número total de gestações. Desse modo, nuligesta é a mulher que nunca engravidou e não está grávida. Primigesta é a mulher que se encontra na primeira gestação ou já engravidou uma vez. Na terceira gestação em diante, a paciente é chamada multigesta. Além disso, é considerada nulípara a paciente que nenhuma de suas gravidezes ultrapassou 20 semanas.

5 HISTÓRIA SOCIAL

É preciso interrogar a paciente sobre o uso de tabaco, álcool, drogas e exposição no local de trabalho e outros lugares diferentes.

Ademais, é de extrema importância um diálogo sobre barreiras para realização do pré-natal, ambiente familiar, saúde mental do casal, nível de estresse na gravidez, se a gestação é programada ou foi inesperada.

REFERÊNCIAS

CURRENT: Ginecologia e Obstetrícia - Diagnóstico e Tratamento - 11ª Edição - 2014 - Alan H. DeCherney. P.110-200.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental, Rezende. 14.ed.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1002 . p. 69 – 193.

ZUGAIB M. Zugaib Obstetrícia - 3ª edição. ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. 2016. P. 322-410

EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO

Raíssa de Sousa Marinho Pimenta, Dr^a Ana Elizabeth Gonçalves Fonseca Tavares e Walériada Silva Plácido

1 INSPEÇÃO

- **Cabeça:** Lanugem ou sinal de Halban (intensificação da nutrição dos folículos pilosos); cloasma ou mancha gravídica (pigmentação difusa ou circunscrita, mais nítida em áreas muito expostas à luz, devido hiperfunção da adenohipófise que, por intermédio de suas células basófilas, secretam hormônio melanotrófico, exagerando a pigmentação).



Fonte: www.emaze.com.br

- **Pescoço:** Hipertrofia da tireoide por volta do 5º ou 6º mês.
- **Glândula mamária:** Mamas com volume aumentado; presença de colostro (a partir da 16ª semana); sinal de Hunter (aréola mais escura, apresentando ao redor uma aréola secundária, menos pigmentada, de limites imprecisos, chamada de aréola gravídica); redede Haller (trama de vasos venosos na pele); tubérculos de Montgomery (12-15, na aréola primitiva, regridem no puerpério e são de 2 naturezas, glândulas mamárias acessórias, ou sebáceas, hipertrofiadas). Identificar malformações do mamilo (umbilificação ou inversão).



Fontes: www.informarecuidar.com.br

- **Abdome:** Globoso ou ovoide; cicatriz umbilical plana ou saliente; linha alva ou nigra (principalmente em mulheres de pele mais escura); e estrias ou vîbices (podem ser recentes de cor violácea ou antigas de cor branca).



Fonte: www.informarecuidar.com.br

- **MMII:** Dilatação circunscrita de vasos sanguíneos ou varizes aumentadas. Edema, principalmente no final da gravidez.
- **Aparelho** genital externo: Pigmentação da pele mais carregada com aréola escura em torno do ânus. De rosada, torna-se cianosada, violácea ou azulada, conhecido como sinal de Jacquemier ou sinal de Chadwick.

2 PALPAÇÃO

- **Altura** uterina: palpa-se a sínfise púbica anterior e delimita, sem comprimir, o fundo do útero, com a borda cubital da mão. Mede o arco uterino, com ajuda de uma fita métrica.
- O valor demonstrado na fita métrica corresponde a Idade Gestacional em semanas e assim permite acompanhar o crescimento fetal, como também suspeitar de gemelaridade ou doenças obstétricas como a polidramnia.



Fonte: www.fetalmed.com.br

- **Circunferência** abdominal: É avaliada no nível da cicatriz umbilical; na gestante a termo sem obesidade, mede em torno de 90 a 92cm.
- **Consistência** uterina: Elástico-pastoso-cística.
- **Regularidade** da superfície uterina: Permite reconhecer a superfície lisa e regular da parede do útero grávido ou a presença de nódulos e saliências.
- **Conteúdo** uterino: Reconhecimento do feto a partir do 3º trimestre, usualmente chamadas de manobras de Leopold-Zweifel.

3 MANOBRAS DE LEOPOLD – ZWEIFEL

- **1º tempo:** delimita-se o fundo do útero com as bordas cubitais de ambas as mãos. Permite reconhecer o contorno do fundo do útero e a parte fetal que o ocupa. Na maioria dos casos, sente-se o polo pélvico, mais volumoso que a cabeça, esferoide, de superfície irregular, resistente mas redutível. Se for o polo cefálico, verifica-se superfície regular, resistente e irreductível, com duas regiões características, o occipital e a fronte. Neste tempo, pode-se realizar a manobra do rechaço simples: uma das mãos imprime impulso ao polo fetal, que deslocado, desaparece, ao que chama de rechaço simples. Quando ele volta à situação inicial e é percebido pela palpação, trata-se do rechaço duplo, mais perceptível com a cabeça do que com a pelve.



Fonte: Rezende, 2013.

- **2º tempo:** Desliza-se as mãos em direção ao polo inferior do órgão, buscando sentir o dorso fetal, de um ou outro lado. A região dorsal se apresenta como uma superfície resistente e contínua, plana no sentido longitudinal e convexa no transversal.



Fonte: Rezende, 2013.

- **3º tempo:** Manobra de Leopold propriamente dita ou Pawlick, visa à exploração da mobilidade do polo que se apresenta em relação com o estreito superior. Nele se procura apreender o polo entre o polegar e o médio da mão direita, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação da bacia. Quando ela está alta e móvel, esse polo balança de um lado para o outro.



Fonte: Rezende, 2013.

- **4º tempo:** O examinador volta suas costas para a cabeça da paciente e coloca as mãos sobre as fossas ilíacas crural, afastadas uma da outra cerca de 10cm. Com as extremidades dos dedos, procura penetrar na pelve. Abarcando o polo que aí se apresenta, verifica, pelas suas características, se é cefálico ou pélvico, aquele menor, liso, consiste, irreduzível e este maior, irregular, amolecido e deprimível.



Fonte: Rezende, 2013.

4 AUSCULTA

- A ausculta é realizada através do sonar doppler, o qual pode ser utilizado a partir da 10 a 12 semanas de gestação;
- Através dele, verifica-se o BCF (Batimentos Cardíacos Fetais): entre 110 e 160 bpm, em média, 140 bpm.
- Deve-se realizar a palpação antes da ausculta para localizar o feto adequadamente facilitando encontrar o BCF.
- Se em apresentação cefálica -> quadrantes inferiores do abdome materno, à esquerda ou à direita, conforme a posição.
- Se em apresentação pélvica -> nos quadrantes superiores do abdome, à esquerda ou à direita.
- Se apresentação córmica -> na linha média, junto à cicatriz umbilical.



Fonte: Rezende, 2013.

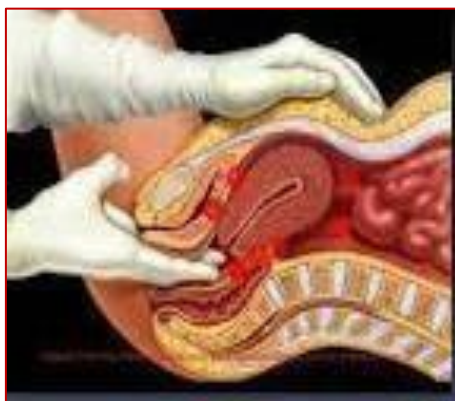
5 TOQUE

- Pode ser unidigital, bidigital (mais comum) ou bimanual.
- Realizar com o paciente com a bexiga e o reto esvaziados, com as mãos lavadas e revestidas de luvas, estando o paciente em posição litotômica ou ginecológica, entreabrindo-se a vulva com os dedos de uma das mãos.
- Unidigital: Deve ser o toque inicial. Palpa-se glândulas vestibulares (normal é não estarem palpáveis) e paredes vaginais, observando elasticidade, capacidade, extensão, superfície, irregularidades, sensibilidade e temperatura.



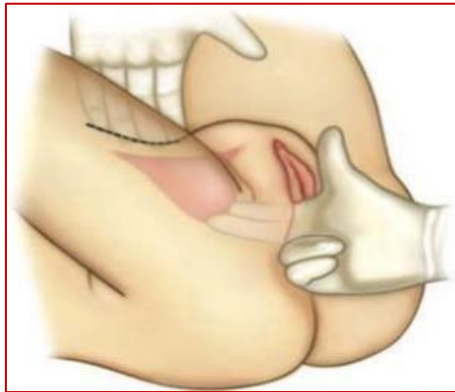
Fonte: www.fetalmed.com.br

- **Bidigital:** Analisa-se o colo do útero (orientação, forma, volume, superfície, consistência, comprimento, sensibilidade, mobilidade, orifício externo e fundo de saco vaginal) e fundo de saco vaginal (distensibilidade, profundidade). Durante o trabalho de parto, é com o toque vaginal bidigital que o examinador acompanha as mudanças e a dilatação do colo uterino, bem como verifica a variedade de posição.



Fonte: www.fetalmed.com.br

- **Bimanual:** Enquanto uma das mãos palpa o hipogástrio e as fossas ilíacas, a outra realiza o toque vaginal. É a melhor maneira de obter uma ideia tridimensional da pelve da mulher. O ovário pode ser palpável em mulheres em idade reprodutiva e magras. As tubas uterinas não podem ser palpáveis a menos que estejam inflamadas. O útero é palpável quando há aumento ou presença de cistos.



Fonte: Rezende, 2013.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Rebecca et al. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante. Belém: EDUEPA, 2018. P. 22- 35

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

NETTO, Hérmoqenes et al. Obstetrícia Básica. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2015. P. 155- 235.

PEIXOTO, Sérgio. Manual de assistência pré-natal. 2ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: www.febrasgo.com.br

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental, Rezende. 14.ed. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1002 . p. 69 – 193.

MECANISMO DE PARTO

Giovana Duarte Pereira, Lucas Ernesto Bueno Fontana, Dr^a Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho e Dr^a Waléria da Silva Plácido

O mecanismo de parto constitui-se na série de movimentos passivos que o objeto (feto) executa, impulsionado pelo motor (contratilidade uterina e da prensa abdominal) no seu percurso pelo trajeto (canal parturitivo – trajeto duro e mole), e divide-se em 6 tempos:

- Primeiro tempo ou INSINUAÇÃO
- Segundo tempo ou DESCIDA ou PROGRESSÃO
- Terceiro tempo ou ROTAÇÃO INTERNA
- Quarto tempo ou DESPRENDIMENTO CEFÁLICO
- Quinto tempo ou ROTAÇÃO EXTERNA
- Sexto tempo ou DESPRENDIMENTO DO TRONCO.



Fonte: <https://slideplayer.com.br/slide/9527182/>

1 INSINUAÇÃO

Passagem do maior diâmetro da parte apresentada, perpendicular à linha de orientação, pelo estreito superior da bacia.

- Biparietal (cefálica) ou bitrocantérico (pélvica).

- **Apresentação insinuada:** ponto ósseo de referência fetal no nível das espinhas isquiáticas maternas.
- **Flexão:** cabeça apresenta atitudes diferentes conforme vão ocorrendo as contrações uterinas - flexão cefálica resultante da pressão axial fetal.
- **Primigestas ou nulíparas** = insinuação antes do parto/ **Múltiparas** = na hora do parto.
- **Assinclitismo** (posterior - obliquidade de Litzmann - e anterior - obliquidade de Nägele -): desvio sucessivo; flexão lateral posterior (no sentido do promontório) ou anterior (no sentido da sínfise púbica). Ocorre quando a sutura sagital não se apresenta na posição correta, ou seja, ela está mais posterior ou anterior, enquanto o outro parietal está mais distante.
- **Acavalgamento ósseo:** sobreposição dos parietais para a saída no canal de parto.

2 DESCIDA/PROGRESSÃO

Passagem da cabeça fetal do estreito superior para o inferior da pelve. Ocorre junto com a rotação interna e pode estar ou não insinuada. Fatores contribuintes: contração uterina, contração dos músculos abdominais, pressão do líquido amniótico e extensão do feto (ovoide - cilindro).

- **Classificação:**
 - **Alta e móvel:** não toma contato com o Estreito Superior (ES) da bacia materna
 - **Ajustada:** ocupa a área do ES
 - **Fixa:** não se consegue mobilizar
 - **Insinuada:** a maior circunferência (occipito-frontal = 34 cm) transpõe o ES.

3 ROTAÇÃO INTERNA

Tempo em que a linha de orientação fetal (sutura sagital) passa do diâmetro transversal ou um dos oblíquos do ES para o diâmetro antero-posterior do Estreito inferior (EI).

A cabeça roda, ficando o ponto de referência fetal (o mais comum é o lambda, representada pela letra O) voltado para o pube (P) ou sacro (S), qualquer que seja a variedade de posição. A cabeça descreve um arco de círculo e o grau de rotação varia conforme a variedade de posição nas variedades anteriores = 45° (OEA e ODA), nas variedades transversas = 90° (OET ou ODT), nas variedades posteriores = 135° (OEP ou ODP) quando excepcionalmente a cabeça roda para trás, diz-se rotação sacra ou posterior. Concomitantemente com a rotação interna da cabeça e sua progressão no canal, ocorre a penetração das espáduas (bi-acromial) através do ES.

4 DESPRENDIMENTO CEFÁLICO

Terminada a rotação interna, a cabeça se desprende do EI graças à retropulsão do cóccix (amplia o diâmetro antero-posterior de 9,5 cm para 11 cm)

Seu desprendimento ocorre por extensão e deflexão. A cabeça desce e o suboccipício, situado abaixo do lambda, coloca-se sob a borda inferior da sínfise púbica (hipomóclio).

- **Graus de deflexão:**

- A fronte retropulsa o cóccix, aumentando o diâmetro cóccix-subpúbico.
- A região fronto-facial vence a resistência cóccixmuscular e a circunferência suboccipito (32-33 cm) se insinua na fenda vulvar.
- Passam sucessivamente as outras circunferências (Circunferência Sub occipicio frontal=10,5 cm; Occipício Frontal=12 cm e Occipicio Medial=13 cm), ou seja, há substituição dos menores diâmetros pelos maiores.

Os graus de deflexão conforme a altitude fetal, que são fletida, defletida de 1° grau, defletida de 2° grau e defletida de 3° grau.

No início do desprendimento, a cada contração, há um movimento de avanço e recuo. Só depois da passagem do diâmetro circunferência sub occipicio frontal é que a insinuação vulvar da cabeça se torna definitiva. Após vencer a resistência perineal, ocorre a liberação do maciço fronto-parietal, com vigorosa retração perineal, e a cabeça fica em deflexão forçada.

5 ROTAÇÃO EXTERNA

Movimento de restituição, pelo qual a cabeça gira, voltando o ponto de referência fetal (lambda) para o lado em que se encontrava no início.

A função do movimento de restituição é de posicionar o diâmetro biacromial (fetal) coincidindo com o diâmetro antero – posterior do EI (materno).

6 DESPRENDIMENTO DO TRONCO

Tempo em que se completa a expulsão fetal.

- Ocorre em duas etapas:
 - **Desprendimento das espáduas:** por um movimento de abaixamento e elevação.
 - **Desprendimento do pólo pélvico:** basta uma leve inflexão lateral, no sentido do plano ventral, para liberá-lo.

REFERÊNCIAS

CURRENT: Ginecologia e Obstetrícia - Diagnóstico e Tratamento - 11ª Edição - 2014 - Alan H. DeCherney.P.110-200.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental, Rezende. 14.ed.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1002 . p. 69 – 193.

ZUGAIB M. Zugaib Obstetrícia - 3ª edição. ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. 2016. P.322-435.

ESTÁTICA FETAL

Giovana Duarte Pereira , Lucas Ernesto Bueno Fontana, Dr^a Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho e Dr^a Waléria da Silva Plácido

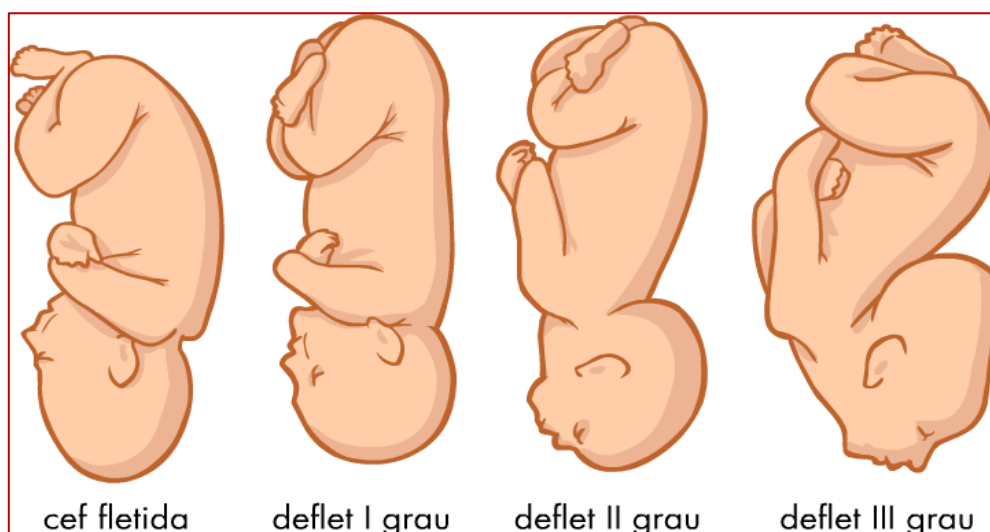
Estudo realizado através do toque e da palpação durante exame físico ginecológico/obstétrico para saber se é possível haver parto vaginal ou não.

Estática fetal é um dos sinônimos de relação útero-fetal, que se refere a forma espacial em que o útero e bacia maternos e o produto conceptual se relacionam. Sabe-se que o mecanismo de parto é o conjunto de movimentos ativos e, principalmente, passivos do feto durante sua passagem pelo canal de parto. A estática influencia diretamente em como se dará este fenômeno e, conseqüentemente, seu desfecho. Por isso, é de imprescindível conhecimento para o médico obstetra e também para o generalista. Estática fetal abrange:

1 ATITUDE

Chamada também de hábito fetal, se refere à relação das partes fetais entre si, dependendo da disposição dos membros e da coluna vertebral. A atitude mais comumente encontrada durante a gestação é a de flexão generalizada: membros superiores flexionados e anteriorizados; coxa fletida sobre abdome e perna fletida anterior à coxa; coluna com concavidade para face anterior do feto; cabeça fletida sobre tronco. Esta disposição forma o ovoide fetal, possuindo polo cefálico e pélvico, com aproximadamente 25cm de comprimento.

- **A atitude pode ser:** fletida, defletida I grau, defletida II grau e defletida III grau.



Fonte: Neme, 1995.

2 SITUAÇÃO

Consiste na relação entre maior eixo fetal e cavidade uterina. No final da gestação, 99% dos fetos estão em situação longitudinal, em que ambos os eixos coincidem. O restante se enquadra em transversa – eixos em sentidos discordantes – e oblíqua, sendo esta uma situação de transição entre as duas situações apresentadas.

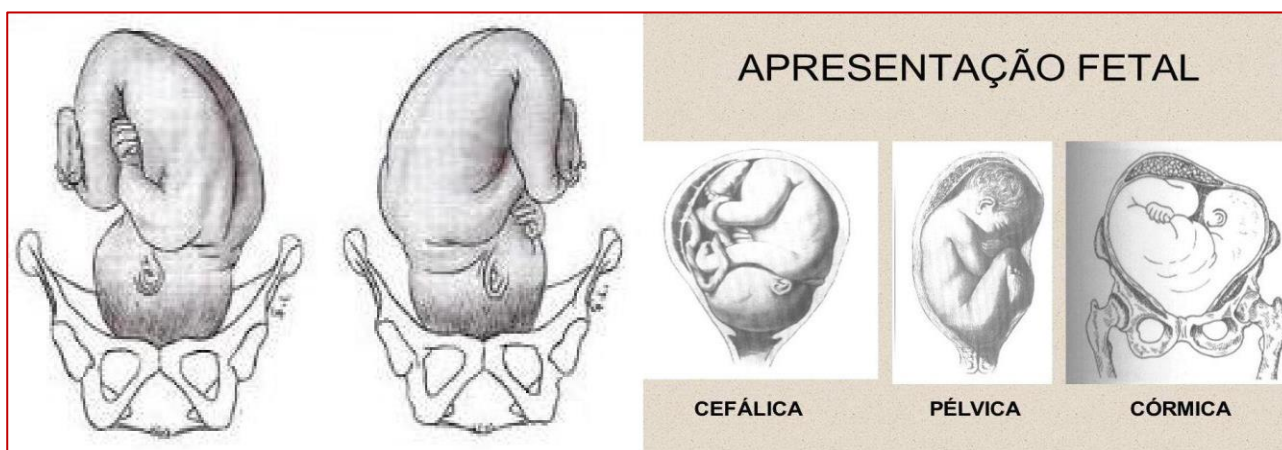


Fonte: <https://vilamaterna.com/posicao-fetal-e-apresentacao-fetal-um-guia-para-gravidas/>

3 APRESENTAÇÃO

Região fetal que ocupa a área do estreito superior da bacia e nela vai se insinuar. Relevante, pois a insinuação é a primeira parte do mecanismo de parto, influenciando diretamente em como se darão as próximas fases. Podemos dizer sobre apresentação apenas a partir do sexto mês, visto que essa só existe quando há obstáculo para passagem pelo canal. Por isso, não se fala em “apresentação” de membros ou defetos antes de seis meses (nenhuma medida fetal classifica-o como obstáculo até esse estágio).

- **A Apresentação pode ser: cefálica, pélvica ou córmica.**



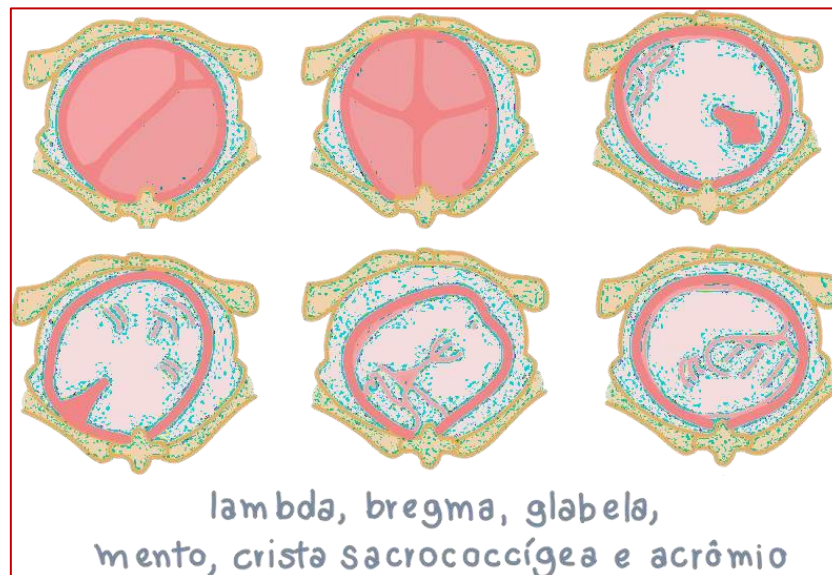
Fonte: <https://slideplayer.com.br/slide/9880557/>

4 POSIÇÃO

É definida pelo lado materno ao que se projeta o dorso fetal, sendo esquerda ou direita . Em virtude à lordose lombar materna, dificilmente o feto estará completamente voltado para o ventre ou dorso maternos. A vantagem de se conhecer a posição é para a melhor ausculta dos batimentos cardíacos fetais, que se projeta ipilateralmente ao dorso na grande maioria das vezes. A exceção se encontra na apresentação cefálica defletida de terceiro grau, quando os batimentos são melhores ouvidos do lado contraletal.

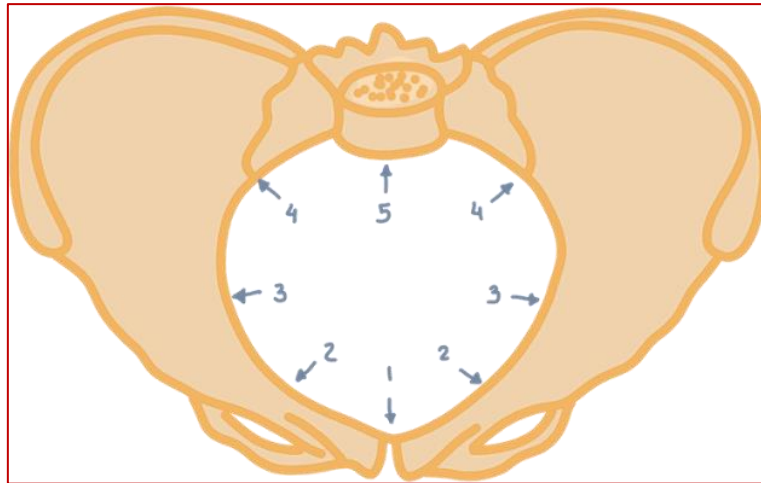
5 VARIEDADE DE POSIÇÃO

Relaciona ponto de referência da apresentação fetal a um ponto de referência ósseo da bacia materna.



Fonte: <https://medpri.me/upload/texto/texto-aula-759.html>

- **Ponto de referência fetal:** occipício ou lâmbda (O), bregma (B), nariz ou glabella (N), mento (M) e sacro (S);
- O Lado materno para o qual está voltado o ponto de referência fetal: esquerdo, mais comum, ou direito. Esta parte é suprimida se apresentações anteroposteriores (sacral e púbica), pois não há um lado materno em evidência;



Fonte: <https://medpri.me/upload/texto/texto-aula-759.html>

- **Pontos de referência materno:** Púbis; Eminência íleopectínea (variedades esquerda e direita anterior); Extremidades diâmetro transverso (variedade esquerda e direita transversa); Articulação sacroilíaca (variedades esquerda e direita posterior); Sacro.
- **Dica:** as três letras que formam a variedade de posição são formadas pela seguinte ordem: 1º letra: ponto de referência fetal, 2º letra: lado materno que está virado o dorso fetal e 3º letra: ponto de referência materno. Exemplo: occípito esquerda anterior (OEA), sendo essa a mais frequente.

Linha de orientação, do feto em relação ao diâmetro materno de insinuação, auxilia também para delimitar melhor o posicionamento fetal. Elas são:

- **Sutura sagital:** cefálica fletida;
- **Sutura sagital e metópica:** defletida de 1º grau;
- **Sutura metópica:** defletida de 2º grau;
- **Linha facial:** defletida de 3º grau;
- **Sulco interglúteo:** pélvica.
- **Gradil Costal:** córmica

ESTÁTICA FETAL				
SITUAÇÃO	APRESENTAÇÃO	PONTO DE REFERÊNCIA	LINHA DE ORIENTAÇÃO	SÍMBOLO
LONGITUDINAL	CEFALICA FLETIDA (VÉRTICE)	LAMBDA	SUTURA SAGITAL	O
	CEFALICA DEFLETIDA (BREGMA)	BREGMA	SUTURASAGITO-METÓPICA	B
	CEFALICA DEFLETIDA (FRONTE)	GLABELA	SUTURA METÓPICA	N
TRANVERSA	CEFALICA DEFLETIDA (FACE)	MENTO	LINHA FACIAL	M
	PÉLVICA/PÉLVICA	CRISTASACRO-COCCIGEA	SULCO INTERGLÚTEO	S
	CÓRNICA	ACRÓMIO	GRADIAL	ACOSTAL

Fonte: Autor Lucian

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: manual técnico. Brasília, DF, 2012. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologia no SUS-CONITEC. Diretriz nacional de assistência ao parto. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: DF, 2006. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-17209/ses-17209-1606.pdf>

CUNNINGAM, F. G. Obstetrícia de Williams. 24a Ed. Editora McGraw-Hill.

CURRENT: Ginecologia e Obstetrícia - Diagnóstico e Tratamento - 11ª Edição - 2014 - Alan H. DeCherney. P.110-200.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Obstetrícia fundamental, Rezende. 14.ed.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1002 . p. 69 – 193.

ZUGAIB M. Zugaib Obstetrícia - 3ª edição. ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. 2016. P. 322-435.

CARTÃO PRÉ-NATAL

Lanna Marques Santos, Lídia Maria Costa Oliva, Dr Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho e
Dr Waléria da Silva Plácido

1 O QUE É O CARTÃO DA GESTANTE?

Esse cartão tem como função registrar as principais informações da gestante e do desenvolvimento da gestação, facilitando a assistência adequada em situações de urgência e emergência e no momento do parto. O cartão é distribuído gratuitamente nas Unidades Básicas de saúde e deve ser entregue a todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal, independente de ser rede pública, conveniada ou particular.

2 INFORMAÇÕES CONTIDAS NO CARTÃO

Nele encontra-se assuntos importantes, como:

- Direitos antes e depois do parto;
- Consultas, exames e vacinas que devem ser realizados;
- Dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- Informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto;
- Cálculo de Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP)
- Planejamento reprodutivo;
- Informações e orientações sobre amamentação;
- Como tirar a Certidão de Nascimento do bebê.

3 PREENCHIMENTO DO CARTÃO

O profissional de saúde anotará na caderneta os dados do pré-natal, resultado de consultas, exames, vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento da gestação.

Na caderneta tem também espaço para a gestante anotar suas sensações e sentimentos, mensagens para o bebê e colar fotografias.

DUM / /

DPP / /

DPP / /

Tipo de gravidez

Único

Gemelar

Tripla ou mais

Ignorada

Risco habitual

Não

Sim

Gravidez Alto risco

Gravidez planejada NÃO SIM

Curva de altura uterina / idade gestacional

Altura uterina (cm)

Semanas de gestação

P 90

P 10

Identificação

Número do cartão SUS

Número do NIS

coloque aqui a sua foto

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Nome do(a) companheiro(a) – opcional: _____

Data de nascimento: / / Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Tel. fixo: _____ Tel. celular: _____

e-mail: _____

Em situação de emergência, ligar para:

Nome: _____

Telefone: _____

Companheiro(a) Familiar Amigo(o) Outros

Caso eu perca esta caderneta e você a encontrar, por favor me telefone. Ela é muito importante para mim e para meu bebê.

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Instrução: Nenhuma Fundamental Médio Superior

Idade: _____ anos

Estado civil/união: Casado Solteiro Estável Outro

Peso anterior: _____ Altura: _____ cm

Gráfico de acompanhamento nutricional

IMC

Semanas de gestação

BP Baixo peso A Adequado S Sobrepeso O Obesa

22

Exames

Exame	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de Jejum		
Teste Oral de Tolerância à Glicose		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti HIV (teste rápido)		
Hepatite B - HbSAg		
Toxoplasmose		
Hemoglobina Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		

Eletrforese de Hemoglobina

Padrão: AA AS AC

Heterozigose: AS AC

Homozigose: SS SC

Tratamento para Sífilis

1ª dose: / / 2ª dose: / / 3ª dose: / /

Malária Sempre para gestantes da Região Amazônica.

Suplementação Sulfato ferroso

Suplementação Ácido fólico

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						

24

Fonte: Caderneta da gestante

3 QUANTIDADE DE CONSULTAS NECESSÁRIAS

- O Ministério da saúde preconiza 6 consultas com um médico, sendo 1 no 1º trimestre, 2 no 2º trimestre e 3 no 3º trimestre.

4 IDADE GESTACIONAL (IG)

- A idade gestacional é utilizada em semanas, calculada desde a primeira consulta e anotada, a cada visita em consulta, no cartão do pré-natal.
- O parâmetro utilizado para seu cálculo é a DUM (Data da Última Menstruação) ou a IG (idade gestacional) calculada na USG de 1º trimestre. Quando a diferença entre elas é menor que 7 dias, considera-se a data da DUM como parâmetro para o cálculo da Idade gestacional. Quando a diferença entre elas for maior que 7 dias, a idade gestacional é calculada baseada na ultrassonografia do 1º trimestre.

5 DATA PROVAVÉL DO PARTO (DPP)

- A DPP é um parâmetro utilizado para programar a data estimada do parto, com uma margem de erro representada em 7 dias.
- Ela é calculada na 1ª consulta médica, através do parâmetro da DUM.
- Calcula-se:
 - Somando 7 em DIA;
 - Somando 9 em MÊS, SE o mês for JANEIRO, FEVEREIRO OU MARÇO.
 - Diminuindo 3 em MÊS, SE o mês for de abril a dezembro.
- **EXEMPLO:**
 - DUM: 10/01/2022
 - Soma-se 7 em dias ➡ 17
 - Soma-se 9 em mês ➡ 10
 - DPP: 17/10/2022

6 EXAMES NO CARTÃO DE PRÉ-NATAL

- Para um cartão de pré-natal está completo, ele também necessita de conter anotações sobre os resultados de exames e suas respectivas datas de realização.
- **Exames complementares de 1º trimestre:**
 - Realiza-se primeiro ultrassom transvaginal para datação da idade gestacional.
 - Ultrassom morfológica entre 11 e 13 semanas e 6 dias.

- Hemograma; ABO- rh; Coombs indireto; Glicemia em jejum; Exame de Urina; Parasitológico de Fezes; Anti- HBS; Hbsag, Anti- HCC, Sorologia para toxoplasmose(IgM e IgG), citomegalovírus e rubéola; HTLV; HIV 1 e 2; VDRL.
- **Exames complementares de 2º trimestre:**
 - Se a glicemia estiver normal no 1º trimestre, fazer o Teste de Tolerância Oral a Glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas.
 - Ultrassom obstétrico e Ultrassom morfológico de 2º trimestre.
 - Hemograma; Urocultura e EAS.
 - Exames complementares de 3º trimestre:
 - Ultrassom obstétrico com Doppler.
 - Hemograma; Glicemia em jejum; Exame de Urina; Parasitológico de Fezes; Anti- HBS; Anti hbsag; igM e igG para toxoplasmose, citomegalovírus e rubéola; HIV 1 e 2; VDRL e streptococos do grupo B. Atenção: As sorologias devem ser repetidas a cada trimestre caso a gestante seja suscetível.

7 VACINAÇÃO

- No cartão pré- natal deve-se orientar sobre as vacinas que deverão ser administradas durante a gestação, bem como o registro da aplicação da mesma.
- As vacinas indicadas:
 - Para Influenza em 1 dose anual;
 - Reforço ou esquema completo para Hepatite B
 - Reforço da DTpa na 20ª semana de gestação, em 1 ou 2 doses a depender do calendário vacinal da gestante.
- São contraindicadas na gestação:
 - Tríplice viral; HPV; Varicela.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: manual técnico. Brasília, DF, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologia no SUS-

CONITEC. Diretriz nacional de assistência ao parto. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

PARTOGRAMA

Autores: Lídia Maria Costa Oliva e Dr^a Ana Elizabeth Gonçalves Fonseca Tavares

1 O QUE É O PARTOGRAMA?

O Partograma é uma representação gráfica na qual são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto, como a dilatação cervical, frequência cardíaca fetal, duração do trabalho de parto e sinais vitais.

Ele é um documento oficial que deve ser preenchido pelo examinador (profissional de saúde) a partir do momento que a gestante entra em trabalho de parto.

2 PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA1- IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

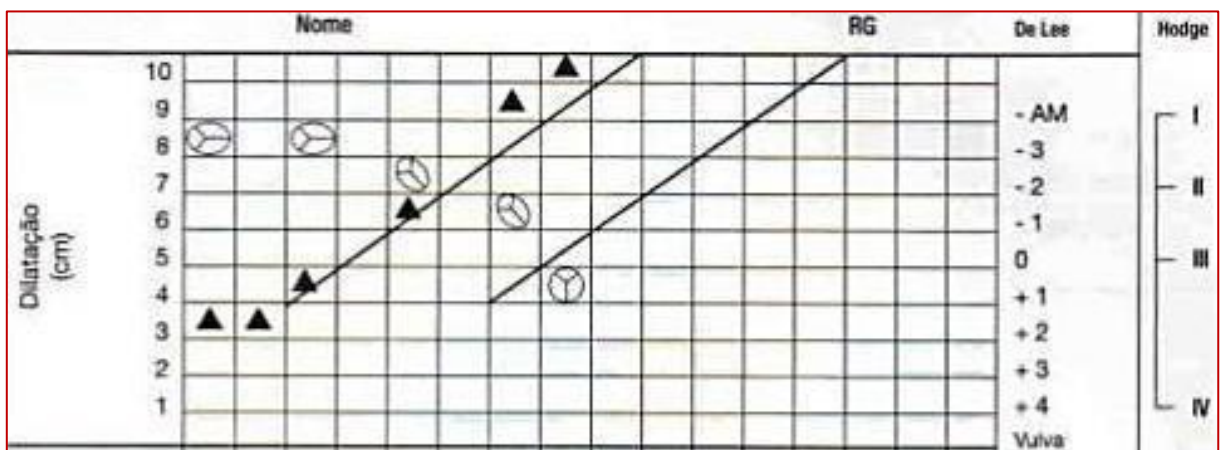
É a primeira parte e normalmente contém o nome completo, documento, paridade, idade da gestante e idade gestacional.

Partograma				
Nome		RG	De Lee	Hodge

Fonte: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

3 DILATAÇÃO CERVICAL E ALTURA DO FETO

O acompanhamento da dilatação e a altura do feto são duas informações que devem ser anotadas a cada toque vaginal realizado, o preenchimento é feito a partir da esquerda para a direita.



Fonte: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Sendo que:

- O triângulo se refere à dilatação.
- Já o círculo representa a altura do feto, respeitando os planos de De Lee ou de Hodge.
- Também contém duas linhas: a linha de alerta e a linha de ação que estão em um ângulo de 45 graus devem estar espaçadas em 4 quadrados (4 horas de intervalo entre elas).
- Linha de Alerta: o trabalho de parto deve acompanhar a linha, por isso, se a representação do parto ultrapassar essa linha, deve-se prestar atenção.
- Linha de Ação: mostra a necessidade de intervenção.

4 MARCAÇÃO TEMPORAL

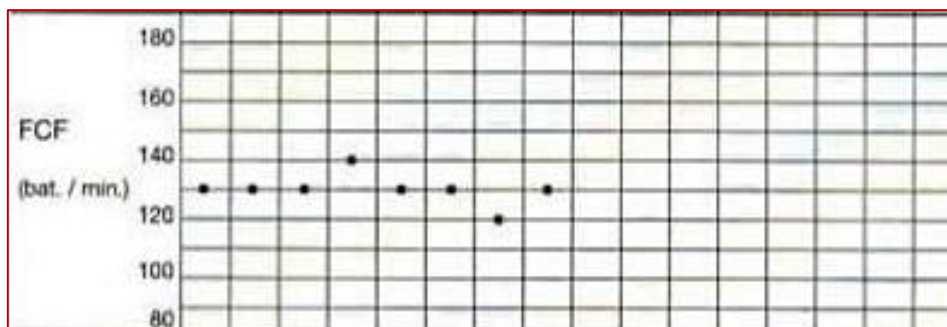
É necessário anotar a hora real e/ou a hora de registro.

Dia de início																				
Hora Real	19	20	21	22	23	24	01	02												
Hora de registro	1	2	3	4	5	6	7	8												

Fonte: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

5 FREQUÊNCIA CARDÍACA

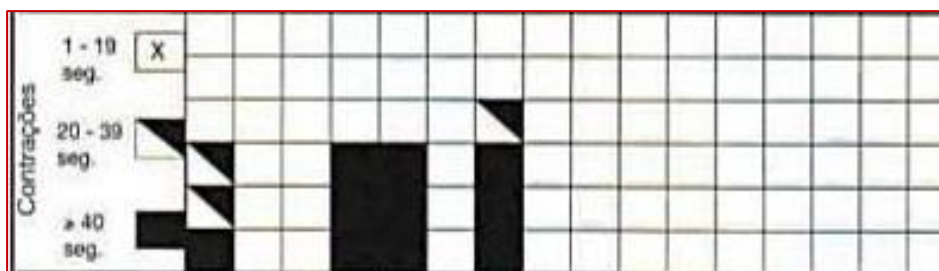
A terceira parte é o registro da Frequência Cardíaca Fetal e deve ser registrada a cada exame.



Fonte: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

6 DINÂMICA UTERINA (DU)

É o registro das contrações. Para contrações efetivas, deve-se preencher todo o quadrado. Se elas não forem efetivas, mas durarem entre 20 e 39 segundos, pinta-se apenas metade do quadrado, traçando uma linha na diagonal. O número de quadrados pintados representa a quantidade de contrações em 10 minutos.



Fonte: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

7 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

A última parte é onde será anotado se há ou não uso de ocitocina, o aspecto do líquido amniótico, aspecto da bolsa, utilização de medicamentos ou fluidos, realização de anestesia e assinatura do examinador. Sendo que:

- **Bolsa:** A bolsa pode estar íntegra (I) ou rota (R).
- **Líquido amniótico (LA):** o líquido pode ser claro (LC) ou meconial (LM). O líquido amniótico pode ser avaliado através da amnioscopia (quando a bolsa está íntegra) ou através de visualização direta do líquido ,nos casos de bolsa rota.
- **Ocitocina:** é importante marcar a dose que está sendo utilizada.

Bolsa																				
LA																				
OCITOCINA																				
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA																				
EXAMINADOR																				

Fonte: caderneta da gestante

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: manual técnico. Brasília, DF, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologia no SUS-

CONITEC. Diretriz nacional de assistência ao parto. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica.pdf

REALIZAÇÃO:

SEVEN
publicações acadêmicas

ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.