

Manual de propedêutica ginecológica e obstétrica para o acadêmico de medicina

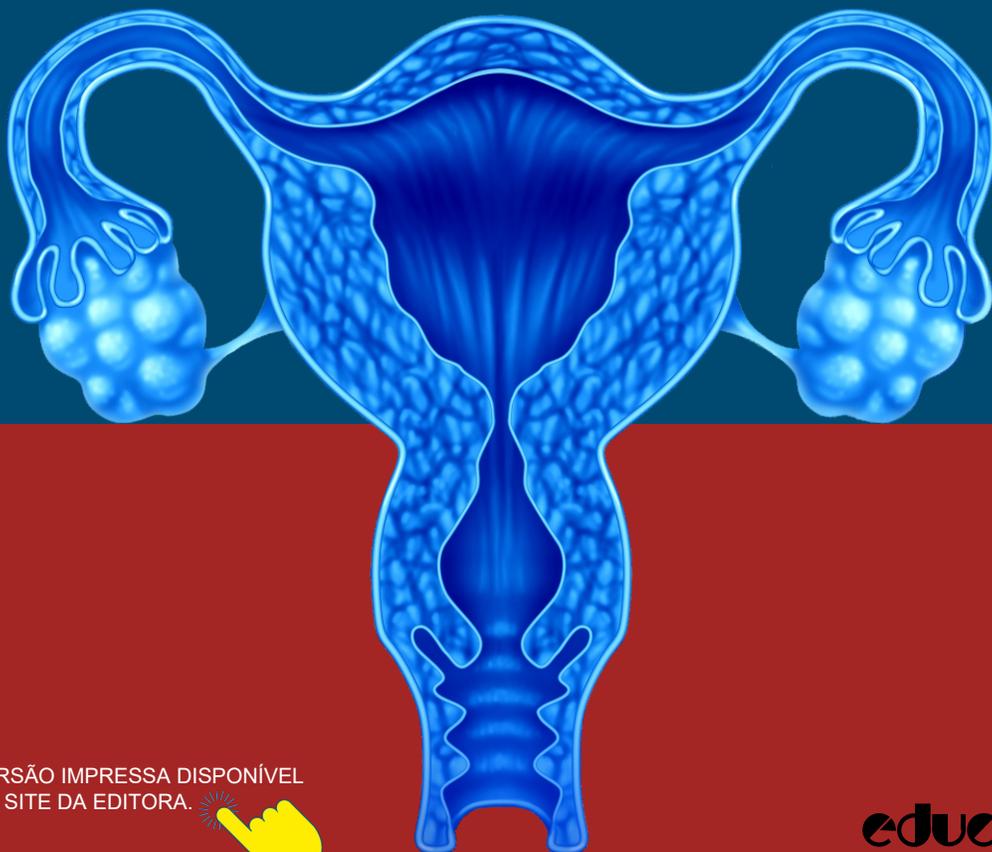
Carla Muniz Pinto de Carvalho

Ivan Fernandes Filho

Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Ulisses Del Nero

organizadores



VERSÃO IMPRESSA DISPONÍVEL
NO SITE DA EDITORA.



educ

**Manual de propedêutica ginecológica e
obstétrica para o acadêmico de medicina**





PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Reitora: Maria Amalia Pie Abib Andery

EDITORA DA PUC-SP

Direção: Thiago Pacheco Ferreira

Conselho Editorial

Maria Amalia Pie Abib Andery (*Presidente*)

Carla Teresa Martins Romar

Ivo Assad Ibri

José Agnaldo Gomes

José Rodolpho Perazzolo

Lucia Maria Machado Bógus

Maria Elizabeth Bianconcini Trindade Morato Pinto de Almeida

Rosa Maria Marques

Saddo Ag Almouloud

Thiago Pacheco Ferreira (*Diretor da Educ*)

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS)

Departamento de Reprodução Humana e Infância

Manual de propedêutica ginecológica e obstétrica para o acadêmico de medicina

Carla Muniz Pinto de Carvalho

Ivan Fernandes Filho

Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Ulisses Del Nero

organizadores

educ

São Paulo, 2024

Copyright © 2024 Carla Muniz Pinto de Carvalho e outros.
Foi feito o depósito legal.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitora Nadir Gouvêa Kfouri/PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Departamento de Reprodução Humana e Infância
Manual de propedêutica ginecológica e obstétrica para o acadêmico de medicina / Carla
Muniz Pinto de Carvalho... et al., orgs. - São Paulo : Educ, 2024.
86 p. ; 23 cm - (De sapientia sanitatis)
Bibliografia.

ISBN 978-85-283-0741-2

1. Ginecologia. 2. Obstetrícia. 3. Medicina - Estudo e ensino. 4. Estudantes de medicina. I.
Carvalho, Carla Muniz Pinto de. II. Série

CDD 618.1

618.2

610.7

Bibliotecária: Carmen Prates Valls - CRB 8a. - 556

educ

Direção

Thiago Pacheco Ferreira

Produção Editorial

Sonia Montone

Revisão

Simone Cere

Editoração Eletrônica

Waldir Alves

Gabriel Moraes

Capa

Waldir Alves

Imagem de capa

Istock

Administração e Vendas

Ronaldo Decicino

EDUC – Editora da PUC-SP

Rua Monte Alegre, 984 – Sala S16 – Perdizes

CEP: 05014-901 – São Paulo – SP

Tel./Fax: (11) 3670-8085 e 3670-8558

Site: www.pucsp.br/educ

E-mail: educ@pucsp.br

Colaboradores

Carla Muniz Pinto de Carvalho

Professora assistente mestra da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestrado em Obstetrícia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Escola Paulista de Medicina. Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e Saúde da PUC-SP. Coordenadora das Ligas Acadêmicas da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp). Membro da Comissão Científica de Obstetrícia da Sogesp.

Henri Augusto Korkes

Mestre e Doutor pelo Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp). Doutorado-sanduiche pelo Departamento de Medicina da Harvard Medical School. Professor da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Presidente da Sogesp Sorocaba e Vale do Ribeira. Membro da Rede Brasileira sobre Estudos em Hipertensão na Gravidez (RBEHG). Médico Assistente da Clínica Obstétrica da Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

Ivan Fernandes Filho

Professor auxiliar da Clínica Obstétrica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestrando em Educação nas Profissões da Saúde pela PUC-SP. Graduação em Medicina e Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Ciências Médicas e Saúde da PUC-SP.

Joe Luiz Vieira Garcia Novo

Professor titular de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutor em Medicina.

Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Graduação na Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia na Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestrado em Ginecologia na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutorado em Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor titular de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba da PUC-SP.

Nelson Pedro Bressan Filho

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestre e doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP. Professor assistente doutor da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP.

Renato José Bauer

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialização em Medicina Fetal pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp). Professor da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP.

Ulisses Del Nero

Doutorado pelo Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professor assistente doutor do Departamento de Reprodução Humana e Infância da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS/PUC-SP). Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela FCMS/PUC-SP.

Apresentação

Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Este texto surgiu a partir da preocupação da professora Carla Muniz com a percepção da dificuldade de padronização de aspectos básicos no atendimento ginecológico para os alunos de graduação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e, também, para os Residentes do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia desta Instituição.

Nossa Escola Médica sempre se caracterizou pelo adequado atendimento ao paciente e pela ênfase e respeito à propedêutica como estratégia fundamental para instrumentalizar o raciocínio clínico.

As orientações aqui incluídas serão o princípio para estudantes de medicina, que, ao praticá-las com o objetivo de desenvolver sua semiotécnica, poderão aperfeiçoar o seu conhecimento e deverão tornar a dinâmica do exame físico uma prática cotidiana e automática.

Extremamente louvável a iniciativa da professora Carla, pois permitirá aos estudantes o embasamento para o atendimento ginecológico, e ao Serviço de Ginecologia a cristalização de práticas estabelecidas por professores que nos antecederam.



Sumário

1. Anamnese em ginecologia	11
Ulisses Del Nero	
2. Exame físico das mamas	19
Luiz Ferraz de Sampaio Neto	
3. Exame físico ginecológico: genitália externa e interna	33
Carla Muniz Pinto de Carvalho	
4. Coleta de colpocitologia oncótica	41
Carla Muniz Pinto de Carvalho	
5. Descrição do exame físico em ginecologia	47
Carla Muniz Pinto de Carvalho	
6. Anamnese obstétrica	51
Ivan Fernandes Filho	
Carla Muniz Pinto de Carvalho	
Joe Luiz Vieira Garcia Novo	
Nelson Pedro Bressan Filho	
7. Exame físico obstétrico	67
Renato José Bauer	
Carla Muniz Pinto de Carvalho	
8. Diagnósticos em obstetria	77
Ivan Fernandes Filho	
Carla Muniz Pinto de Carvalho	
Joe Luiz Vieira Garcia Novo	
Apêndices	83

Anamnese em ginecologia

Ulisses Del Nero

Considerações gerais

Na consulta tocoginecológica, seja na obtenção da anamnese ou durante o exame físico, devemos estar atentos a algumas peculiaridades. Importante é a criação de um vínculo médico-paciente forte e adequado, pois algumas queixas podem ser omitidas do médico por insegurança ou vergonha¹.

O médico deve ser um ouvinte atencioso, interessado, compreensível, conservar uma atitude tranquila, tanto nas palavras quanto nos gestos e atitudes, lembrando que parcela das queixas clínicas, relatadas pelas pacientes, relaciona-se a temas ou partes do corpo que elas preferem não abordar².

Atentar ao fato de que a consulta tocoginecológica deve abordar a grande maioria das necessidades da mulher, incluindo o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e o puerpério, a clínica ginecológica, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo uterino e de mamas, climatério e questões relacionadas com o exercício da sexualidade segura e prazerosa³. A palavra anamnese deriva da língua grega *anamnesis*, que significa recordar o que parece esquecido, sendo utilizado na medicina na coleta de dados relevantes para formulação de uma hipótese diagnóstica. Para uma perfeita anamnese, algumas etapas são importantes: a identificação, a queixa principal, história da doença atual, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, antecedentes ginecológicos (menstruais e sexuais), obstétricos, hábitos de vida e revisão de sistemas.

Identificação

Antes de iniciar a identificação sempre precisar data com dia, mês, ano e hora de atendimento

- **Nome:** o mais preciso possível, para evitar erros e confusões, sem abreviações.
- **Idade:** permite situar a fase da vida da mulher (infância, adolescência, adulta e senilidade), pois certas doenças são mais frequentes em determinadas faixas etárias. Na infância/puberdade são mais comuns as vulvovaginites; na adolescência os distúrbios menstruais, gestação indesejada, infecção urinária; na mulher adulta a dor pélvica, infertilidade, vulvovaginites, alterações próprias do ciclo grávido-puerperal, enfermidades benignas mamárias, alteração do padrão de sangramento; na senilidade as distopias genitais, incontinência urinária, osteoporose, doenças cardiovasculares e neoplasias³.
- **Etnia (cor):** certas doenças são mais prevalentes em determinados grupos étnicos, como o leiomioma uterino, que é mais frequente em mulheres negras, e a osteoporose, mais comum em orientais e caucasianas.
- **Naturalidade e procedência:** determinadas doenças são mais comuns em algumas regiões do país e do mundo, podendo influenciar as doenças ginecológicas.
- **Estado civil:** com relacionamento estável ou casada, anotar o nome do parceiro(a).
- **Profissão:** define o perfil da mulher, bem como seu nível social e ambiente de trabalho, facilitando o linguajar e a abordagem que o médico deve usar. Este dado torna-se pouco relevante na ginecologia, sendo mais importante no ciclo grávido-puerperal.
- **Religião:** define a espiritualidade da mulher, como abordar determinadas situações ou até em relação a transfusão de sangue; lembrar que mulheres judias cujos parceiros habitualmente serão circuncidados tem menores índices de infecções genitais.
- **Escolaridade:** define a mulher do ponto de vista socioeconômico, facilitando a comunicação médico-paciente.

Queixa principal e duração

Realizar a transcrição fiel das expressões usadas pela paciente, e referir-se ao motivo que levou a paciente a procurar atendimento; geralmente a queixa e o tempo de evolução dos sintomas já permitem formular hipóteses diagnósticas. Atentar ao fato de que nem sempre a consulta ginecológica é por uma doença, muitas vezes as mulheres comparecem para prevenção de câncer ginecológico, planejamento familiar e pré-natal.

História da doença atual

Anotar toda a informação considerada útil relatada pela paciente, com relação à queixa principal, considerando início, duração, intensidade dos sintomas, evolução, fatores de melhora e piora, bem como condições associadas. Dentro dos fatores de melhora é importante ser registrado o uso ou não de medicamentos ou outros tratamentos cirúrgicos, bem como tratamentos anteriores relacionados com a queixa principal. Evitar dar diagnóstico ou copiar exames subsidiários neste item¹. Incluir apenas o histórico da queixa que levou a paciente à consulta.

Interrogatório complementar

Relatar dados como febre, anorexia, adinamia e emagrecimento.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos

É de real importância, pois muitas vezes uma queixa que a paciente pensava ser de origem ginecológica, pode ter, na realidade, outra origem, como o aparelho digestório ou o aparelho urinário.

Observação: as mamas merecem consideração especial. A dor, quando relatada, deve ser bem caracterizada quanto a intensidade, ritmo, característica e local. A queixa de nódulo implica determinar o número, local, tempo de aparecimento, consistência, mobilidade, velocidade de crescimento, presença de nódulos em axilas e regularidade da superfície dos nódulos. Questionar sobre a possibilidade de saída

de secreção pelo mamilo, caso presente, caracterizar coloração, quantidade, se a saída é espontânea ou necessita ser obtida através da expressão mamilar, também se é uni ou bilateral.

Antecedentes familiares

Antecedentes de neoplasias ginecológicas são muito importantes para direcionar exames preventivos, em particular as neoplasias malignas de mamas, endométrio e ovário. Como exemplo, lembrar que neoplasia de mamas na família materna ou na pré-menopausa é mais importante do que aquelas situações de familiares que desenvolveram o câncer em idade avançada.

Cabe ao clínico a investigação também sobre doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, doenças vasculares, cardiopatias) e endócrinas/metabólicas (diabetes, tireoidiopatias, obesidade, osteoporose). Antecedentes tromboembólicos alertam para ter cuidado com hormonioterapia e atentar ao uso de contraceptivos hormonais no planejamento familiar. Importante pesquisar *causa mortis* de pais e irmãos, quando forem falecidos.

Antecedentes pessoais

Relatar a presença de doenças prévias, cirurgias anteriores (solicitar resultados de laudos anatomopatológicos), assim como medicações em uso (várias medicações podem influenciar sintomas ginecológicos como sangramentos, galactorreia, vulvovaginites, assim como têm importância para verificar se poderá ocorrer interação medicamentosa quando prescrevermos algum tratamento ou método contraceptivo). Relacionar qual medicamento está em uso, a dose, há quanto tempo e quem prescreveu. Importante determinar o tempo que tem a patologia ou que foi submetida a procedimento cirúrgico, pois há nítida diferença entre um procedimento realizado há 15 dias ou 15 anos.

Operações (cirurgias)

Quais e quantas? Há quanto tempo? Transfusão sanguínea? Tipos de anestesia? Alergia a medicamentos?

Antecedentes ginecológicos

Antecedentes menstruais

Anotar: idade da menarca, ciclo menstrual, sintomas associados com a menstruação (dismenorreia, tensão pré-menstrual), data da última menstruação, idade da menopausa (lembrar-se da definição que implica ficar um ano sem menstruação, dentro do período do climatério), sangramento na menopausa, uso ou não de terapia hormonal.

A menarca é a primeira menstruação na vida da mulher, que normalmente ocorre entre 10 e 16 anos de idade, com uma média de 12 anos⁹. Os ciclos menstruais devem ser registrados caracterizando-se o intervalo (em dias), duração (em dias) e a quantidade. O intervalo entre as menstruações mais habituais, em média é de 28 dias, podendo variar de 21 a 35 dias; a duração é em média 4 a 5 dias, podendo variar de 2 a 7 dias; a quantidade de sangue perdido varia entre 20 e 80 ml, que pode ser calculada de maneira subjetiva pelo número de absorventes usados por dias (PPD, penso por dia), sendo que um absorvente cheio acumula uns 15 ml. Pode-se utilizar a grafia 28/4/45ml para caracterizar o período, duração e quantidade do ciclo¹. Outra maneira usada para aferir a intensidade do sangramento é denominar I para sangramento leve, II para 'normal' e III para intenso. Naturalmente que isso se refere à avaliação da própria paciente. Nesse caso a fórmula menstrual ficaria: 28/4//III. Portanto, devemos anotar:

- Menarca
- Ciclo menstrual
- Sintomas associados (dismenorreia, TPM)
- Data da última menstruação
- Idade da menopausa
- Sintomas climatéricos
- Sangramento pós-menopausa
- Uso de terapia hormonal

Antecedentes sexuais

Importante manter postura neutra, de respeito e sem julgamento.

Anotar idade da primeira relação sexual (para recomendações adicionais adequadas), o número de parceiros(as), método contraceptivo

atual e progresso, dor à relação sexual, se há dispareunia superficial ou profunda, sinusiorragia (sangramento na relação sexual), como se encontra seu desejo sexual e prazer.

Antecedentes obstétricos

- **Anotar número de gestações e de partos:** considera-se parto quando há nascimento de concepto com mais de 500g ou 20 semanas.
- **Abortamentos:** espontâneos, provocados, curetagens e complicações.
- **Tipo de parto(s):** (normal hospitalar ou domiciliar, com ou sem episiotomia, fórceps ou cesárea), peso dos recém-nascidos, gestação a termo ou não (prematuridade), tempo do último parto, intercorrências do ciclo grávido-puerperal caracterizando individualmente cada gestação; puerpério normal ou patológico (febre, hemorragias, deiscências de sutura).
- **Lactação:** tempo de amamentação, presença de fissuras ou mastites.
- **Intervalo interpartal.**

Hábitos de vida

- **Tabagismo:** sim ou não, quantidade e tempo de duração; se parou, há quanto tempo. Está relacionado à maior incidência de câncer do colo uterino, tromboembolismo (especialmente importante quando houver uso de contraceptivo com estrogênio), maior risco de osteoporose, prematuridade e restrição do crescimento intrauterino.
- **Etilismo e uso de drogas lícitas e/ou ilícitas:** qual, quantidade, tempo de uso e via de administração.
- **Realização de atividades físicas e alimentação.**

Revisão de sistemas

Pesquisar queixas relativas aos aparelhos urinário, gastrointestinal e cardiovascular.

- **Sintomas urinários:** alterações da frequência, do jato e de sintomas associados; pode ter também perda urinária aos esforços, detalhando a duração, se a pequenos, médios ou grandes esforços e o impacto na qualidade de vida.
- **Sintomas intestinais:** frequência das evacuações, dor, presença ou não de muco e sangue nas fezes.
- **Sintomas cardiovasculares:** abordagem dos membros inferiores, questionando varizes, trombose e edema.

Referências

1. Baracat EC, Lima GR. Ginecologia – Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, 2006, 698p.
2. Carrara HHA, Duarte G, Philbert PMP. Semiologia ginecológica. Medicina, Ribeirão Preto, 29:80-87; 1996.
3. Druszcz RMB, Botogoski SR, Pires TMS. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, 59(3): 144-151; 2014.

Exame físico das mamas

Luiz Ferraz de Sampaio Neto

The differential diagnosis of the breast depends more on palpation than on any other factor in the history and examination.

Bloodgood

Introdução

Após se efetuar a anamnese passiva (ouvir aquilo que a paciente veio nos contar) e a anamnese ativa, quando o médico questiona tópicos para se aprofundar nas peculiaridades da queixa da paciente, investiga comprometimento funcional/anatômico de outros órgãos e sistemas, bem como analisa os antecedentes ginecológicos, obstétricos, clínicos, cirúrgicos, hábitos/vícios e também os antecedentes de seus familiares, chega o momento de encaminhar a paciente para o exame físico.

A maneira de se proceder ao exame físico corresponde à prática denominada “semiologia” ou, de modo mais específico, a denominada “semiotécnica”, que corresponde à maneira consagrada de se fazer o exame do paciente. Ou seja, ao longo da evolução da Medicina houve alguns autores que se dedicaram a descrever técnicas específicas de como se fazer o exame físico.

Sendo assim esta maneira de examinar é “uma técnica”, ou seja, obviamente deverá ser repetida exatamente como foi descrita para lograr os mesmos resultados. Contudo, segundo De Luca (1981), “as qualidades do examinador são inatas [...] com o tempo e experiência acumulada, adquire-se características peculiares a cada um”. Dessa forma, existe a padronização, que é o modo descrito pelos autores clássicos e que costuma ser modificado segundo a evolução da medicina, mas que poderá (e deverá) ser modulado segundo a prática pessoal de cada profissional.

Porém, é indispensável que não se perca a sistematização dos passos fundamentais que permitirão obter o máximo de informações durante o procedimento do exame físico. Isso é particularmente importante para aqueles que estão sendo iniciados nas práticas da anamnese e do exame físico e ainda não dispõem de experiência para adaptar suas próprias maneiras de aplicar a semiotécnica.

Em épocas em que não existiam mamografias, ultrassonografias ou ressonâncias magnéticas, a relevância do exame físico era óbvia. Contudo, ainda hoje, com a efetiva viabilidade de uso dessas alternativas de exames de imagem para contribuir na avaliação do paciente, a possibilidade do médico poder dispor de uma anamnese bem-feita e um exame físico tecnicamente correto faz o diferencial do profissional. Permitirá a este profissional bem formado confrontar os achados nos exames subsidiários com o seu exame físico e aperfeiçoar o seu raciocínio clínico.

Dessa forma, apresentamos a seguir os fundamentos clássicos da semiotécnica para o exame das mamas.

Contudo, antes de se proceder ao exame das mamas, será relevante recordarmos alguns princípios da histologia, anatomia e embriologia/fisiologia das mamas para sabermos o que se busca ao examinar as pacientes.

Histologia das mamas

As glândulas mamárias são glândulas exócrinas do grupo dos anexos cutâneos, do tipo glândula sudorípara modificada para a produção do leite. O volume da mama dependerá da quantidade de tecido gorduroso e tecido conjuntivo que contém e não do tecido glandular que a compõe. Pode-se dizer que a mama é, grosso modo, um cone de pele “recheado” por um cone de glândula com estrutura ducto-acinar direcionada para os mamilos. Em termos de arquitetura é composta por um complexo sistema túbulo-alveolar, sendo a parte propriamente secretória representada pelos alvéolos e a excretória composta por vários ductos de grandezas diferentes.

A glândula mamária é formada por 15 a 25 lobos drenados individualmente por um grande canal galactóforo (ducto lactífero). Este converge para o mamilo, onde desemboca individualmente na papila;

aí forma uma dilatação sacular denominada seio galactóforo, importante no mecanismo de ejeção láctea; pois este local se caracteriza pela hipertrofia de miofibrilas ao redor deste ponto no ducto.

Os ductos mamários são compostos de epitélio cúbico simples, cercados por musculatura lisa e tecido conjuntivo; na região dos ácinos, há a dilatação saculiforme distal – que é o seio galactóforo, na estrutura que forma o alvéolo e que também é composta por epitélio cúbico simples.

Anatomia das mamas

As mamas localizam-se na face anterior do tórax, estendendo-se da segunda até a sexta ou sétima costelas de cada lado, entre elas há um espaço denominado seio mamário (*sinus mamarium*). Em seu plano profundo ocupa quase toda área do músculo peitoral maior, estendendo-se para o músculo serrátil anterior e aponeurose do reto abdominal, quando muito volumosas.

Encontramos dois prolongamentos na porção externa: o inferior, que é menor e palpável no exame físico; e o superior, que é mais longo e denominado de prolongamento axilar ou “cauda de Spencer”, geralmente passa despercebido no exame físico por situar-se atrás da borda do músculo grande peitoral.

No vértice da mama existe a papila e a aréola, situadas no centro de área recoberta por pele mais pigmentada, a esse conjunto denominamos mamilo. Na papila se abrem os ductos galactóforos, em volta dela existe a aréola, que é área mais pigmentada. Pode-se verificar na aréola a presença de vários pequenos botões, em número de 10 a 15, correspondentes a glândulas apócrinas que são responsáveis pela produção de secreção de líquido gorduroso com função protetora para o mamilo durante a lactação. São denominados de “tubérculos” ou “glândulas lactosebáceas de Montgomery”. As mamas contêm como estruturas intrínsecas:

- **Aparelho de sustentação:** Corresponde ao componente conjuntivo de origem mesodérmica, é dividido em tecido conjuntivo interlobular e intralobular. A glândula mamária na sua face anterior não é cercada de uma verdadeira cápsula, sendo que o tecido conjuntivo se continua com o da derme, sendo de difícil dissecação. Ele forma um sistema fibroadiposo

em forma de cone, cuja base repousa sobre o tórax e o vértice dirige-se para o mamilo, a função deste ligamento é a contenção interna das glândulas mamárias. Na porção profunda, o ligamento suspensor da mama (*retinacula cutis* ou “Ligamento de Cooper”) permite uma melhor individualização, pois está fixado na fáscia peitoral e entre ambos existe um coxim gorduroso, com maior mobilidade, denominado de “Bolsa de Chassignac”.

- **Vascularização:** A entrada mais importante da vascularização se faz pelos quadrantes superiores – o pedículo principal externo que penetra pelo prolongamento mamário axilar e o pedículo principal interno, da mamária interna. Do pedículo principal externo, o principal vaso é a artéria mamária externa (também chamada artéria lateral torácica ou torácica inferior), que nasce na artéria axilar, penetra na glândula pela “cauda de Spencer”, onde está a uma profundidade de cerca de 3 cm, dirigindo-se de modo oblíquo em direção do mamilo. Ela irriga essencialmente a glândula mamária, mas também contribui para a irrigação cutânea. O pedículo principal interno tem como vaso mais importante a artéria mamária interna, que dá os ramos intercostais, que, por sua vez, enviam ramos perfurantes (ramos mamários), ela irriga principalmente a profundidade do tecido glandular. A região cutânea sob a clavícula e metade do revestimento cutâneo também recebem irrigação da artéria escapular inferior (toracodorsal) e ramo peitoral da artéria acrômio-torácica.
- **Drenagem linfática:** São descritas várias vias de drenagem linfática a partir da região mamilar de “Haller” (plexo mamilar), dirigindo-se de forma centrífuga em direção à periferia. Partindo da porção mamária justa-esternal há a via transpeitoral interna, que atravessa o músculo grande peitoral e vai até o gânglio retropeitoral de “Cruikshick” da cadeia da mamária interna. O restante da porção interna da glândula mamária é drenado pela via transpeitoral média, que atravessa o músculo grande peitoral e dirige-se para os gânglios interpeitorais de “Rotter” (interpeitorais). Da região retroareolar parte a via transpeitoral externa, que vai para o grupo axilar central. A metade externa da mama é percorrida por 4 vias linfáticas:

1. Via transmuscular, que contorna o músculo grande peitoral e junta-se à via transpeitoral média e aos gânglios da cadeia de “Rotter”.
2. Via perimuscular interna, que contorna o grande e pequeno peitorais, dirigindo-se para os gânglios retropeitorais.
3. Via perimuscular média, que atinge o gânglio de “Sorgim”.
4. Via perimuscular externa, que se dirige para o gânglio linfático superior.

Essas vias dividem-se em dois grandes canais: o canal da mamária interna, que se dirige diretamente à confluência júbulo-subclávio (sendo que pode existir anastomose entre as vias mamárias internas homolaterais); e a via linfática de “Grossmann”, que atinge o grupo axilar subclávio. Em termos práticos, a cadeia linfática mais importante é a axilar, que pode ser dividida, segundo os agrupamentos de linfonodos, em três grupos:

- **Nível I** - grupo axilar inferior, que compreende os gânglios localizados para fora da borda externa do pequeno peitoral.
- **Nível II** - grupo central, que são aqueles que estão sob o pequeno peitoral e o grupo de “Rotter”.
- **Nível III** - grupo axilar superior, que são os localizados além da borda interna do pequeno peitoral.

Embriologia e fisiologia das mamas

A diferenciação das glândulas mamárias se faz com a formação da “linha láctea”, que se dirige no sentido craniocaudal da porção na emergência dos membros superiores até a vulva a partir da 4.^a semana intrauterina. Até o momento do parto, as mamas são estimuladas no seu desenvolvimento pela prolactina, estrógenos, progesterona e hormônio lactogênico de origem placentária.

Após o parto, durante toda infância teremos um período de atrofia fisiológica que será interrompido pelo início da puberdade, quando existirá o alargamento dos lóbulos, desenvolvimento e ramificação ductal, formando a estrutura arboriforme mamária; para tanto, concorre a ação sinérgica da prolactina, estrogênios, progesterona, esteroides adrenais, insulina, hormônio do crescimento e hormônios tireoidianos.

Podemos ter alterações nos processos de desenvolvimento mamário para mais ou para menos nas mamas. A amastia corresponde

à ausência completa de uma ou ambas as mamas, podendo se associar ao desenvolvimento precário da musculatura torácica e até mesmo de membro superior. Constitui-se na anomalia de desenvolvimento mais rara, e pode ter relação genética, já que são descritos casos desta anomalia em mulheres de uma mesma família em várias gerações. A síndrome de Poland (também chamada de “sindactilia de Poland”) corresponde a aplasia do músculo peitoral maior e do menor, acompanhada de hipoplasia ou da ausência do mamilo e da glândula mamária do mesmo lado, há também anomalia homolateral do membro superior. É mais comum em meninos (3 meninos para 1 menina). Predominam casos esporádicos, embora transmissão hereditária dominante simples tenha sido descrita ocasionalmente; suspeita-se de fatores mecânicos intrauterinos modificando a formação do mesoderma envolvidos na gênese do processo.

As alterações para mais no desenvolvimento das mamas são relativamente comuns, estando relacionadas com as características étnicas da população estudada. A mama supranumerária aparece nos EUA, na população branca, com 1 a 2% de frequência; entre os chineses em 3,6% das mulheres e nas japonesas ocorre em 5,16 a 6% da população feminina. A politelia corresponde a distopia da estrutura papilar, com ou sem aréola. Na polimastia há distopia do tecido glandular mamário, que pode ou não se acompanhar de papila e aréola. Estas estruturas se localizam ao longo da linha embrionária de desenvolvimento mamário (a “linha láctea”), que vai da face interna da coxa até região axilar, bilateralmente no adulto. Respondendo de maneira semelhante às glândulas mamárias tóxicas aos estímulos hormonais, em alguns casos chegam à produção láctea. Considera-se o desenvolvimento das mamas patologicamente precoce quando ocorre antes dos 8 anos de idade. Ele, geralmente, faz parte de um quadro mais amplo que se denomina de “puberdade precoce”, sendo a telarca o sintoma inicial; porém, pode acontecer de forma isolada, considerada como refratariedade constitucional.

Por outro lado, também pode existir um desenvolvimento mamário exagerado ou precoce à custa de estímulo hormonal não fisiológico ou por patologia de receptores hormonais celulares. São exemplos desta situação a hipertrofia mamária da adolescente e a hipertrofia mamária da gestação. Na hipertrofia mamária da adolescente, as mamas continuam o crescimento de maneira ininterrupta, atingindo grandes proporções. A gigantomastia passa a ser um problema físico e psicológico, devido às

grandes proporções que adquire; exerce peso excessivo nos ombros, forçando uma postura inadequada. A hipertrofia pode ser assimétrica. O estudo histológico dessas mamas revela um desenvolvimento, principalmente à custa do componente conjuntivo, estando a porção glandular adequadamente desenvolvida. Provavelmente há desarranjo nas características funcionais dos receptores. O mesmo quadro de desenvolvimento exagerado pode ser evidenciado na gestação, a hipertrofia da gestação tem etiopatogenia semelhante ao anterior, podendo atingir dimensões dramaticamente grandes, necessitando até mesmo da amputação mamária.

Exame físico das mamas

O exame ginecológico compreende a avaliação mamária e o exame ginecológico propriamente dito. A realização do exame físico em ginecologia deve ser precedida de adequada explicação para a paciente daquilo que se pretende realizar, principalmente se ela nunca realizou antes esse exame. É conveniente respeitar-se a paciente que não aceitar ser examinada por estar menstruada ou por outro motivo, adiando-se o exame físico para outra ocasião. O ambiente onde se realiza a consulta em ginecologia deve prever local adequado para o exame físico, com a mesa de exame voltada para luz natural, espaço suficiente para pelo menos duas pessoas; lençóis e aventais limpos e biombo para a paciente se trocar. Sempre se procede ao exame físico auxiliado por um profissional paramédico, que fornece instrumental, auxilia na coleta de material, orienta a paciente como se posicionar, além de transmitir mais segurança à paciente e ao médico.

Como nas demais especialidades médicas, o exame físico se inicia pelo denominado “exame físico geral”, na sequência inicia-se o exame das mamas, que será a parte inicial do exame ginecológico. O exame das mamas se compõe de inspeção (estática e dinâmica), palpação, expressão, exame das axilas, manobras acessórias e exame de regiões circunjacentes às mamas.

O exame das mamas deve ser realizado preferencialmente nos primeiros dias após o fluxo menstrual, quando as mamas se encontram menos túrgidas, apresentando menos fenômenos distratores decorrentes da hormônio-dependência do órgão, ademais, o exame torna-se menos doloroso. O passo inicial será a região retromamilar.

Inspeção estática

Para a inspeção, a paciente deve ocupar a posição sentada, com os braços soltos paralelos ao tronco, com o tórax descoberto (Figura 1 e Figura 2).

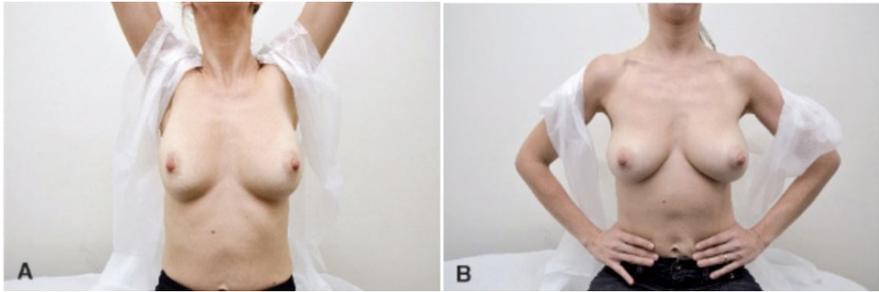
Observa-se então o número de mamas, a simetria entre elas, o contorno e o tamanho das mamas, assim como as características da pele que recobre o órgão. Nesse momento deve-se abstrair a divisão anatômica das mamas, que é determinada pelas linhas imaginárias longitudinais que se estendem do meio da clavícula e passam sobre a papila e a linha transversal que atravessa ambas as papilas; assim cada uma das mamas pode ser dividida em quatro quadrantes: quadrante superior-lateral, superior-medial, inferior-medial e inferior-lateral; ademais há o “quadrante” central, que corresponde à região retromamilar.



Fonte: de Sousa JA, Simões PM, Machado JA (2019).

Figura 1. Inspeção estática das mamas

Serão especialmente importantes as assimetrias entre ambas as estruturas, e isso será melhor percebido ao se proceder à inspeção dinâmica, ou seja, durante a elevação dos braços.



Fonte: de Sousa JA, Simões PM, Machado JA (2019).

Figura 2. Inspeção estática das mamas – Paciente com eczema areolar

É possível, na inspeção, verificar-se edema de pele – “*peau d’orange*”, processos inflamatórios, modificações na rede venosa superficial –, sinal de “Haller”, ulcerações, pontos de drenagem de fístula cutânea, abaulamentos e também retrações que deformam as mamas. Também é possível se verificar a presença de mamas ou papilas supra-numerárias, bem como presença de pelos em quantidade excessiva. Com relação à simetria, podemos verificar desvio de um dos mamilos (sinal de “Forbes”), o que pode significar tumor mamário; ou uma das mamas maior do que a outra, o que na maior parte das vezes é normal. Pela avaliação do volume, podemos encontrar alterações para menos (atelia, hipomastia ou micromastia) e para mais (hiperplasia ou gigantomastia), sendo que podem ser simétricas ou não.

Inspeção dinâmica

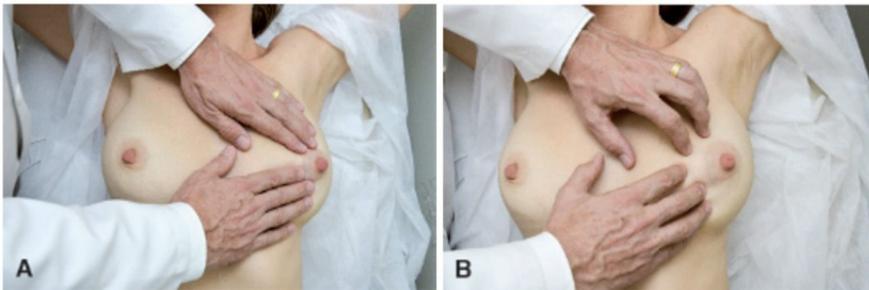
Complementa o exame anterior, ainda na posição sentada a paciente eleva os braços acima da cabeça, observa-se com esse movimento se houve alteração em uma ou em ambas as mamas. A manobra evidencia as retrações e os contornos ficam mais evidentes. O importante neste momento é a movimentação das estruturas anatômicas, pois será enquanto há movimento da mama sobre a parede torácica que se acentuarão as infiltrações neoplásicas. Uma manobra acessória que pode ser executada neste momento será pedir à paciente que, ainda nessa mesma posição, leve suas mãos à cintura abdominal, fazendo força contra as paredes laterais do abdome, para contrair os músculos peitorais.

Quando existir infiltração tumoral atingindo as fáscias musculares, ocorrerá retração mamária, que se fará mais evidente com esta manobra. Outro ponto importante é a movimentação simétrica das papilas e aréolas, pois lesões neoplásicas que se localizem próximas ao quadrante central podem determinar retração papilar na inspeção dinâmica.

Ainda neste tempo do exame físico, pode-se proceder à “manobra da mama pendente”, solicitando-se à paciente que assuma a posição sentada, ela deve deslocar sua porção superior do tórax e cabeça para frente, deixando as mamas pendentes. Esta posição potencializa as pequenas retrações da pele. Pedir para a paciente novamente apertar suas mãos na cintura aumenta a sensibilidade da manobra.

Palpação

Habitualmente a palpação deve ser feita com a mão dominante do examinador, assim o médico se posiciona do lado direito da paciente, exceto se ele for canhoto, quando a posição preferencial será à esquerda da paciente. A paciente é colocada em decúbito dorsal, apoiando o pescoço sobre seus braços; com isso a parede torácica é elevada deixando a mama espalhada sobre o hemitórax, o que facilita o exame (Figura 3).



Fonte: de Sousa JA, Simões PM, Machado JA (2019).

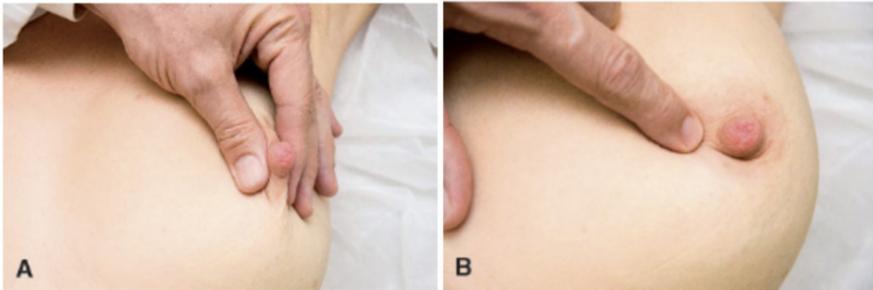
Figura 3. Palpação das mamas

Por vezes, especialmente em pacientes com mamas volumosas e pendulares, o uso de um coxim ou travesseiro sob a omoplata homolateral permitirá melhor avaliação da mama, que irá se acomodar sobre a parede torácica (essa é a recomendação de Haagensen)³. Sempre se deve iniciar a palpação mamária na mama não portadora do problema, ou seja, a mama supostamente “sadia”, o que permitirá a percepção sobre a normalidade da mama para aquela paciente.

Classicamente existem duas técnicas de palpação mamária que, em última análise, se complementam. A técnica de Velpeau, que consiste na palpação das mamas do sentido medial para o lateral, e a palpação crânio-caudal. A técnica de Bloodgood preconiza o dedilhamento mamário helicoidal, iniciando-se pelo quadrante superior-externo e terminando sob o mamilo. Bloodgood afirmou “*don't forget to play piano*”, essa interessante sugestão diz respeito justamente ao modo como os dedos do examinador devem se posicionar ao proceder a palpação da mama, mas sobretudo lembram que o examinador não deve fazer pressão excessiva sobre as mamas (“piano” em italiano significa devagar; e “to play piano” significa apoiar os dedos sobre as polpas digitais), perturbando o exame e restringindo a possibilidade de achados clínicos. O examinador deve usar as bases e não as pontas de seus dedos, costumeiramente os três dedos do meio da mão que examina, com a mão mantida em posição um tanto arqueada. Na palpação podemos apreciar tumorações, que devem ser avaliadas em sua consistência, volume, sensibilidade, mobilidade e superfície. Durante a palpação mamária é importante se lembrar de que a distribuição das estruturas que compõem as mamas habitualmente é diferente segundo o quadrante que será avaliado, ou seja, costuma ser maior a concentração de tecido glandular no quadrante superior-lateral em relação ao quadrante inferior-medial, há maior concentração de tecido conjuntivo no quadrante central e assim por diante. Essas peculiaridades anatômicas determinam diferentes percepções palpatórias. Mulheres com próteses deverão ser examinadas do mesmo modo que as demais, contudo o exame fica um pouco mais dificultado.

Expressão

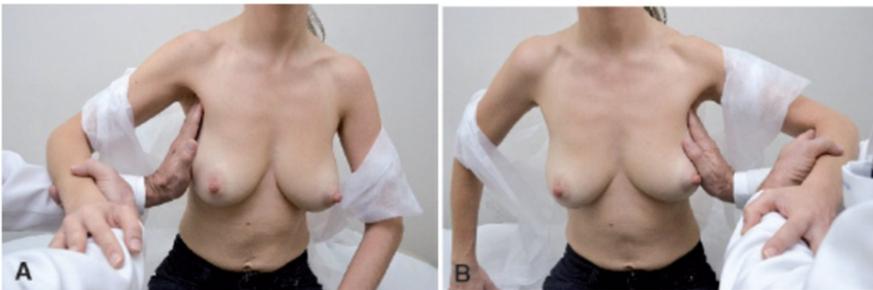
Ao final da palpação, pressionando-se delicadamente, investiga-se a ocorrência de secreção ou descarga papilar (Figura 4), que deve ser observada em seu aspecto de coloração, origem (ponto gatilho), bilateralidade e volume de fluxo.



Fonte: de Sousa JA, Simões PM, Machado JA (2019).

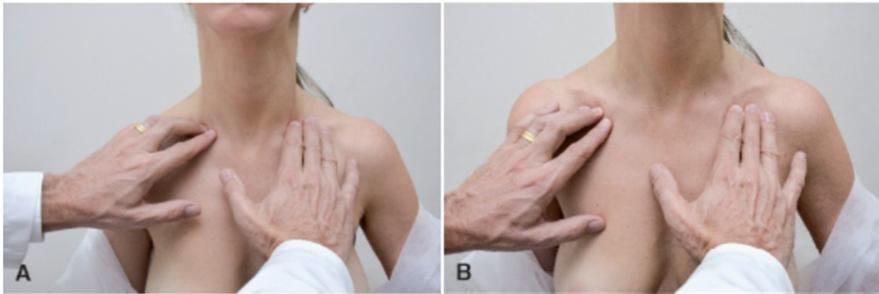
Figura 4. Expressão mamilar

Terminada a expressão, solicita-se à paciente que retome a posição sentada para avaliação das cadeias linfáticas axilar e das fossas supra e infraclavicular. Para maior facilidade do exame, deve-se orientar para que ela relaxe os braços, o que permite a palpação mais profunda das axilas, alcançando-se o ápice axilar (Figura 5); a manobra de “Bailey” permite atingir pontos ainda mais profundos na axila e consiste no posicionamento da mão da paciente no ombro do examinador (Figura 6).



Fonte: de Sousa JA, Simões PM, Machado JA (2019).

Figura 5. Palpação de linfonodos infraclaviculares



Fonte: de Sousa JA, Simões PM, Machado JA (2019).

Figura 6. Palpação de linfonodos supraclavicular

São chamadas de manobras auxiliares a palpação da mama com a paciente sentada e o corpo deslocado para frente e os braços na cintura para avaliação de mamas volumosas e verificação de tumores que fixam essas mamas na parede torácica.

Referências

Usamos textos clássicos para elaborar este manual porque a propedêutica clássica é a que pretendemos apresentar aos estudantes de graduação, como fonte para que eles elaborem suas “adaptações” pessoais ao exame físico.

1. De Luca, Laurival. Ginecologia: semiologia clínica e laboratorial. São Paulo. Sarvier, 1981.
2. Basset LW et al. Diagnosis of Diseases of the Breast. New York: Saunders Company; 2000.
3. Uriburu JV et al. La Mama – Parte 1 – Parte General, Patología no maligna, Plásticas Mamárias. [S.I.]: Lopez Editores; 1977.
4. Haagensen CD. Enfermedades de la Mama. 3.^a Edición. Buenos Aires: Saunders; 1986.
5. Pinotti JA. Compêndio de Mastologia. São Paulo: Manole; 1992.
6. de Sousa JA, Simões PM, Machado JA. Mamas: Exame Clínico. In: Porto CC, editor. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.

Exame físico ginecológico: genitália externa e interna

Carla Muniz Pinto de Carvalho

Considerações gerais

O exame ginecológico dos órgãos genitais depende da colaboração da paciente e do cuidado do médico em demonstrar segurança em sua abordagem, bem como comunicar previamente à paciente todos os passos de seu exame.

Preparo da paciente

A paciente deve estar totalmente despida, com camisola própria para exame com abertura para a frente. Deve ser orientada a esvaziar a bexiga para que o exame ginecológico não cause desconforto, bem como para não falsear e dificultar os achados dele decorrentes.

Preparo do médico

O médico deve proceder à lavagem adequada das mãos e enluvar as duas mãos para o exame ginecológico.

Posição da paciente

Após exame clínico das mamas, e finalizado o exame de abdome, coloca-se a paciente em posição de litotomia: decúbito dorsal com as nádegas na borda da mesa, pernas fletidas sobre as coxas e estas sobre

o abdômen, amplamente abduzidas e apoiadas em perneira própria da mesa ginecológica. Deve-se ter o cuidado de cobrir com um lençol o abdome inferior até metade dos joelhos, para preservar o pudor da paciente.

Posição do médico

Após o adequado posicionamento da paciente, geralmente realizado pela auxiliar de sala, o médico posiciona-se em um banco colocado à frente da paciente já com as mãos enluvadas, com o foco de luz previamente aceso e direcionado para a genitália da paciente.

O exame dos órgãos genitais deve ser feito iniciando-se pelos órgãos genitais externos (vulva) e órgãos genitais internos (vagina, útero e anexos uterinos – trompas e ovário).

Exame da genitália externa

O vestíbulo vulvar é espaço delimitado anteriormente pelo clitóris, lateralmente pelos pequenos lábios e posteriormente pela fúrcula vaginal, onde estão localizados os orifícios da uretra, das glândulas de Skene e a vagina. O hímen separa o vestíbulo vulvar da vagina, podendo estar íntegro ou roto, nessa situação formam-se as carúnculas himenais. A fúrcula vaginal resulta da fusão dos grandes lábios na região mediana e posterior. O períneo é a região entre a fúrcula vulvar e o ânus¹.

Inspeção estática da vulva: (monte de Vênus, grandes e pequenos lábios e períneo)

- **Monte de Vênus:** verifica-se a existência de lesões ou escoriações, a distribuição de pelos conforme sexo e idade, que deve ser triangular com a base voltada superiormente; nos casos de queixa de prurido, deve-se afastar lesão dermatológica.
- **Grandes lábios:** presença de lesões granulomatosas, herpéticas, condilomatosas, alterações da coloração, doenças epiteliais não neoplásicas ou lesões suspeitas de malignidade.

- **Pequenos lábios:** afastam-se os grandes lábios e inspecionam-se os pequenos lábios lateralmente, o clitóris, meato uretral, vestíbulo vulvar, carúnculas himenais ou o hímen íntegro. Avaliar a simetria, coloração, presença de lesões e de carúncula uretral.
- A palpação da glândula de Bartholin está indicada se houver história de processo infeccioso ou cístico, e realiza-se introduzindo o indicador na vagina e o polegar por fora da parte posterior dos grandes lábios.

Inspeção dinâmica

Poderá ser realizada a Manobra de Valsalva para melhor identificar prolapsos genitais, distopias e incontinência urinária.

Exame da genitália interna

É realizado através de um instrumento denominado espéculo. Existem diferentes tipos, mas o mais utilizado é o de Collins, constituído de duas valvas iguais que se justapõem quando fechadas. Hoje os mais utilizados são os descartáveis, sendo o de número 1 preferível para uso em mulheres nulíparas e nas situações de hipoestrogenismo da senilidade, enquanto o número 2 é usado nas múltiparas que tiveram parto transpélvico.

Técnica de inserção do espéculo	
1	Ambas as mãos enluvadas para proteção de médico e paciente (EPI).
2	Afastamento dos pequenos lábios com o polegar e terceiro dedo da mão esquerda, considerando o profissional destro.
3	Introdução do espéculo sem lubrificação com a mão direita considerando indivíduo destro (a introdução sempre será com a mão dominante), segurando o espéculo pelo cabo onde está a borboleta.
4	<p>O espéculo é introduzido fechado, apoiando sobre a fúrcula, ligeiramente obliquo (às 2 horas considerando o introito vaginal como equivalente ao mostrador de um relógio) para evitar lesão uretral e faz-se a introdução lentamente, girando até o ângulo de noventa graus (de forma que a borboleta fique para baixo e do lado direito da paciente), direcionando-se a ponta do espéculo para o fundo de saco vaginal. As valvas ficarão paralelas às paredes anterior e posterior da vagina, posição que ocuparão durante todo o exame; os espéculos descartáveis por serem transparentes têm vantagem em relação aos metálicos, pois permitem a visualização de todas as paredes vaginais e causam menor desconforto térmico para paciente (Figura 1).</p>  <p>Fonte: a própria autora.</p> <p>Figura 1. Introdução do espéculo</p>

Na abertura do espéculo a mão esquerda segura a haste lateral, para fixação do espéculo, enquanto a mão direita gira a borboleta no sentido anti-horário para abertura e visualização das paredes vaginais, do colo uterino, assim como permite avaliar o conteúdo vaginal e eventuais sinais inflamatórios (Figura 2).



Fonte: a própria autora.

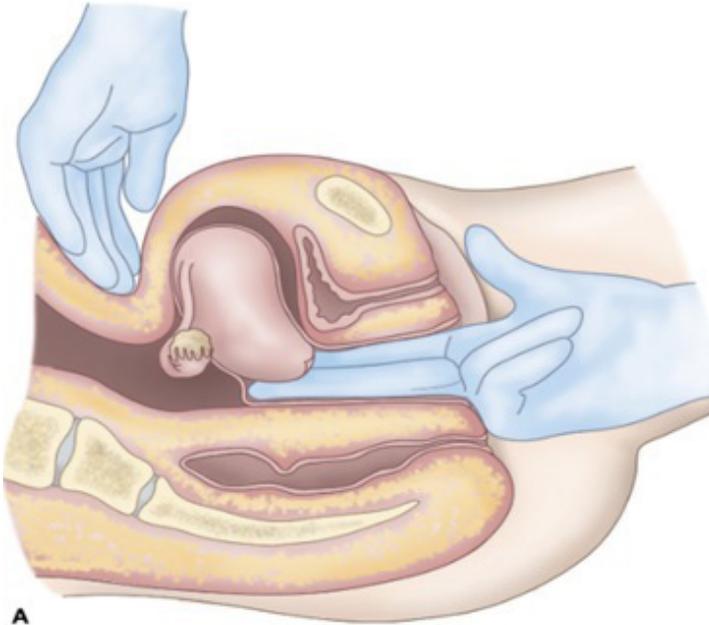
Figura 2. Fixação do espéculo

- | | |
|----------|---|
| 6 | Paredes vaginais: verificar coloração, rugosidade, trofismo, comprimento, elasticidade, fundos de saco lateral, anterior e posterior, cistos, tumorações, bridas e cicatrizes. |
| 7 | Colo uterino: localização, forma, volume, orifício externo em fenda transversa ou puntiforme, presença de muco, sangue, pólipos, junção escamo-colunar visível ou não, cistos de Naboth, conteúdo vaginal observando-se a cor, volume, coloração, presença de bolhas. |
| 8 | No fechamento do espéculo, girar a borboleta no sentido horário com a mão direita ou dominante, deslocando com cuidado o colo uterino, de forma a liberar as valvas do espéculo, e girar obliquamente, em movimento oposto ao que foi colocado. O espéculo descartável deve ser jogado no local adequado para lixo contaminado, o espéculo de metal deverá ser entregue à auxiliar de sala. |

Toque vaginal

Deve ser realizado com o médico em pé, com apenas a mão dominante enluvada, dedo médio e indicador lubrificados. Estes devem ser introduzidos na vagina com a borda cubital dos dedos deprimindo a fúrcula. A vulva deve ser entreaberta com os dedos mínimo e anelar de um lado e polegar do outro lado, da mesma mão. Uma vez introduzidos, o punho deve ficar voltado para cima, devendo-se avaliar o períneo e as paredes vaginais laterais, verificando-se a elasticidade, rugosidade, a ocorrência de alguma tumoração. Palpa-se então o colo uterino, verificando sua posição, formato, consistência, sensibilidade, superfície lisa e regular.

Para a palpação uterina é necessário que a outra mão pressione a parede abdominal em direção à profundidade, entre o umbigo e a sínfise púbica (para úteros de volume habitual), enquanto os dedos que estão dentro da vagina realizam elevação do colo uterino. Avalia-se o volume, forma, tamanho, regularidade da superfície, mobilidade, situação mediana e orientação uterina em relação ao seu próprio eixo. Denomina-se “anteversoflexão” quando o fundo uterino está mais próximo da parede anterior ou da bexiga. Retroversão quando o fundo uterino está mais próximo do reto ou da parede posterior da vagina. Os dedos são então dirigidos para as laterais do fundo de saco na busca da palpação dos anexos uterinos (ovários e tubas), sendo feita a mesma manobra descrita para o útero, porém agora a mão livre é dirigida para a região da projeção dos ovários (Figura 3).

**A**

Fonte: aptado de Lasmar (2017).

Figura 3. Toque vaginal.

Toque retal

Normalmente será unidigital, com lubrificação do dedo indicador para melhor avaliação dos paramétrios (especialmente nas situações do estadiamento clínico do câncer de colo uterino), nos casos de vaginismo, agenesia de vagina, septos vaginais, pós-irradiação, hímen íntegro e acentuado hipoprogenismo.

As luvas devem então ser retiradas com cuidado, para não contaminar pessoas ou mobiliário da sala, devendo ser apontadas para o chão ou para o lixo de materiais contaminados, mantendo a mão fechada durante a retirada.

Referências

1. Sartori MGF, Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR. Anamnese em ginecologia. In: Girao JBC, Lima GR, Baracat EC. Ginecologia. Barueri, SP: Manole; 2009. p. 3-7.
2. Halbe, HW et al. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca; 2000.
3. Baracat EC, Lima GR. Ginecologia – Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, 2006. 698p.
4. Druszcz RMB, Botogoski SR, Pires TMS. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, 59(3): 144-151; 2014.
5. Maia A et al. Patologia do trato genital inferior e colposcopia. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 3-21.
6. Lasmar, RB. et al. Tratado de ginecologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

Coleta de colpocitologia oncótica

Carla Muniz Pinto de Carvalho

Considerações gerais

Colpocitologia oncótica é um método desenvolvido pelo médico George Papanicolaou para a identificação, ao microscópio, de células exfoliadas do colo uterino, normais, atípicas, malignas ou pré-malignas. Para que o teste seja efetivo, o esfregaço cervical deve conter células representativas do ectocérvice e do endocérvice, preservadas e em número suficiente para diagnóstico^{3,4}.

O colo uterino é porção inferior do útero que se localiza parcialmente dentro da cavidade vaginal. O epitélio que cobre a região externa do colo (ectocérvice) é constituído por várias camadas de células planas, formando um epitélio escamoso e estratificado. A parte não visível do colo uterino (endocérvice) é recoberta por epitélio cúbico ou colunar. O limite entre os epitélios do endocérvice e ectocérvice denomina-se junção escamo-colunar – JEC, que é a transição entre os epitélios, podendo estar tanto dentro do canal cervical quanto na porção visível do colo (para dentro ou fora do óstio), dependendo da idade, paridade e condição hormonal da mulher, entre outros fatores. É na junção JEC que se localizam mais de 90% dos cânceres do colo uterino^{3,4}.

Quadro 1. Material para coleta de colpocitologia oncológica

1	Espéculo
2	Lâmina com uma extremidade fosca
3	Espátula de Ayre
4	Escova endocervical
5	Par de luvas para procedimento
6	Pinça de Cheron
7	Fixador apropriado para exame citológico
8	Gaze
9	Formulário de requisição do exame-padrão
10	Lápis número 2 para identificar a lâmina
11	Recipiente para acondicionar a lâmina
12	Avental para paciente
13	Lençol para cobrir a paciente

Quadro 2. Preparo da paciente para coleta de colpocitologia oncológica

1	Paciente deve estar despida sob camisola com abertura para frente.
2	Esvaziar a bexiga.
3	Não estar menstruada.
4	Não usar creme vaginal, nem vaselina ou outros lubrificantes para o exame.

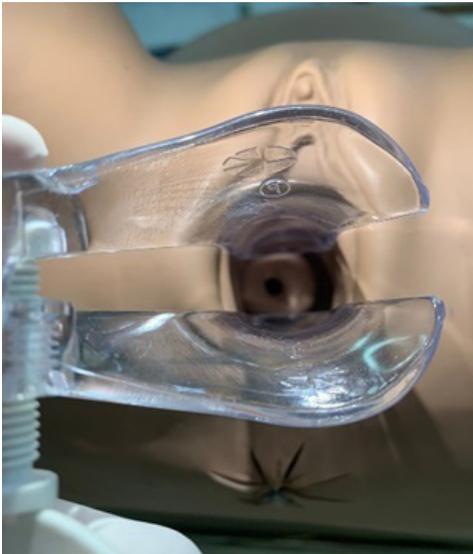
Quadro 3. Técnica de inserção do espéculo

Identificar a lâmina na parte fosca com lápis número 2 com iniciais da paciente, número do prontuário e unidade de saúde.

Posicionar a paciente em posição de litotomia e cobrir com lençol.

Escolher número de espéculo adequado conforme paridade e idade.

Introduzir o espéculo com mão dominante e adequada exposição do colo uterino (Figura 1).



Fonte: a própria autora.

Figura 1. Exposição do colo uterino

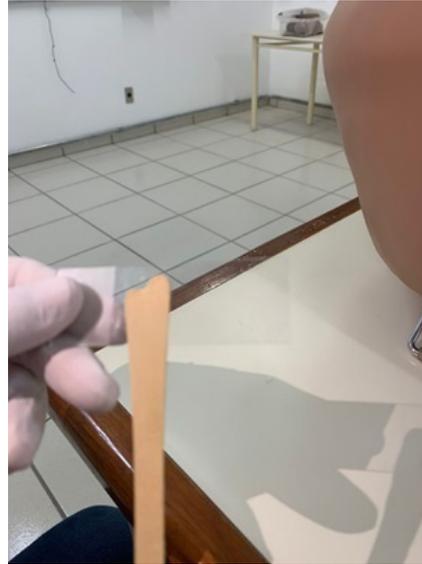
Utilizar a espátula de Ayre do lado que apresenta reentrância; encaixando a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360 graus, em torno de todo orifício procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo para não prejudicar a qualidade da amostra (Figura 2).



Fonte: a própria autora.

Figura 2. Coleta ectocervical

Estender o material obtido da porção ectocervical na lâmina, dispondo-o no sentido horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, em movimentos de ida, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme (Figura 3).



Fonte: a própria autora.

Figura 3. Utilização da Espátula de Ayre na lâmina

Proceder à coleta do canal cervical utilizando a escova de coleta endocervical.

Introduzir a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360 graus. Ocupando 1/3 restante da lâmina, estender o material rolando a escova de cima para baixo (Figura 4A).



Fonte: a própria autora.

Fixação da lâmina com fixador spray ou jato, posicionado a cerca de 20 cm da lâmina, até no máximo 20 segundos após a coleta (Figura 4B).



Fonte: a própria autora.

Figura 4. Utilização da escova endocervical e passagem na lâmina

Retirada do espécuro e envio de lâmina ao laboratório de anatomia patológica com a requisição contendo os dados clínicos relativos à paciente.

Referências

1. Sartori MGF, Girão MJBC, Barcat EC, Lima GR. Anamnese em ginecologia. In: Girao JBC, Lima GR, Barcat EC. Ginecologia. Barueri, SP: Manole; 2009. p. 3-7.
2. Barcat EC, Lima GR. Ginecologia – Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, 2006, 13-20.
3. Maia A. et al. Patologia do trato genital inferior e colposcopia. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 3-21.
4. Coleta de Papanicolaou e ensino do autoexame da mama – Manual de Procedimentos Técnicos e Administrativos. 2.ed. São Paulo: FOSP, Secretaria da Saúde; 2004. p. 23-48.

Descrição do exame físico em ginecologia

Carla Muniz Pinto de Carvalho

Mamas

- **Inspecção estática:** pele íntegra, mamas pendulares e simétricas, mamilos normais, planos ou protusos, ausência de abaulamentos ou retrações.
- **Inspecção dinâmica:** ausência de abaulamento, retração ou assimetrias.
- **Palpação:** parênquima homogêneo, sem nódulos ou linfonodos palpáveis.

Quando nódulo palpável, deve ser descrito quanto a sua localização (mama direita ou esquerda, qual o quadrante (QSE, QSI, QIE, QII), ou ainda comparando com os ponteiros das horas de um relógio, e a quantos centímetros da aréola); consistência (borrachoso ou pétreo), mobilidade (se aderido ou não a planos superficiais e profundos), bordas regulares ou irregulares.

Exemplo: presença de nódulo em QSE da mama direita, às 10 horas, distante 2 cm da aréola direita, borrachoso, bordas regulares, não aderido a planos superficiais e profundos.

- **Expressão mamilar:** ausência de descarga papilar.

Quando positiva, deve-se descrever em qual mama e a sua característica, se serosa, láctea ou sanguinolenta.

Abdome

- Abdome globoso, com ausência de cicatrizes, abaulamentos, distensões, retrações ou equimoses.
- Ausência de abaulamento à manobra de Valsalva.
- Ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes.
- Timpânico à percussão de todos os quadrantes.
- Indolor a palpação superficial e profunda com ausência de massas e visceromegalias.

Exame dos genitais externos

- Inspeção vulvar: distribuição de pelos adequada para sexo e idade, pequenos e grandes lábios de conformação normal, eutróficos, simétricos, sem lesão ou edema.
- Uretra sem sinais de irritação.
- Glândula de Bartholin não palpável, sem sinal de inflamação.
- Hímen roto ou íntegro.
- Procidência vaginal anterior e posterior ausentes.
- Perda urinária ausente à manobra de Valsalva.

Exame dos genitais internos

- **Exame especular:** vagina normocorada, ausência de lesões ou abaulamentos, muco cervical de aspecto fisiológico, pregueamento preservado. Colo epitelizado ou com junção escamo-colunar (JEC) visível, orifício externo em fenda transversa (múltipara) ou puntiforme (nulípara ou partos cesárea), Schiller negativo. Ausência de conteúdo vaginal patológico ou conteúdo vaginal fisiológico.

Em presença de leucorreia, descrever cor, aspecto, quantidade, aderida ou não à mucosa vaginal.

Em presença de lesão do colo uterino, descrever o tipo de lesão (ulcerada, vegetante, necrótica) e o local, tomando por base os ponteiros do relógio.

- **Toque vaginal:** vagina pérvia para dois dedos justos, parede com elasticidade normal, ausência de massas ou abaulamentos, colo fibrocartilaginoso (amolecido se gestante), fechado, útero em anteversoflexão (podendo estar em retroversoflexão ou medioversoflexão), superfície regular, tamanho e mobilidade normal, anexos livres (não palpáveis).

Se útero aumentado, descrever há quantos centímetros da sínfise púbica, se contornos bocelados ou não. Isso vale para caracterizar aumento de anexos.

Referência

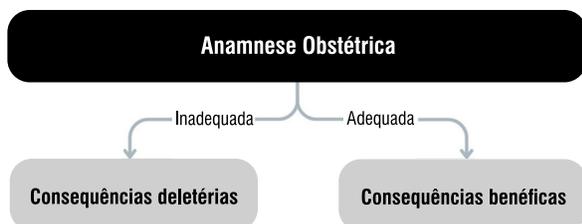
1. Kosminsky E. Exame Ginecológico Normal: Entenda Como descrevê-lo Corretamente [Internet]. RSS. Eu Médico Residente; 2022 [cited 2023Feb25]. Available from: <https://www.eumedicoresidente.com.br/post/exame-ginecologico>

Anamnese obstétrica

Ivan Fernandes Filho
Carla Muniz Pinto de Carvalho
Joe Luiz Vieira Garcia Novo
Nelson Pedro Bressan Filho

Considerações gerais

Sob o prisma etimológico, anamnese advém do vocábulo grego “anamnesis” (aná = trazer novamente e mnesis = memória), que, conceitualmente, significa trazer de volta às lembranças todos os fatos correlacionados com a enfermidade e com o indivíduo acometido por ela. Ressalta-se que, desse modo, o momento de sua realização posiciona-se de maneira ímpar e insubstituível na medicina, uma vez que constrói o núcleo em torno do qual a relação médico-paciente se desenvolve, sendo essencial para trazer intervenções em saúde consistentemente ancoradas em princípios bioéticos (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia).



Fonte: os próprios autores.

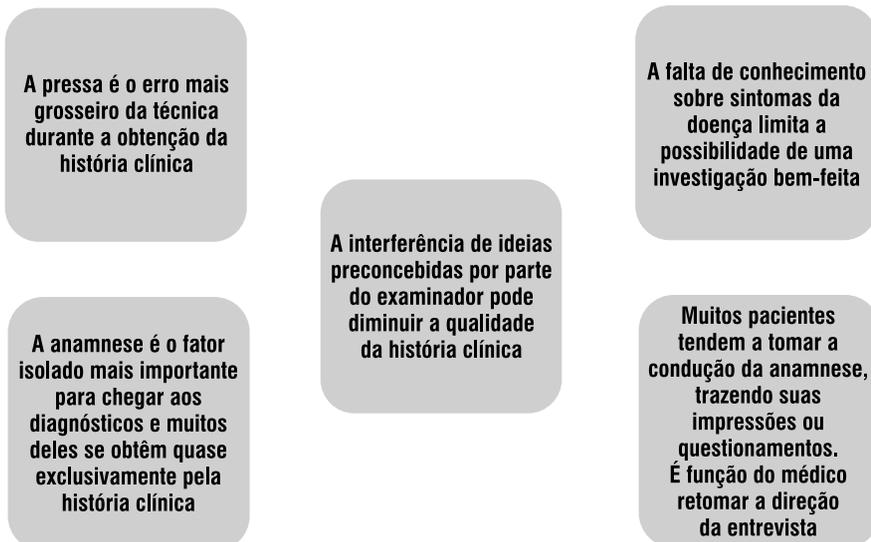
Figura 1. Anamnese obstétrica e consequências, conforme adequabilidade

Logo, a anamnese adequada, por um lado, traz consigo elementos clínicos que correlacionados de maneira consistente subsidiam

formulações de hipóteses diagnósticas e, subsequentemente, intervenções terapêuticas corretas. Por outro lado, quando não adequada, pode trazer uma série de consequências potencialmente deletérias, que não são compensadas com exames subsidiários, por mais numerosos e sofisticados que estes sejam.

Em termos práticos, a anamnese consiste em uma entrevista e o seu instrumento central é a palavra falada. No entanto, a história clínica não é apenas mero registro de uma simples conversa, mas sim apresenta um objetivo claro: reconstituição dos fatos direta ou indiretamente correlacionados com a situação anormal de vida do paciente, conduzida de maneira crítica pelo examinador.

Portanto, o procedimento, em si, exige técnica com etapas que devem ser rigorosamente seguidas, e, para seu aprendizado, exige-se tempo de treinamento árduo. Não há limites rígidos para sua realização, é possível obter uma boa história clínica em condições agudas ou de início recente em apenas 10-15 minutos, ao passo que condições de longa duração podem exigir 30-60 minutos. A Figura 2 traz algumas recomendações comportamentais gerais perante o paciente para redução de riscos de realização de anamneses inadequadas.



Fonte: adaptado de Porto (2019).

Figura 2. Recomendações comportamentais gerais perante o paciente

Em obstetrícia, os princípios gerais da anamnese são praticamente os mesmos da semiologia médica, salvo algumas particularidades que serão esmiuçadas a seguir. De maneira geral, as etapas da anamnese obstétrica se organizam da seguinte forma e devem ser rigorosamente seguidas:

Quadro 1. Etapas sequenciais da anamnese obstétrica

1	Identificação (ID)
2	Queixa e Duração (QD)
3	História Pgressa da Moléstia Atual (HPMA)
4	Interrogatório dos Diversos Aparelhos (IDA)
5	Antecedentes Mórbitos Familiares (AMF)
6	Antecedentes Mórbitos Pessoais (AMP)
7	Antecedentes Ginecológicos (AG)
8	Antecedentes Obstétricos (AO)
9	Hábitos e Vícios (HV)
10	Condições Socioeconômicas e Culturais (CSEC)

Identificação (ID)

É conveniente que, nesta sessão, sejam registrados alguns dados sociodemográficos da paciente que irão contribuir na construção de um perfil de risco para a paciente para certos desfechos no ciclo gravídico-puerperal.

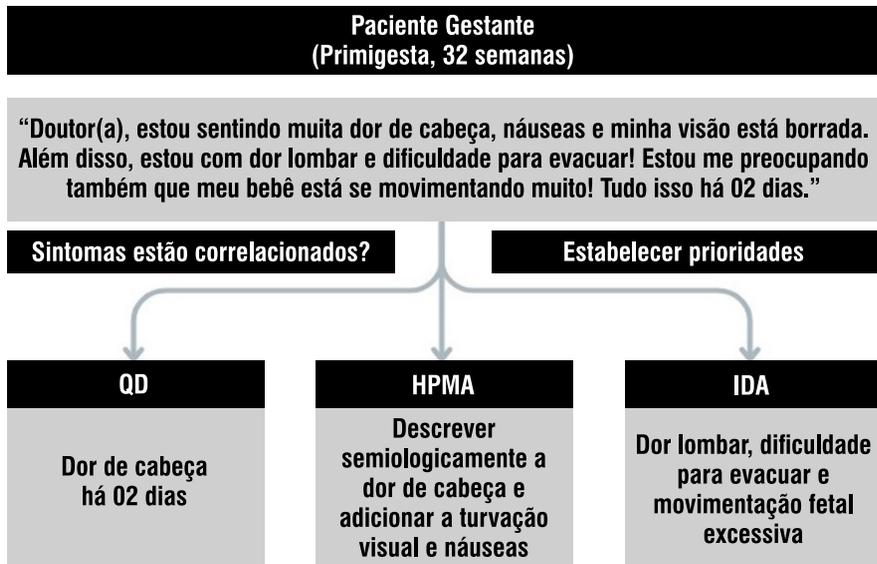
Quadro 2. Parâmetros contemplados pela identificação (ID)

Nome	Deve ser descrito de forma mais precisa possível e sem abreviações, de forma a evitar erros e confusões. O examinador, ao se direcionar à paciente, deve sempre utilizar o nome dela para construção da confiança e acolhimento dentro da relação médico-paciente, distanciando-se de vícios de prática (por exemplo, referir-se à paciente pela patologia ou pelo número de leito).
Idade	A idade é fator que contribui substancialmente para o prognóstico de uma gravidez. Mulheres com mais de 35 anos (idade materna avançada) apresentam maior risco de malformações, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e distocias, enquanto mulheres com menos de 16 anos apresentam maior risco de infecções urinárias na gravidez, de início tardio de pré-natal, anemia na gravidez e desproporção céfalo-pélvica.
Etnia	A etnia é um fator que está implicado em alguns desfechos durante a gravidez. Mulheres afrodescendentes são mais propensas ao vício pélvico, à pré-eclâmpsia, miocardiopatia periparto e ao descolamento prematuro de placenta (DPP), enquanto mulheres caucasianas são mais predispostas a gestações prolongadas.
Naturalidade e procedência	Naturalidade (local de nascimento da paciente) e procedência (local de residência atual da paciente) devem ser inqueridos, pois oferecem a oportunidade de rastreio de doenças que podem interferir significativamente no prognóstico da gravidez, como Doença de Chagas, Esquistossomose, Malária e Zika.
Estado civil	Este parâmetro é relevante, pois sinaliza rede de apoio da paciente, cujo papel na aderência aos tratamentos é evidente. Pacientes solteiras demonstram maiores taxas de morbimortalidade materno-fetal. Vale a pena indagar mesmo, quando o estado civil é solteiro, se a estrutura de casal não existe de fato, independentemente da oficialização.
Profissão	Certas ocupações estão associadas a intoxicações, de ação lenta, que podem interferir no processo gestacional e na sua evolução, por exemplo, aquelas produzidas por álcool, chumbo, fósforo e nicotina. Para pacientes predispostas ao abortamento, é conveniente inquerir sobre o tipo de ocupação para avaliar a necessidade de abster-se do esforço físico.
Religião	As religiões, de maneira geral, apresentam certos dogmas que podem interferir na aderência ou aceitação a determinados tratamentos. Ainda, certos hábitos induzidos por algumas religiões podem auxiliar na proteção para algumas doenças ginecológicas. Por exemplo: Testemunhas de Jeová não aceitam transfusões sanguíneas e mulheres judias, cujos parceiros habitualmente são circuncidados, têm menores índices de infecções genitais.
Escolaridade	Sinaliza o nível de instrução da paciente, permitindo a adaptação da linguagem.

Queixa e duração (QD)

Nesta sessão, há necessidade de registro fiel das expressões utilizadas pelo paciente que representam o motivo da consulta e o tempo de existência dele. Em pacientes com múltiplas queixas, é conveniente estabelecer o sintoma-guia, ou seja, o sintoma ou demanda de maior significância para o esclarecimento do quadro/necessidade.

Em obstetrícia, a paciente nem sempre demonstrará queixas clinicamente significativas, como, por exemplo, consultas de seguimento pré-natal. Em casos semelhantes a este, recomenda-se registrar da seguinte forma: “paciente sem queixas comparece à consulta de pré-natal”.



Fonte: os próprios autores.

Figura 3. Exemplo ilustrativo de condução da Queixa e Duração (QD)

História Progressiva da Moléstia Atual (HPMA)

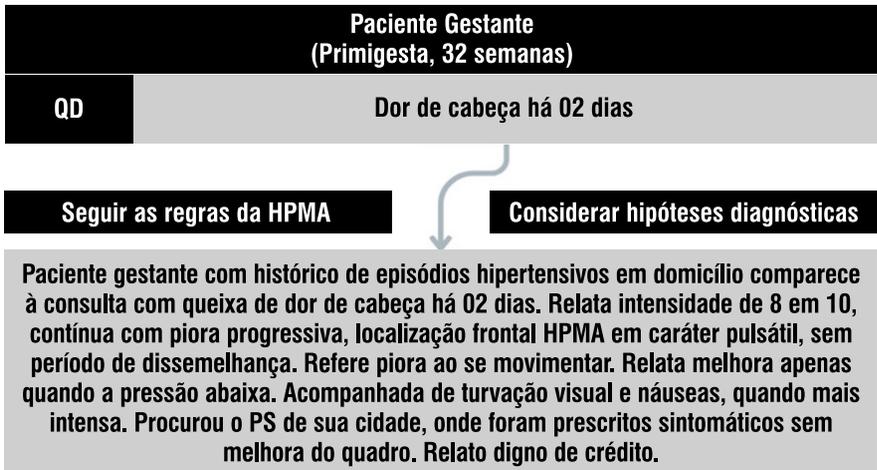
Esta é uma das etapas mais importantes da anamnese obstétrica, na qual o motivo da consulta deverá ser esmiuçado em detalhes suficientes para raciocínio clínico. Nesta seção, não devemos fazer apenas um mero relato dos acontecimentos que trouxeram a paciente para consulta. Há necessidade, portanto, de caracterizar semiologicamente as queixas relatadas pela paciente e correlacioná-las, com propósito de formular hipóteses diagnósticas. Nesse sentido, recomenda-se que se sigam as 10 regras básicas da HPMA, descritas pelo Professor José Ramos Júnior em seu livro *Semiotécnica da Observação Clínica* (1996).

Quadro 3. Regras da HPMA, conforme professor José Ramos Jr.

1	Deixar o paciente descrever suas queixas com suas próprias expressões (atitude passiva). Após percepção de prolixidade ou falta de significação dos sintomas, médico é obrigado a fazer um expurgo das notícias e informações inexpressivas com perguntas diretas (atitude ativa). Recomendação geral: atitude passivo-ativa.
2	As expressões que contenham um significado importante, e TÃO SOMENTE ESSAS, serão colocadas entre aspas ou seguidas do termo latino colocado entre parênteses — SIC. O uso desse termo significa que foi transcrito exatamente da maneira como foi referido, algo como “exatamente assim”.
3	Os sintomas deverão ser sempre referidos afirmando ou negando todos os seus caracteres nos seus itens: a) Condições de início, duração e relação com aparelho anatomicamente ou funcionalmente afetado. b) Evolução (Contínua, intermitente e suas respectivas durações). c) Períodos de semelhança e dissemelhança. d) Fatores de melhora, fatores de piora e fatores acompanhantes. e) Repercussão sob o estado nutricional e psicológico. f) Relatar ausência ou não de sintomas concernentes às alterações do aparelho em questão. g) Referir passado médico daquele aparelho acometido.
4	Sintomas-guias que NÃO SE CORRELACIONAM devem subdividir a HPMA, em duas ou mais partes.
5	Não aceitar diagnósticos clínicos, anatômicos ou funcionais feitos ou comunicados pelos pacientes, salvo exceções.
6	A HPMA poderá ser auxiliada por elementos familiares, principalmente na impossibilidade de o próprio paciente informar sintomas ou na necessidade de confirmá-los.

7	Maneira de interrogar - Contornar fantasia de autodestruição trazida por todo paciente pelo temor da morte ou alteração funcional de órgão que pode afetar sua vida ulterior (gera depressão ou ansiedade). a) Com expressões ao nível de instrução, da inteligência e da cultura do paciente. b) Não atribuir tom emocional à pergunta. c) Contornar certas interpretações pessoais dos pacientes de suas queixas ao decorrer da anamnese.
8	Referir, quando houver, tratamentos realizados e a eficácia desses tratamentos.
9	Relatar antecedentes etiológicos e/ou epidemiológicos que apresentam correlação com a queixa.
10	Referir a impressão sobre a fidelidade das informações no final do HPMA (digna de crédito ou de crédito relativo).

Fonte: adaptado de Ramos Júnior, J.; Kalil, G. (1988).



Fonte: os próprios autores.

Figura 3. Exemplo ilustrativo de condução da HPMA

Neste momento, ainda, questionamentos e impressões da paciente sobre suas queixas podem surgir, sendo função do examinador contorná-los até o término da avaliação clínica. Portanto, evitar expressar diagnósticos precipitados e descrever exames subsidiários prévios nesta seção.

Interrogatórios dos Diversos Aparelhos (IDA)

Nesta etapa, o examinador deve questionar sobre queixas relacionadas a outros aparelhos ou regiões topográficas. Em obstetrícia, existem intercorrências clínicas e cirúrgicas, além de complicações ligadas ao processo gestacional, que podem acometer os diferentes aparelhos.

Quadro 4. Sintomas mais comuns associados aos diversos aparelhos

Geral	Emagrecimento, astenia, sudorese noturna
Pele e anexos	Máculas, icterícia, prurido
Cabeça	Cefaleia, tontura, vertigem
Olhos	Escotomas, lacrimejamento, dor ocular
Nariz	Coriza, anosmia, epistaxe
Orelhas	Otalgia, zumbido, prurido
Orofaringe	Odontalgia, xerostomia, disfagia
Aparelho digestório	Vômito, flatulência, diarreia, hemorroida
Aparelho respiratório	Tosse, dispneia, dor torácica
Aparelho cardiovascular	Edema, palpitação, síncope
Aparelho urinário	Piúria, poliúria, disúria
Aparelho locomotor	Câimbra, fraqueza muscular, mialgia
Psiquismo	Nervosismo, insônia, sonolência diurna

Fonte: adaptado de Ramos Júnior, J.; Kalil, G. (1998).

É bom lembrar que muitas doenças comuns têm repercussões em sistemas variados – tais como o diabetes, a hipertensão arterial, as doenças autoimunes –, e pode a paciente não referir esses sinais e sintomas se considerá-los menos importantes, cabendo ao examinador inquirir como sugerido na Tabela 4. Apesar disso, a paciente com gestação em curso pode relatar diversos sintomas que não necessariamente são representativos de enfermidades, pois decorrem das modificações fisiológicas do organismo materno impostas pela gravidez. Portanto, é conveniente que o examinador, nessa situação, os diferencie, mas acolha a queixa com respeito, evitando expressões do tipo “isso não é nada”. Cabe aqui orientar a paciente sobre sua benignidade e tranquilizar que não haverá prejuízo nem para o feto nem para ela própria. A tabela a seguir traz uma síntese dos sintomas mais comuns.

Quadro 5. Sintomas mais comuns trazidos pelo processo gestacional

Náuseas, vômitos e tonturas	Falta de ar
Pirose	Mastalgia
Sialorreia	Lombalgia
Fraquezas e desmaios	Cefaleia
Cólicas e flatulência	Sangramento nas gengivas
Obstipação intestinal	Varizes
Hemorroidas	Câimbras
Corrimento vaginal	Cloasma gravídico
Queixas urinárias	Estrias

Fonte: os próprios autores.

Ressalta-se que, nesta seção, não há necessidade de caracterização semiológica, somente descrição pontual do eventual sintoma relatado pela paciente. Se houver necessidade, pela relevância ao quadro, transferir o registro à HPMA. Em caso de ausência de sintomas, recomenda-se que registre que a paciente os negou, pois a negação transcrita atesta que o médico assim procedeu e o protege.

Antecedentes Mórbidos Familiares (AMF)

Nesta seção, ressalta-se a necessidade de inquirir sobre a ocorrência em familiares de certas doenças e desfechos obstétricos, uma vez que algumas delas podem reincidir na gravidez da paciente em questão por motivos genéticos ou infecciosos.

Quadro 6. Parâmetros inqueridos nos AMF

Hipertensão arterial	Neoplasias ginecológicas
Diabetes mellitus	Hanseníase
Malformações congênitas	Tuberculose e contatos domiciliares
Doenças genéticas	Doença de Chagas
Gemelaridade	Parceiro sexual com HIV ou sífilis

Fonte: os próprios autores.

Antecedentes Mórbitos Pessoais (AMP)

Nesta etapa, deve-se inquirir sobre a ocorrência pessoal de certas doenças, intervenções cirúrgicas, alergias e uso regular de medicamentos (tipo, posologia e tempo de uso), ao passo que podem trazer um impacto direto sobre o prognóstico da gravidez atual, além de influenciar na escolha de métodos diagnósticos ou intervenções terapêuticas.

Quadro 7. Parâmetros inqueridos nos AMP

Hipertensão arterial crônica	Doenças infecciosas
Diabetes mellitus	Portadora de infecção pelo HIV
Cardiopatias	Infecção do trato urinário
Doenças renais crônicas	Doenças neurológicas e psiquiátricas
Anemias	Cirurgia (tipo e data)
Deficiências nutricionais	Transfusões de sangue
Desvios nutricionais	Alergias
Epilepsia	Doenças neoplásicas
Doenças da tireoide / Endocrinopatias	Vacinação
Viroses (rubéola, hepatites)	Uso de medicamentos

Fonte: os próprios autores.

É conveniente questionar sobre o estado imunitário e vacinal das mulheres com gestação em curso, pois existem algumas vacinas que precisam ter seu esquema atualizado durante a gravidez, de modo a trazer proteção materna e fetal. A tabela a seguir sintetiza a recomendação do Ministério da Saúde em relação à vacinação durante a gestação.

Quadro 8. Vacinação de rotina para gestantes

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional DTPa: após 20 ^a semana	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza	Gestantes em qualquer período gestacional	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2012).

Recomenda-se, ainda, em razão da pandemia de Covid-19, que todas as gestantes e mulheres no puerpério (até 42 dias após o parto) recebam a aplicação da vacina contra essa doença em qualquer idade gestacional.

Antecedentes Ginecológicos (AG)

Nesta seção, o examinador deve estar atento aos dados referentes ao histórico da paciente que podem sinalizar comorbidades ginecológicas, com possibilidade de impacto à evolução do ciclo gravídico-puerperal. Ela se divide em quatro subseções: (1) antecedentes menstruais, (2) antecedentes sexuais, (3) antecedentes mamários, (4) corrimentos vaginais.

Antecedentes menstruais	<ul style="list-style-type: none"> • Menarca • Frequência • Duração • Volume 	Antecedentes sexuais	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência • Nº de Parceiros • Sintomas • Uso de ACO
Antecedentes mamários	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulos • Dor • Descarga papilar • Inflamação 	Corrimento vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto físico • Prurido • Odor • Cor

Fonte: os próprios autores.

Figura 4. Parâmetros inqueridos nos AG

Ainda, nesta etapa, aconselha-se questionar sobre os últimos exames recomendados pelo Ministério da Saúde (data e resultado), dentro do programa de rastreamento de neoplasias ginecológicas.

Antecedentes Obstétricos (AO)

Esta etapa oferece a oportunidade de inquirir sobre informações específicas do contexto obstétrico, trazendo à tona o histórico de desfechos específicos atuais ou passados que podem se repetir no momento. Ela se divide em duas subseções: (1) antecedentes obstétricos atuais e (2) antecedentes obstétricos progressos.

Antecedentes obstétricos atuais

Nesta subseção, deve-se questionar ativamente sobre a data da última menstruação (DUM), além de avaliar os critérios de sua confiabilidade (uso prévio de anticoncepcionais hormonais ao diagnóstico de gravidez, regularidade menstrual e lembrança da DUM por parte da paciente). Desse modo, a partir da DUM, a idade gestacional (IG) e data provável de parto (DPP) devem ser calculadas conforme o quadro a seguir.

Quadro 9. Cálculo da IG e DPP

Regra de Nägele [DPP]	Somar sete dias (multigesta) ou dez (primigesta) ao dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março)
Idade Gestacional [DUM - Semanas]	$\frac{\text{Diferença entre a data atual e data DUM (dias)}}{7}$

Fonte: os próprios autores.

Quadro 10. Exemplos de cálculo da DPP para multigestas

Data da última menstruação (DUM): 13/9/2004
Dada provável do parto (DPP): 20/6/2005 ($13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$)
Data da última menstruação: 10/2/2004
Dada provável do parto: 17/11/2004 ($10 + 7 = 17/2 + 9 = 11$)
Data da última menstruação: 27/1/2004
Dada provável do parto: 3/11/2004 ($27 + 7 = 34/34 - 31 = 03/1 + 9 + 1 = 11$)

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2012).

Ainda, nesta subseção, deve-se questionar de forma ativa sobre sintomas cardinais na gravidez, que constituem alertas para condições mais graves, tais como: sangramento vaginal, perda de líquido via vaginal, queda da movimentação fetal e dor em baixo ventre. Em caso de ausência desses sintomas, registrar como “nega sintomas cardinais neste momento”.

Antecedentes obstétricos progressos

Nesta subseção, existem alguns conceitos que precisam ser esclarecidos antes de obtermos os dados necessários para completar o questionário.

Gesta: número de gestação (prévias + atual)

Primigesta é a mulher que concebe pela primeira vez, nuligesta é a mulher que nunca esteve grávida, e multigesta refere-se àquela mulher que gestou muitas vezes. Desse modo, são utilizados os termos secundi-, terci- ou quartigesta e, para fugir de qualquer imprecisão, antepõe-se o algarismo romano correspondente, tais como IIGesta, IIIGesta.

Para: número de partos

Primípara é parturiente do primeiro concepto, nulípara refere-se àquela mulher que jamais pariu e múltipara àquela mulher que pariu muitas vezes. Desse modo, são utilizados os termos secundi-, terci- ou quartipara e, para fugir de qualquer imprecisão, antepõe-se o algarismo romano correspondente, tais como IIpara, IIIpara.

Ressalta-se que os sufixos “gesta” e “para” se referem às gravidezes e partos anteriores, não aos conceptos. Por exemplo, a paciente continua Igesta e Ipara mesmo após parturição de gemelares; ou até mesmo a paciente que apresenta a terceira gestação em curso e tem histórico de dois abortamentos, trata-se de IIIgesta 0para.

Outrossim, o intervalo interpartal (tempo entre os partos) pode ser indagado às pacientes, através da idade dos filhos. Nesse contexto, cabe ressaltar o conceito de reestreia funcional, que consiste em mulheres que tiveram o último parto há 10 anos ou mais. A evolução dos ciclos gravídicos puerperais anteriores precisa ser caracterizada individualmente conforme o quadro a seguir, respeitando a ordem cronológica de cada antecedente obstétrico, pois ela pode ter importância na formulação de hipóteses diagnósticas, especialmente quando há piora sequencial nos resultados, ou ainda quando, ao contrário, partos prematuros foram evitados, por exemplo, a partir de cirurgias como a circlagem uterina.

Quadro 11. Evolução dos ciclos gravídicos puerperais prévios

<p>Evolução dos ciclos gravídicos puerperais anteriores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Via de parto (hospitalar ou domiciliar) • Peso e sexo dos filhos ao nascer • Idade gestacional ao parto • Intercorrências e doenças durante gestação e parto • Abortamentos (espontâneos/provacados? Curetagem?) • Indicações de cesarianas • Desvios do puerpério (morbidade febril, hemorragia) • Tempo de amamentação
---	---

Fonte: os próprios autores.

Hábitos e Vícios (HV)

Existem alguns hábitos de vida e/ou vícios que podem contribuir para alguns desfechos adversos na gravidez, portanto precisam ser investigados durante a anamnese, conforme quadro a seguir.

Quadro 12. Vícios e suas correlações com principais desfechos adversos

Tabagismo	Aborto espontâneo de repetição (AER) Gravidez ectópica Placenta prévia Prematuridade Rotura prematura de membranas (RPMO) Diabetes gestacional (DMG) Óbito fetal Restrição de crescimento fetal Oligoamnio
Álcool	Óbito fetal Rotura prematura de membranas (RPMO) Síndrome alcoólica fetal (SAF)
Drogas	Abortamento Parto prematuro Baixo peso ao nascer Pequeno para a idade gestacional Descolamento prematuro da placenta

Fonte: os próprios autores.

Aqui há um cuidado especial na maneira como fazemos as perguntas, sem julgamentos, pois podemos ter informações não dignas de crédito, já que muitas gestantes relutam em confirmar o uso de drogas, mesmo lícitas, como álcool e tabagismo, em especial para alívio de culpa ante resultados adversos.

Ainda, há necessidade de caracterização, nesta seção, da prática de atividades físicas e alimentação da paciente, como forma de trazer alguma possível intervenção para hábitos não saudáveis.

Condições Socioeconômicas e Culturais (CSEC)

Nesta última etapa, existem alguns dados socioeconômicos de interesse ao examinador no que diz respeito ao prognóstico da gravidez e riscos associados. Recomenda-se indagar os parâmetros elencados no quadro a seguir.

Quadro 13. Parâmetros inqueridos nas CSEC

Condições de moradia	Parceiro e relacionamento
Planejamento da gravidez	Número de familiares na moradia
Rede de apoio da gestante	Renda (em salários mínimos)

Fonte: os próprios autores.

Referências

1. Carvalho CMP, Del-Nero U, Sampaio-Neto LF. Manual de Propedêutica Ginecológica para o Acadêmico de Medicina. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); 2019.
2. Delascio D, Guariento A. Obstetrícia Normal: BRIQUET. 3st ed. São Paulo: Sarvier; 1987.
3. Fernandes CE, Silva de Sá MF, eds. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
4. Korkes HA, Marques EM, André GM, Padovani TR. Atualizações em obstetrícia. São Paulo: Educ; 2021.
5. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília; 2022.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n.º 32. Brasília, DF, 2012.
7. Montenegro CAB, Rezende JF. Obstetrícia. 13. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
8. Montenegro CAB, Rezende JF. Obstetrícia fundamental. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 724 p.
9. Porto CC. Semiologia Médica. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2019.
10. Swartz, MH. Tratado de Semiologia Médica. História e Exame Clínico. 7ª ed. São Paulo, GEN Guanabara Koogan.
11. Ramos Júnior J., Kail G. Semiotécnica da observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais. São Paulo: Sarvier; 1998.

Exame físico obstétrico

Renato José Bauer
Carla Muniz Pinto de Carvalho

Considerações gerais

A anamnese, em conjunto com o exame físico obstétrico, é pilar importante para que o diagnóstico e o acompanhamento da gestante sejam adequados.

Nas últimas décadas houve uma grande mudança em toda medicina e não foi diferente na clínica obstétrica, em especial com a introdução de tecnologias como ultrassom e cardiocotografia.

Diagnóstico de gravidez

Podemos dividir o diagnóstico de gravidez em três grupos:

1	Sinais de presunção de gravidez
	<ul style="list-style-type: none">• Atraso menstrual.• Manifestações clínicas: náuseas, vômitos, tonturas, polaciúria, fadiga e sonolência.• Modificações anatômicas: aumento do volume e da sensibilidade mamária, coloração violácea vulvar, vaginal e cervical, além do aumento do volume abdominal.
2	Sinais de probabilidade de gravidez
	<ul style="list-style-type: none">• Amolecimento da cérvix uterina e posterior aumento de volume.• Aumento das paredes vaginais e de sua vascularização.
3	Sinais de certeza de gravidez
	<ul style="list-style-type: none">• 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 18.^a ou 20.^a semanas.• Ultrassonografia.

Exame físico

A gestante deve ser integralmente avaliada, iniciando-se na primeira consulta do pré-natal. Deve-se avaliar o estado geral, peso, pressão arterial, ausculta cardíaca.

O exame obstétrico inclui: medida da altura uterina (auxilia no rastreamento das alterações do crescimento fetal, das alterações no volume de líquido amniótico e no diagnóstico de gestação múltipla), palpação uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com o sonar doppler a partir de aproximadamente 12 semanas de gestação) e toque obstétrico.

Destacaremos neste tópico o exame obstétrico.

Abdome – gestante em decúbito dorsal horizontal, com bexiga vazia.

No exame físico do abdome, deve-se seguir, preferencialmente, a seguinte sequência: inspeção, medida da altura uterina, palpação, ausculta fetal e toque.

Inspeção

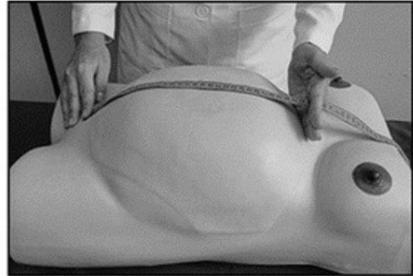
Verificar o formato do abdome (plano, abaulado, ovoide ou globoide). Atentar também para modificações na pele, como a presença de:

- Cicatrizes (investigar cirurgias anteriores).
- 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.
- Protusão da cicatriz umbilical.
- Edema.
- Aumento exagerado do volume abdominal, indicativo de alterações importantes (polidrâmnio, gemelaridade e obesidade).

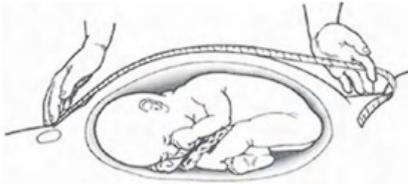
Altura uterina

Com a mão direita, fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica 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. Antes de proceder à medida da altura uterina, é recomendável palpar e reconhecer a localização do fundo uterino.

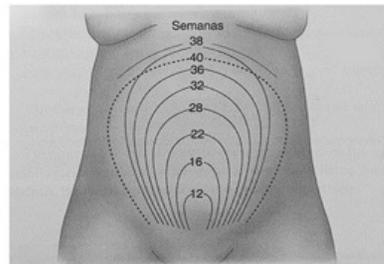
"Regras" de altura uterina:
 -12 semanas: útero palpável na borda superior da sínfise púbica
 -16 semanas: fundo uterino entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical
 -20 semanas: fundo uterino na cicatriz umbilical
 -Entre 20- 32 semanas: relação direta entre idade gestacional e medida da altura uterina.



Medida da altura uterina
 Figura retirada do manual de habilidades profissionais: atenção a saúde da mulher e gestante - EDUEPA



Medida da altura uterina
 Figura retirada de apresentação da Escola de enfermagem da USP



Evolução média do fundo uterino de acordo com idade gestacional
 Figura retirada de apresentação da Escola de enfermagem

Figura 1. Regras da altura uterina

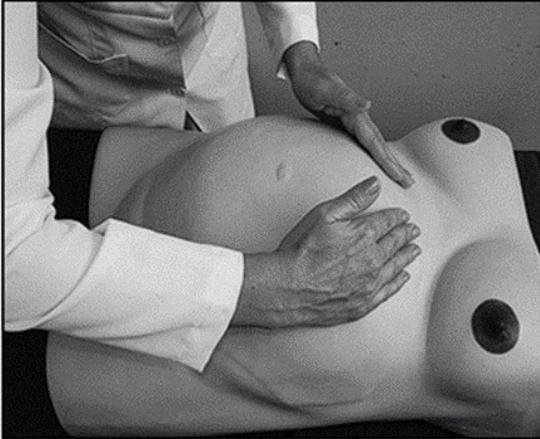
Palpação

A palpação do abdome materno tem como objetivo estabelecer a maneira que o feto se encontra no útero materno. Através dela podemos definir:

- **Apresentação fetal:** região fetal que ocupa a área do estreito superior e nela vai se insinuar. Define-se a apresentação como cefálica, pélvica ou córmica.
- **Situação:** é a relação entre o maior eixo uterino com o maior eixo fetal, podendo ser longitudinal quando os dois eixos coincidem e transversa quando os dois eixos não coincidem.
- **Posição:** é o lado do dorso fetal em relação ao lado direito ou esquerdo materno; posição direita quando o dorso fetal está do lado direito materno e posição esquerda quando o dorso fetal está do lado esquerdo materno.
- **Atitude:** relação das diversas partes fetais entre si no termo da gestação. A termo da gestação a atitude geralmente é fletida.

Dividimos em 4 tempos.

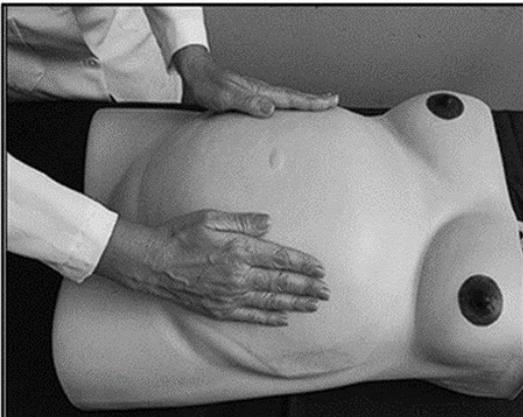
- **1.º tempo:** exploração do fundo uterino, delimitando-o e caracterizando onde os segmentos fetais se encontram. Este tempo orienta quanto à situação (longitudinal ou transversa) e à apresentação fetal (cefálica, pélvica ou cômica).



1º tempo da palpção
Figura retirada do manual de
habilidades profissionais:
atenção a saúde da mulher e
gestante - EDUEPA

Figura 2. Primeiro tempo da palpção obstétrica

- **2.º tempo:** exploração do dorso fetal; avaliar a posição fetal, reconhecendo o lado ocupado pelo dorso do feto (segmento endurecido e convexo) e o lado onde estão os membros fetais (irregular).



2º tempo da palpção
Figura retirada do manual de
habilidades profissionais:
atenção a saúde da mulher e
gestante - EDUEPA

Figura 3. Segundo tempo da palpção obstétrica

- **3.º tempo:** exploração da **mobilidade do polo fetal** que está no estreito superior; procura-se apreender o polo entre o polegar e o dedo médio, realizando movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração na bacia. Quando insinuado, o polo apresenta-se fixo; quando móvel, encontra-se alto. Esta manobra é denominada *Manobra de Leopold*.

3º tempo da palpação
Figura retirada do manual de
habilidades profissionais:
atenção a saúde da mulher e
gestante - EDUEPA

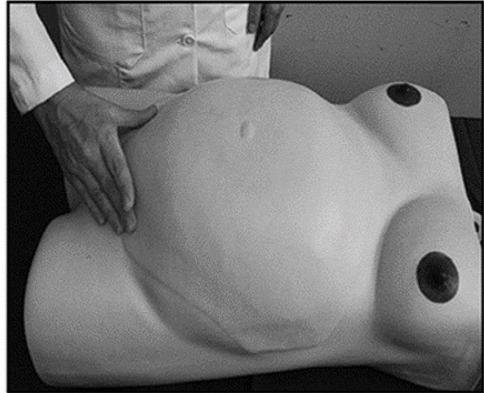


Figura 4. Terceiro tempo da palpação obstétrica

- **4.º tempo:** exploração da escava
O examinador, de costas para a cabeça da paciente, espalma as mãos sobre as fossas ilíacas e as desloca em direção ao hipogástrio. Com as pontas dos dedos, procura penetrar na pelve para averiguar o grau de penetração do polo apresentado no estreito superior da bacia.

4º tempo da palpação
Figura retirada do manual de
habilidades profissionais:
atenção a saúde da mulher e
gestante - EDUEPA



Figura 5. Quarto tempo da palpação obstétrica

A palpação apresentada, a quatro tempos, é denominada *técnica alemã*, descrita por Leopold e Sellheim. A *técnica francesa* tem a mesma manualidade palpatória, mas com ordem dos tempos diversa: a) exploração da escava; b) exploração do fundo uterino; c) exploração do dorso fetal.

Ausculta fetal

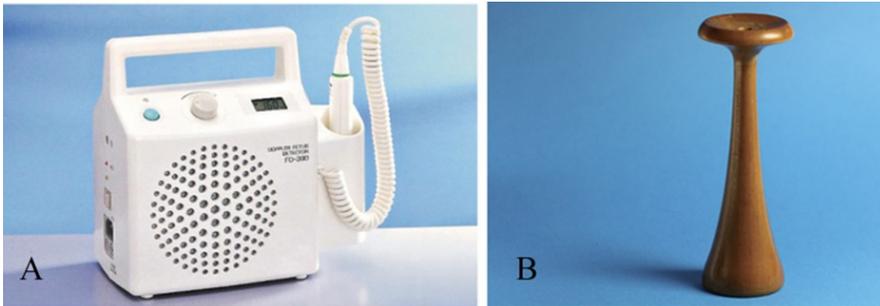
Os batimentos cardíacos fetais (BCF) podem ser percebidos pela ultrassonografia entre a sexta e sétima semana de gestação, pelo sonar doppler entre a décima e décima segunda semana de gestação, e pelo estetoscópio de Pinard por volta da vigésima semana. A frequência cardíaca fetal normal oscila entre 110 e 160 bpm.

No parto, a vitalidade fetal pode ser entrevista pela ausculta, embora o registro cardiocográfico o faça mais facilmente e com apurada fidelidade.

Os ruídos de origem fetal compreendem: batimentos cardíacos fetais, os ruídos de choque, o sopro funicular (passagem do sangue no cordão umbilical) e os movimentos ritmados. Os de origem materna são representados pelo sopro uterino, pelo sinal de Boero (maior facilidade de ausculta da aorta materna, duas semanas após o óbito fetal, devido à reabsorção do líquido amniótico) e ruídos acessórios, como os borborismos intestinais.

A ausculta com o sonar doppler pode identificar, além dos batimentos cardíacos fetais, o pulso do cordão umbilical ou de qualquer outro grande vaso fetal. Carece ainda termos atenção para a possibilidade de confusão com batimentos maternos, motivo pelo qual preconizamos contar a pulsação da paciente, e comparar as frequências. Os batimentos fetais nunca são isócronos com o pulso materno, já que sua frequência é em média 140 bpm, bem acima da frequência materna, além do que, no feto ouve-se apenas uma bulha, e não dupla como na gestante.

O local onde mais facilmente ouvimos o batimento cardíaco fetal é chamado foco de ausculta e varia, como veremos adiante, com a apresentação fetal, correspondendo aproximadamente à altura da quarta vértebra dorsal do feto.



Diagnóstico de apresentação pela ausculta fetal

Para realizar a ausculta, procedemos inicialmente a palpação uterina e identificamos a posição fetal (lado do dorso fetal em relação ao lado direito ou esquerdo da mãe). No termo da gravidez ou próximo dele, em virtude de a área cardíaca estar mais perto do polo cefálico, resulta que o foco máximo de ausculta terá locação diferente conforme a apresentação.

- Apresentação cefálica: o foco estará nos quadrantes inferiores do abdome materno (abaixo da cicatriz umbilical) à esquerda ou à direita, conforme a posição fetal (lado do dorso fetal em relação ao lado esquerdo ou direito da mãe).
- Apresentação pélvica: o foco estará nos quadrantes superiores do abdome (acima da cicatriz umbilical), à esquerda ou à direita, conforme posição fetal.
- Apresentação còmica: o foco está na linha média, na linha imaginária que passa em cima da cicatriz umbilical, à direita ou à esquerda, seguindo o polo cefálico.

IMPORTANTE: na apresentação cefálica fletida anterior (mais frequente) o foco está situado no meio da linha de Ribemont-Dessaignes (linha imaginária que vai da cicatriz umbilical à eminência íleo pectínea, ou espinha ilíaca anterossuperior). Nas posteriores, o foco está um pouco abaixo dessa linha.

Ausculda na gestação gemelar

Notam-se dois focos, cada um pertencendo a um feto, sendo que os dois não são sincrônicos, havendo divergência principalmente na frequência, que pode variar de 8 a 10 bpm, com uma zona de silêncio entre os dois focos de mais ou menos 10 cm.

Toque obstétrico

O toque vaginal obstétrico deve ser reduzido ao mínimo de vezes necessário e com cuidados indispensáveis.

- Lavagem de mãos
- Uso de luvas esterilizadas
- Esvaziamento prévio da bexiga
- Posição de litotomia
- Entreabrir a vulva com a mão dominante e introduzir os dedos, usualmente bidigital, explorando o canal vaginal e o colo uterino, onde podemos reconhecer seu esvaecimento e dilatação, além de outras informações quando a gestante estiver em trabalho de parto.

Através do toque obstétrico podemos analisar:

- Consistência do colo uterino (amolecido na gestação)
- Posição cervical (anterior, medianizado ou posterior)
- Esvaecimento (encurtamento cervical)
- Dilatação cervical
- Altura da apresentação segundo os planos de De Lee
- Apresentação fetal
- Integridade da bolsa das águas
- Variedade de posição fetal

Quadro 1. Nomenclatura no toque obstétrico (apresentação, posição e variedade)

Ponto de referência	Apresentação	Posição / Variedade	Denominação
Occipício	Cefálica fletida	Esquerda anterior Esquerda posterior Direita anterior Direita posterior	OEA OEP ODA ODP
Bregma	Cefálica defletida (primeiro grau)	Esquerda anterior Esquerda posterior Direita anterior Direita posterior	BEA BEP BDA BDP
Naso (raiz)	Cefálica defletida (segundo grau)	Esquerda anterior Esquerda posterior Direita anterior Direita posterior	NEA NEP NDA NDP
Mento	Defletida	Esquerda anterior Esquerda posterior Direita anterior Direita posterior	MEA MEP MDA MDP
Sacro	Pélvica	Esquerda anterior Esquerda posterior Direita anterior Direita posterior	SEA SEP DAS SDP
Acrômio	Transversa	Esquerda anterior Esquerda posterior	AEA AEP

Modificada da Tabela 12-1 Relações útero fetais, Obstetria Normal Briquet

Referências

1. Delascio D, Guariento A. Obstetria Normal: BRIQUET. 3st ed. São Paulo: Sarvier; 1987.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n.º 32. Brasília, DF, 2012.
3. Montenegro, CAB; Rezende, JF. Obstetria. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
4. Botelho, NM et al. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e da gestante. Belém, PA: Eduepa; 2018.
5. Zugaib obstetria / editor Marcelo Zugaib ; editora associada Rossana Pulcineli Vieira Francisco ; editores setoriais Alice Maganin ... [et al.]. - 5. ed. - Barueri [SP] : Manole, 2023.
6. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante / Organização de Nara Macedo Botelho et al. – Belém: EDUEPA, 2018. (Ginecologia e Obstetria).

Diagnósticos em obstetrícia

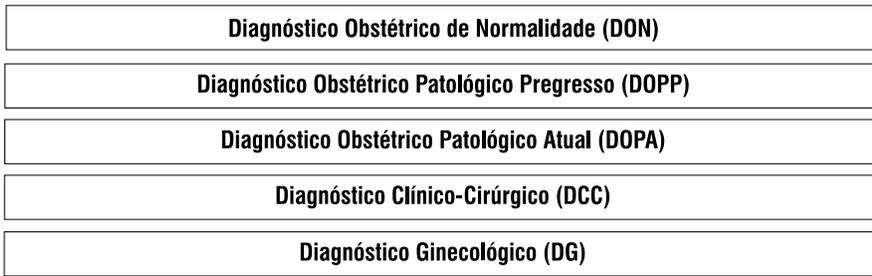
Ivan Fernandes Filho
Carla Muniz Pinto de Carvalho
Joe Luiz Vieira Garcia Novo

Considerações gerais

Sob o olhar teórico, conforme Porto, a elaboração de uma hipótese diagnóstica é um processo intelectual bastante complexo, potencialmente difícil de ser decomposto em suas várias partes. Evidenciam-se alguns componentes que fornecem alguns elementos úteis aos estudantes no desenvolvimento do raciocínio clínico, tais como: (1) capacidade de coletar dados que alimentam o raciocínio, (2) sistematização da coleta de dados, (3) organização mental dos dados obtidos e (4) conclusão que traz a síntese de todo o processo. Todo esse mecanismo, quando fica claro, facilita o processo prático de identificação assertiva dos sinais, sintomas, síndromes, entidades clínicas e história natural das doenças eventualmente demonstrados pela paciente durante a avaliação médica.

Logo, sob a perspectiva prática, os elementos clínicos obtidos através da anamnese, exame físico e, eventualmente, exames subsidiários permitirão a formulação dessas hipóteses diagnósticas, que, ao final, deverão ser registradas para justificar as intervenções em saúde aventadas para a paciente.

Em nossa escola obstétrica (PUC-SP), fundamentada em ensinamentos antigos do livro de obstetrícia do Briquet, a impressão médica final (diagnósticos obstétricos) deverá ser dividida em cinco eixos, com a justificativa de trazer uma síntese do caso, elencados na figura a seguir.



Fontes: os próprios autores.

Figura 1. Diagnósticos obstétricos

Dessa forma, a intervenção primordial dessa paciente é, após formulação dos diagnósticos obstétricos, proceder a sua estratificação de risco, de modo a direcioná-la para o nível de atenção adequado para assistência pré-natal.



Fontes: os próprios autores, pautados por Ministério da Saúde (2022).

Figura 2. Estratificação de risco

Diagnóstico Obstétrico de Normalidade (DON)

Neste eixo, o examinador deve registrar os parâmetros que compreendem a normalidade da gravidez atual da paciente em questão. Desse modo, os elementos registrados aqui estão sintetizados a seguir.

Quadro 1. Parâmetros do DON

Gestante, parturiente ou puérpera
Gesta e para
Idade gestacional
Gestação tópica
Prenhez única
Apresentação (quando aplicável)
Posição fetal (quando aplicável)
Vitalidade fetal
Sexo fetal

Fontes: os próprios autores.

Ainda neste eixo, o examinador deve ficar atento em evitar o registro de morbidades obstétricas atuais ou prévias. Por exemplo, gestações múltiplas, gestações ectópicas, óbito fetal, apresentações pélvicas e cômicas, cesarianas anteriores e abortamentos anteriores. Quando presentes, tais morbidades devem ser distribuídas nos próximos eixos.

Diagnóstico Obstétrico Patológico Progresso (DOPP)

Por conseguinte, as condições patológicas em ciclos gravídicos puerperais prévios devem ser registradas neste eixo. Por exemplo, abortamentos, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, fetos macrossômicos, restrição de crescimento fetal, hemorragia pós-parto, entre outras.

Todos os procedimentos obstétricos ocorridos anteriormente devem, também, ser registrados aqui, com suas respectivas indicações. Por exemplo, cerclagem por insuficiência istmo-cervical, curetagem uterina pós-abortamento, parto fórcepe, cesarianas, entre outros. Os partos vaginais não devem ser registrados neste eixo, e sim no DON.

Diagnóstico Obstétrico Patológico Atual (DOPA)

Quaisquer condições patológicas atuais estritamente dependentes da gestação para se desenvolver devem ser registradas neste eixo. Por exemplo, corioamnionite, hipertensão gestacional, apresentação pélvica, gravidez ectópica, diabetes gestacional, entre outras.

Não se incluem, neste eixo, condições patológicas que não dependem estritamente da gravidez para se desenvolver, mesmo que tragam potenciais riscos ao prognóstico da gravidez e mesmo que sejam eventualmente diagnosticadas durante o processo gestacional. Por exemplo, diabetes mellitus tipo 2 (pré-gestacional), hipertensão arterial sistêmica (pré-gestacional), hipotireoidismo, entre outras. Nesse caso, essas condições devem ser transferidas ao DCC.

Em caso de puérperas, registram-se aqui os partos cesarianos e partos fórcepe com suas respectivas indicações.

Diagnóstico Clínico-Cirúrgico (DCC)

Todas as patologias clínicas (Diabetes Mellitus do Tipo II, Hipertensão Arterial Sistêmica, Hipotireoidismo, Hepatites, Tuberculose, HIV, entre outras) e cirúrgicas (apendicectomia por apendicite ou colecistectomia por colicistite) que não dependem da gravidez para se desenvolver devem ser registradas neste eixo.

Diagnóstico Ginecológico (DG)

Todas as condições ginecológicas atuais (vulvovaginites, miomatose uterina, endometriose, massas anexiais, síndrome dos ovários policísticos, entre outras) devem ser registradas neste eixo.

Roteiro descritivo

O quadro a seguir traz uma síntese das principais recomendações citadas no registro dos diagnósticos obstétricos.

Quadro 2. Síntese dos Diagnósticos Obstétricos

DON	Diagnóstico Obstétrico de Normalidade	Descrever: gestante ou parturiente ou puérpera, gesta e para, idade gestacional, tópica (se ectópica, não registrar e adicionar “gestação ectópica” ao DOPA), única (se múltipla, não registrar e adicionar “gestação múltipla” ao DOPA), apresentação e posição fetal, sexo fetal e vitalidade fetal.
DOPP	Diagnóstico Obstétrico Patológico Progresso	Descrever: intercorrências e doenças de ciclo gravídico-puerperais anteriores.
DOPA	Diagnóstico Obstétrico Patológico Atual	Descrever: condições obstétricas que atingem apenas a gestação atual.
DCC	Diagnóstico Clínico-Cirúrgico	Descrever: morbidades clínicas ou cirúrgicas vigentes.
DG	Diagnóstico Ginecológico	Descrever: doenças ginecológicas vigentes.

Fonte: os próprios autores.

Referências

1. Delascio D, Guariento A. Obstetrícia Normal: BRIQUET. 3st ed. São Paulo: Sarvier; 1987.
2. Korkes HA, Marques EM, André GM, Padovani TR. Atualizações em obstetrícia. São Paulo: Educ; 2022.
3. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: 2022.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n.º 32. Brasília, DF, 2012.
5. Porto CC. Exame clínico. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Apêndices

Apêndice I – Roteiro Avaliação Ginecológica

Anamnese Ginecológica				
Data: / /		Hora: :		
Identificação (ID)				
Nome: _____				
Idade: _____		Etnia: _____		
Naturalidade: _____				
Procedência: _____				
Estado civil: _____		Profissão: _____		
Religião: _____		Escolaridade: _____		
Queixa Principal (QP)				
Há _____				
História da Doença Atual (HDA)				

Antecedentes Mórbidos Familiares (AMF)				
Neoplasias ginecológicas				
Neoplasia de ovário	Sim	Não		
Parente: _____	Idade ao diagnóstico: _____			
Neoplasia de mama	Sim	Não		
Parente: _____	Idade ao diagnóstico: _____			
Neoplasia de endométrio	Sim	Não		
Parente: _____	Idade ao diagnóstico: _____			
Fenômenos tromboembólicos	Sim	Não		

Doenças cardiovasculares e endócrinas				
Sim		Não		

Falecimento de pais ou irmãos?				
Sim		Não		
Parente: _____	Causa mortis: _____			
Parente: _____	Causa mortis: _____			
Antecedentes Mórbidos Pessoais (AMP)				
Doenças preexistentes: _____				

Alergias: _____				

Medicamentos de uso regular: _____				

Cirurgias				
			Sim	Não
Procedimento	Ano	Intercorrências	AP	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
Vacinas contra HPV				
			Atualizadas?	
			Sim	Não
Antecedentes Ginecológicos (AG)				
Antecedentes menstruais				
Menarca				
Ciclo menstrual	Frequência	_____		
	Duração	_____		
	Volume	_____		
Sintomas associados ao ciclo menstrual				
DUM				
Idade da menopausa (se aplicável)				
Sintomas climatéricos (se aplicável)				
Sangramento após menopausa (se aplicável)				
Uso de TH (se aplicável)				
Antecedentes sexuais				
Coitarca				
Nº de Parceiros				
Dispareunia	Superfície		_____	
	Profundidade		_____	
Sinusiorragia				
Atual				
Método contraceptivo	_____			
	Prévios			
Libido				

Rastreamento ginecológico				
			Sim	Não
Mamografia: / / BIRADS: _____				
Resultado: _____				
Colpocitologia: / / BETHESDA: _____				
Resultado: _____				

Antecedentes Obstétricos (AO)				
G	P	A		
1º Parto				
Data / /				
() Hospitalar () Domiciliar				
Via de parto: () Vaginal () Cesariana () Fórcepe				
Indicação da cesariana (se aplicável):				
Peso do RN: _____ Sexo: _____ IG ao nascer _____				
Intercorrências:				
Puerpério:				
2º Parto				
Data / /				
() Hospitalar () Domiciliar				
Via de parto: () Vaginal () Cesariana () Fórcepe				
Indicação da cesariana (se aplicável):				
Peso do RN: _____ Sexo: _____ IG ao nascer _____				
Intercorrências:				
Puerpério:				
3º Parto				
Data / /				
() Hospitalar () Domiciliar				
Via de parto: () Vaginal () Cesariana () Fórcepe				
Indicação da cesariana (se aplicável):				
Peso do RN: _____ Sexo: _____ IG ao nascer _____				
Intercorrências:				
Puerpério:				
Abortamentos		Sim	Não	
Revisão de sistemas (RS)				
Corrimento vaginal				
Sintomas mamários				
Sintomas urinários				
Sintomas intestinais				
Hábitos de vida (HV)				
Condição		Sim	Não	
Tabagismo				
Etilismo				
Drogas ilícitas. Quais?				
Dieta				
Atividade física				
Exame Físico				
Estado geral	Peso	Altura	IMC	PA
Mamas	Inspeção estática			
	Inspeção dinâmica			
	Axilas e região supraclavicular			
	Palpação			
Abdome	Inspeção estática			
Genitália externa	Inspeção dinâmica			
Genitália interna	Exame especular			
Toque retal	Toque vaginal			
Exames Complementares				
Diagnóstico Ginecológico				
Conduta				
Aluno:		Residente		
Docente/Preceptor				

Fonte: os próprios autores.

Dor em baixo ventre		
Perda de líquido via vaginal		
Queda da movimentação fetal		

• **Pregressos**

1

Data: ____/____/____
 Via de parto: _____
 Hospitalar ou domiciliar: _____
 Peso do RN: _____ Sexo: _____ IG ao nascer _____
 Intercorrências e doenças: _____

Indicação de cesariana (se for o caso): _____

Desvios do puerpério: _____

Tempo de amamentação: _____

2

Data: ____/____/____
 Via de parto: _____
 Hospitalar ou domiciliar: _____
 Peso do RN: _____ Sexo: _____ IG ao nascer _____
 Intercorrências e doenças: _____

Indicação de cesariana (se for o caso): _____

Desvios do puerpério: _____

Tempo de amamentação: _____

3

Data: ____/____/____
 Via de parto: _____
 Hospitalar ou domiciliar: _____
 Peso do RN: _____ Sexo: _____ IG ao nascer _____
 Intercorrências e doenças: _____

Indicação de cesariana (se for o caso): _____

Desvios do puerpério: _____

Tempo de amamentação: _____

Abortamentos	Sim	Não

Hábitos e Vícios (HV)

Condição	Sim	Não
Tabagismo		
Etilismo		
Drogas ilícitas. Quais?		
Dieta		
Atividade física		

Condições socioeconômicas e culturais (CSEC)	
Condições de moradia	
Planejamento da gravidez	
Rede de apoio da gestante	
Parceiro e relacionamento	
Número de familiares	
Renda	

Exame Físico

	
Situação	Posição
	
Insinuação	Apresentação

AU	MF
BCF	DU
Espectral	
TV	
Amnioscopia	

Exames Complementares

Diagnósticos Obstétricos

DON	
DOPP	
DOPA	
DCC	
DG	

Conduta

Aluno: _____ Residente _____

Docente/Preceptor _____

As orientações deste *Manual de propedêutica ginecológica e obstétrica* serão o princípio para estudantes de medicina, que, ao praticá-las com o objetivo de desenvolver sua semiotécnica, poderão aperfeiçoar o seu conhecimento e deverão tornar a dinâmica do exame físico uma prática cotidiana e automática.

Luiz Ferraz de Sampaio Neto



ISBN 978-85-283-0741-2

