

Revisão Prova II GO – Thiago Almeida Hurtado

1) Pré Natal

- As consultas de pré-natal **devem ter o número mínimo de 6 consultas (1 no primeiro trimestre, 2 no segundo e 3 no último trimestre)**
 - A maior frequência das visitas no final da gestação é explicada pela avaliação do risco perinatal das intercorrências como parto prematuro, pré-eclampsia e eclampsia.

a) Condutas no primeiro trimestre

- Deve ser iniciado assim que a gravidez seja confirmada
 - Presunção: enjoo, atraso menstrual
 - Probabilidade: aumento de fundo uterino
 - Certeza: movimentos fetais, BCF (a partir da 5ª semana)
- A primeira ecografia deve ser realizada para que se tenha a certeza da idade gestacional, sendo geralmente realizada por volta da 12ª semana.
- Os exames de rotina realizados são:
 - Hemograma (anemia)
 - Tipagem sanguínea
 - Glicemia
 - Fezes e Urina
 - TSH e T4 livre
 - **TORCH** → Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite B e C, HIV, HTLV, Sífilis (VDRL)
- Avaliar, no exame físico
 - Peso
 - Altura de fundo uterino
 - PA
 - Edema
- Prescrever:
 - Ácido Fólico
 - Polivitamínico
 - Sulfato ferroso
 - **Vacinação para HB, DTPA e gripe**
- Ao realizar o exame de Papanicolau, **não utilizar a escova de endocérvice!**
- Feito o exame inicial, a gestante retornará após 1 semana, com as análises clínicas solicitadas, quando lhe será prescrita eventual medicação e as instruções sobre a dieta a ser seguida.
- Recomendações:
 - Alimentação rica em proteínas e hidratação intensa
 - Não realizar atividades físicas intensas envolvendo o abdome
 - Pode-se levar uma vida sexual normal (“sem kama sutra”)

b) Condutas no segundo trimestre

- Exame físico:
 - Peso
 - Altura de fundo uterino
 - PA
 - Edema
 - BCF
- Exames de rotina
 - Hemograma
 - Glicemia (teste de tolerância)
 - Urina
 - Ecografia morfológica → 24ª semana
 - Sífilis, HIV, Toxoplasmose

c) Condutas no terceiro semestre

- Exame de rotina:

Revisão Prova II GO – Thiago Almeida Hurtado

- HTLV
- Curva glicêmica
- Ecografia → 32- 36ª semana
 - Avaliação das condições fetais
- Cardioplografia fetal → 36ª semana ou trabalho de parto

Consultas pré-natais – Condutas (Rezende)	
Primeira Consulta	Consultas Subsequentes
<ul style="list-style-type: none">- DUM- USG TV: certifica ou corrige a idade menstrual, diagnostica gravidez gemelar, identifica malformações, rastreia aneuploidias, prediz toxemia e parto pré-termo- DNA fetal livre no sangue materno: aneuploidias, diagnóstico de sexo e Rh fetal- Peso e PA- Ausculta dos BCF (Doppler entre 10 e 12 semanas)- Exames complementares essenciais:<ul style="list-style-type: none">- Urina- Grupo Sanguíneo e fator Rh- Hemograma completo (anemia)- Glicemia de jejum- TORCH- Citologia cervicovaginal	<ul style="list-style-type: none">- Em todas as consultas:<ul style="list-style-type: none">- Peso- PA- BCF- Fundo do útero- Consultas Especiais<ul style="list-style-type: none">- <u>20 a 24 semanas</u>: USG TA- <u>24 a 28 semanas</u>: TOTG-75g- <u>28 semanas</u>: VDRL, repetir dosagem de hemoglobina, administrar hemoglobina anti-D para mulheres Rh-- <u>35 a 37 semanas</u>: cultura vaginorretal para estreptococo do grupo B- <u>36 semanas</u>: determinar posição fetal por USG- <u>41 semanas</u>: propor o descolamento das membranas e indução do parto.

2) Manobras de Leopold e Palpação Obstétrica

- Busca palpar o **conteúdo uterino**, ou seja, reconhecer o feto, sua apresentação e posição no interior do útero. São geralmente realizadas a partir da 24ª semana.
 - Situação fetal: longitudinal, transversa ou oblíqua
 - Posição fetal: dorso a esquerda, direita, anterior ou posterior
 - Apresentação fetal: cefálica, pélvica ou córmica
- Primeiro tempo: delimitação do fundo uterino com a palma da mão, de forma encurvada, procurando sentir o fundo do útero e a parte fetal que o ocupa. Geralmente é possível sentir um dos dois polos:
 - **Polo pélvico** → mais volumoso que o cefálico (que é esferoide), de superfície irregular, resistente, redutível.
 - **Polo cefálico** → menos volumoso, de superfície regular, resistente e irreductível, com região occipital e frontal.
 - **A idade gestacional é determinada da seguinte forma:**
 - Nos primeiros 4 meses → = a altura
 - 4º mês →
 - 5º mês
- Segundo tempo: desliza-se a mão pelo abdome, tentando sentir o dorso fetal e as pequenas partes ou membros do outro lado do útero.
- Terceiro tempo: tem como objetivo explorar a mobilidade do polo que se apresenta com relação ao estreito superior da bacia utilizando-se o polegar e o dedo médio da mão direita, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação da bacia.
- Quarto tempo: é feito de costas para a paciente, colocando as mãos sob as fossas ilíacas e caminhando em direção ao hipogástrio, buscando qual o polo de apresentação fetal. Em casos transversos, não será palpada nenhuma estrutura.

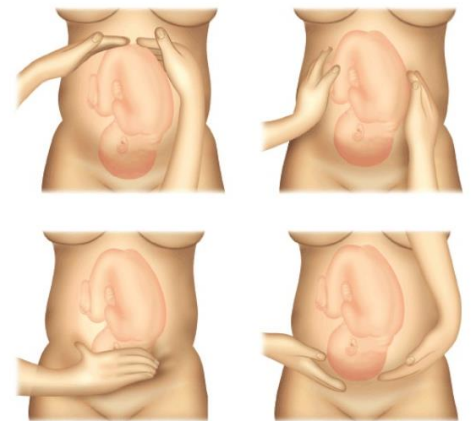


Figura 6.1 ■ Manobras de Leopold-Zweifel.

3) Tipos e diâmetros da bacia (<https://www.youtube.com/watch?v=gSfYr5k7Q6Y>)

- A **bacia** constitui no canal ósseo do parto, sendo formada pelos ossos ilíacos, sacro e cóccix. Divide-se em:
 - **Grande bacia (pelve falsa):** A grande bacia (ou pelve falsa) é limitada, lateralmente, pelas fossas ilíacas internas, e, posteriormente, pela coluna vertebral; os limites anteriores são representados pelo espaço que os músculos abdominais mais fortes demarcam.
 - **Pequena bacia:** é a de interesse obstétrico, sendo delimitado na parte de cima pelo estreito superior e abaixo pelo inferior. Entre os dois estreitos encontra-se a escavação, no interior da qual encontra-se o estreito médio.
- Na grande bacia, é possível considerar diâmetros transversos e um anteroposterior
 - **Diâmetro biespinha:** mede aproximadamente 24cm correspondendo a distancia entre as espinhas ilíacas anterossuperiores.
 - **Diâmetro bicrista:** mede aproximadamente 28cm, correspondendo a distancia entre as cristas ilíacas
 - **Conjugata externa:** mede aproximadamente 20cm, corresponde ao diâmetro anteroposterior, localizado abaixo da apófise espinhosa da última vertebra lombar a borda superior da sínfise púbica.
- Na pequena bacia, é possível observar diâmetros do estreito superior, médio e inferior.
 - **Estreito superior** → promontório sacral + asa do sacro + linha inominada + eminência íleopectínea + borda superior da sínfise. Os diâmetros mais importantes são as conjugadas (AP) por serem os menores, que oferecerão maior resistência a passagem do feto.

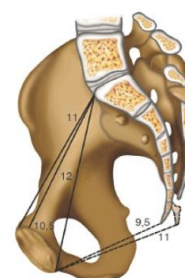
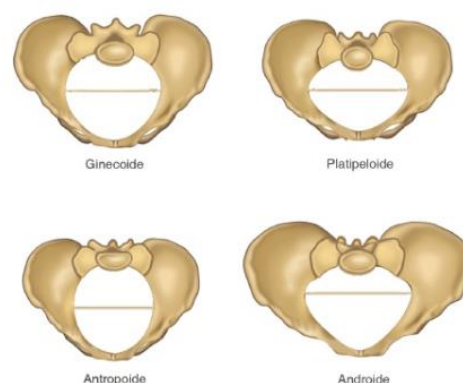


Figura 10.7 ■ Corte sagital da bacia, mostrando de cima para baixo, e com os valores normais: conjugata vera anatômica, conjugata vera obstétrica, conjugata diagonalis, conjugata exitus, antes e depois da

- **Conjugata vera anatômica:** mede aproximadamente 11cm, indo do promontório sacral até a borda superior da sínfise púbica.
- **Conjugata vera obstétrica:** mede aproximadamente 10,5cm, indo do promontório sacral a face posterior do púbis.
- **Conjugata diagonalis:** mede aproximadamente 12 cm, sendo um recurso clínico para avaliar os diâmetros AP. É a palpada pelo exame ginecológica.
- **Transverso máximo:** mede de 13 a 13,5cm, vai do ponto mais afastado da linha inominada ao ponto do lado oposto.

Tabela IV. Principais diâmetros dos estreitos da bacia obstétrica			
Estreito	Diâmetros ântero-posteriores	Diâmetros transversos	Diâmetros oblíquos
Superior	Conjugata vera anatômica Conjugata vera obstétrica	Diâmetro transverso máximo Diâmetro transverso médio	Primeiro oblíquo Segundo oblíquo
Médio	Sacro médio púbico	Diâmetro biisquiático	–
Inferior	Diâmetro cócci-subpúbico Diâmetro sagital posterior	Diâmetro bituberoso	–

- **Diâmetros Oblíquos:** vão de um ponto correspondente a eminencia ileopectínea de um lado à sínfise sacroilíaca do lado oposto.
- **Estreito médio**
 - **Diâmetro AP:** mede 12 cm
 - **Diâmetro transverso:** biespinha ciática, 10,5 cm
- **Estreito inferior**
 - **Cóccix-subpúbico (conjugada exitus):** mede cerca de 9,5. É o **menor diâmetro do trajeto duro**.
 - **Subsacro-subpúbico:** substitui o cóccix-subpúbico durante a retropulsão do cóccix no parto
 - **Bi-isquiático:** diâmetro transverso, medindo cerca de 11 cm.



- Há quatro tipos fundamentais de bacia de acordo com sua morfologia: **ginecoide**, **antropoide**, **androide** e **platipeloide**, os quais são determinados pela porção posterior do estreito superior, limitada pelo diâmetro transversal máximo. É possível que ocorram combinações entre as bacias, originando os **tipos mistos**.

Tabela 10.1 ■ Principais características dos quatro tipos pélvicos fundamentais.				
Tipo de pelve	Ginecoide (bacia normal feminina)	Antropoide (bacia dos macacos)	Androide (bacia masculina)	Platipeloide (bacia achatada)
Frequência	50%	25%	20%	5%
Estreito superior	Arredondado	Eliptico, alongado no sentido anteroposterior	Levemente triangular	Ovalado com diâmetro anteroposterior reduzido
Diâmetro transversal máximo	Afastado do promontório e do púbis (porção posterior da bacia espaçosa)	Diminuído e próximo do púbis	Perto do sacro (porção posterior da bacia estreita)	Aumentado e equidistante do sacro e do púbis
Chanfradura ciática	Ampla, pouco profunda	Mais ampla, pouco profunda	Estreitada, profunda	Ampla, pouco profunda
Espinhas ciáticas		Não proeminentes	Muito proeminentes	Proeminentes
Sacro	Largo, côncavo, inclinação média	Estreito, longo	Estreitado, plano, longo, inclinado para a frente	Largo, curto, côncavo
Paredes da escavação	–	Paralelas	Convergentes	Divergentes
Ângulo subpúbico	Médio	Levemente estreitado	Estreitado	Muito amplo
Diâmetro bi-ischiatóico	Grande	Menor	Reduzido	Aumentado
Diâmetro anteroposterior do estreito inferior	Grande	Maior	Pequeno	Menos reduzido
		Aumento na incidência de	Pouco aumento da incidência	Insinuação, em geral, nos
Prognóstico	Muito bom	posteriores (obliquas e diretas) Se não houver distócia no estreito superior, não haverá no restante da bacia	Pouco aumento da incidência de posteriores obliquas e diretas Distócias crescentes com a progressão da apresentação	Insinuação, em geral, nos diâmetros transversos Distócia maior na insinuação, amenizando posteriormente

4) Aborto e violência obstétrica

1) Aborto Legal

- Aborto Legal:**
 - Desde 1940, sabe-se que o aborto é crime, em excesso de estupro, anencefalia e risco de morte para a mãe.
 - Em casos de estupro, existem algumas regulamentações do MS
 - Portaria 1508: regulamenta a condução da gestação em caso de estupro. **Não é necessário um BO**
 - São necessários 04 documentos: termo de consentimento da gestante, termo de responsabilidade, laudo circunstanciado (relato da paciente acerca do estupro) e o parecer técnico (avaliação psicológica e do serviço social, USG, ver se a IG bate com o relato). Após esses procedimentos, ocorre a aprovação da interrupção
 - Programa de interrupção de gestação para vítimas de violência sexual no HMIB.
 - Deve-se sempre receber a paciente com presunção de veracidade.
 - Em caso de risco de vida materno (como gravidez ectópica ou alguma condição clínica específica). Deve-se obter um laudo médico (por 02 profissionais) e de consentimento da paciente.
 - Lembrar sempre que é um direito da paciente, não devendo ser imposto nenhuma conduta sob ela.** Deve-se sempre ter ciência que a paciente, quando judicialmente responsável sob si mesma (exceto, por exemplo, em casos que apresenta risco de morte iminente), é sempre a que fornece a palavra final acerca do tratamento.

Revisão Prova II GO – Thiago Almeida Hurtado

- Em casos de anencefalia, não é mais necessária autorização judicial, precisando apresentar documentos de diagnóstico médico, associado a exames de imagem USG (assinado por 02 médicos) além do laudo de um médico assistente, termo de consentimento, termo de responsabilidade.
- Não existe lei para abortamento em má-formação, sendo essa possível apenas por jurisprudência (histórico jurídico).
- Lembrar da obrigatoriedade de atendimento em caso de um médico auxiliar não estar disponível para realizar o procedimento.
- **Abortamento:** O abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal. A Organização Mundial da Saúde estabelece como limite para caracterizá-lo a perda de conceptos de até 22 semanas ou 500 gramas.
- Assistência por equipe multidisciplinar no HMIB (03 médicos, psicólogos...) que orientam a paciente durante processo de abortamento em caso de estupro, após preparação, por, no mínimo, de 02 semanas, da paciente para o procedimento (aspectos psicológicos, etc.)
- Apesar da legislação, muitos serviços ainda não a cumprem fidedignamente, realizando menos de 10 procedimentos nos últimos de 10 anos (divergências profissionais, paciente passa da IG para realizar o procedimento) ou ainda pedindo documentos equivocados, como B.O.

2) Violência Obstétrica

- Há algum tempo atrás, utilizava-se o tempo de violência institucional obstétrica.
- **Ainda inexistente legislação específica para definir conduta jurídica em quadros de violência obstétrica.**
- **Violência Obstétrica** → Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher.
 - É demarcado por tratamento desrespeitoso, atendimento mal-realizado, agressões verbais...
 - Pode ser oriundo da falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto (ex: episiotomia indicada [é violenta quando mal-feita, sem anestesia ou desnecessária])
 - O diálogo, portanto, é sempre um processo extremamente necessário durante toda a conduta médica (deve ocorrer um movimento de perda de hierarquização da medicina)
 - **Frequentemente são relatados casos de violência obstétrica oriundos da falta de informação adequada da paciente. Toda a conduta deve ser explicada para a paciente se possível.**
- É um movimento que surgiu pelas mulheres que tiveram filhos e se sentiram violentadas durante o procedimento.
- Segundo a OMS (2014), gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher.
- Porém, apesar da disseminação das experiências de violência obstétrica, a OMS aponta que “atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas”.
- Com a humanização do atendimento a gestante (como fim da dieta zero, permitir que ela fique na posição que for mais confortável), esse vem sido um tema discutido cada vez mais na sociedade.
 - **Um parto humanizado não se traduz em um parto normal (e não cesária).**
 - Devem ser considerados tanto aspectos psicológicos quanto indicações médicas na realização do parto da paciente.
- A **episiotomia** é um dos procedimentos mais discutidos nesse âmbito

Revisão Prova II GO – Thiago Almeida Hurtado

- Quando realizada de forma imprudente, sem informação prévia da paciente e por uma equipe despreparada, pode ser considerada um ato violento.
- O impacto sexual é variável de acordo com a paciente, contudo, está na maioria das vezes, presente.

3) Puerpério, aleitamento e contracepção

a) Imediato → do 1º ao 10º dia

- Imediato → logo após a mulher ter parido, correspondendo as primeiras duas horas após o parto.
 - Retorno/contração do útero de forma a evitar as grandes hemorragias
 - Marcado pelas alterações geradas pelo desprendimento da placenta
 - “Globo de Pinard” → o útero se torna duro após a saída da placenta, de forma a ocluir o sangramento. Em casos de hipotonia uterina (útero mole após trabalho de parto demorado, gravidez gemelar, mioma) essa contração é ineficiente, gerando hemorragias graves.
 - Laceração no colo uterino também gera sangramento, apesar da contração do colo uterino (costura).
 - **“É um retorno as condições basais de vida”**
- Mediato → até 10 dias.
 - Apresenta como risco principal, além das hemorragias, **as infecções**
 - A hemorragia é marcada pelos **lóquios rubros**
 - Ocorre lentamente a involução uterina (1 a 1,5 cm/dia)
 - Liberação da prolactina, gerando o início da amamentação pelo estímulo ocitocínico do bebê (o qual estimula o aleitamento e manutenção desse)
 - ✓ **Dor ao amamentar em cólica** → efeito da ocitocina, é bom pois evidencia a contração uterina.
 - ✓ É importante que a lactação ocorra durante a primeira hora de parto (mulheres com cesárea apresentam um processo mais lento de aleitamento).
 - Colostro (limpeza do intestino fetal, proteínas e rico em Ac), inicial (mais líquido) e tardio (rico em gorduras).
- Do ponto de vista contraceptivo, o pico de ocitocina inibe o FSH, gerando ausência de ovulação durante esse período. Caso a amamentação se mantenha por livre demanda, com no mínimo 06 mamadas/dia, apresenta um efeito contraceptivo eficiente.
 - Instruir a mãe acerca do aleitamento adequado (“boca de peixe”, não abocanhar o mamilo e sim a aréola).

Lóquios

- Rubro (sangue): dura 03 dias
- Fusca (acastanhado): de 03 a 10 dias
- Flava (serossanguinolento): após 10 dias.
- Alba (seroso): após 20 dias.

b) Tardio → do 10º ao 45º dia (“quarentena”)

- Caracterizado pelo **lóquio serossanguinolento, seguido do seroso**.
- Lóquios de odor fétido são motivo para preocupação clínica (é detectável a partir do terceiro dia)
- Caracterizado pelo retorno do útero ao seu “tamanho normal”
- Há um “equilíbrio” da oscilação hormonal durante esse período, a qual pode levar a quadros psiquiátricos durante o período.
- Em termos de contracepção:
 - Aconselha-se esperar 30 dias até o reinício das atividades sexuais (útero não está completamente recuperado, aumentando a chance de infecção)
 - A amamentação reduz consideravelmente as chances de engravidar (aconselhar em caso de suplementação ou ausência de aleitamento).

c) Remoto → enquanto a mulher ainda estiver amamentando.

- Não ocorre mais lóquios
- Amamentação por livre demanda
- Caso não esteja amamentando, os métodos contraceptivos devem ser iniciados com até 40 dias:
 - Progesterona (não interfere na amamentação), podendo ser feito de forma injetável, de 3 em 3 meses. O estrogênio pode intervir na produção de prolactina

Revisão Prova II GO – Thiago Almeida Hurtado

- ✓ DIU-Mirena, injetável ou levonogestrel
- Preservativos
- Devido a elevação da prolactina, há redução de estradiol, o hormônio que leva excitação sexual feminina. Isso gera um grau de lubrificação e libido menor, o que leva a desconforto sexual (caráter psicológico)