

**UFRN - DEPARTAMENTO DE  
TOCO-GINECOLOGIA**

**PROPEDEUTICA OBSTÉTRICA  
ANAMNESE E EXAME FISICO**

**Iaperi Araujo**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCO-GINECOLOGIA

**PROPEDÊUTICA OBSTÉTRICA – I**

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

IAPERÍ ARAÚJO (\*)

2a. EDIÇÃO

NATAL/RN/1978

(\*) Professor Assistente do Departamento de Toco-Ginecologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

PROBÉUTICA OBSTÉTRICA - I

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

JAPRIARA ARAÚJO (\*)

2ª EDIÇÃO

PROBÉUTICA OBSTÉTRICA

(\*) Professor Assistente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

UFRN — DEPARTAMENTO DE TOCO-GINECOLOGIA  
PROPEDÊUTICA OBSTÉTRICA (I)

I. ANAMNESE E EXAME FÍSICO

*Iaperí Araújo*

I. ANAMNESE

A anamnese em Obstetrícia tem por finalidade a coleta de informações e enseja uma melhor aproximação do obstetra com a parturiente. As normas que o orientam são as mesmas da semiologia geral, carecendo no entanto, certa relevância, aspectos que enfatizam o ponto de vista obstétrico do interrogatório.

a) *Identificação* — Deve ser a mais precisa possível, assim como os dados referentes a naturalidade, procedência, nome do marido ou companheiro e seu local de serviço e o responsável que a acompanhou à Clínica Obstétrica para exame. Com relação a idade, sabemos que a mais favorável para a primeira parturição vai dos 18 aos 24 anos, fora do qual teríamos maior incidência de distocias. Primiparidade precoce acontece antes dos 16 anos e primiparidade tardia ou idosa, após os 28 anos. Com relação à cor

profissão e estado civil, temos que levar em consideração as variedades de tipos de bacia que são alteradas com a raça, predispondo a um melhor ou pior prognóstico do parto por via baixa. As profissões ligadas ao contato com substâncias capazes de produzir intoxicações podem comprometer a gestação, assim como o estado civil, vez que um grande número de patologias atingem mais frequentemente as mães solteiras.

b) *Anamnese geral* — Devemos investigar nos antecedentes familiares a existência de estados mórbidos em pessoas da família, inclusive a incidência de câncer, tuberculose, sífilis, diabetes, psicopatia e mal formações congênitas. Vale acentuar que deve ser utilizada uma linguagem compreensível de acordo com o nível cultural do nosso povo.

Nos antecedentes pessoais individuais, procuramos saber da incidência de doenças transmissíveis na infância e se houve ocorrência na gestação dessas patologias, pela importância de sua ação sobre o feto, mais ou menos densa de acordo com idade da gravidez em que ocorreu. História anterior de operações sobre a matriz uterina, deixa de sobreaviso o obstetra pelas possíveis complicações que podem surgir, na fisiologia da contração assim como a ocorrência de transfusões, pelos aspectos de iso-imunização pelo fator Rh. Nos antecedentes ginecológicos, importa saber a ocorrência da primeira menstruação (menarca) e o intervalo dos catamenios, assim como sua duração em dias e a quantidade assinalada em cruces (+). O tipo menstrual varia de dismenorreica quando a menstruação é dolorosa e eumenorreica, quando estão ausentes os fenômenos de dores pélvicas e mastalgia. São frequentes, na gravidez os corrimentos (leucorréias), ginecopatias de responsabilidade da flora cocácea vaginal, exacerbada pela maior descamação mucosa, sob influxo do pico estrogênico, condicionando uma maior quantidade de glicogênio celular, ótimo meio de cul-

tura para proliferação das bactérias. As operações sobre a matriz uterina, na maioria das vezes incapacita o útero para a atividade contrátil do trabalho de parto, devendo-se fazer uma boa avaliação prognóstica, para uma possível resolução por via abdomino-cirúrgica.

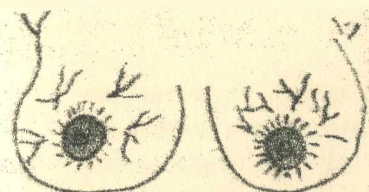
c) *Anamnese obstétrica* — Importa saber o número de gestações (gesta) e o número de partos (para), que nem sempre devem corresponder, já que um abortamento corresponde a uma gestação sem que tenha havido um parto. As gestações anteriores tem valor, principalmente se houve ocorrência de toxemias (doença hipertensiva específica e que em certo número de casos evolue para convulsões eclâmpticas) ou hiperemese (vômitos incoercíveis ou sialorreia intensa que podem levar até a desidratação). A condição dos partos anteriores precisa ser informada. Se espontâneos ou operatórios, sendo que para a Obstetrícia, todo parto instrumental é considerado operatório, não sendo exclusividade da operação cesariana. Também são operatórios os partos por fórceps, vacuo-extrator, as versões internas com grande extração e a grande extração pélvica dos partos em nádegas. Os puerpérios devem ser investigados, principalmente com relação a ocorrência de infecção puerperal (febre e loqueação purulenta e com mau odor na fase puerperal), mastite puerperal, retenção placentária pós-parto e fenômenos trombo-embólicos, especialmente tromboflebites. Devem ser anotadas também a ocorrência de abortamentos, se espontâneos ou provocados e se a paciente foi ou não submetida a curetagem uterina. O número de filhos vivos e mortos após o nascimento e os nati-mortos deve ser pesquisados, enfatizando-se ainda a ocorrência de partos múltiplos ou prematuros, anotando-se dentre estes, se vivos ou mortos. Ainda na anamnese obstétrica deve-se arguir a paciente quanto tempo existe do seu último parto e a presença de malformados ou sinais de iso-imunização, no complemento

do interrogatório. O uso ou não de métodos de planificação familiar e o tipo adotado, por um espaço de tempo determinado.

## II — EXAME FÍSICO

Além do exame físico geral, por aparelhos, inclusive a verificação dos dados vitais e a ausculta cardíaca onde mui comumente podem ser detectadas alterações da frequência e das características do ritmo cardíaco, fisiológicas da gestação, temos o exame obstétrico propriamente dito:

a) *Inspeção* — A inspeção obstétrica, como exame visual geral de superfície, procura identificar as alterações normais e/ou patológicas da gestante. Na cabeça encontramos o sinal de HALBAN, espécie de lanugem na raiz dos cabelos. O rosto da prenha é cheio e o olhar é vivo, podendo aparecerem manchas hiperocrômicas, o cloasma da gravidez, semelhante a asas de borboleta, preenchendo a região malar. O cloasma tem uma origem provável da hiperfunção do lobo anterior da hipófise através das células basófilas que secretando Hormônio Melanotrófico (MSH) exageram a pigmentação. Simples fenômeno de melanose reflexa (TRUZZI) ou foto-traumatismo como sugerem outros autores. No pescoço, verificamos uma maior largura em decorrência da hiperfunção tireoideana. As glândulas mamárias (figura 01) túrgidas, sensíveis à palpação apresentam uma rede circulatória denominada rede de Haller, hiperpigmentação da aréola com formação de uma secundária em sua periferia (sinal de Hunter) e corpúsculos de Montgomery, em número de 12 a 15 que são de duas naturezas: glândulas mamárias acessórias ou glândulas sebáceas hipertrofiadas. O abdome tem forma variada (figura 02): globoso, ovóide, pêndulo e obus, sendo o cordiforme característico das primigestas, da prenhez múltipla ou situações trans-



rede de Haller  
aréola secundária (Hunter)  
corpúsculos de Montgomery

Fig. 1 - Alterações da mama

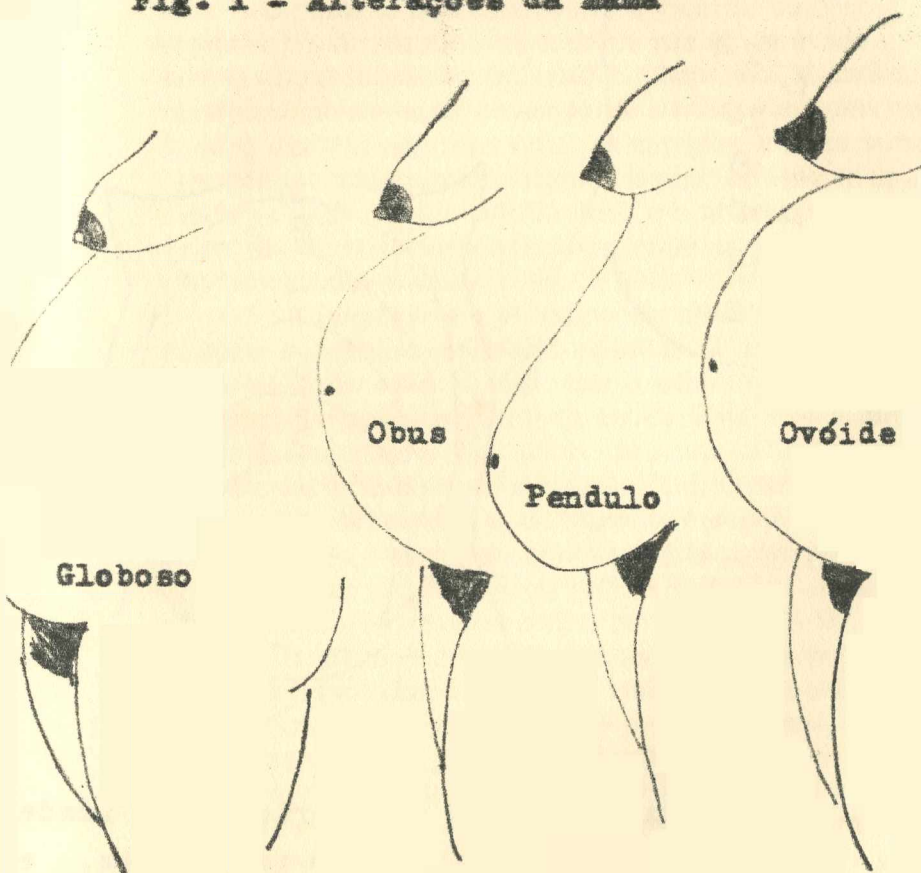


Fig. 2 - Formas do abdome



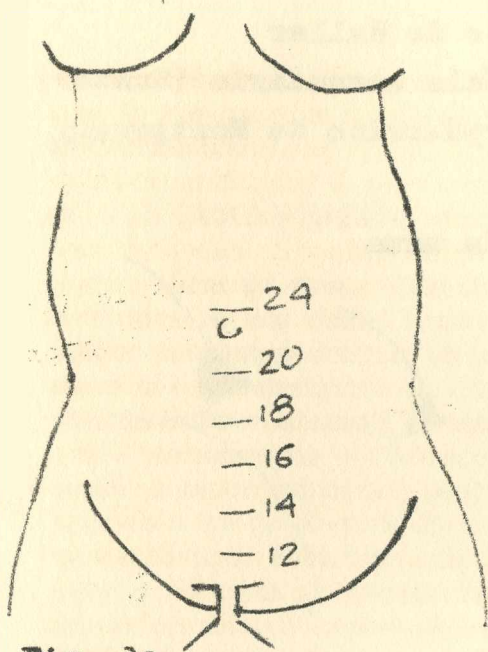


Fig. 3a

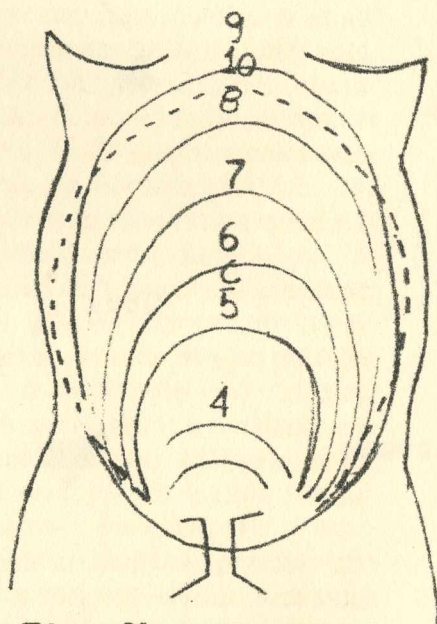


Fig. 3b

Fig. 3 - Crescimento uterino de acordo com a idade da gravidez. a. em semanas (até a 24a.) e em b, em meses lunares (JCM & Dixon G.)

versas. A inspeção do abdome, associada à medição do tamanho do útero, partindo-se da sínfise pubiana, nos dá uma idéia da idade da gravidez e sua compatibilidade com a informação da paciente sobre a data de sua última menstruação. (figura 03). Há também hiperpigmentação da linha alba que passa a nigra, podendo a cicatriz umbelical apresentar-se protusa nos casos de hérnias e até apagada quando da presença de edema na parede abdominal e ascite. Nos membros inferiores, a presença de varizes deve ser investigada o que em algumas vezes acompanha varizes vulvares. Nos genitais externos verificamos a pigmentação mais acentuada, inclusive em torno do ânus, e o arroxamento vulvar (sinal de Jacquemier) que completam o cortejo da inspeção propriamente dita.

b) *Palpação* — A palpação obstétrica limita-se ao abdome e segue as manobras clássicas de Leopold:

I. *Manobra* — Estando o examinador ao lado da paciente que deve encontrar-se em decúbito dorsal, utilizando os lados ulnares das mãos, procura delimitar o fundo uterino, verificando qual segmento fetal é percebido na palpação. A cabeça fetal é de superfície regular, uniforme e irreduzível. A nádega, ao contrário é mais ampla, irregular pela presença do sulco inter-glúteo, redutível e não tem a uniformidade do segmento cefálico (figura 04).

II. *Manobra* — Deslizando as mãos pelos flancos da paciente, o obstetra procura verificar em qual dos lados se encontram as pequenas partes e o dorso fetal, sendo este regular, convexo, podendo-se perceber o ressalto das costelas. O lado onde estão localizadas as pequenas partes fetais é côncavo, irregular e podem ser percebidas suas saliências através da palpação (figura 05).

III. *Manobra* — Com a mão mais destra, em guerra, apreende-se o pólo fetal logo acima do pube, estando a outra mão delimitando o fundo uterino e procede-se a um

movimento de desvio lateral do polo fetal. Esta manobra visa corroborar com a primeira para identificar-se qual polo do feto encontra-se orientado para o estreito superior da bacia (figura 06).

IV. *Manobra* — Com a ponta dos dedos de ambas as mãos, unidos, estando o obstetra com as costas voltadas para a face da paciente, procura insinua-los sob o pube, constatando-se a altura do polo fetal em relação com o estreito superior e se o mesmo encontra-se ou não insinuado na escava (figura 07).

Das manobras de Leopold, deduz-se alguns conceitos em Obstetrícia:

a) *Apresentação* — É o segmento fetal capaz de preencher a área do estreito superior (ex. braço e perna não se enquadram), insinuar-se e cumprir o determinismo do parto. Pode ser cefálica, córmica ou pélvica (figura 08).

b) *Posição* — É a relação entre o dorso fetal e o lado esquerdo ou direito da mãe. Pode ser direita ou esquerda (figura 09).

c) *Situação* — É a relação entre o maior eixo do feto e o maior eixo uterino. Pode ser longitudinal ou transversa. As situações obliquas são transitórias (figura 8 a e b).

### III — AUSCULTA

A escuta fetal permite reconhecer ruídos maternos e fetais. Pode ser feita através o estetoscópio de Pinard (figura 10), efeito Doppler — (ultrassom) (10-a) e registro eletrocardiográfico fetal conseguido por intermédio da implantação de um captador da onda “r” no couro cabeludo fetal e registro em papel especial quando da eletrocardiometria do parto (monitorização) ou finocardiograma que simplesmente amplifica o som através microfones. Em

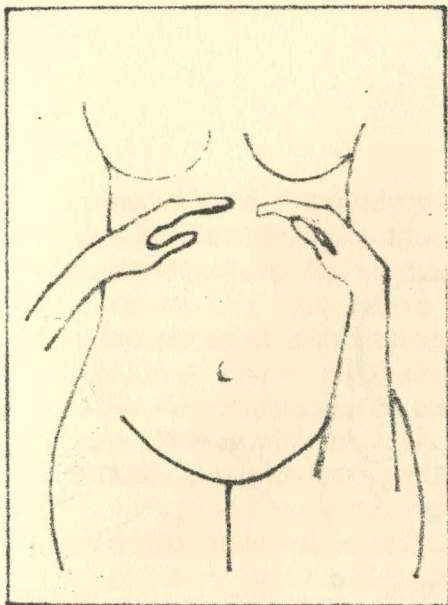


Fig. 4 - 1a. manobra

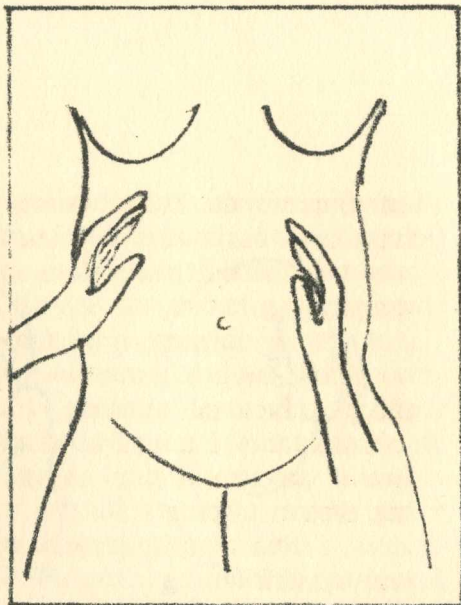


Fig. 5 - 2a. manobra

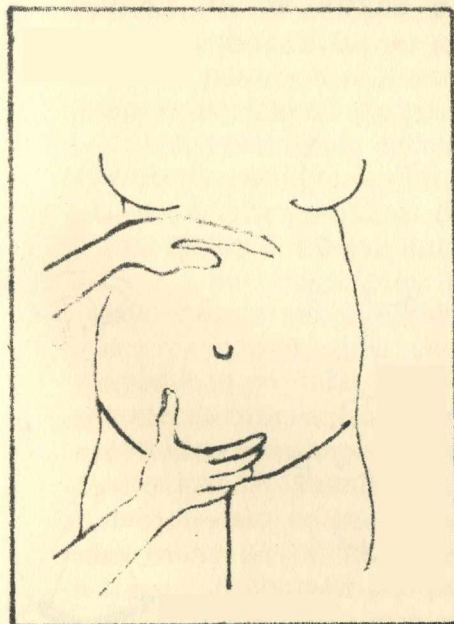


Fig. 6 - 3a. manobra

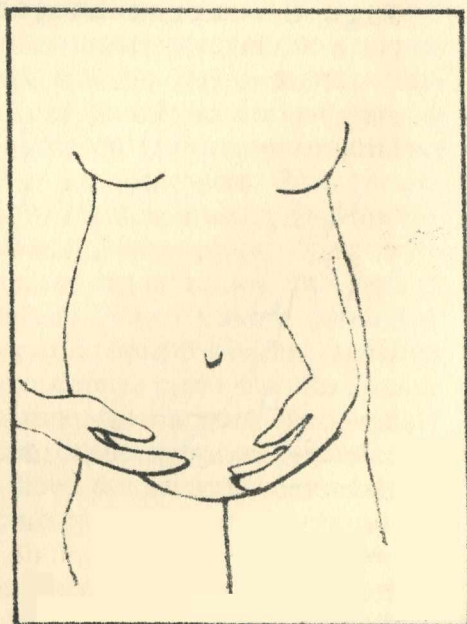


Fig. 7 - 4a. manobra

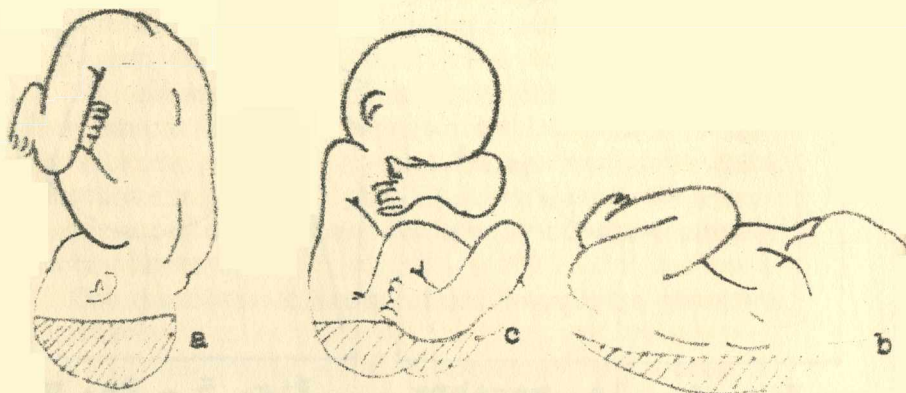


Fig. 8 - Apresentação e Situação do feto.

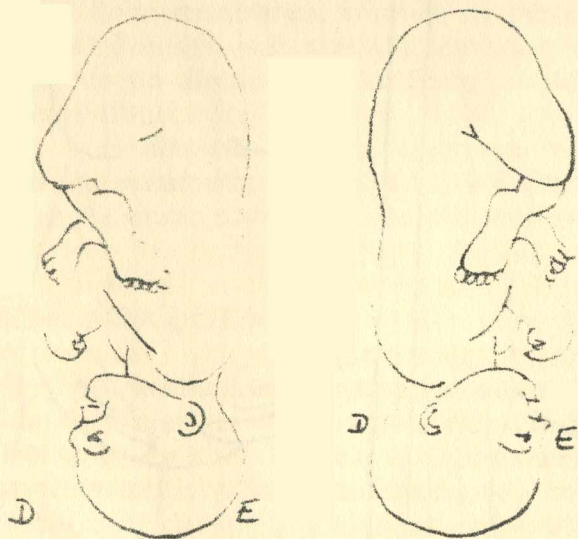


Fig. 9 - Posição fetal



Fig. 10 - Pinar

nosso meio o método mais utilizado é o estetoscópio de Pinard, de madeira, alumínio ou acrílico, composto de 3 (três) partes: auricular, condutora e coletora. Existe também o de De-Lee, que é fixo na frente do obstetra, permitindo acompanhar a escuta fetal durante o período expulsivo.

Técnica: Paciente deitada em decúbito dorsal, ventre descoberto, bexiga vazia. O obstetra deverá ficar sempre do lado correspondente ao lado do ventre materno onde irá aplicar o estetoscópio de Pinard, ficando durante a escuta com a face voltada para os pés da paciente, mantendo o estetoscópio sob leve pressão da orelha. Não deve o estetoscópio ser preso pelos dedos durante a ausculta, para que sejam evitadas interferências.

Origem dos ruídos: Fetais — Batimentos cardíacos fetais, audíveis a partir do 5.<sup>o</sup> mês de gestação. Com o Sonar Doppler, a escuta pode ser mais precoce, pois consegue-se percepção a partir da 18a. ou 20a. semana. Influi na audibilidade, a espessura da parede abdominal da paciente, presente de edema, ascite ou polidrâmnio. Deve ser procedida sempre, no intervalo das contrações. Pode ter origem também de ruídos de movimentos bruscos do feto, sopro cardíaco e sopro funicular.

São de origem materna certos ruídos que podem confundir a ausculta cardio-fetal. Sopro uterino (compressão da aorta), sinal de Boero (perceptível duas semanas após a morte fetal, sincrônico com o pulso materno, resultante da transmissão dos batimentos da aorta abdominal) e ruídos acessórios tais como borborigmos e peristaltismo intestinal. A ausculta fetal deve ser sempre acompanhada da palpação do pulso materno, para diferenciar, portanto, os ruídos auscultados.

Frequência dos batimentos — Varia de 180 a 100, sendo numa faixa média considerada normal, 140 batimentos por minuto. Para o obstetra, o ritmo dos batimen-

tos tem um valor maior que propriamente a frequência, sendo muito mais conclusivo de sofrimento fetal, acentuada arritmia em uma frequência de 140 batimentos/minuto que uma taquicardia de 160 e 170 num ritmo regular.

Características dos Batimentos Cardio-fetais — Os batimentos do coração do feto tem características próprias e que devem ser analisadas para uma boa avaliação de sua vitalidade. São elas: (a) Ritmo — Varia de acordo com compressões e estiramentos do cordão e eventuais circulares; (b) Timbre — É sempre claro e sem alterações; (c) Intensidade — Depende das condições da ausculta, principalmente da espessura da parede e das condições maternas. O foco máximo de ausculta está relacionado com a posição fetal, principalmente a localização do seu dorso. Nas apresentações cefálicas, o foco situa-se nos quadrantes inferiores. Nas apresentações pélvicas nos quadrantes superiores e nas córmicas situa-se na linha média.

A ausência de batimentos cardio-fetais pode significar a morte do feto intra-útero.

#### IV — TOQUE

É o coroamento do exame obstétrico. Pode ser vaginal ou retal como em alguns países da Europa e Estados Norte-Americanos. O toque vaginal é praticado estando as mãos escovadas e enluvadas, para a proteção da paciente e profilaxia das infecções trans-parto.

De início, iremos sentir a resistência da vagina e períneo, através o toque bi-digital, estando entreabertos os pequenos lábios (ninfas) pelos dedos anular e mínimo de um lado e polegar do outro (figura 11). A seguir procuramos sentir a presença de tumorações e/ou septos da vagina e sua elasticidade. Após sentidas as partes moles do cone vaginal, seguimos na inspeção da bacia: o arco sub-

púbico (figura 12) se é maior, menor ou igual a 90°, a curvatura do sacro, se o promontório é atingível, sinal que o diâmetro conjugata obstétrica é menor que 10,5 cms. pois o conjugata diagonalis (diâmetro promonto sub-púbico) deve medir 12,0 cms. (subtraindo-se 1,5 cms. deveremos encontrar o conjugata obstétrica). Além do mais vamos avaliar a proporcionalidade feto/pélvica através do contato da apresentação com a área do estreito superior.

Verificamos então, as condições do colo. Se é grávidico (consistência amolecida pela embebição da gravidez) ou não (mais endurecido) e se é permeável à passagem dos dedos. Dois dedos equivalem a 4 cms. Varia a dilatação cervical de colo fechado a mais de 9 cms. ou dilatação completa. Outras condições do colo devem ser avaliadas como sua elasticidade e sua consistência (grosso, médio ou fino). Em primigestas, a dilatação do colo se faz primeiro pelo apagamento e depois dilatação, enquanto que nas múltíparas, o colo vai dilatando-se primeiro para depois apagar-se (figura 13).

Permeável (pérvio) o colo, procuramos verificar a presença ou não da bolsa das águas e suas características como: forma (chata, cilíndrica ou piriforme), tensão (flácida ou tensa) e superfície (lisa ou rugosa). A ruptura da bolsa das águas quando espontânea denomina-se amniorrexix. Quando por intermédio do obstetra chama-se amniotomia. De acordo com o trabalho de parto, a amniorrexix pode ser classificada em precoce quando ocorre na gravidez, sem estar a paciente em trabalho de parto; prematura quando ocorre apenas iniciado o trabalho de parto, com mínima dilatação do colo uterino.

No Departamento de Toco-Ginecologia da UFRN é norma a cobertura antibiótica das pacientes a partir de 12 horas de amniorrexix. Vinte e quatro horas após, deve-se



interromper a gestação para profilaxia das infecções intra-parto.

A amniotomia oportuna (paciente em franco trabalho de parto), deve ser feita com ramo de pinça ou amniótomo próprio, de metal ou plástico, quando ultrapassados 6 a 8 cms. de dilatação cervical, mantendo-se os dedos no orifício feito até o completo escoamento do líquido âmnico, quando então lacera-se as membranas, alargando-se a área da rutura.

Verificada a bolsa das águas e suas condições, procuramos tocar a apresentação fetal. Com os dedos, exploramos o segmento fetal que encontra-se em relação com a área do estreito superior, procurando as linhas de orientação: sutura sagital nas cefálicas fletidas; linha facial nas de face; sutura ságito-metópica nas de frente. O sulco interglúteo é linha de orientação nas apresentações pélvicas e o gradil costal ou cavum axilar nas córmicas. (figura 14). Após encontrarmos as linhas de orientação vamos procurar os pontos de referências da apresentação. Nas cefálicas fletidas, a fontanela lambdóide, nas defletidas de primeiro grau, a fontanela bregmática, base do nariz nas de frente e mento nas apresentações de face. A ponta do coccige fetal é ponto de reparo nas apresentações pélvicas e o acrômio, nas apresentações córmica ou de ombros.

Com o toque teremos condições de diagnosticar com certa precisão a apresentação e suas variedades, a posição e suas variedades, a proporcionalidade feto-pélvica e as condições de evolução do parto. Ainda por intermédio do toque podemos verificar a altura da apresentação, situando-a nos planos do Hodge. Estes, são planos paralelos que delimitam a pelves feminina no sentido de estabelecer a evolução da apresentação no canal do parto (figura 15). O primeiro plano de Hodge situa-se à altura do estreito superior da bacia, compreendendo a linha inominada que passa suces-

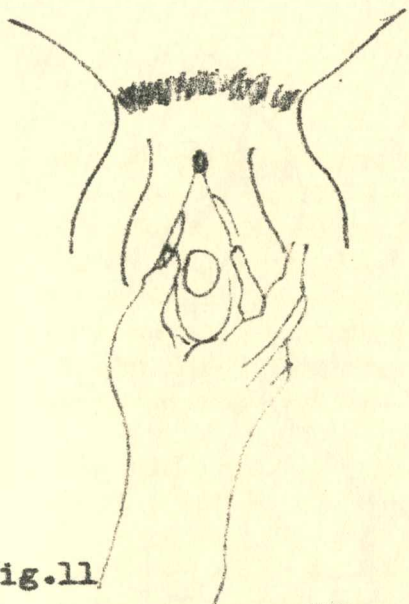


Fig. 11

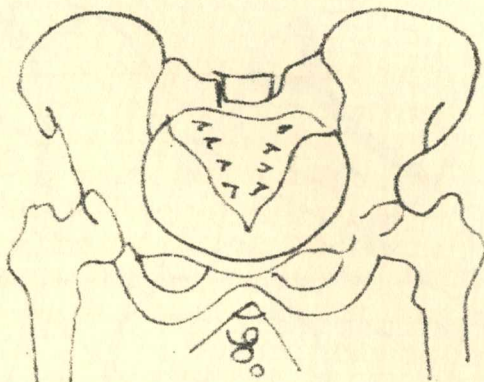


Fig. 12 - arco sub-público

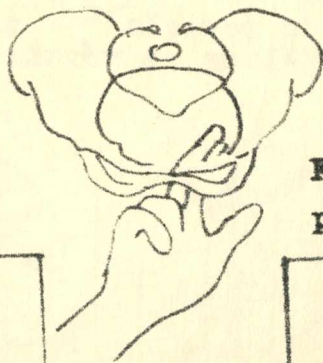
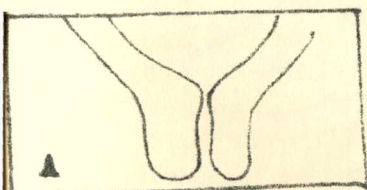
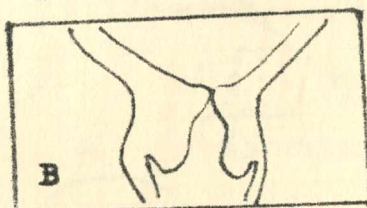


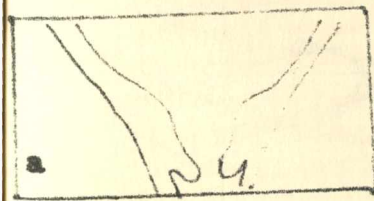
Fig. 12b - toque das espinhas ciáticas.



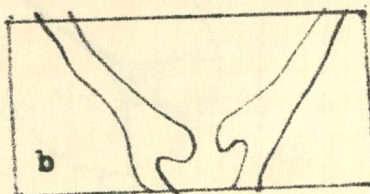
A



B



a



b

Fig. 13 - Dilatação do colo. Aa - primigestas.  
Bb - múltiparas.

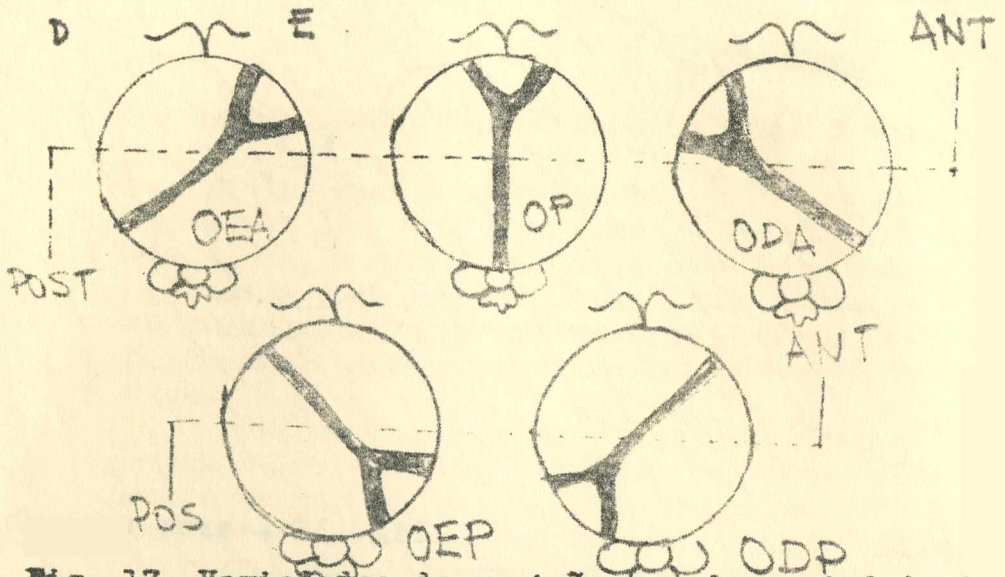


Fig. 17- Variedades de posição da variedade de apresentação cefálica de vértice.

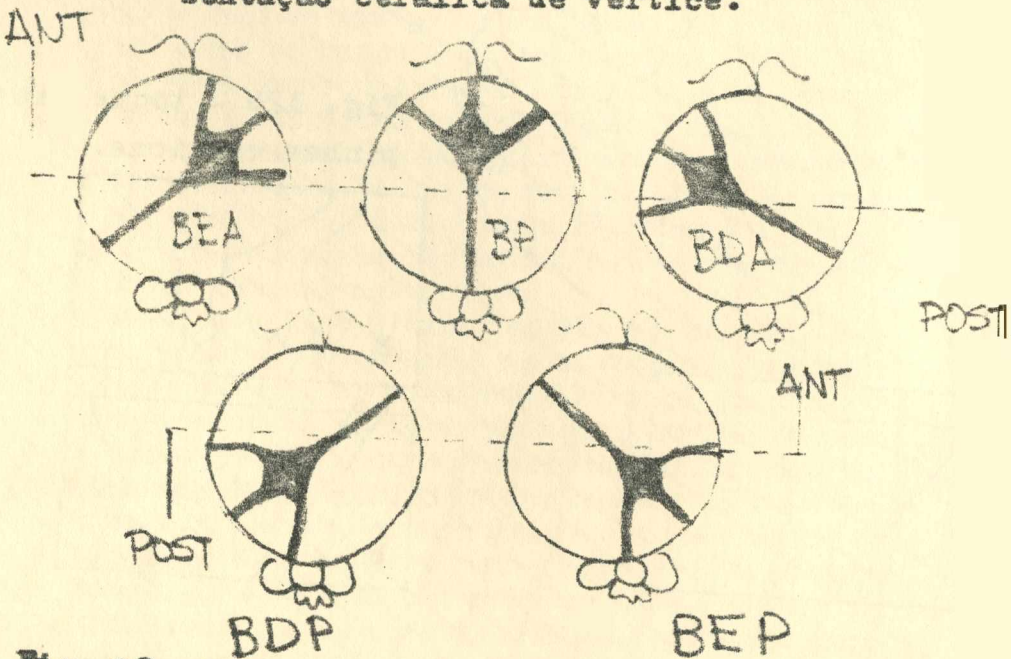


Fig. 18 - Variedades da posição da apresentação cefálica, variedade de bregma.

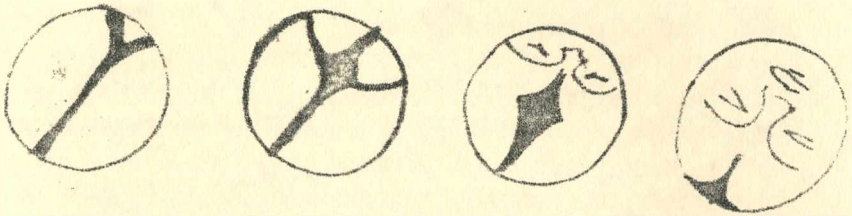


Fig. 14 - Linhas de orientação e pontos de reparos das apresentações.

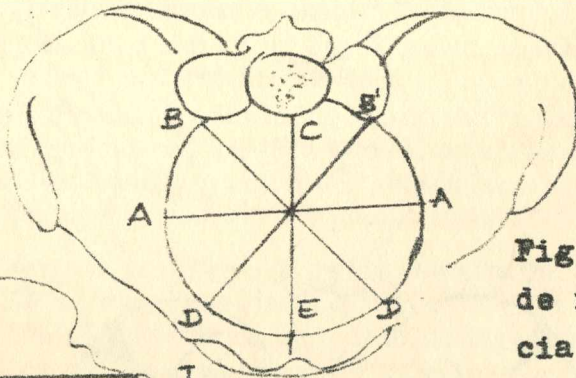
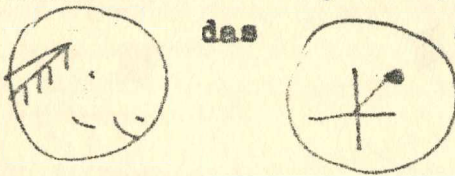


Fig. 16 - Pontos de reparos da bacia.

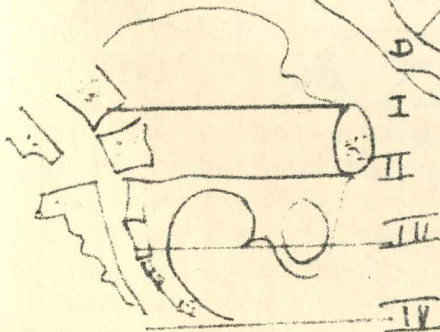
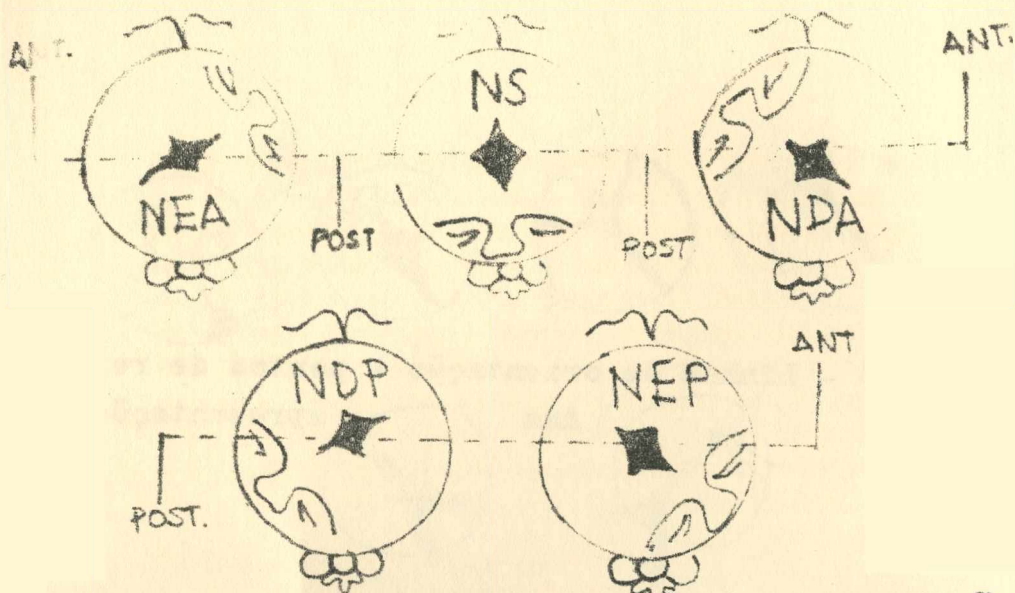
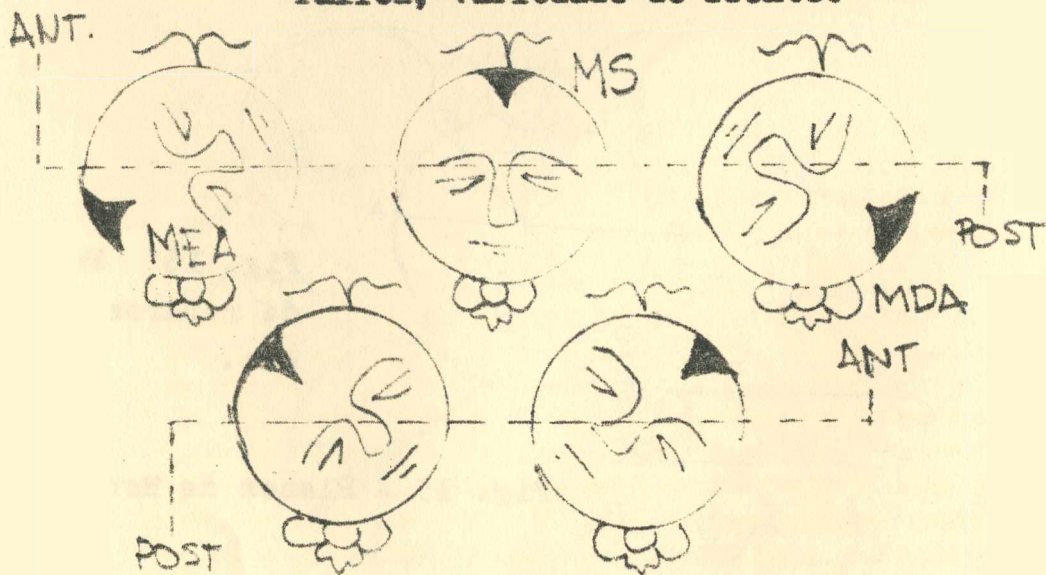


Fig. 15 - Planos de Hodge.



**Fig. 19 - Variedades de posição da apresentação cefálica, variedade de frente.**



**Fig. 20 - Variedades de posição da apresentação cefálica, variedade de face.**

sivamente sobre a sinfise pubiana, eminencia ileo-pectínea, extremidade do diâmetro transverso da bacia, sinostose sacro-íliaca, promontório, sinostose sacro-íliaca do outro lado, outra extremidade do diâmetro transverso, eminência ileo-pectínea, para terminar novamente na sinfise púbica. O segundo plano é paralelo ao primeiro e passa sob o borde do pube. O terceiro plano obedece ao mesmo paralelismo dos anteriores e passa à altura da espinha isquiática e o quarto plano, paralelo, passa ao nível da ponta do coccige materno. Podemos inferir, completado o exame obstétrico, mais dois conceitos em Obstetrícia:

*Variedade de Apresentação* — É o ponto de reparo da apresentação fetal que apresenta-se em relação com a área do estreito superior. Pode ser vértice, quando o ponto de reparo é a pequena fontanela; bregma quando trata-se da grande fontanela; frente se o ponto de reparo for o naso; face se encontrarmos o mento, pélvica completa se é a apresentação de nádega ou posição de Buda e incompleta em qualquer outra variedade, prolabando um ou ambos os membros inferiores ou com ambos rebatidos de encontro a face ventral do feto e cômica quando encontrarmos o acromio como ponto de reparo.

*Variedade de posição* — É a relação entre um ponto de reparo fetal e um ponto fixo da bacia. Os pontos de reparo fetal são os mesmos da variedade de apresentação. Os pontos fixos da bacia materna são as extremidades do diâmetro transverso da bacia que limita esses pontos em anteriores e posteriores. São anteriores a sinfise pubiana e as eminências ileo-pectíneas. São posteriores as sinostoses sacro-íliacas e o promontório (figura 16). Cada variedade de apresentação, por conseguinte, tem suas variedades de posição, de acordo com a orientação dos pontos de reparos fetais com os pontos fixos da bacia expressos em diagramas.

*Vértice* — Quando a variedade de apresentação é de vértice e o ponto de reparo é um dos componentes desta pequena fontanela, o osso occipital, temos como variedade de posição anteriores, occipito esquerda anterior (CEA) e occipito direita anterior (CEA) se esta fontanela orientar-se para a eminência íleo-pectínea do lado esquerdo ou direito, respectivamente. Orientando-se para a sinostose sacro-ílica da direita ou esquerda, temos Occipito direita posterior (ODP) e occipito esquerda posterior (CEP). As variedades transitórias Occipito esquerda ou direita transversa (OET e ODT) são etapas da rotação da apresentação na escava. As variedades occipito púbico (OP) e occipito-sacro (OS) são formas de desprendimento da cabeça fetal, tendo em vista ser no soalho pélvico, o diâmetro antero-posterior o maior, facilitando assim o desprendimento do pólo fetal. A grande maioria desprende em occipito-pube pela facilidade da deflexão da cabeça fetal fletida, cumprindo a curvatura do sacro (figura 17).

*Bregma* — Como o ponto de reparo é a fontanela bregmática, as variedades tem como sigla a letra “B” e de acordo com a sua disposição nos pontos de reparo da bacia. Se eminências íleo-pectíneas da direita ou esquerda, bregma direita anterior (BDA) ou bregma esquerda anterior (BEA) Se sinostose sacro-ílica, bregma direita posterior (BDP) ou bregma esquerda posterior (BEP), sendo bregma-pube (BP) a forma de desprendimento desta apresentação (figura 18).

*Fronte* — O naso, como ponto de reparo pode estar em relação com as eminências íleo-pectíneas do lado esquerdo ou direito e teríamos: naso esquerda anterior (NEA) ou naso direita anterior (NDA) assim como se relacionar com as sinostoses sacro-ílicas: naso esquerda posterior (NEP) ou naso direita posterior (NDP). Nesta variedade defletida do segundo grau, a forma do desprendimento é

Fig. 21 - Variedades de posição da apresentação pélvica.

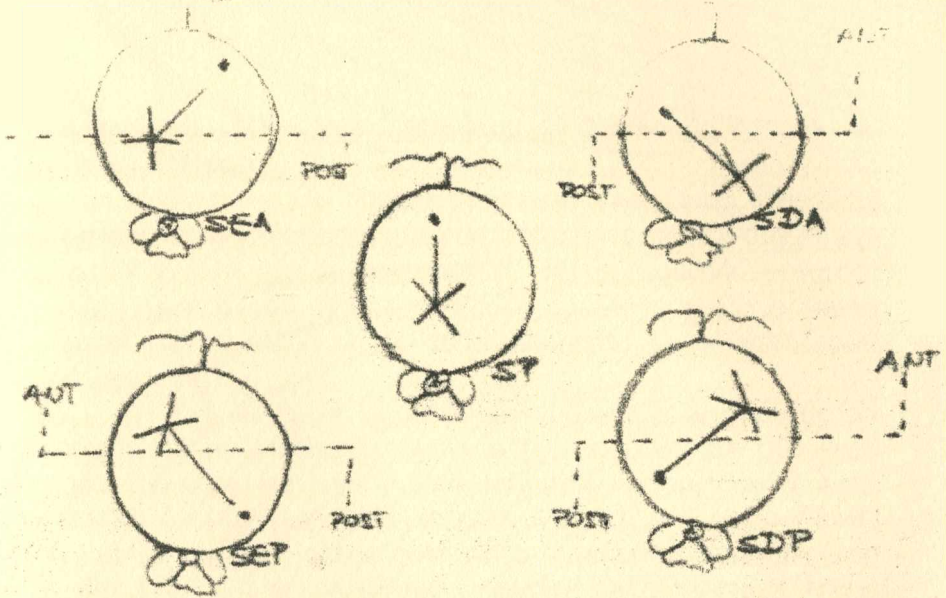
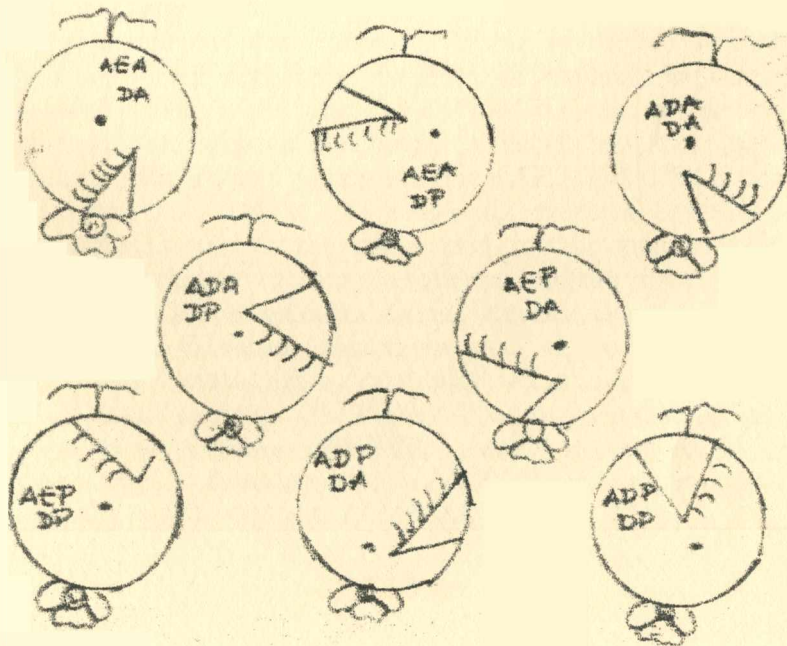


Fig. 22 - Variedades de posição da apresentação córmica.





naso-sacro (NS), pela facilidade de flexão da cabeça defletida. (figura 19).

*Face* — Da mesma forma, as variedades anteriores seriam mento esquerda anterior (MEA) e mento direita anterior (MDA) e as posteriores, mento esquerdo posterior (MEP) e mento direita posterior (MDP), sendo a forma mento-sacro (MS) a de desprendimento da apresentação. (figura 20).

*Pélvica* — A apresentação pélvica independe de ser completa ou incompleta para o ponto de reparo que sempre é o sacro do feto. Assim, teríamos nas variedades anteriores a sacro esquerda anterior (SEA) e a sacro direita anterior (SDA) e nas posteriores, a sacro esquerda posterior (SEP) e sacro direita posterior (SDP) com a forma mais comum do desprendimento em sacro-pube (SP), podendo também o fazer em sacro-sacra (SS). (figura 21).

*Córmica* — Para a variedade de apresentação córmica, teríamos que levar em consideração a situação do dorso do feto, se o mesmo encontra-se posteriormente em relação à mãe ou anteriormente. Assim, estando o acromio em relação à eminência ileo-pactínea da esquerda ou direita e o dorso do feto em situação anterior ou seja em relação aos pontos de reparos anteriores da bacia, teríamos: acromio esquerda anterior dorso anterior (AEA-DA). Se o ponto reparo fetal situa-se em busca das mesmas eminências ileo-pectíneas, porém seu dorso está voltado para o sacro materno, teríamos: acromio esquerda anterior-dorso posterior (AEA-DP) e acromio direita anterior dorso posterior (ADA-DP). O mesmo raciocínio seria válido com relação às sinostoses sacro-ilíacas, existindo: acromio esquerda posterior dorso anterior (AEP-DA) e acromio esquerda posterior dorso posterior (AEP-DP), assim como acromio direita posterior dorso posterior (ADP-DP) e acromio direita posterior dorso anterior (ADP-DA). figura 22).

O exame obstétrico coroa toda a propedeutica utilizada na admissão da paciente em trabalho de parto. O seu registro e a fidelidade das informações vão dar condições para uma boa avaliação das condições da paciente e um prognóstico seguro do determinismo do seu parto.

## V. PARTOGRAMA

Os dados do exame físico além da anotação no local especialmente destinado na ficha clínica, são anotados num diagrama denominado “partograma” (figura 23).







Na porção superior, a data do exame e o horário em que foi executado, considerando-se o primeiro exame como hora zero da internação. A frequência das contrações uterinas, verificadas durante 10 minutos, configura o evoluir do trabalho de parto.

Na primeira fase do primeiro período (dilatação), as contrações obedecem a uma frequência de 2 a 4 contrações em 10 minutos, aumentando progressivamente com o evoluir da dilatação e a proximidade do termo do primeiro período e o início do segundo (expulsivo).

A Intensidade da contração, clinicamente pode ser classificada como fraca ou forte, mas a sua duração, dada em segundos, percebendo-se a partir do seu acme, tem um valor médico. Exemplo: durante dez minutos, conta-se o número de contrações, medindo-se a duração de cada uma. Ao final do tempo, a soma dos valores em segundos é dividida pelo número de contrações, encontrando-se a duração média que é anotada.

Aumento da Intensidade: Taquissistolia ou da Duração: Hipertonia, sem uma resposta efetiva da evolução do trabalho de parto devem ser corrigidas com medidas médicas como sedação, oxigenioterapia e adoção de decúbito lateral para melhorar a perfusão uterina.

# PARTOGRAMA

HORAS		1	2	3	4	5	6	7
Freq. Contração (10')								
Duração M. Cont. (10')								
DILATAÇÃO	9							
	7							
	5							
	3							
	1							
APRESENTAÇÃO	I							
	II							
PLANOS DE HODGE	III							
	IV							
Béla	L. Amnion							
FREQUÊNCIA CARDÍACA FETAL	180							
	160							
	140							
	120							
	100							
	80							
OXIGÊNIO OCITÓCICO								
SEDATIVO								
OBSERVAÇÕES								

Diagrama

Fig. 23 - Partograma

No gráfico relativo a dilatação, anota-se com um ponto que será interligado nos exames sucessivos, o valor da dilatação, assim como no gráfico da apresentação, a circunferência da apresentação de acordo com os planos de Hodge, sendo que quando a altura da apresentação estiver acima do primeiro plano, desenha-se um semicírculo na linha superior do quadrado do primeiro plano e anota-se “abd”. Da mesma forma procede-se no desprendimento, quando logicamente a cabeça ultrapassa o quarto plano, desenhando-se então um semicírculo sobre a linha inferior do quadrado do quarto plano e anotando-se sobre ele a palavra “expulsão”.

No item bolsa/líquido amniótico, indica-se se a mesma encontra-se íntegra (i) ou rota (r), neste caso, a coloração do líquido deve acompanhar a indicação, como claro (c), meconial (m) ou hemorrágico (h).

Nas linhas de ausculta fetal anota-se o valor dos batimentos em um minuto, interligando-se os pontos em cada exame.

Abaixo, quando procede-se a utilização de oxigênio, sedativos ou qualquer medida, anota-se e com um traço, marca-se na etapa do exame (hora) que correspondeu aquela medida.

Está completada a primeira etapa da propedêutica obstétrica e também a ficha de exame físico.

## VI. REFERÊNCIAS

REZENDE — Obstetrícia; REZENDE & MONTENEGRO, Obstetrícia Fundamental; ARAÚJO, Iaperí — Mecanismo de Parto.



