

Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde

Gynecology semiology: the care of women in primary health care

Renata Maria de Bittencourt Druszcz¹, Sheldon Rodrigo Botogoski², Tania Maria Santos Pires³

Resumo

A consulta ginecológica praticada por médicos da atenção primária à saúde ou ginecologistas deve abordar todas as necessidades da mulher, incluindo o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, clínica ginecológica, prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama e climatério. Este artigo de revisão define as etapas e cria um roteiro de consulta com a anamnese, exame físico geral e exame ginecológico, servindo como um guia para o médico da atenção primária à saúde. Na anamnese são coletados os dados de identificação, queixa principal, história da doença atual, antecedentes morbidos pessoais e familiares, antecedentes ginecológicos, sexuais e obstétricos, medicamentos em uso, hábitos de vida e revisão de sistemas. O exame físico geral aborda peso, altura, cálculo do índice de massa corporal, pressão arterial, circunferência abdominal, exame abdominal e de membros inferiores, assim como outra abordagem mais minuciosa se necessário. O exame físico ginecológico compreende o exame das mamas, da genitália externa, da genitália interna. Podemos concluir que este roteiro de anamnese e exame físico ginecológico proposto para o médico da atenção primária à saúde contribui diretamente para a melhora do diagnóstico e a forma de tratamento da mulher.

Descritores: Ginecologia, Anamnese, Exame ginecológico, Atenção primária à saúde

Abstract

The gynecological practiced by primary health care physician or gynecologists should include all the needs of women through family planning, prenatal, childbirth and postpartum, gynecological clinic, prevention of sexually transmitted diseases, cervical cancer and breast cancer and climacteric. This review article outlines the steps and creates a roadmap for consultation with medical history, general physical examination and pelvic examination, serving as a guide for the primary care physician to health. In the anamnesis are collected identification data, chief complaint, history of present illness, past medical history personal and family, gynecological history, sexual and obstetric medications in use, habits and systems review. The general physical examination addresses height, weight, body mass index, blood pressure, waist circumference, abdominal examination and lower limbs, as well as other more detailed approach with the need. The physical examination includes gynecological examination of breasts, external genitalia, internal genitalia. The quality of this history and physical examination gynecological directly interferes in the diagnosis and treatment for the woman. We can conclude that this script history and physical examination gynecological proposed for the primary care physician health contributes directly to the improvement of diagnosis and treatment options for women.

Keywords: Gynecology, Medical history taking, Gynecological examination, Primary health care

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante atendimento integral e gratuito a todo cidadão brasileiro com políticas de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, englobando a assistência à mulher em planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, clínica ginecológica, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), câncer de colo de útero e mama, e climatério⁽¹⁾.

Este artigo de revisão visa abordar a semiologia ginecológica com a criação de um roteiro de exame com anamnese dirigida e exame físico ginecológico (Fig. 1),

1. Aluna do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR)

2. Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR)

3. Coordenadora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Trabalho realizado: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Endereço para correspondência: Renata Maria de Bittencourt Druszcz. Rua Newton França Bittencourt, 446 – 82200-270 – Curitiba – Paraná – Brasil. E-mail: redruszcz@gmail.com

no intuito de orientar médicos da atenção primária à saúde e médicos ginecologistas durante o atendimento da mulher para garantir uma correta compreensão dos problemas, para ajudar na formulação de um diagnóstico e auxiliar na busca de soluções e terapêutica adequada.

Semiologia Ginecológica

A semiologia ginecológica é parte integrante da semiologia geral. A palavra “semiologia” tem origem na língua grega, onde *semeion* significa sinal, *logos* significa razão ou racionalização, e a junção das duas denota o estudo dos sinais e sintomas das doenças. Devido a isto, quando falamos em semiologia ginecológica, estamos nos referindo ao estudo dos sinais e sintomas das modificações funcionais e das doenças mamárias e do aparelho genital feminino⁽²⁾.

A consulta ginecológica é rotina de todo médico ginecologista, bem como, na atualidade, do médico da atenção primária e a consideração para este momento singular entre o médico e a paciente faz com que seja nosso dever estarmos atentos à intimidade da paciente. No momento da consulta, o profissional deve ser um ouvinte atento, observador, compreensivo, destituído de preconceitos, interessado, mantendo sempre uma atitude tranquila no relacionamento entre duas pessoas distintas, o médico e a paciente, que muitas vezes estão se encontrando pela primeira vez⁽³⁾. Quando a consulta for realizada pela primeira vez, recomendamos a coleta da história clínica e exame físico ginecológico, de maneira completa como apresentaremos a seguir; e no acompanhamento subsequente orientamos o uso de forma mais simplificada pelo método “SOAP”, que consiste no acrônimo de subjetivo, objetivo, avaliação e plano. Os dados subjetivos são as informações relatadas pela própria paciente; os objetivos incluem observações feitas pelo médico; a avaliação indica o diagnóstico provável; e o plano se refere às ações consideradas para a solução dos problemas identificados⁽⁴⁾.

Acolhimento da paciente

Para uma boa consulta ginecológica, o tempo dedicado à paciente não deve ser estipulado em minutos ou horas, mas sim o suficiente para se estabelecer uma adequada comunicação entre as partes⁽³⁾. Neste momento deve-se realizar anamnese, exame físico geral e ginecológico com o exame das mamas, o registro no prontuário médico, finalizando com seu diagnóstico, tratamento e orientações⁽²⁾.

Anamnese

A palavra “anamnese” deriva da língua grega *ana-*

mnesis que significa recordar o que parece esquecido, sendo utilizado na medicina na coleta de dados relevantes para a formulação de uma hipótese diagnóstica⁽⁵⁾. Este primeiro contato do médico com a paciente deve ser o início de uma relação de confiança mútua, e, para uma perfeita anamnese algumas etapas são importantes: dados de identificação, queixa principal, história da doença atual, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, antecedentes ginecológicos, sexuais e obstétricos, medicamentos em uso, hábitos de vida, revisão de sistemas^(5,6).

Dados de Identificação

É a coleta de dados pessoais e demográficos da mulher, da forma mais precisa, evitando-se erros e confusões. Esses elementos serão comentados de uma maneira individual.

Nome – registrar de maneira completa e precisa sem abreviações.

Data e hora – registrar os dois no momento do atendimento^(5,7).

Número do prontuário – permite o arquivamento e a busca do prontuário por uma sequência numérica.

Profissão – permite definir o perfil da mulher, bem como seu nível social e ambiente de trabalho, facilitando ao profissional o linguajar e a abordagem que o médico deverá usar. Este dado se torna um pouco irrelevante na história ginecológica, pois poucas afecções ginecológicas tem correlação com a profissão.

Estado civil – deve ser registrado, e se for casada ou com relacionamento estável não legalizado, acrescentar o nome do parceiro.

Idade – dado imprescindível, pois permite situar a paciente em uma fase da vida, seja ela infância, adolescência, adulta e senilidade. Algumas doenças são mais comuns na infância-adolescência, como vulvovaginites; na adolescência, distúrbios menstruais, gestação indesejada e infecções gênero-urinárias; na adulta, dor pélvica, infertilidade, vulvovaginites, alterações do ciclo gravídico puerperal, enfermidades benignas mamárias, variação do padrão de sangramentos por alterações benignas; na senilidade, distopias genitais, incontinência urinária, osteoporose, doenças cardiovasculares e neoplasias^(2,3).

Cor – importância devido ao aparecimento de determinadas doenças, como leiomioma uterino, que é mais frequente nas mulheres negras, em comparação com as brancas⁽⁶⁾.

Naturalidade e procedência – a importância reside no fato que determinadas doenças são mais comuns em certas regiões do país e podem influenciar as doenças ginecológicas⁽⁸⁾.

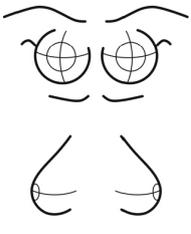
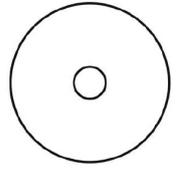
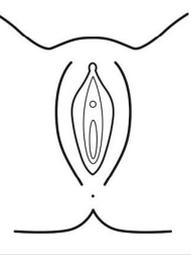
FICHA AMBULATORIAL DA MULHER					
Nome:			No prontuário:		
Profissão:		Estado civil:		Idade:	
Data e hora:		Procedência:		Cor:	
Queixa Principal:			Antecedentes Ginecológicos e Sexuais		
Hist. Doença Atual:			Menarca: <input type="text"/> DUM: <input type="text"/>		
			Ciclos menstruais: <input type="text"/>		
			Dismenorreia: <input type="text"/>		
			SPM: <input type="text"/>		
			Método anticoncepcional: <input type="text"/>		
			Corrimento: <input type="text"/>		
			1º coito: <input type="text"/>		No parceiros: <input type="text"/>
			Coito anal: <input type="text"/>		Orgasmo: <input type="text"/>
Antecedentes Mórbidos Pessoal (P) e Familiar (F)			Antecedentes Obstétricos		
Cardiovasculares: <input type="text"/>			Gesta: <input type="text"/>		Aborto: <input type="text"/>
Endócrinas/ metabólicas: <input type="text"/>			Parto transpélvico: <input type="text"/>		Cesária: <input type="text"/>
Vacinação: <input type="text"/>			Ectópica: <input type="text"/>		Intercorrências: <input type="text"/>
Alergias: <input type="text"/>			1º parto: <input type="text"/>		Último parto: <input type="text"/>
Viroses: <input type="text"/>			Aleitamento: <input type="text"/>		
DSTs: <input type="text"/>			Medicamentos em uso: <input type="text"/>		
Cirurgia/ transfusão: <input type="text"/>			Tabagismo: <input type="text"/>		Etilismo: <input type="text"/>
					Drogas: <input type="text"/>
Câncer: <input type="text"/>			Sintomas urinários: <input type="text"/>		
Outros: <input type="text"/>			Sintomas intestinais: <input type="text"/>		
Peso: <input type="text"/>		Altura: <input type="text"/>	IMC: <input type="text"/>	PA: <input type="text"/>	CA: <input type="text"/>
MMII: <input type="text"/>					
MAMAS		Inspeção estática: <input type="text"/>		EXAME ESPECULAR	
		Inspeção dinâmica: <input type="text"/>			
		Palpação: <input type="text"/>			
		Aréola e papila: <input type="text"/>			
		Axilas e fossas: <input type="text"/>			
VULVA E PERÍNEO		Pilosidade: <input type="text"/>		TOQUE	
		Lábios: <input type="text"/>			
		Clitóris: <input type="text"/>			
		Meato uretral: <input type="text"/>			
		Gl. Bartholin/ Skene: <input type="text"/>			
		Hímen: <input type="text"/>			
		Estática pélvica: <input type="text"/>			
		Incontinência urinária: <input type="text"/>		Assoalho pélvico: <input type="text"/>	
Abdome: <input type="text"/>			Vagina: <input type="text"/>		
			Colo: <input type="text"/>		
			Muco cervical: <input type="text"/>		
			Colposcopia: <input type="text"/>		
			Útero: <input type="text"/>		
			Anexo D: <input type="text"/>		
			Anexo E: <input type="text"/>		
			Reto: <input type="text"/>		
Paramétrios: <input type="text"/>					
Histerometria: <input type="text"/>					
Impressão diagnóstica:					
<input type="text"/>					
Tratamento:					
<input type="text"/>					

Figura 1 - Ficha clínica ambulatorial esquemática para a realização da história clínica e exame físico geral e ginecológico da mulher.

Queixa Principal

Realizar a transcrição fiel das expressões usadas pela paciente, haja vista que nem sempre o motivo da consulta ginecológica é por uma doença, e sim, apenas para prevenção oncológica, orientação para planejamento familiar e pré-natal^(3,6,8).

História da Doença Atual

Coletar toda a informação considerada útil relatada pela paciente relevante ao motivo – queixa principal - que a trouxe para a consulta, levando em consideração início, duração, intensidade dos sintomas, evolução, fatores de alívio e de agravo e condições associadas⁽⁶⁾. Dentro dos fatores de alívio é importante ser registrado o uso ou não de medicamentos ou outros métodos; e nas condições associadas, tratamentos anteriores relacionados à queixa principal. Não recomendamos o registro, neste ponto da história, de exames laboratoriais ou de imagem, pois esta é uma fase subjetiva da consulta. Recomendamos que seja anotado após o exame físico^(3,8,9).

Antecedentes Mórbidos Pessoais e Familiares

Nos antecedentes pessoais e familiares cabe ao clínico a investigação sobre alterações tanto sistêmicas quanto cirúrgicas. A avaliação da presença, bem como do tratamento, das diferentes doenças prévias devem ser minuciosamente avaliadas: Cardiovasculares – hipertensão arterial sistêmica, doenças vasculares, tromboembolismo; Endócrinas/ Metabólicas – diabetes, tireoideopatias, obesidade, osteoporose; Vacinação – rubéola, difteria/tétano, hepatite B, gripe, HPV; Alergias – a medicamentos, alimentos, produtos e vacinas; Viroses – esclarecer ocorrência de rubéola, toxoplasmose, sarampo, caxumba e outras; DSTs – anotar incidência de HIV⁽¹⁰⁾, sífilis, tuberculose, condilomas, corrimentos⁽¹⁰⁻¹³⁾; Cirurgias/ Transfusão – conhecer quantas, quando e quais cirurgias foram feitas, mesmo que não envolvam o trato genital, e os resultados dos exames anatomopatológicos anteriores e a necessidade ou não de hemotransfusão; Câncer – pesquisar neoplasias de mama, colo uterino, endométrio e ovários ou outros, avaliar quais são e com qual idade foram acometidos; e Outros - dados de importância para a história clínica^(3,6,8,11,14-17).

Antecedentes Ginecológicos

A pesquisa deve começar pela idade da menarca, que é a primeira menstruação na vida da mulher, que normalmente ocorre entre 10 e 16 anos de idade, com uma média de 12 anos⁽³⁾. Deve ser anotada a data da

última menstruação (DUM) se estiver no menacme, e se for após a menopausa, anotar a idade que ocorreu a DUM, bem como se está em uso de terapia hormonal atual ou pregressa, o tipo e a dose^(3,6,9,10,15,16).

Os ciclos menstruais devem ser registrados com o intervalo (I), a duração (D) e a quantidade (Q). O intervalo entre as menstruações, em média, é de 28 dias, porém pode variar entre 21 a 35 dias. A duração do fluxo menstrual, em média, é de 4 a 5 dias, porém pode variar entre 2 a 7 dias. A quantidade (volume) de sangue perdido oscila entre 20 a 80mL, que pode ser calculado de maneira subjetiva por meio da quantidade de absorventes ou tampões vaginais utilizados pela paciente. É estimado que um absorvente cheio acumule 15mL, e um com pouca quantidade retenha 5mL^(5,6,8). Pode-se utilizar a fórmula I/D Q para simplificar o registro das informações, como por exemplo: 28-28/4 50 mL, que representa um ciclo com intervalo de 28 dias, duração de 4 dias e quantidade de sangue perdido de 50 mL. Também é importante questionar a paciente quanto a dismenorrea e síndrome da tensão pré-menstrual (SPM).

Quanto ao método anticoncepcional, interessa saber se está em uso de algum no momento ou se já fez uso no passado, o porquê da descontinuação, seus efeitos positivos e negativos e preferências. A importância do questionamento quanto à contracepção está no conhecimento do risco de uma possível gestação ou do desejo da mesma⁽¹⁰⁾.

Interrogamos sobre a presença de corrimento vaginal, caracterizando a duração, a quantidade, a coloração, odor, variações com o ciclo menstrual, o tratamento utilizado, e seu resultado. É uma queixa frequente em ginecologia o fluxo vaginal anormal, e para facilitar, podemos dividi-lo em mucorreia, vulvovaginites e cervicites^(2,3,10,18).

Antecedentes Sexuais

A abordagem do médico na intimidade da mulher deve ser através de uma postura neutra, de respeito e sem julgamento. Com relação ao primeiro coito, anotar a idade, pois contribui para recomendações particulares adequadas. Deve-se questionar o sexo e o número de parceiros, pois sabe-se que quanto maior, é mais fácil a aquisição de DSTs⁽¹⁹⁾; assim como, a participação em relações sexuais não seguras⁽¹⁰⁾. Arguir sobre práticas sexuais variadas, tais como sexo anal, oral ou com objetos. Avaliar se está presente a libido e efeitos da prática sexual, como o orgasmo, prazer, sinusiorragia, dispareunia^(6,8,10,20).

Antecedentes Obstétricos

É importante anotar o número de gestações, ocor-

rência de prematuridade, gravidez ectópica ou molar, tipos de partos – se transpélvicos (TP) ou cesarianas (CST), e o número de abortos - se espontâneos ou provocados, seguidos ou não de curetagem. Anotar a idade em que ocorreu o primeiro e último parto. Avaliar o aleitamento, o tempo de amamentação de cada filho e se houve fissuras ou mastites. As intercorrências se referem ao ciclo gravídico-puerperal, e é relevante questionar diabetes, hipertensão arterial, hemorragias, restrição de crescimento intra-útero e outros problemas clínicos^(6,8,9).

Medicamentos em Uso

Perguntar quais, por que está em uso, qual a dose, há quanto tempo, e quem prescreveu ou se está fazendo automedicação. Possíveis interações medicamentosas podem influenciar o aparecimento de sintomas ginecológicos, tais como, sangramentos, vulvovaginites e galactorreias, assim como reduzir a eficácia dos contraceptivos hormonais^(3,6,8).

Hábitos de Vida

Quanto ao tabagismo, saber se fuma, a quantidade, o tempo, se já cessou o hábito de fumar, há quanto tempo parou; pois, está relacionado à maior incidência de tumor de colo uterino, tromboembolismo, prematuridade e restrição de crescimento intrauterino.

No quesito etilismo e uso de drogas ilícitas, saber se usa ou não, qual a quantidade, o tipo, o tempo de uso e via de administração^(6,8).

Revisão de Sistemas

Uma queixa muito comum nas mulheres quanto aos sintomas urinários, são as alterações da frequência urinária, da diurese, do jato e da percepção de sintomas associados. Se a queixa for com relação à perda urinária aos esforços, detalhar quanto à duração, fatores de melhora ou piora, como tosse, espirro ou exercício físico e o impacto na qualidade de vida. Outra queixa comum está relacionada aos sintomas intestinais, como frequência das evacuações, presença ou não de dor, sangramentos e qualidade das fezes^(6,9). A abordagem dos membros inferiores deve ser feita quanto ao questionamento de presença ou não de varizes, tratamentos de trombose e edema (Fig. 1).

Exame Físico Geral

Para um adequado e perfeito exame físico geral e ginecológico deve-se levar em conta que haja privacidade para a paciente, o local deve ser adequado, iluminado e climatizado e o material a ser utilizado

deve estar disponível no momento do exame. A paciente tem o direito de requisitar um acompanhante no momento do exame. Aconselhamos a presença de um(a) enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem durante o procedimento⁽¹²⁾. Nos hospitais escolas, o aprendiz permanecerá na sala de acordo com aceitação da mulher^(3,6).

Recomendamos iniciar pelo exame físico geral, que deve ser completo, antecedendo o exame ginecológico. Anotar sempre peso, altura, cálculo do índice de massa corpórea (IMC), pressão arterial (PA), circunferência abdominal (CA) e membros inferiores (MMII), que devem ser avaliados quanto a presença ou ausência de edema, varizes, infecções de pele e úlceras^(3,6,13).

A seguir, o exame do abdome deve ser precedido pelo esvaziamento vesical e iniciado pela inspeção. Avaliamos quanto à forma, volume, tensão, abaulamentos, qualidade da pele, como presenças de estrias, cicatrizes e presença ou não de circulação colateral. A palpação justifica-se apenas pela necessidade de diagnóstico diferencial entre foco de doença abdominal e ginecológico. Realize palpação superficial e depois profunda para detectar massas pélvicas, pontos dolorosos. Se houver necessidade, finalize com percussão para distinguir entre massas císticas e ascite⁽¹⁶⁾.

Exame Físico Ginecológico

O exame ginecológico engloba o exame das mamas, da genitália externa, da genitália interna. Lembramos que o exame pélvico deve ser realizado após ser explicado à paciente, pois existem fatores que justificam a sua realização, como alterações menstruais, dismenorreia, corrimentos e dor abdominal inexplicada.

Exame das mamas

O exame das mamas divide-se em inspeção estática, dinâmica e palpação. Na inspeção estática, coloca-se a paciente sentada de frente para o observador, com o tórax desnudo, e membros superiores relaxados ao lado do corpo. Anotamos após a observação, alterações de pele, pigmentações, cicatrizes, simetria, contornos, retrações e abaulamentos, dando atenção especial às aréolas e papilas. No caso de adolescentes ou pacientes com suspeitas sindrômicas, avalia-se o estágio do desenvolvimento mamário de acordo com a classificação dos estágios de Tanner⁽²¹⁾. Na inspeção dinâmica a realização de manobras é para realçar possíveis retrações e abaulamentos, que podem sugerir ou não processos malignos, bem como, verificar o comprometimento dos planos musculares, cutâneo e gradil costal. São realizadas as manobras solicitando à paciente que eleve lentamente as mãos sobre a cabeça

e em seguida baixar e pressionar com as mãos as asas do osso ilíaco bilateralmente, para contrair a musculatura peitoral. A manobra de inclinação do tronco para frente com os braços abertos é útil em pacientes com mamas grandes ou pendulares e para melhor observação de retração do complexo areolopapilar, que pode sugerir malignidade. A palpação envolve as mamas, axilas e fossas supra e infraclaviculares. Deve ser realizada com a paciente em decúbito dorsal, os braços estendidos para trás da cabeça. Com a face palmar da mão, percorrer os quadrantes mamários no sentido horário da porção mais externa a mais interna, até chegar à porção central da mama, onde está o complexo areolopapilar. Pode-se complementar a palpação em caso de dúvida, utilizando a técnica com as polpas digitais em compressões superficiais, médias e profundas. Para se palpar a cadeia axilar esquerda, o braço esquerdo do examinador apoia o braço esquerdo da paciente que deve estar fletido e em ângulo de 90 graus com o tórax. Com a mão direita o examinador palpa a cadeia axilar, nos diferentes níveis, bem como as fossas infra e supraclaviculares. Para se palpar a cadeia axilar direita, fazemos o oposto, e o examinador utiliza a mão esquerda para a palpação. A expressão papilar deverá ser realizada rotineiramente se houver história de secreção espontânea ou presença de nódulos, devendo ser registrado a cor, consistência, quantidade e local exato^(2,3,6,17,19,22).

Exame da genitália externa

Para o exame da genitália externa, coloca-se a mulher adequadamente em posição ginecológica pedindo a ela que deslize para a ponta na mesa de exame até as nádegas ultrapassarem um pouco a margem da mesa. As coxas devem manter-se em flexão, abdução e rotação externa na altura dos quadris, cobrindo a paciente da metade do abdome até os joelhos, e a cabeça apoiada em um travesseiro. Antes de se iniciar o exame, o examinador deve explicar cada etapa do procedimento, se posiciona sentado de frente para a genitália, com auxílio de foco luminoso já posicionado, mãos enluvadas, evitando movimentos inesperados ou bruscos, agindo sempre de maneira delicada e observando as reações da paciente^(3,6,17).

O exame da vulva consiste na inspeção do monte de Vênus, os grandes lábios e o períneo. Quando se afasta os grandes lábios, se inspeciona os pequenos lábios lateralmente, o clitóris, o meato uretral, o vestíbulo vulvar, o hímen ou carúnculas himenais e a fúrcula vaginal⁽²³⁾. A palpação da glândula de Bartholin está indicada se houver uma história de processo infeccioso ou cístico. Realiza-se introduzindo o dedo indicador na vagina, próximo à extremidade posterior do introito e o polegar por fora da parte posterior dos

grandes lábios. No caso de adolescentes ou pacientes com suspeitas sindrômicas, avalia-se a presença de pilificação de acordo com os estágios de Tanner. Na inspeção do monte de Vênus observar a distribuição pilosa, que deve ser triangular com a base voltada superiormente, mesmo nas pacientes que realizam depilação. Diante da queixa de prurido, deve-se afastar lesão dermatológica. Nos grandes lábios observar a presença de lesões granulomatosas, herpéticas, condilomatosas, alterações de cor vulvar, doenças epiteliais não neoplásicas ou lesões suspeitas de malignidade. Nos pequenos lábios avaliar simetria e coloração, pois são estrogênicos dependentes, bem como podem ser sede de lesões infecciosas e malignas. No clitóris observar o tamanho, pois normalmente mede 1 cm. No meato uretral notar a presença ou não de carúncula uretral^(18,19). O vestíbulo vulvar é o espaço limitado anteriormente pelo clitóris, lateralmente pelos pequenos lábios e posteriormente pela fúrcula vaginal, onde estão localizados os orifícios da uretra, das glândulas de Skene e da vagina, que também podem apresentar lesões infecciosas, malignas, distopias genitais, leucorreias. O hímen separa o vestíbulo vulvar da vagina, podendo estar íntegro ou roto, formando as carúnculas himenais. A fúrcula vaginal resulta da fusão dos grandes lábios na região mediana posterior. O períneo é a região entre a fúrcula vulvar e o ânus, necessitando ser avaliado a presença de cicatrizes, pois pode ter sido rompido em parto transpélvico. Para complementar a inspeção, realiza-se a inspeção dinâmica através da manobra de Valsalva, para avaliar distopias genitais e incontinência urinária^(2,3,6,8,17,24).

Exame da genitália interna

Para o exame da genitália interna, inicia-se pela vagina utilizando espéculo bivalvar, que pode ser de Collins ou Collins e Graves, de aço ou material descartável, de tamanho adequado sem lubrificação prévia. O espéculo de número 1 é preferível nas mulheres nulíparas e com hipoestrogenismo, enquanto que o número 2 ou maior é utilizado nas mulheres que já tiveram um parto por via transpélvica. Para a introdução do espéculo, sempre com as mãos enluvadas, afastar os pequenos lábios com os dedos da mão esquerda e o espéculo na mão direita apoiado na fúrcula e no períneo, angulado a 75 graus para evitar traumas uretrais. Este é introduzido, girando lentamente até ângulo de 90 graus, direcionando a ponta do espéculo para o fundo de saco Douglas^(3,9,17,20,23).

O exame da vagina só é possível quando são afastadas as lâminas do espéculo, com isto possibilitando visualizar o conteúdo vaginal, a quantidade, a consistência, cor, odor, presença de bolhas e sinais inflamatórios. A visualização das paredes vaginais

torna-se importante quanto a coloração, rugosidade, trofismo, comprimento, elasticidade, fundos de sacos laterais, anterior e posterior. Analisar presença ou não de cistos, tumorações, bridas, fístulas e cicatrizes. Observar o colo uterino, quanto a sua localização, forma, volume e forma do orifício externo, se puntiforme ou em fenda, presença de muco, sangue ou outras secreções, cistos de Naboth, pólipos, ectopias, hipertrofias, focos de endometriose, miomas paridos. Em conjunto com o exame especular, pode-se realizar procedimentos diagnósticos como: coleta de citologia oncótica cervical, teste de Schiller, coleta de conteúdo vaginal e cervical para exame a fresco e de biologia molecular, teste pós-coito, punção de fundo de saco de Douglas, biópsias de vagina, colo uterino e endometrial, colposcopia, histeroscopia diagnóstica e histerometria; ou procedimentos terapêuticos como: polipectomia, cauterizações, histeroscopia cirúrgica ambulatorial, punção de folículos ovarianos para fertilização assistida, inserção e retirada de DIU⁽²⁴⁾. Após o exame, retirar o espéculo cuidadosamente^(2,3,6,8,17,23).

O exame do útero e dos anexos é realizado através do toque vaginal combinado, que é feito com o médico de pé com a mão mais hábil enluvada, dedo indicador e médio lubrificadas, que devem ser introduzidos na vagina no sentido posterior com o bordo cubital dos dedos deprimindo a fúrcula. O polegar deve estar abduzido e o anular e o mínimo fletidos na direção da palma da mão. Avaliar o tônus muscular perineal e pesquisar nodularidades e hipersensibilidade vaginal. Palpar o colo uterino verificando: posição posterior, formato cilíndrico, comprimento, consistência elástica, superfície lisa e regular e hipersensibilidade, bem como palpar os fôrnices. Para a palpação uterina é necessário que a outra mão pressione parede abdominal em direção à profundidade, entre o umbigo e sínfise púbica, enquanto os dedos que estão dentro da vagina realizam uma elevação do colo. Com isto avaliam-se volume, forma, consistência firme, superfície regular e lisa, mobilidade, situação mediana e orientação em ante-versão ou retro-flexão. A palpação dos anexos, que envolvem os ovários e trompas, só é possível quando aumentados de volume. Para melhor avaliação do paramétrio, nos casos de tumores ou processos inflamatórios, é recomendado o toque retal, bem como, nos casos de vaginismo, agenesia de vagina, septos vaginais, pós-irradiação, pacientes com hímen íntegro, e acentuado hipoestrogenismo^(2,3,6,8,17,18) (Fig. 1).

Conclusão

A consulta ginecológica é importante tanto para o ginecologista, quanto para o médico da atenção primária em saúde, pois trata-se de um momento singular da relação médico paciente e que difere de

outras especialidades por se tratar de temas específicos voltados à intimidade da mulher, que envolve exame físico da genitália e mama. A qualidade dessa história e do exame físico ginecológico interfere diretamente no diagnóstico e na forma de tratamento, principalmente para o médico da atenção primária à saúde, que não deve esquecer que a abordagem deve ser holística sendo realizada como um instrumento para conhecer e entender a mulher como um ser biopsicossocial.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF) : Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf> [29 set 2013].
2. Oliveira JM. Semiologia ginecológica. In: Oliveira CF. Manual de ginecologia. Lisboa: Permanyer Portugal; 2009. v.1, p.81-105.
3. Ferreira ALCG. Consulta ambulatorial. In: Santos LC, Mendonça VG, Schettini JAC, Ferreira ALCG, Leite SRRF, Menezes TC. Ginecologia ambulatorial baseada em evidências. Rio de Janeiro: Medbook; 2011. p. 11-24.
4. Mowery D, Wiebe J, Visweswaran S, Harkema H, Chapman WW. Building an automated SOAP classifier for emergency department reports. J Biomed Inform. 2012; 45:71-81.
5. Berek JS, Hillard PJA. Initial assessment and communication. In: Berek JS – Novak's gynecology. 13th Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 3-20.
6. Bickley L. Genitália feminina. In: Bickley L. Propedêutica médica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005. p. 371-96.
7. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2010.
8. Carrara HHA, Duarte G. Semiologia obstétrica. Medicina (Ribeirão Preto). 1996; 29:88-103.
9. Sartori MGF, Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR. Anamnese em ginecologia. In: Girão JBC, Lima GR, Baracat EC. Ginecologia. Barueri (SP): Manole; 2009. p. 3-7.
10. Oliveira PM, Oliveira RPC, Iane EMT, Gomes VMC, Santos MLJ, Grassi MFR. Prevalência e fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical em mulheres infectadas pelo HIV, em Salvador, Bahia, Brasil. São Paulo Med J. 2010; 128:197-201.
11. Coleman JS, Gaydos AC, Witter F. Trichomonas vaginalis vaginitis in obstetrics and gynecology practice: new concepts and controversies. Obstet Gynecol Surv. 2013; 68:43-50.
12. Merck. Problemas de saúde da mulher. In: Merck. Manual Merck - Saúde Para a Família. [monografia on line]. Disponível em: http://mmspf.msdonline.com.br/pacientes/manual_merck/secao_22/cap_231.html [29 set 2013].
13. Ghiaroni J. Anamnese em ginecologia. In: Oliveira HC, Lemgruber I, editores. Tratado de ginecologia da FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. v. 1, p. 122-3.
14. Ribeiro RM, Rossi P. Avaliação clínica. In: Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA. Uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Roca; 2001. p. 25-8.
15. Chang JC, Odrobina MR, McIntyre-Seltman. The Effect of student gender on the obstetrics and gynecology clerkship experience. J Womens Saúde (Larchmt). 2010, 19:87-92.
16. Figueiredo Neto JA, Figueiredo ED, Barbosa JB, Barbosa FF, Costa GRC, Nina VJS, et al. Síndrome metabólica e menopausa: estudo transversal em ambulatório de ginecologia. Arq Bras Cardiol. 2010; 95:339-45.

17. Dodge JE, Covens AL, Lacchetti C, Elit LM, Le T, Devries-Aboud M, et al. Management of a suspicious adnexal mass: a clinical practice guideline. *Curr Oncol.* 2012; 19:e244–57.
18. Nwadioha SI, Nwokedi EO, Egesie J, Enejuo H. Vaginal candidiasis and its risk factors among women attending a Nigerian Teaching Hospital. *Niger Postgrad Med J.* 2013; 20:20-3.
19. Hinten F, van den Einden LC, Hendriks JC, van der Zee AG, Bulten J, Massuger LF, et al. Risk factors for short- and long-term complications after groin surgery in vulvar cancer. *Br J Cancer.* 2011; 105:1279-87.
20. Hung MJ, Chou CL, Yen TW, Chuang YC, Meng E, Huang ST, et al. Development and validation of the Chinese Overactive Bladder Symptom Score for assessing overactive bladder syndrome in a RESORT study. *J Formos Med Assoc.* 2013; 112:276-82.
21. Bojikian LP, Massa M, Martin RHC, Teixeira CP, Kiss MAPD, Bohme MTS. Auto-avaliação puberal feminina por meio de desenhos e fotos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2002; 7:24-34.
22. Nguyen MN, Larocque D, Paquette D, Irace-Cima A. Quebec breast cancer screening program. A study of the perceptions of physicians in Laval, Que. *Can Fam Physician.* 2009; 55:614–20.
23. Lôpo SS, Oliveira PM, Santana IU, Pena GB, Torrales MB, Mascarenhas RE, et al. Evidência de maior prevalência de infecção pelo HPV em mulheres infectadas pelo HTLV-1: um estudo de corte transversal. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2012; 45:305-8.
24. Fitz FF, Santos ACC, Stüpp L, Bernardes APMR, Marx AG. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. *Femina.* 2011; 39:387-93.

Trabalho recebido: 15/11/2013

Trabalho aprovado: 20/08/2014