

# Semiologia ginecológica: uma atualização no atendimento da mulher na atenção primária à saúde

Gynecology semiology: an update of the care of women in primary health care

Maria Carolina Marchioni da Silva <sup>1</sup>, Solange Saguier Hildebrand <sup>1</sup>, Sheldon Rodrigo Botogoski <sup>1,2</sup>,  
Tânia Maria Santos Pires <sup>1</sup>, Renata Maria de Bittencourt Druszcz <sup>1</sup>

## Resumo

**Introdução:** O presente trabalho se constitui como artigo de atualização acerca do tema semiologia ginecológica, visando oferecer subsídios para a consulta ginecológica, realizada por médicos da atenção primária à saúde e por médicos ginecologistas. **Objetivo:** dar subsídios teóricos ao profissional da saúde, de modo a agregar recursos para a compreensão de queixas das pacientes, abordagem de temas como a atenção a sinais de violência contra a mulher, buscando auxiliar no estabelecimento de vínculo médico-paciente estável, pautado no respeito, na segurança e na individualização do cuidado, assim como oferecer recurso esquemático para a otimização do momento da consulta e assertividade do médico examinador. **Metodologia:** Através do acesso de literatura disponível em bases de dados como PubMed, Scielo e BVS, foram definidos tópicos imprescindíveis à consulta ginecológica, dando base à formulação de uma ficha clínica ambulatorial, que define o roteiro do atendimento ginecológico no ambiente da atenção primária à saúde. **Conclusão:** Parte-se da compreensão da consulta ginecológica como pilar fundamental do atendimento à saúde da mulher, com ampla aplicabilidade médica e com possibilidade de refletir em decisões futuras da paciente a respeito de sua saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, causando impacto em questões inerentes à saúde pública. Nesse contexto, pode-se concluir que estabelecer um roteiro de atendimento contribui de forma significativa na efetividade e resolutividade da consulta ginecológica no âmbito da atenção primária à saúde.

**Palavras-chave:** Ginecologia, Anamnese, Exame Ginecológico, Atenção primária à saúde

## Abstract

**Introduction:** The present paper constitutes an update article about the gynecological semiology, aiming to offer subsidies for gynecological consultation, carried out by doctors from the primary health care and by gynecologists. **Objective:** The aim of this study is to provide theoretical support to the health professional in order to add resources for understanding the patients complains, including theme such as signs of violence against women, seeking to establish a stable doctor-patient bond, based on respect, safety and individualization of care, as well as offering a schematic resource to optimize the medical approach. **Methodology:** Through the access to the literature available in the online database such as PubMed, Scielo and BVS, essential topics to the gynecological consultation were defined, based in the formulation of a ambulatory clinical form, which defines a script for gynecological care in the primary health care environment. **Conclusion:** It is understood that the gynecological consultation is a key pillar of women's health care, with wide medical applicability and with the possibility of reflecting on future decisions of the patient regarding her gynecological, sexual and reproductive health, directly impacting on inherent to public health. In this context, it can be concluded that establishing a schematic clinical record contributes significantly to the effectiveness and resolution of gynecological consultation in the context of primary health care.

**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. Em essas esferas, a assistência à mulher é amplamente amparada, com foco no plane-

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Curso de Medicina. Curitiba – PR - Brasil

2. Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Tocoginecologia. Curitiba – PR - Brasil

**Trabalho realizado:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Curso de Medicina. Curitiba – PR – Brasil / Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Tocoginecologia. Curitiba – PR – Brasil

**Endereço para correspondência:** Maria Carolina Marchioni da Silva. Rua Desembargador Westphalen, 824 aptº 603 - bloco B. - Rebouças - 80230-100 - Curitiba - PR

jamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, clínica ginecológica, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), câncer de colo de útero e mama, e climatério<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, enquadra-se a consulta ginecológica e, mais propriamente o exame ginecológico, como um importante pilar da assistência à saúde da mulher e como a etapa mais comumente realizada na prática ginecológica, dada sua aplicação variável, como, por exemplo, na investigação diagnóstica de neoplasias, de infecções sexualmente transmissíveis e na compreensão acerca de distúrbios de função sexual e reprodutiva<sup>(2-3)</sup>.

Embora represente um importante estágio para a consulta em saúde da mulher, as pacientes podem vivenciá-lo como uma experiência negativa, amplificada por sentimentos de vergonha, de desconhecimento sobre a realização do exame ginecológico, ansiedade e medo da dor, levando, muitas vezes, ao evitamento deste. Assim, a postura do médico examinador é determinante, inclusive, para tomada de decisões futuras da mulher em relação à sua saúde ginecológica, sendo, portanto, imprescindível à criação de estável relacionamento médico-paciente, assim como a garantia de segurança, acolhimento, individualização do cuidado, respeito e valorização dos direitos da paciente e oferta de informações de qualidade por parte do profissional<sup>(2-3)</sup>.

Este artigo de revisão visa abordar a semiologia ginecológica por meio da criação de um roteiro de anamnese dirigida e exame físico ginecológico (Figura 1). O intuito deste é orientar médicos da atenção primária à saúde e médicos ginecologistas durante o atendimento da mulher, oferecendo recursos para a compreensão de queixas, abordagem de temas como a atenção a sinais de violência contra a mulher, na formulação de diagnósticos diferenciais e auxiliando na busca de soluções e terapêuticas adequadas.

## 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. Nesse contexto, quando falamos em semiologia ginecológica, estamos nos referindo ao estudo dos sinais e sintomas das modificações funcionais e das doenças do aparelho genital feminino<sup>(4)</sup>.

A consulta ginecológica apresenta características especiais, visto que, com frequência, o médico ginecologista é o único médico referencial daquela paciente, assumindo assim papel de seu clínico geral. Muitas vezes é esse médico que irá diagnosticar doenças gerais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, entre várias outras, cabendo a esse

profissional encaminhar aos profissionais das demais áreas. Em vista disso, uma boa anamnese e exame clínico completos são necessários<sup>(5)</sup>.

O médico ginecologista deve construir uma relação interpessoal de confiança, direcionando a consulta de forma abrangente à saúde da mulher, considerando sua esfera física, emocional e tudo que tange as relações do universo feminino<sup>(6)</sup>. A saúde sexual da mulher deve ser discutida para se obter uma visão completa da sua saúde. Recomenda-se que este tópico seja abordado na consulta inicial, em consultas de rotina e principalmente quando há suspeita de ISTs<sup>(7)</sup>.

Para a primeira consulta, recomenda-se a coleta da história clínica, exame físico geral e ginecológico, da maneira mais completa, como é apresentado a seguir. No acompanhamento subsequente, orienta-se o uso de forma mais simplificada, através do 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<sup>(8)</sup>.

## Acolhimento da paciente

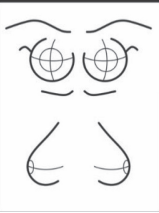
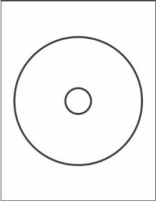
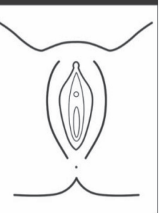
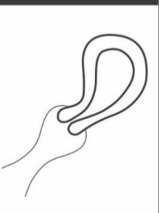
A política nacional de humanização, também conhecida como Humaniza SUS, foi instituída em 2003 e tem com uma de suas diretrizes o acolhimento, que se traduz como reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde<sup>(9)</sup>. Um bom acolhimento se constrói com uma boa escuta, ademais o profissional deve ser compreensivo, destituído de preconceitos, interessado e capaz de estabelecer um diálogo e comunicação efetiva<sup>(5,9)</sup>.

A comunicação é um alicerce essencial para se obter uma relação médico-paciente sólida, baseada em confiança, o que, por consequência, facilita a adesão da paciente a tratamentos e à realização de exames de rastreios que eventualmente possam ser necessários<sup>(10)</sup>.

A paciente deve se sentir acolhida desde o contato inicial, estando em local seguro no qual possa ser ouvida sem interferências externas ou fatores que possam causar distrações ou constrangimentos.<sup>(6)</sup>

## Anamnese

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 a formulação de uma hipótese diagnóstica<sup>(11)</sup>. Este primeiro contato do médico com a paciente deve ser o início de uma relação de confiança mútua, e, para isso, as habilidades de comunicação do profissional são de extrema importância.

FICHA CLÍNICA AMBULATORIAL DA MULHER					
Nome:		Nome social (se houver):			
Profissão/Ocupação:		Estado civil:		Idade:	No prontuário:
Naturalidade:			Procedência:		Data e hora:
Escolaridade:			Religião:		Cor:
<b>Queixa Principal:</b>			<b>Antecedentes Ginecológicos</b>		
Hist. Doença Atual:			Menarca:		DUM:
			Ciclos menstruais-Frequência:		Duração: Volume:
			Dismenorreia:		
			SPM:		
			Método anticoncepcional:		
			Corrimento:		
<b>Condições e Hábitos de Vida</b>			<b>Antecedentes Sexuais</b>		
Atividade Física:			Identidade de gênero:		
Alimentação:			Orientação Sexual:		
Tabagismo:			Sexarca:		Nº Parceiros (as):
Etilismo:			Prática anal:		Prática Oral:
Drogas:			Prazer sexual:		
<b>Antecedentes Mórbidos Pessoal (P) e Familiar (F)</b>			<b>Antecedentes Obstétricos</b>		
Cardiovasculares:			Gesta:		Aborto:
			Parto transpélvico:		Cesárea:
Endócrinas/ metabólicas:			Ectópica:		Intercorrências:
Vacinação:			1º parto:		Último parto:
Alergias:			Aleitamento:		
Viroses:					
ISTs:			Revisão de Sistemas		
Cirurgia/ transfusão:			Sintomas urinários:		
Câncer:			Sintomas intestinais:		
Medicamentos em uso:					
			Outros:		
Outros:					
Peso:	Altura:	IMC:	PA:	CA:	MMII:
<b>MAMAS</b>		Inspeção estática:		<b>EXAME ESPECULAR</b>	
		Inspeção dinâmica:			
		Palpação:			
		Aréola e papila:			
		Axilas e fossas:			
				Vagina:	
				Colo:	
				Muco cervical:	
				Colposcopia:	
<b>VULVA E PERÍNEO</b>		<b>Pilosidade:</b>		<b>TOQUE</b>	
		Lábios:			
		Clitórís:			
		Meato uretral:			
		Gl. Bartholin/ Skene:			
		Hímen:			
		Estática pélvica:			
		Incontinência urinária:			
				Assoalho pélvico:	
				Vagina:	
				Colo:	
				Útero:	
				Anexo D:	
				Anexo E:	
				Reto:	
Abdome:			Paramétrios:		Histerometria:
Impressão diagnóstica:					
Tratamento:					

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

Uma boa comunicação demanda paciência, dedicação e uma escuta atenciosa, tanto para a linguagem verbal e quanto para a não verbal da paciente. Além de bom ouvinte, o médico deve ser empático, compreensivo, honesto, respeitoso e genuíno para construção da confiança na relação médico-paciente<sup>(12)</sup>. Ainda, ressalta-se que em situações especiais – pacientes surdos ou com dificuldade de sonorização – os dados da anamnese podem ser obtidos pela Linguagem Brasileira De Sinais (LIBRAS), com ajuda de tradutores ou por meio da palavra escrita<sup>(13)</sup>.

A anamnese deve fluir da forma mais livre e espontânea possível. Os dados devem ser registrados no prontuário de forma fixa e organizada, contudo, isso não impõe que a entrevista médica tenha caráter de um depoimento engessado<sup>(6)</sup>.

Para uma anamnese completa algumas etapas são importantes: dados de identificação, queixa principal, história da doença atual, antecedentes mórbidos pessoais, antecedentes mórbidos familiares, antecedentes ginecológicos, sexuais e obstétricos, medicamentos, hábitos de vida e revisão de sistemas<sup>(11,14)</sup>.

## Dados de Identificação

Dados pessoais e demográficos da paciente são coletados neste momento. Deve-se incluir os seguintes elementos:

Data e hora – registrar os dois no momento do atendimento<sup>(11,14-15)</sup>.

Número do prontuário – A resolução do CFM N° 1.821/07 considera que é dever do médico elaborar um prontuário para cada paciente que presta assistência, sendo autorizada a digitalização do mesmo<sup>(16)</sup>. Recomenda-se a numeração do mesmo para otimizar o arquivamento e a busca em ocasião futura.

Nome - Registrar de maneira completa e sem abreviações. É neste momento que se deve atentar para nome social e, caso esteja presente, deve ser registrado.

Profissão/Ocupação – Importante para conhecer o ambiente de trabalho e possíveis riscos ocupacionais. Além da ocupação atual, é importante conhecer ocupações anteriores<sup>(13)</sup>.

Idade – 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 gênito-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<sup>(4-5)</sup>.

Cor – importante devido ao aparecimento de determinadas doenças, como leiomioma uterino, que é mais frequente em mulheres negras, em comparação com as brancas<sup>(14)</sup>.

Naturalidade e procedência – a importância reside no fato de que determinadas doenças são mais comuns em certas regiões do país e podem influenciar as doenças ginecológicas<sup>(17)</sup>.

Estado Civil – Registrar se for casada, com relacionamento estável não legalizado ou solteira. Acrescentar nome(s) do/a(s) parceiro/a(s).

Escolaridade: permite saber como abordar melhor a paciente, visando otimizar a comunicação.

Religião – Algumas religiões apresentam características que podem interferir no processo de saúde-doença, como nos casos das Testemunhas de Jeová.

## Queixa Principal

É o motivo pelo qual a paciente busca aquela consulta, muitas vezes não se relacionando a uma queixa física, e sim para prevenção oncológica, orientação para planejamento familiar e pré-natal<sup>(5,14,17)</sup>. Deve-se registrar com as próprias palavras da paciente.

## História Mórbida Atual

É o registro cronológico e detalhado da queixa principal. Indaga-se quando começou o sintoma, a duração, intensidade, evolução, fatores de alívio (medicamentos ou outros métodos), de agravo e condições associadas (tratamento anteriores relacionados à queixa principal)<sup>(14)</sup>.

Não se recomenda o registro, neste ponto da história, de exames laboratoriais ou de imagem, pois se trata de uma fase subjetiva da consulta. Recomendamos que essas informações sejam anotadas após o exame físico<sup>(5,17-18)</sup>.

## História Mórbida Progressa

Avalia-se minuciosamente o estado de saúde passado e atual da paciente. Deve-se incluir tanto moléstias da infância - sarampo, varicela, coqueluche, caxumba, moléstia reumática – quanto as da vida adulta<sup>(13)</sup>.

Aqui citamos as principais doenças que possuem repercussão clínica na saúde atual e futura da mulher, podendo ser fatores de riscos futuros ou modificarem a conduta médica.

- Sistema Cardiovascular/Metabólico/Endócrino: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, doenças vasculares (Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial obstrutiva periférica), histórico de TEV, valvulopatias, doenças renal crônica,



litíase renal, intolerância a glicose, diabetes, disfunções tireoidianas, osteoporose, obesidade, entre outros<sup>(19-20)</sup>.

- Neoplasias: O câncer de mama representa o câncer mais incidente na população feminina brasileira, representando 29,7% dos casos. Já o câncer de colo uterino ocupa o terceiro lugar, com 7,4% dos casos<sup>(21)</sup>. Essa alta incidência justifica a importância da abordagem do histórico pessoal de neoplasias ginecológicas, além das neoplasias de outros sistemas. Deve-se registrar tratamentos já feitos e qual o estágio atual da doença.

- Viroses: esclarecer ocorrência de rubéola, toxoplasmose, sarampo, caxumba e outras.

- ISTs: anotar incidência de HIV<sup>(22)</sup>, sífilis, tuberculose, condilomas, corrimentos<sup>(18,22-24)</sup>.

- Alergias: especificar se há a medicamentos, alimentos, produtos e/ou vacinas<sup>(14)</sup>.

- Medicamentos de uso contínuo: anotar dose, posologia, motivo pelo qual toma e qual profissional prescreveu. Possíveis interações medicamentosas podem influenciar o aparecimento de sintomas ginecológicos, tais como sangramentos, vulvovaginites e galactorreias, assim como reduzir a eficácia dos contraceptivos hormonais<sup>(5,14,17)</sup>.

- Vacinação: atentar-se principalmente para as de rubéola, difteria, tétano, hepatite B, HPV, influenza e outras que façam parte de campanhas de vacinação. Registrar data da aplicação<sup>(13-14)</sup>.

- Cirurgias prévias: quais foram realizadas, motivo da indicação cirúrgica, data do procedimento e em que serviço médico.

- Transfusão sanguínea: quando recebeu e por que motivo.

Quaisquer outros dados que o médico julgar relevantes à história clínica também devem ser registrados neste momento.

### **História Mórbida Familiar**

Os antecedentes de saúde dos pais, irmãos, tios e primos da paciente devem ser perguntados, com atenção especial a doenças como hipertensão arterial sistêmica, doenças coronarianas, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, diabetes, dislipidemia, úlcera péptica, colelitíase e enxaqueca<sup>(13)</sup>.

É de extrema importância a investigação do histórico de neoplasias na família, com atenção especial para o câncer de mama, de colo uterino, endométrio e ovários. Avaliar qual o parente acometido e em que idade recebeu o diagnóstico.

### **Antecedentes Ginecológicos**

A pesquisa deve incluir uma história menstrual detalhada. Em adolescentes que não tenham passado

pela menarca – data da primeira menstruação, é importante o registro da presença ou não de caracteres secundários<sup>(25)</sup>. Em mulheres na menarca, ou seja, aquelas que se encontram na sua fase reprodutiva da vida, deve-se registrar a data da menarca, o intervalo entre cada ciclo de menstruação, a duração do fluxo menstrual e o volume de sangue perdido. Registra-se também a data da última menstruação (DUM).

Fatores ambientais, condições socioeconômicas, genéticas e nutricionais influenciam a idade da menarca mas esta, em média, ocorre entre 12 e 13 anos de idade. A duração de um ciclo normal varia entre 21 a 35 dias, e com um fluxo menstrual de 8 dias ou menos<sup>(26)</sup>. O volume de sangue eliminado oscila entre 20 a 80mL, que pode ser calculado de maneira subjetiva por meio do número de absorventes ou tampões vaginais utilizados pela paciente. É estimado que um absorvente cheio acumule 15mL e que um com pouca quantidade retenha 5ml<sup>(11,14,17)</sup>.

Pode-se utilizar a fórmula *Frequência/Duração e Volume* para simplificar o registro das informações, como por exemplo: 28-28/4 e 50 ml, que representa um ciclo com frequência de 28 dias, duração de 4 dias e volume de sangue perdido de 50 ml.

Além dos dados menstruais, orienta-se questionar sobre sintomas pré-menstruais. Há mais de 150 sintomas identificados na literatura médica que compõe a síndrome pré-menstrual. Entre os sintomas mais comuns podemos citar: mastalgia, dor/desconforto abdominal, acne, sintomas comportamentais – diminuição da concentração, mudança de hábitos alimentares e hábitos de sono; assim como sintomas emocionais – aumento da irritabilidade e labilidade de humor<sup>(27)</sup>.

Sintomas comuns do período da perimenopausa começam a aparecer em média aos 47 anos ou 4 a 6 anos antes da menopausa e podem permanecer por um tempo mesmo após o final do período menstrual da mulher. Entre os sintomas mais relatados, podemos citar: fogachos, menstruação irregular, insônia, alterações do humor – depressão e ansiedade – mastalgia, cefaleia e ressecamento vaginal<sup>(28)</sup>. Todos os sintomas relatados pela paciente devem ser registrados, assim como a data da menopausa.

Quanto ao uso de método anticoncepcional, deve-se questionar se está em uso de algum ou se já fez uso de algum método. Perguntar sobre os efeitos positivos e negativos de métodos já usados ou em uso<sup>(22)</sup>. Além de conhecer o risco de uma possível gestação, possibilita a discussão dos desejos gestacionais da paciente.

Uma queixa muito frequente nas consultas ginecológicas é o corrimento vaginal. Deve-se sempre questionar a sua duração, quantidade, coloração (branco, amarelo, esverdeado ou acinzentado), textura (homogênea, fluida ou grumoso), odor e variações com

o ciclo menstrual. Ademais, sintomas associados como prurido, dispareunia, disúria e desconforto pélvico devem ser questionados<sup>(29-30)</sup>.

Entre os diagnósticos diferenciais de corrimento vaginal podemos citar as vulvovaginites infecciosas, as não-infecciosas e as cervicites. Contudo, é necessário lembrar que nem sempre a presença de descarga vaginal é patológica. A queixa da paciente pode ser um simples corrimento fisiológico. O fluxo vaginal normal varia de acordo com o ciclo menstrual, a idade, a excitação sexual, temperatura do ambiente e o estado emocional da paciente. Apresenta uma coloração transparente ou esbranquiçada, é inodoro, tem aspecto mucoide, textura homogênea ou pouco grumosa e o seu PH normal varia de 3,8 a 4,5<sup>(30-31)</sup>.

### Antecedentes Sexuais

Muitas pacientes podem se sentir desconfortáveis em falar sobre sua história sexual, seja por crenças ou tabus culturais. Por esse motivo, é importante salientar a importância desses dados para um bom exame médico e esclarecer que esses são tão importantes quanto os outros dados de sua história médica. Sempre informar para a paciente que, assim como o resto de entrevista médica, todas as informações da consulta são confidenciais<sup>(7)</sup>.

De acordo com OMS, a sexualidade compõe um aspecto central da vida humana e engloba não somente o sexo, mas como a identidade de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, intimidade e reprodução<sup>(32-33)</sup>. Em uma consulta, questionar esses aspectos da vida da mulher é necessário para um melhor entendimento de suas práticas, desejos e de sua saúde sexual.

A idade da sexarca – primeira relação sexual – demarca fatores importantes na saúde da mulher. Adolescentes com a sexarca muito precoce tendem a usar menos métodos contraceptivos, têm tendência a terem múltiplos parceiros, são mais suscetíveis a ISTs e ao câncer de colo de útero, apresentam menor autoestima e maior risco de depressão<sup>(34)</sup>.

Para pacientes sexualmente ativas ou que já tiveram vida sexualmente ativa em algum momento de sua vida, sugere-se a coleta desses dados pela regra dos 5°P°: Parceiros, Práticas, Proteção contra ISTs, Passado de ISTs e Prevenção de gravidez<sup>(7)</sup>.

**Parceiros:** número de parceiros sexuais e gênero.

**Práticas:** tipo de relação sexual: vaginal, anal e oral.

**Proteção contra ISTs:** Questionar se utiliza algum método de proteção contra ISTs. Se a paciente afirmar não utilizar ou utilizar às vezes, averiguar o motivo para melhor orientação.

**Passado de ISTs:** se já possui diagnóstico prévio, quando foi feito e tratamento já utilizado. Recomenda-se

perguntar se já foi testada para HIV, Sífilis, Hepatites B e C em algum momento e se gostaria de ser testada.

**Prevenção de gravidez:** Primeiramente, deve-se questionar acerca do desejo da paciente. Se não apresentar desejos gestacionais no momento, questionar sobre o uso de anticoncepção. Discutir planejamento familiar é essencial para o planejamento da contracepção.

Ainda se tratando do ato sexual, deve-se questionar sobre a presença de dispareunia, que é definida como dor genital recorrente ou persistente que ocorre antes, durante ou após a relação sexual. A suas causas podem ser tanto orgânicas como psicológicas, o que exige uma investigação cuidadosa e detalhada<sup>(33)</sup>.

### Antecedentes Obstétricos

Em pacientes multíparas, é importante registrar número de gestações tóxicas e/ou ectópicas, número de partos, a via de parto - transpélvicos (TP) ou cesarianas (CST) e a evolução dos períodos do trabalho de parto nas gestações passadas. É importante conhecer se a paciente apresentou complicações relacionadas à gestação, como pré-eclâmpsia/eclâmpsia, restrição de crescimento fetal, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, baixo peso ao nascer ou anomalias congênitas<sup>(35)</sup>. Anotar a idade em que ocorreram o primeiro e último partos.

Também cabe ao profissional questionar se houve abortamentos, se foram provocados ou espontâneos, precoces ou tardios, assim como se houve complicações relacionadas ao aborto e qual foi a conduta médica adotada.

Em mulheres que amamentaram, avaliar como foi o processo de aleitamento, o tempo de amamentação de cada filho e se houve intercorrências relacionadas a amamentação, como fissura ou mastites<sup>(36)</sup>.

### Hábitos de Vida

O estilo de vida engloba assuntos muito heterogêneos e que apresentam efeitos diretos e indiretos na saúde de uma pessoa. A análise de certos hábitos de vida permite prever riscos para determinadas patologias, como neoplasias, doenças cardiovasculares e complicações obstétricas. Entre os hábitos a serem documentados na anamnese podemos incluir os seguintes<sup>(13)</sup>:

- **Alimentação:** especificar o máximo possível o tipo e quantidade de alimento ingerido em cada refeição. Questionar principalmente sobre o consumo de carboidratos, proteínas, gorduras, fibras e quanto ao consumo diário de água.

- **Atividade Física:** avaliar o tipo de atividade física praticada, quantos dias na semana pratica, por quanto

tempo e há quanto tempo pratica. Por outro lado, o sedentarismo deve ser avaliado, buscando entender quais motivos levam à falta de atividade física na vida da paciente.

- **Tabagismo:** perguntar se fuma, já fumou ou nunca fumou. Para tabagistas ou ex-tabagistas, registrar o tipo de cigarro que fuma (cigarro, charuto, cigarro de palha etc.), há quanto tempo fuma ou há quanto tempo parou e quantos maços fuma ao dia. Interrogar se já houve tentativa para cessar o tabagismo e quais foram os resultados. Registrar no prontuário a carga tabágica em maços/anos (número de maços fumado por dia x número de anos que fuma).

- **Etilismo:** averiguar o tipo de bebida consumida (cerveja, vinho, licor, destilados ou outros), a quantidade que é ingerida, com que frequência ingere, há quanto tempo apresenta esse hábito, se já tentou parar de beber e quais foram os resultados.

- **Uso de drogas ilícitas:** questionar qual ou quais as drogas que utiliza, o quanto usa, há quanto tempo usa e se já realizou algum tratamento.

As condições de moradia e sanitárias devem ser abordadas neste tópico também. Definir se é moradora da zona rural ou urbana, se mora em casa ou apartamento, se a moradia é de alvenaria ou não, se possui saneamento básico, coleta de lixo e se abriga animais domésticos. Assim como conhecer as condições de moradia, é necessário entender o ambiente em que mora, com quem mora e quais os vínculos com essas pessoas<sup>(13)</sup>.

## Revisão de Sistemas

A revisão de sistemas tem como objetivo a certificação de que nada seja esquecido. Muitas vezes, a paciente apresenta queixas relevantes para o seu estado de saúde, mas acaba esquecendo de as relatar durante a anamnese. Com o intuito de recordar essas eventuais queixas, realiza-se uma revisão compartimentalizada de cada sistema do corpo. São feitas perguntas ativas, questionando se a paciente apresenta algum sinal ou sintoma que a incomode.

Sugere-se a abordagem dos seguintes tópicos<sup>(13)</sup>, atentando-se na consulta ginecológica, a alguns sistemas em especial: Sintomas gerais; Pele e fâneros; Cabeça e pescoço; Tórax; Abdome; Sintomas gastrointestinais; Sistema geniturinário: sintomas urinários são muito comuns em mulheres. Questionar se houve alteração na frequência urinária, alteração no jato, se apresenta disúria dor e/ou desconforto. Quando há queixa de perda urinária, investigar se está relacionada ao esforço ou não e quais os impactos na sua qualidade de vida<sup>(14,18)</sup>. Continuando na revisão de sistemas abordar: Sistema endócrino; Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades; Músculos; Artérias, veias,

linfáticos e microcirculação; Sistema nervoso e Exame psíquico e avaliação das condições emocionais.

Ainda, no que tange a revisão de sistemas, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e a *American Medical Association* (AMA) recomendam que seja feito o rastreio de violência doméstica. O médico ginecologista e médicos da atenção primária que prestam atenção à mulher têm plena posição para identificar e dar suporte a mulheres que sofrem de violência, seja ela psicológica e/ou física<sup>(35,37)</sup>.

## Exame Físico Geral

Para que haja um adequado exame físico geral e ginecológico, é imprescindível que haja a compreensão das questões sociais e culturais que envolvem essa etapa da consulta, muitas vezes permeada por sentimentos de vergonha feminina. Partindo dessa compreensão, assegura-se ao exame físico geral e ginecológico individualização e privacidade para a paciente, dando suporte às demandas e garantindo que o local de realização do exame seja seguro, adequado, iluminado e climatizado, assim como a valorizando o direito de requisitar um acompanhante no momento do exame. Aconselhamos que haja a presença de um (a) profissional de enfermagem ou técnico (a) de enfermagem durante a realização do procedimento<sup>(38)</sup>. Já em hospitais escola, acadêmicos de medicina devem permanecer no momento do atendimento de acordo com a aceitação da mulher<sup>(5,14)</sup>.

Recomendamos que o exame físico geral preceda o exame ginecológico, devendo abordar todos os sistemas. É fundamental a descrição de 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<sup>(5,14,18)</sup>.

A seguir, o exame do abdome é realizado com a paciente em decúbito dorsal e deve ser precedido pelo esvaziamento vesical. Segue-se a ordem: inspeção, ausculta, palpação e percussão<sup>(13)</sup>. À inspeção, compreende-se a avaliação da forma, volume, tensão, abaulamentos, qualidade da pele – como presenças de estrias, cicatrizes – avaliação de pulsação e presença ou não de circulação colateral. Auscultam-se os quatro quadrantes do abdome, quantificando ruídos hidroaéreos e avaliando a presença de sopros abdominais sugestivos de aneurisma de aorta abdominal. A palpação justifica-se apenas pela necessidade de diagnóstico diferencial entre foco de doença abdominal e ginecológico e deve ser iniciada pela palpação superficial seguida da profunda, partindo sempre das regiões distantes de possível zona dolorosa. Deve-se avaliar contratatura, resistência, dor à palpação e pre-

sença massas pélvicas, que devem ser descritas quanto à forma, tamanho, aderência a planos profundos, sensibilidade e pulsação. Finalize com percussão para distinguir entre massas císticas e ascite<sup>(20)</sup>.

## Exame Físico Ginecológico

O exame físico ginecológico é o procedimento mais comumente empregado na prática ginecológica, possuindo variável aplicabilidade, como para o rastreamento de neoplasias ginecológicas, planejamento familiar e rastreamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, sendo realizado em muitos momentos da vida da mulher<sup>(3,39)</sup>. Por essa razão, é fundamental que esse momento se constitua como uma experiência positiva para a mulher, sendo função do (a) examinador (a) proporcionar segurança em relação à privacidade da paciente, explicações em relação à avaliação a ser realizada, auxiliar na compreensão de anatomia e fisiologia vaginal, visando garantir à paciente autoconhecimento e ofertando subsídios para a tomada de decisão da mulher sobre sua saúde ginecológica. É fundamental, portanto, que a mulher compreenda a importância da realização de exames periódicos, assim como das etapas da avaliação ginecológica, de modo a fortalecer a relação médico-paciente, diminuir sensações de vergonha e/ou insegurança, aumentando a adesão ao exame e a detecção precoce de alterações ginecológicas<sup>(40)</sup>.

A realização do exame ginecológico não requer que a paciente esteja completamente despida, devendo ser garantido a ela o uso de avental e a cobertura com lençol, visando a menor exposição da paciente. O desnudamento será realizado progressivamente à medida em que as regiões forem examinadas e apenas durante o momento do exame. O exame ginecológico engloba o exame das mamas, da genitália externa, da genitália interna, devendo seguir essa ordem de execução<sup>(13)</sup>.

## Exame das mamas

O exame das mamas divide-se em inspeção estática, dinâmica, palpação, expressão mamilar e exame de linfonodos axilares e supraclaviculares<sup>(13)</sup>.

Na inspeção estática, coloca-se a paciente sentada de frente para o observador, com o tórax desnudo, e membros superiores relaxados paralelamente ao tronco. Devem ser avaliadas alterações de pele, pigmentação da mama e aréola, presença de cicatrizes, retrações e abaulamentos, presença de sinais flogísticos, além da avaliação da simetria mamária. 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<sup>(41)</sup>.

À inspeção dinâmica compreende-se a realização de manobras que visem realçar possíveis retrações e abaulamentos, que podem sugerir ou não processos malignos, bem como verificar o comprometimento dos planos musculares, cutâneo e gradeado costal. Solicita-se à paciente a elevação lenta das mãos sobre a cabeça, de modo a aumentar a tensão dos ligamentos de Cooper. Após a avaliação, solicita-se abaixar os braços e pressionar com as mãos as asas do osso íliaco 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 inicia-se com a paciente ainda sentada, de frente para o examinador, partindo das mamas, às cadeias linfáticas supra e infraclaviculares e axilares. Para avaliação dessas últimas, o examinador apoia o braço da paciente (ipsilateral à cadeia analisada), fletido e em ângulo de 90° com o tórax. Então, com as pontas dos dedos, palpam-se as cadeias axilares superficiais e profundas, assim como as cadeias supraclaviculares. O examinador deve realizar sempre a palpação com a mão contralateral ao lado examinado da paciente. Deve-se, ao detectar linfonodomegalias, realizar a descrição dos linfonodos quanto à localização, número, maior diâmetro transversal, consistência, forma, além de aderência a planos profundos e estruturas adjacentes.

A palpação deve ser continuada com a paciente, agora, em decúbito dorsal, com as mãos atrás da cabeça e os braços bem abertos. Com a face palmar da mão, o examinador deve percorrer os quadrantes mamários no sentido horário da porção mais externa à 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.

Deve-se avaliar alterações de parênquima mamário, como áreas de condensação e nódulos, sendo fundamental descrevê-los em relação aos limites, consistência, mobilidade, fixação nas demais estruturas adjacentes e diâmetro<sup>(13)</sup>. Deve-se complementar a palpação com a expressão papilar, em especial se houver história de secreção espontânea ou presença de nódulos, devendo ser registrada a cor, aspecto, consistência, quantidade, localização e se provém de um único nódulo ou de vários<sup>(4,5,14,42-44)</sup>.

## 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 poucos centímetros da margem da mesa. As coxas devem se manter em flexão, abdução e rotação externa na altura dos quadris, cobrindo com lençol a paciente da metade do abdome até os joelhos, e com a cabeça apoiada em um travesseiro. Antes de se iniciar o exame, o examinador deve explicar cada etapa do procedimento, posicionar-se 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<sup>(5,14,42)</sup>.

O exame da vulva consiste na inspeção do monte de Vênus, dos grandes lábios e do períneo. Quando se afasta os grandes lábios, se inspeciona os pequenos lábios lateralmente, o clitóris, o meato uretral, o vestibulo vulvar, o hímen ou carúnculas himenais e a fúrcula vaginal<sup>(45)</sup>. Na inspeção do monte de Vênus, observa-se a distribuição pilosa, que deve ser triangular com a base voltada superiormente, mesmo em pacientes que realizam depilação. Diante da queixa de prurido, deve-se afastar lesão dermatológica.

No caso de adolescentes ou pacientes com suspeitas sindrômicas, avalia-se a presença de pilificação de acordo com os estágios de Tanner. Segue-se com a inspeção dos grandes lábios, observando a presença de lesões granulomatosas, herpéticas, condilomatosas, alterações de cor vulvar, doenças epiteliais não neoplásicas ou lesões suspeitas de malignidade. Após, nos pequenos lábios, avalia-se simetria e coloração, pois são estrogênios-dependentes, bem como podem ser sede de lesões infecciosas e malignas. Deve-se também avaliar o clitóris quanto ao tamanho, que, habitualmente, tem cerca de 1 cm exposto.

No meato uretral, deve-se notar a presença ou não de carúncula uretral<sup>(43,46)</sup>. O vestibulo 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 (localizadas entre a uretra e a vagina) e da vagina, que também podem apresentar lesões infecciosas, malignas, distopias genitais, leucorreias. O hímen separa o vestibulo 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, região entre a fúrcula vulvar e o ânus, deve ser avaliado quanto a integridade e presença de cicatrizes, seja por rotura em parto transpélvico ou perineoplastia. Posteriormente, deve ser inspecionado o ânus, avaliando plicomas, hemorroidas, fissuras, malformações e prolapso<sup>(13)</sup>.

Para complementar a inspeção, realiza-se a inspeção dinâmica por meio da manobra de Valsalva,

para avaliar distopias genitais e incontinência urinária<sup>(4-5,14,17,42,47)</sup>. Posteriormente, realiza-se a palpação se julgar necessário, como da glândula de Bartholin, que está indicada se houver uma história de processo infeccioso ou cístico. Deve ser realizada introduzindo o dedo indicador na vagina, próximo à extremidade posterior do introito e o polegar por fora da parte posterior dos grandes lábios.

## Exame da genitália interna

O exame da genitália interna deve ser iniciado pelo exame especular<sup>(48)</sup>. Usa-se o espéculo bivalvar, que pode ser de Collins ou Collins e Graves, estéril, de aço ou material descartável, de tamanho adequado sem lubrificação prévia. Não existem padrões estabelecidos para a seleção dos espéculos, mas, de forma geral, deve se considerar características anatômicas individuais, escolhendo sempre o menor espéculo capaz de proporcionar um exame adequado, visando menor desconforto para a paciente e visualização ampla do local analisado<sup>(49)</sup>. O espéculo é introduzido fechado pelo examinador, com as mãos enluvadas, que deve afastar os pequenos lábios com os dedos da mão esquerda e posicionar o espéculo com a mão direita apoiado na fúrcula e no períneo, angulado a 75 graus para evitar traumas uretrais. A introdução deve ser feita girando lentamente até ângulo de 90 graus, direcionando a ponta do espéculo para o fundo de saco Douglas<sup>(5,18,42,45,50)</sup>.

Devem ser inspecionados o conteúdo vaginal – em relação a quantidade, a consistência, cor, odor, presença de bolhas e sinais inflamatórios – e o colo uterino, quanto 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, podem ser realizados procedimentos diagnósticos como: coleta de citologia oncótica cervical, 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 – realizar aplicação de ácido acético 5%, seguida pela solução de lugol (teste de Schiller); 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<sup>(47)</sup>.

O espéculo deve ser retirado cuidadosamente e em sentido inverso à colocação. Durante a retirada, devem ser analisadas as paredes vaginais a coloração, rugosidade, trofismo, comprimento, elasticidade, fundos de sacos laterais, anterior e posterior. Ana-

lisar presença ou não de cistos, tumorações, bridas, fístulas e cicatrizes<sup>(38)</sup>.

À inspeção, seguem-se os toques vaginais bidigital e combinado, a fim de examinar útero e anexos. O toque bigital deve ser realizado com o examinar em pé, braço apoiado sobre o joelho, 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 hiper-sensibilidade vaginal.

Deve-se palpar o colo uterino verificando orientação, mobilidade – mobilizando-o latero-lateralmente, ântero-posteriormente e superiormente – forma, volume, superfície, consistência, comprimento, sensibilidade, orifício externo e lacerações. Devem ser palpados também fôrnices, ou fundos de saco, e avalia-los quanto a distensibilidade, profundidade, sensibilidade, se estão livres ou ocupados – definir se por tumoração sólida ou cística, sua consistência e fixação a planos profundos<sup>(13)</sup>.

A palpação uterina é feita por toque combinado, ou seja, uma das mãos do examinador pressiona a 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 hipoprogesteronismo<sup>(4-5,14,17,42,46)</sup>.

## Conclusão

A consulta ginecológica se constitui como um momento essencial do trabalho de médicos ginecologistas e de médicos da atenção primária no cuidado à mulher, fundamental para o rastreio, tratamento e acompanhamento de doenças ginecológicas. Trata-se, também, de um importante momento para a paciente, uma vez que envolve sua intimidade, muitas vezes permeada por sentimentos de medo e vergonha, tabus e crenças culturais. Por essa razão, é fundamental que o profissional ofereça à paciente segurança, acolhimento, individualização do cuidado e informações de qualidade que garantam a ela subsídios para sua tomada de decisões em relação à sua saúde ginecológica, se-

xual e reprodutiva. Também é imprescindível a coleta de informações de qualidade sobre a história clínica e sobre a realização do exame físico, conferindo ao médico maior assertividade no diagnóstico e no tratamento a ser instituído. Com essa finalidade, o presente trabalho apresenta recursos em relação à semiologia ginecológica e à sequência da consulta, visando maior aproveitamento e assertividade pelo profissional e uma experiência positiva para a paciente.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990. 10p.
2. Ulker K, Kivrak Y. The Effect of Information About Gynecological Examination on the Anxiety Level of Women Applying to Gynecology Clinics: A Prospective, Randomized, Controlled Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(6):e23864.
3. Carvalho MLO, Furegato ARF. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2001 [citado 2020 Jan 14]; 3(1):1-9. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/698/771>
4. Oliveira JM. Semiologia ginecológica. In: Oliveira CFO, editor. Manual de ginecologia. Lisboa: Permanyer Portugal; 2009. p. 81-105.
5. Ferreira ALCG. Consulta Ambulatorial. In: Santos LC, Mendonça VG, Schettini JAC, Ferreira ALCG, Leite SRRE, Menezes TC, editores. Ginecologia ambulatorial baseada em evidências. Rio de Janeiro: Medbook; 2011. p.11-24.
6. Tizzot ELA. A relação médico-paciente na ginecologia. In: Alessi A, editor. A relação médico-paciente. Curitiba: Orange Monkey; 2014. p.140-5.
7. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. [Internet]. A guide to taking a sexual history. [citado 2020 Jan 12]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/treatment/SexualHistory.pdf>
8. Mowery D, Wiebe J, Visweswaran S, Harkema H, Chapman WW. Building an automated SOAP classifier for emergency department reports. *J Biomed Inform*. 2012; 45(1):71-81.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2013. 16p.
10. Rocha MGL, Linard AG, Santos LVF, Sousa LB. Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene (Online)* [Internet]. 2018; 19:e3341. [citado 2020 Jan 14]; Disponível em: [http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33382/pdf\\_1](http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33382/pdf_1)
11. Berek JS, Hillard PJA. Initial assessment and communication. In: Berek JS, editor. *Novak's gynecology*. 13<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 3-20.
12. Berek JS, Hillard PJA. Initial assessment and communication. In: Berek JS, editor. *Berek & Novak's Gynecology*. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 29-39.
13. Porto CC. *Semiologia médica*. 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014. 1335p.
14. Bickley L, Szilagy PG. Genitalia feminina. In: Bickley L, Szilagy PG. *Bates propedêutica médica*. Propedêutica médica. 11<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. p. 535-63.
15. Conselho de Federal Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2010. 70p.
16. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.821 de 23 de novembro de 2007. Aprova as

- normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2007.
17. Carrara HHA, Duarte G. Semiologia obstétrica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1996; 29(1):88-103.
  18. Sartori MGF, Girão MJBC, Baraca EC, Lima GR. Anamnese em ginecologia. In: Girão JBC, Lima GR, Baracat EC, editores. *Ginecologia*. Barueri(SP): Manole; 2009. p.3-7.
  19. Newman RA, Hameed AB. Matters of the Heart: Cardiovascular Health in Women Throughout Their Lifetimes. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46(3):515-25.
  20. Figueiredo Neto JAD, Figuerêdo ED, Barbosa JB, Barbosa FDF, Costa GRC, Nina VJDS, et al. Síndrome metabólica y menopausia: estudio transversal en ambulatorio de ginecología. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(3):339-45.
  21. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA; 2019. 70p.
  22. Oliveira PM, Oliveira RPC, Iane EMT, Gomes VMC, Santos MLJ, Grassi MFR. Prevalência e fatores de risco para neoplasia intraepitelial cervical em mulheres infectadas pelo HIV em Salvador, Bahia, Brasil. *São Paulo Med J*. 2010;128(4):197-201.
  23. Coleman JS, Gaydos AC, Witter F. Trichomonas vaginalis vaginitis in obstetrics and gynecology practice: new concepts and controversies. *Obstet Gynecol Surv*. 2013; 68(1):43-50.
  24. Merck. Manual Merck: saúde para a família. 2ª. ed. São Paulo: Roca; 2009. 1910p.
  25. Rehme MFB, Cabral Z. A consulta ginecológica da adolescente. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO - Atendendo a adolescente no consultório. São Paulo: FEBRASGO; 2017. p. 10-22. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 4, 2017)
  26. ACOG Committee Opinion No. 651: menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol*. 2015;126(6):e143-e146.
  27. Lee Y, Im EO. Stress and premenstrual symptoms in reproductive-aged women. *Health Care Women Int*. 2016; 37(6):646-70.
  28. Bacon JL. The menopausal transition. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017; 44(2):285-96.
  29. Soper DE. Genitourinary infections and sexually transmitted diseases. In: Berek JS, editor. *Berek & Novak's gynecology*. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p.1017-48.
  30. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Vulvovaginites. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Manual de orientação trato genital inferior e colposcopia*. São Paulo: FEBRASGO; 2010. p.60-93.
  31. Simões JA. Corrimento vaginal: um guia prático para o manuseio. *Femina*. 1999; 27(2):161-6.
  32. World Health Organization. Defining sexual health Sexual - Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Geneva: WHO; 2006. 35p.
  33. Rao TS, Nagaraj AK. Female sexuality. *Indian J Psychiatry*. 2015; 57(Suppl 2):S296-S302.
  34. Lara LAS, Abdo CHN. Age at initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(5):417-23.
  35. Souza NST. Anamnese obstétrica. In: Peixoto S, editor. *Manual de assistência pré-natal 2014*. São Paulo: FEBRASGO; 2014. p.68-74.
  36. Duarte G. A primeira consulta e a programação do calendário de seguimento no pré-natal. In: Peixoto S, editor. *Manual de Assistência Pré-natal 2014*. São Paulo: FEBRASGO; 2014. p. 49-67.
  37. Lutgendorf MA. Intimate partner violence and women's health. *Obstet Gynecol*. 2019; 134(3):470-80.
  38. Bialy A, Wray AA. Gynecologic examination. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. [citado 2020 Abr 12]. Disponível em: <http://europepmc.org/books/NBK534223>
  39. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77(4):422-8.
  40. Jorge RJB, Diógenes MAR, da Cruz Mendonça FA, Sampaio LRL, Jorge Júnior R. Exame papanicolaou: Sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(5):2443-5.
  41. Bojkian LP, Massa M, Martin RHC, Teixeira CP, Kiss MAPDM, Böehme MTS. Auto-avaliação puberal feminina por meio de desenhos e fotos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012; 7(2):24-34.
  42. Dodge JE, Covens AL, Lachetti C, Elit L, Le T, Fung MFK. Management of a suspicious adnexal mass: a clinical practice guideline. *Curr Oncol*. 2012;19(4):e244-e257.
  43. Hinten F, Van Den Einden LCG, Hendriks JCM, Van Der Zee AGJ, Bulten J, Massuger LFAG, et al. Risk factors for short-and long-term complications after groin surgery in vulvar cancer. *Br J Cancer*. 2011; 105(9):1279-87.
  44. 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(6):614-20.
  45. 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(3):305-8.
  46. 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(1):20-3.
  47. Fitz FF, Cassemiro AC, Stupp L, Bernardes APMR, Marx A. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. *Femina*. 2011; 39(7):403-9.
  48. Rinko R, Yu I, Bakillah E, Alper L, Delaney C, Su M, et al. Sequence of pelvic examination affects patient-reported pain. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018; 24(2):150-4.
  49. Bates CK, Carroll N, Potter J. The challenging pelvic examination. *J Gen Intern Med*. 2011; 26(6):651-7.
  50. 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(5):276-82.

Trabalho recebido: 03/07//2020

Trabalho aprovado: 02/09/2020

Trabalho publicado: 04/09/2020