

Capítulo 1

CONSULTA GINECOLÓGICA

Margarida S. Matos

Eduardo Antônio Bari

Elenice Ramos

Márcia Sacramento Cunha Machado

Paula Matos Oliveira

1 INTRODUÇÃO

Para que a consulta ginecológica seja efetiva, é necessário que haja uma empatia entre o médico e a paciente. A postura médica, nesse momento, deve ser de receptividade e atenção aos mínimos detalhes expressados pela paciente, aceitando-os sem crítica, objetivando colher o máximo de informação para facilitar a suspeita clínica e, conseqüentemente, concluir o diagnóstico e a terapêutica.

Alguns autores preferem conduzir a anamnese de forma semelhante a dos clínicos gerais. Entretanto, outro grupo prefere conduzi-la iniciando com os questionamentos menstruais, sexuais e obstétricos, com a intenção de valorizar a área da queixa que, na verdade, é ginecológica, dando seguimento às queixas gerais.

2 ANAMNESE GINECOLÓGICA

Pode-se segmentar a anamnese nos seguintes tópicos:

- **Identificação** - Número de registro e data, nome da paciente, idade, cor, estado civil, profissão, religião, naturalidade, grau de instrução, endereço e telefone;
- **Queixa principal e sua duração;**
- **História da moléstia atual:** início da queixa principal e características principais a ela relacionadas;
- **Antecedentes ginecológicos:**
 - **Menstruais** - menarca, padrão menstrual (intervalos, duração do ciclo, quantidade +/++++), dismenorrea, síndrome pré-menstrual (SPM)

cefaleia, alterações dos ciclos, padrão da última menstruação, data da última menstruação (DUM), menopausa;

- **Sexuais** - coitarca, número de parceiros, vida sexual ativa ou inativa, libido e orgasmo, frequência dos coitos, dispareunia, sinusiorragia, história de doença sexualmente transmissível (DST), método contraceptivo;

- **Antecedentes obstétricos:**

- Número de gestações, partos e abortos (G/P/A), consulta pré-natal, tipo de parto, se houve complicações, data do último parto, aborto (espontâneo ou provocado), se houve complicações; interrogar sobre curetagem prévia; puerpério, amamentação – se houve e por quanto tempo;

- **Antecedentes médicos:**

- Doenças passadas (rubéola, tuberculose pulmonar);
- Imunizações;
- Cirurgias, traumatismos, outras doenças;
- Uso de medicamentos; alergia medicamentosa, hemotransusão e há quanto tempo;

- **Antecedentes familiares** – Câncer, diabetes mellitus, hipertensão arterial, tuberculose, doenças neurológicas e outras doenças hereditárias ou genéticas;

- **Hábitos de vida** – etilismo, tabagismo, drogas ilícitas, atividade física;

- **Interrogatório sistemático:**

- Segmento cefálico – Cefaleia, alterações visuais e auditivas?
- Aparelho cardiovascular – Palpitação, hipertensão, arritmia?
- Aparelho respiratório – Dispneia?
- Aparelho digestivo – Apetite, ritmo intestinal, dor abdominal?
- Aparelho urinário – Ardor à micção, urgência miccional, incontinência?
- Aparelho genital – Fluxo? (cor, odor, prurido), data do último preventivo.
- Mamas – Mastalgia? Nódulos? Mamografias prévias?
- Extremidades – Edema matutino ou vespertino? Dores em membros inferiores (MMII)? Varizes?
- Pele – Manchas e coloração.
- Sistema nervoso – Distúrbios neurológicos. (DE LUCA, 1981; OLIVEIRA; LEMGRUBER.; COSTA, 2001)

3 EXAME FÍSICO GERAL

- Orientar previamente à paciente (vestimenta, posição e esclarecimento), e solicitar à paciente esvaziar a bexiga para facilitar o exame.
- Exame preliminar - Avaliar: tensão arterial, fâcies, pele, pelos, mucosas, tireoide (aumento, nódulos).
- É conveniente lembrar que somente as regiões examinadas ficam descobertas no momento do exame.
- Preparar o material necessário ao exame e aos procedimentos previstos antes que a paciente deite na maca.

4 EXAME FÍSICO ESPECIAL

Refere-se ao exame das mamas, linfonodos, abdome e genitália.

4.1 EXAME DAS MAMAS

O exame das mamas é feito em duas etapas, como descritas a seguir.

Paciente sentada

4.1.1 Inspeção estática – Com a paciente sentada e mãos descansadas sobre as coxas, observar tamanho, simetria, forma, superfície, grau de desenvolvimento, coloração da aréola, tipo de mamilo (extruso ou intruso), abaulamentos, retrações, lesões, mamilos e mamas supranumerárias (politelia, atelia, polimastia ou amastia).

4.1.2 Inspeção dinâmica – Paciente ainda sentada, observar abaulamentos e/ou retrações através de uma das seguintes manobras: a) com a paciente ainda sentada, mãos nos quadris, relaxando e contraindo os grandes peitorais; b) mãos atrás da cabeça, movimentando os cotovelos para frente; c) com o corpo inclinado para frente e braços estendidos, tornando as mamas pendulares buscando tumorações, retrações.

4.1.3 Palpação axilar e fossas supraclaviculares – Palpar axilas e regiões supra e infraclaviculares para avaliar linfonodos. Para palpação dos linfonodos axilares: a) levantar o membro superior contraletaral ao do examinador e, com a outra mão, realizar a palpação; b) colocar a mão direita da paciente sobre o ombro esquerdo do examinador e, com a mão esquerda, palpar os linfonodos da axila direita. Seguir o mesmo processo para a axila contralateral. Realizar a palpação superficial da região supra e infraclavicular.

Paciente deitada

O médico deve se colocar à direita do leito.

4.1.4 Palpação e expressão mamária – Paciente em decúbito dorsal com as mãos colocadas sob o pescoço. Palpar as seis sub-regiões da mama, começando pela mama normal, caso haja queixa mamária. A palpação superficial deverá ser feita com as pontas dos dedos em movimentos circulares ou radiais (no sentido horário) da periferia para o centro da mama ou em paralelo, enquanto que a palpação profunda deverá ser feita com a palma da mão ou com dedilhação mais aprofundada. Começar a palpação pelo quadrante superior externo da mama a ser examinada (Figura 1).

Realizar a expressão mamária (no sentido da periferia para o centro). Se houver secreção, observar: quantidade, coloração, número de ductos. De acordo com a Figura 1.

Se registrar nódulos, observar as dimensões, número de nódulos, consistência, mobilidade, alterações de estruturas adjacentes, localização (quadrante e posição).

Justificar a necessidade do autoexame das mamas (BARACAT; LIMA, 2005; BEVILACQUA et al., 2001; DE LUCA, 1981; GIRÃO; LIMA; BARACAT, 2009; OLIVEIRA; LEMGRUBER; COSTA, 2001), ensinar e estimular as pacientes a realizá-lo.

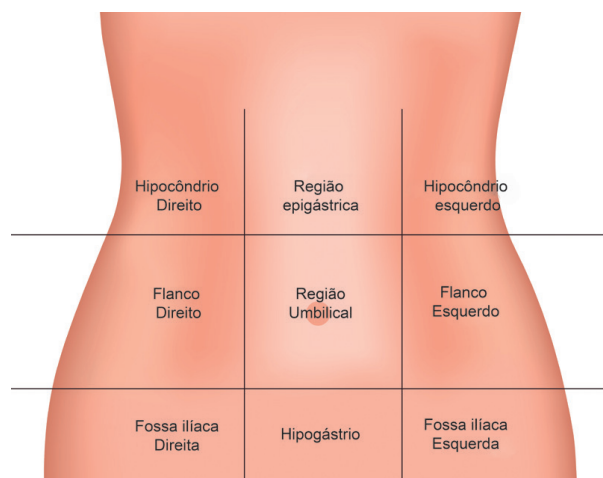
Figura 1 – Expressão mamária



4.2 EXAME DO ABDOME

4.2.1 Inspeção – Observar forma, volume, aspecto da pele, circulação colateral; presença de cicatrizes e abaulamentos nas nove regiões do abdome (Figura 2).

Figura 2 – Regiões abdominais



4.2.2 Palpação – Deve ser realizada cuidadosamente. A palpação superficial é realizada com as mãos espalmadas, percorrendo todo o abdome, exercendo pressão leve, procurando definir a presença de irregularidades e iniciando sempre pelas áreas não dolorosas. A palpação profunda é feita exercendo maior pressão no abdome, com o objetivo de encontrar alterações e/ou definir melhor os achados da palpação superficial. O hipogástrico e as fossas ilíacas são examinados detalhadamente nesse momento.

Caso a paciente apresente dor, observar a localização, a irradiação, se é espontânea ou provocada pela palpação.

Nos casos de tumor, avaliar localização, limites, volume, forma, superfície, consistência, mobilidade e sensibilidade.

A bexiga cheia pode confundir o exame do abdome.

4.3 EXAME DOS GENITAIS

Colocar a paciente em posição ginecológica (posição de talha litotômica), em que ela fica em decúbito dorsal, nádegas na borda da mesa, pernas fletidas sobre as coxas e estas sobre o abdome, apoiando os pés sobre a mesa. A paciente deve ficar confortável. O examinador deve colocar máscara e luvas de procedimentos (Figura 3).

4.3.1 Órgãos Genitais Externos (OGE)

Os genitais externos devem ser examinados sob boa luminosidade.

Inspeção estática da vulva – Observar trofismo da vulva, pilificação (quantidade e distribuição dos pelos), coaptação e lesões. Olhar a forma e simetria dos lábios externos e internos. Sob tração suave dos lábios externos, observar a região vestibular, avaliando lábios internos, clitóris, meato

uretral, hímen, fúrcula vulvar e região das glândulas de Skene (parauretrais) e de Bartholin (Figura 4).

Figura 3 – Posicionamento da paciente



Inspeção dinâmica da vulva – Solicitar da paciente que realize a manobra de Valsalva e observar eventual descida das paredes, do colo e perda urinária (Figura 5).

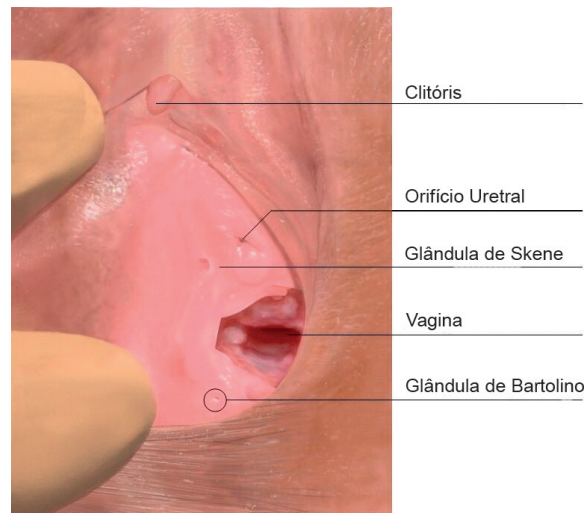
Inspeção estática do períneo, região perianal e inguinocrural – Observar presença de lesões, inclusive cicatrizes.

4.3.2 Órgãos Genitais Internos (OGI)

Inspeção da vagina e colo uterino (exame especular) – Observar se a paciente apresenta hímen roto. Certificar-se da necessidade da coleta de material para citologia (preparar lâmina e laudo previamente). Selecionar o espéculo mais adequado e mantê-lo totalmente fechado. Explicar à paciente os procedimentos a serem realizados. Afastar os lábios externos da vulva e introduzir o espéculo cuidadosamente, de modo que o eixo sagital do instrumento seja colocado ligeiramente inclinado na fenda vulvar à esquerda da paciente. A introdução deve ser realizada com o espéculo levemente inclinado para baixo e, à proporção que se vai introduzindo, realiza-se um movimento de rotação para horizontalizar as valvas. Em pacientes menopausadas, é conveniente umedecer o espéculo com solução fisiológica para facilitar a introdução. Após o espéculo totalmente introduzido, deve-se começar a abertura das valvas, de modo lento e cuidadoso.

As pacientes que possuem útero em posição de anteversoflexão, ou retroversoflexão acentuada, podem apresentar dificuldade na exposição do colo.

Figura 4 – Inspeção estática da vulva

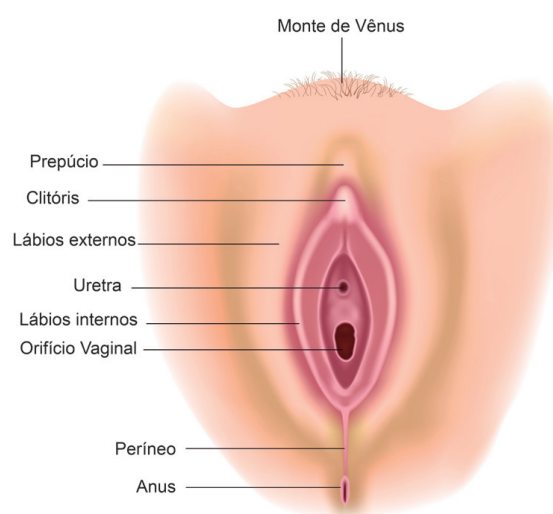


Aberto o espécúlo, observar as características e alterações de paredes vaginais, fundos de saco e colo uterino, bem como do fluxo genital (Figura 6).

O colo deve se apresentar com coloração rósea nas mulheres na menacme e, nas menopausadas, geralmente com coloração rosa pálido.

Para a realização da coleta de material para o exame Papanicolaou (prevenção do câncer cervical), tomar a lâmina com borda fosca previamente identificada com as iniciais do nome da paciente e o número de registro, limpar com gaze seca.

Figura 5 – Inspeção dinâmica da vulva



Para a coleta do ectocérvice, usar a extremidade com borda recortada da espátula de Ayre, adaptar a parte protrusa no orifício externo do colo e realizar um movimento giratório de 360 graus. Distribuir o material na metade da lâmina, em seguida introduzir a escova no canal endocervical, realizar movimento giratório de 180 graus e distribuir o material na outra metade da lâmina (Figura 7). Depositar essa lâmina em recipiente com a solução fixadora.

Realizar o teste Schiller, utilizando o lugol para impregnar o colo. Aqueles que coram com o iodo são considerados Schiller negativo, e os colos e/ou áreas que não coram são considerados Schiller positivo.

Realizar colposcopia e procedimentos complementares (biópsia), se for o caso. Nas pacientes histerectomizadas, para prevenção do câncer vaginal, a coleta deve ser realizada com a extremidade lisa da espátula de Ayre, realizando-se movimentos horizontais para recolher o material da cúpula vaginal. Distribuir o material colhido em toda a lâmina preparada, da mesma forma indicada anteriormente para o esfregaço da cérvix.

Colhido o material, retirar cuidadosamente o espéculo, fechando-o lentamente e observando as paredes vaginais. Desprezar cuidadosamente o material utilizado e realizar o toque vaginal. Para a execução do toque vaginal, recomenda-se trocar a luva da mão direita e lubrificar com vaselina, creme vaginal ou umedecer com solução fisiológica (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 2009).

Figura 6 – Inspeção do colo uterino

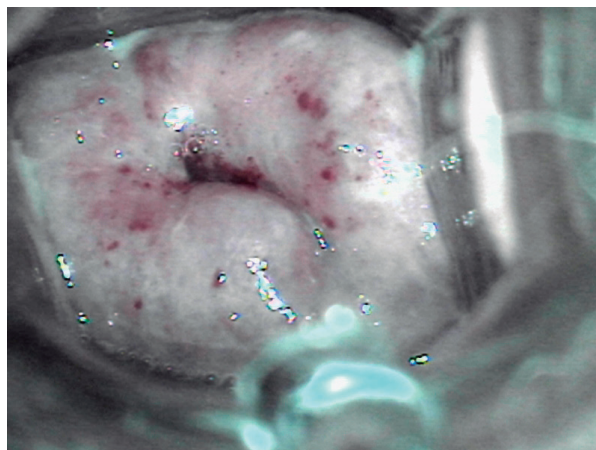
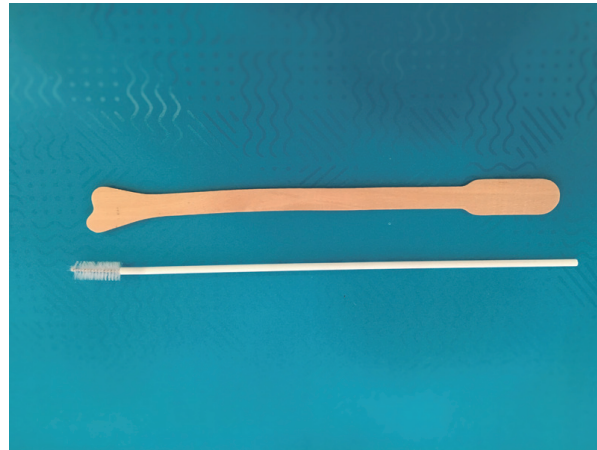


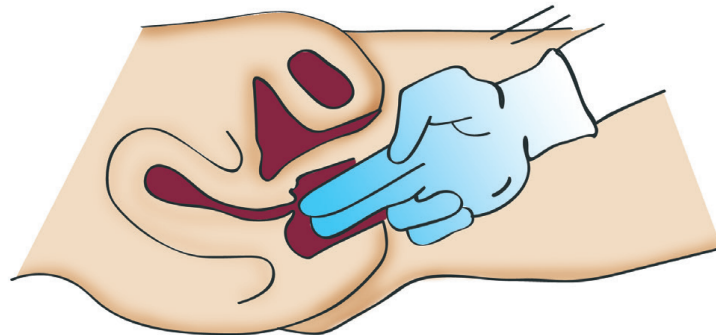
Figura 7 – Espátula de Ayre e escova endocervical



Toque vaginal simples

- Antecipar o exame para a paciente.
- Lubrificar a luva, afastar os lábios externos e introduzir um ou dois dedos no canal vaginal, cuidadosamente.
- Alcançar o fórnix vaginal, observar tamanho, elasticidade, abaulamentos ou tumorações vaginais, bem como as características do colo uterino (tamanho e consistência, dor e mobilidade) de acordo com a Figura 8.

Figura 8 – Toque vaginal simples



Toque vaginal combinado

- Colocar os dedos no fundo de saco posterior, levantar o colo uterino e, com a mão esquerda no abdome, palpar o corpo uterino que deve ser piriforme, de consistência firme, superfície lisa e móvel nos sentidos anteroposterior e lateral.

- Observar a posição do corpo uterino: se em anteversoflexão ou retroversoflexão. Continuar o procedimento para avaliação dos anexos (Figuras 9 e 10).
- Dirigir os dedos da mão direita para os anexos direito e esquerdo e procurar palpar com a mão esquerda dirigida para a direita e a esquerda do abdome, respectivamente para (Figura 11).

Frequentemente os anexos não são palpados e são indolores à mobilidade. Em mulheres obesas, a palpação torna-se difícil. Ao terminar o toque dos anexos, retirar parcialmente os dedos da vagina e solicitar à paciente que aperte os dedos do examinador para avaliar a tonicidade da musculatura. Se a paciente conseguir exercer pressão normal para os dois dedos, considera-se o períneo suficiente, se não, considera-se insuficiente. Em seguida, pressionar o terço inferior da parede anterior da vagina para realizar a expressão uretral.

Toque retal

O toque retal tem indicações quando há tumoração pélvica e para estadiamento de câncer genital.

Toque retal simples

- Calçar a luva e lubrificar o dedo indicador.
- Realizar o toque avaliando o tônus do esfíncter anal, as paredes e o conteúdo da ampola retal, bem como a presença de eventual retocele.

Figura 9 – Útero em posição normal

