DISCIPLINA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

“ANAMNESE E EXAME GINECOLÓGICO”

ROTINA DO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA
HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC/RS

A consulta consta basicamente de entrevista ou anamnese e do exame físico, a partir dos quais surge a hipótese diagnóstica, que em alguns casos será confirmada por exames complementares. Segue-se a conduta terapêutica, em função dos dados obtidos.

A anamnese e o exame ginecológico não devem ser reduzidos apenas à queixa ginecológica e ao exame dos órgãos genitais, pois se sabe que muitas vezes o ginecologista é o médico assistente daquela paciente e nem sempre o exame pélvico é o elemento mais importante que permite o diagnóstico da doença que a acomete.

O exame ginecológico consta de exame físico geral, exame físico especial (mamas, axilas, baixo-ventre e regiões inguino-crurais), exame genital (avaliação de órgãos genitais externos e internos - exame especular e toque genital, vaginal e retal) e exames complementares.

Deve-se estabelecer uma boa relação médico–paciente, criando um vínculo que permita, além de abordar as queixas da paciente e realizar o exame físico sem causar maior desconforto ou constrangimento, ter uma idéia global das condições biopsicossociais da paciente.

I. ANAMNESE

A relação médico-paciente é extremamente importante na anamnese. A consulta ginecológica não significa apenas a anotação fria dos dados fornecidos pela paciente e aqueles colhidos pelo médico; ela exige uma perfeita interação entre o médico e a paciente, desde a sua chegada até o momento de sua saída.

Todos os itens da anamnese citados abaixo são importantes e devem ser pesquisadas com atenção.

- Identificação: devemos obtê-la através dos dados da idade, cor, estado civil, profissão, endereço, local de origem, nível sócio-econômico.
- Queixa principal e história da doença atual: serão investigadas em profundidade, procurando saber seu início, duração e principais características a ela relacionadas.
- Antecedentes gineco-obstétricos: desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, menarca, ciclo menstrual (detalhar alterações), data da última menstruação, presença ou não de dismenorréia e tensão pré-menstrual, número de gestações e paridades com suas complicações, atividade sexual e métodos de anticoncepção, cirurgias, traumatismos, doenças, DST e Aids.
- História pessoal ou antecedentes: investigar quais as doenças apresentadas pela paciente durante sua existência – passado e presente.

- História familiar: antecedentes de neoplasia ginecológica (mama, útero, ovário) ou TGI; antecedentes de osteoporose; em algumas situações idade da menarca e menopausa materna e de irmãs.
- Revisão de sistemas: problemas intestinais, urinários, endócrinos e em outros sistemas.

II. EXAME FÍSICO

A. <u>EXAME FÍSICO GERAL</u>: Um exame geral completo é tão importante em ginecologia como em qualquer outro ramo da medicina. Embora o exame ginecológico seja dirigido naturalmente para a mama e órgãos pélvicos e abdominais, ele deve incluir uma observação geral do organismo.

EXAME DO ABDÔMEN:

A importância de se examinar o abdômen se explica pela repercussão que muitas patologias dos órgãos genitais internos exercem sobre o peritônio seroso e alguns dos órgãos viscerais. O abdômen deve ser examinado obrigatoriamente, pela inspeção e palpação, e, eventualmente, pela percussão e ausculta.

B. <u>EXAME DAS MAMAS</u>: Inspeção (estática e dinâmica) e palpação.

INSPEÇÃO:

- As mamas devem ser inspecionadas com a paciente sentada, com os braços pendentes ao lado do corpo (inspeção estática) e com a paciente realizando os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente.
- O examinador deve observar a cor do tecido mamário; quaisquer erupções cutâneas incomuns ou descamação; assimetria; evidência de *peau d'orange* ("pele em casca de laranja"); proeminência venosa; massas visíveis; retrações; ou pequenas depressões.

- A inspeção deve também incluir a procura de alterações na aréola (tamanho, forma e simetria); alterações na orientação dos mamilos (desvio da direção em que os mamilos apontam), achatamento ou inversão; ou evidência de secreção mamilar, como crostas em torno do mamilo.
- O examinador deve relatar a presença de cicatrizes cirúrgicas prévias, nevos cutâneos, marcas congênitas e tatuagens.

PALPAÇÃO:

- A palpação das mamas abrange o exame dos linfonodos das cadeias axilares, supra e infraclaviculares, que deve ser realizado com a paciente na posição sentada.
- Ao examinar a axila, é importante que os músculos peitorais fiquem relaxados para que seja feito um exame completo da axila. Músculos

contraídos podem obscurecer discretamente linfonodos aumentados de volume.

- Para examinar os linfonodos axilares direitos o examinador deve suspender o braço direito da paciente, utilizando o seu braço direito; deve então fazer uma concha com os dedos da mão esquerda, penetrando o mais alto possível em direção ao ápice da axila. A seguir, trazer os dedos para baixo pressionando contra a parede torácica. O mesmo procedimento deve ser realizado na axila contralateral. O examinador deve observar o número de linfonodos palpados, bem como seu tamanho, consistência e mobilidade.
- As fossas supraclaviculares são examinadas pela frente da paciente ou por abordagem posterior.
- A melhor posição para examinar as mamas é com a paciente em decúbito dorsal, em mesa firme. Pede-se para a paciente elevar o membro superior ipsilateral acima da cabeça para tencionar os músculos peitorais e fornecer uma superfície mais plana para o exame. O examinador deve colocar-se no lado a ser palpado. Inicia-se o exame com uma palpação mais superficial, utilizando as polpas digitais em movimentos circulares no sentido horário, abrangendo todos os quadrantes mamários. Repete-se a mesma manobra, porém com maior pressão (não esquecer de palpar o prolongamento axilar mamário e a região areolar). Após examinar toda a mama, o mamilo deve ser espremido delicadamente para determinar se existe alguma secreção.
- Devem ser relatadas as seguintes alterações: presença de nódulos, adensamentos, secreções mamilares ou areolares, entre outras.

OBS.: existem pacientes que merecem um exame mais minucioso: gestantes, puérperas em lactação, portadoras de implantes protéticos e aquelas com história pregressa de câncer mamário.
Nas mulheres submetidas à mastectomia, deve-se examinar minuciosamente a cicatriz cirúrgica e toda a parede torácica (plastrão).

MÉTODOS DE REGISTRO DO EXAME FÍSICO:

- O melhor método para registrar os achados do exame físico mamário é uma combinação de descrição por escrito com um esquema gráfico mamário.
  Tumores e outros achados físicos devem ser descritos pelas seguintes características:
  1. Localização, por quadrante ou método do relógio;
  2. Tamanho em centímetros;
  3. Forma (redonda, oval);
  4. Delimitação em relação aos tecidos adjacentes (bem circunscritos, irregulares);
  5. Consistência (amolecida, elástica, firme, dura);
  6. Mobilidade, com referência a pele e aos tecidos subjacentes;
  7. Dor à palpação focal;
  8. Aspecto das erupções,eritemas,outras alterações cutâneas ou achados visíveis (retração, depressão, nevos, tatuagens).

C. <u>EXAME GINECOLÓGICO</u>:

O exame satisfatório dos órgãos genitais depende da colaboração da paciente e do cuidado do médico em demonstrar segurança em sua abordagem no exame. Todos os passos do exame deverão ser comunicados previamente, em linguagem acessível ao paciente.

POSICIONAMENTO DA PACIENTE:

A posição ginecológica ou de litotomia é a preferida para a realização do exame ginecológico. Coloca-se a paciente em decúbito dorsal, com as nádegas na borda da mesa, as pernas fletidas sobre as coxas e, estas, sobre o abdômen, amplamente abduzidas.

O exame dos órgãos genitais deve ser feito numa seqüência lógica:

a) órgãos genitais externos- vulva
b) órgãos genitais internos- vagina, útero, trompas e ovários

C.1. EXAME DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS:

Pelo risco de contaminação do examinador e da paciente sugerimos que este exame seja efetuado com luvas (preferentemente as estéreis, descartáveis e siliconizadas). Estas deverão ser mantidas durante todo o exame e trocadas quando da realização do exame especular e toque vaginal.

A inspeção dos órgãos genitais externos é realizada observando-se a forma do períneo, a disposição dos pêlos e a conformação externa da vulva (grandes lábios). Realizada esta etapa, afastam-se os grandes lábios para inspeção do intróito vaginal. Com o polegar e o indicador prendem-se as bordas dos dois lábios, que deverão ser afastadas e puxadas ligeiramente para a frente. Desta forma visualizamos a face interna dos grandes lábios e o vestíbulo, hímen ou carúnculas himenais, pequenos lábios, clitóris, meato uretral, glândulas de Skene e a fúrcula vaginal.

Deve-se palpar a região das glândulas de Bartholin; e palpar o períneo, para avaliação da integridade perineal.

Poderá ser realizada manobra de Valsalva para melhor identificar eventuais prolapsos genitais e incontinência urinária.

Todas as alterações deverão ser descritas e, em alguns casos, a normalidade também.

C.2. EXAME DOS ÓRGÃOS GENITAIS INTERNOS:

C.2.1. EXAME ESPECULAR:

É realizado através de um instrumento denominado espéculo. Os espéculos são constituídos de duas valvas iguais; quando fechados, as valvas se justapõem, apresentando-se como uma peça única. Os espéculos articulados são os mais utilizados, podendo ser metálicos

ou de plástico, descartáveis, apresentando quatro tamanhos: mínimo (espéculo de virgem), pequeno (nº 1), médio (nº 2) ou grande (nº 3). Deve-se escolher sempre o menor espéculo que possibilite o exame adequado, de forma a não provocar desconforto na paciente.

O material é inicialmente disposto sobre o segundo degrau da escadinha (colocada em frente à mesa de exame). Ao abrir o campo estéril, o qual contém o espéculo e a pinça Cheron, se procederá à disposição organizada do material sobre o campo. O espaço é, então, dividido em três partes distintas conforme figura abaixo (Figura 1). Esta divisão permitirá menor risco de contaminação dos materiais.

Após a disposição do material, e antes de iniciar o exame especular propriamente dito, o examinador calçará uma luva na mão esquerda (preferentemente estéril, descartável e siliconizada). Para a introdução do espéculo, considerando um indivíduo destro, o examinador afastará os grandes e pequenos lábios com o polegar e o 3º dedo da mão esquerda para que o espéculo possa ser introduzido suavemente na vagina. A mão direita, que introduzirá o espéculo, deverá pegá-lo pelo cabo e borboleta (figura 2).

O espéculo é introduzido fechado. Apóia-se o espéculo sobre a fúrcula, ligeiramente oblíquo (para evitar lesão uretral), e faz-se sua introdução lentamente; antes de ser completamente colocado na vagina, quando estiver em meio caminho, deve ser rodado, ficando as valvas paralelas às paredes anterior e porterior; posição que ocupará no exame. A extremidade do aparelho será orientada para baixo e para trás, na direção do cóccix, enquanto é aberto. Na abertura do espéculo, a mão esquerda segura e firma a valva anterior do mesmo (figura 3), para que a mão direita possa, girando a borboleta para o sentido horário, abri-lo e expor o colo uterino.

Observa-se, então, se o colo já se apresenta entre as valvas, devendo o mesmo ser completamente exposto. Nem sempre o colo localiza-se na posição descrita anteriormente; nestes casos deve ser localizado através de movimentação delicada do espéculo semi-aberto. Executada esta etapa, a luva da mão esquerda que afastou os lábios vaginais e firmou a valva anterior do espéculo para exposição do colo, encontra-se contaminada por secreções da paciente; assim, deverá ser retirada e executar o restante do exame sem luvas (desta etapa em diante não haverá contato com a pele ou mucosas da paciente, apenas com instrumentais) tendo o extremo cuidado para evitar contaminação.

O colo é então inspecionado; pacientes nulíparas geralmente têm o orifício externo puntiforme ao passo que nas que já tiveram parto vaginal este apresenta-se em forma de fenda; mulheres na pós-menopausa tem o colo atrófico, e nas mais idosas pode ser difícil identificá-lo. A inspeção deve avaliar presença de “manchas”, lesões vegetantes, lacerações, etc.

A seguir é coletado material para o exame da secreção vaginal, para o exame citopatológico, é realizado o teste de Schiller, e colposcopia e biópsia, estas últimas quando se aplicarem. OBS.: Atenção muito grande deve ser dada para evitar a contaminação de materiais com

as secreções da paciente. Da mesma forma, não expô-la a contaminações por atitudes negligentes.
A retirada do espéculo é efetuada em manobra inversa à da sua colocação; durante sua retirada, deve-se examinar as paredes vaginais anterior e posterior.
O excesso de secreção que se acumula no intróito vaginal e vulva, após o exame especular, deve ser secado com a pinça Cheron e gaze. Após o uso, o espéculo e a pinça Cheron devem ser colocados no balde coletor para sua posterior lavagem e esterilização.
Após o exame especular é realizado o exame de toque vaginal.

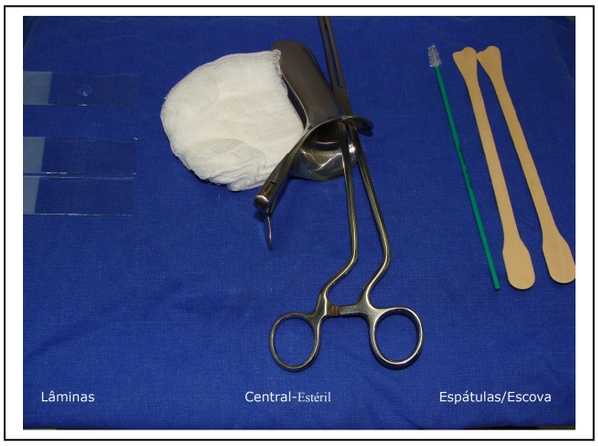

Figura 01

Figura 02

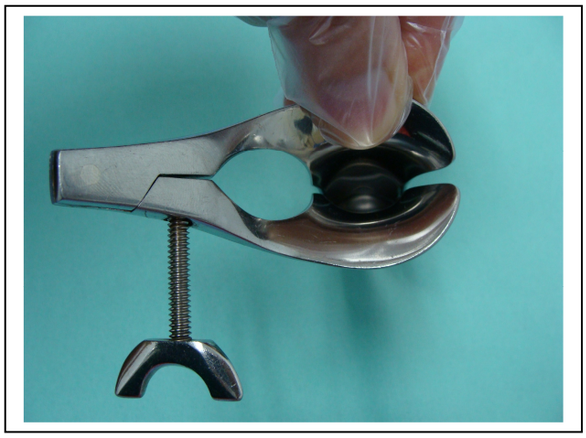

Figura 03

OBS: deve haver extremo cuidado com o manuseio do material de sala (almotolias, lâmpada, gavetas, bancos, mesas, instrumentos, etc...) de forma que não haja contaminação com as luvas usadas no exame físico.

- Coleta de material para exame direto do conteúdo vaginal:
É efetuado coletando com uma espátula um raspado do fundo de saco vaginal que será diluído em lâmina previamente preparada com uma gota de soro fisiológico, KOH a 10% ou outros corantes.

- Coleta de material para citopatologia cervicovaginal:
O exame citológico de amostras cervicovaginais (citopatológico, preventivo, exame de Papanicolau, pap test) é fundamental para prevenção e detecção do câncer de colo de útero. O esfregaço ideal é o que contém numero suficiente de células epiteliais colhidas sob a visão direta e refletindo os componentes endo e ectocervicais, já que a maioria dos processos neoplásicos se inicia na zona de transformação (junção escamocolunar - JEC). Para isso a coleta será efetuada em duas lâminas. A primeira utilizará a espátula de Ayre com sua extremidade fenestrada, que será adaptada ao orifício cervical externo, fazendo uma rotação de 360º, possibilitando o raspado sobre a JEC na maior parte das vezes, principalmente na paciente pré-menopáusica. A seguir, será utilizada uma escova endocervical, que será introduzida nos primeiros 2 cm do canal, rotando várias vezes no canal cervical; esta coleta é imprescindível na mulher pós-menopáusica que tem a JEC interiorizada no canal endocervical.
Nas duas modalidades de coleta, o material deverá ser colocado sobre a lâmina de forma tênue e continuada em toda sua extensão, sendo imediatamente fixado com "fixador citológico" (polietilenoglicol). OBS: Cuidar para não dar jatos com fixador, o que pode determinar uma lavagem da lâmina ao invés de fixação das células.
OBS: Deve ser dada atenção integral à técnica de coleta pois as falhas de amostragem são, provavelmente, a causa mais importante de falsos diagnósticos. A causa mais aceita para diagnósticos falso-negativos seria a falha na coleta, onde com uma amostragem insuficiente não evidenciaria as células alteradas.

- Teste de Schiller:
É feita através da deposição da solução de Lugol (iodo-iodetada) no colo uterino, que provoca uma coloração marron acaju nas células que contêm glicogênio, como é o caso das células das camadas superficiais do epitélio que recobre o colo e a vagina. A intensidade da coloração é proporcional à quantidade de glicogênio contido nas células. Assim, o iodo cora fracamente as regiões de epitélio atrófico e não cora a mucosa glandular que não contém glicogênio. As zonas

que apresentam modificações patológicas não adquirem coloração, sendo chamadas iodo-negativas ou Teste de Schiller positivo. Ao contrário, quando o colo apresenta-se totalmente corado pelo iodo teremos colo iodo positivo ou Teste de Schiller negativo.
Antes da colocação da solução de Lugol deve-se retirar secreções que eventualmente recubram o colo, as quais provocariam falsos resultados iodo negativos ou Schiller positivo.

- **Colposcopia**:
A colposcopia pode ser definida como método complementar, com o qual é possível reconhecer, delimitar e diagnosticar os diferentes aspectos normais e anormais da ectocérvice e da vagina, com aumentos de 12 a 29 vezes, conforme o instrumento utilizado. Dois reativos devem ser obrigatoriamente utilizados no curso da colposcopia para mostrar a diferença de estrutura e de composição química do epitélio pavimentoso normal.
O primeiro, o ácido acético – utilizado no colo uterino a 2% - tem como principal efeito o de coagular as proteínas citoplasmáticas e nucleares do epitélio pavimentoso e de torná-las brancas. Após a aplicação do ácido acético, o epitélio pavimentoso anormalmente carregado em proteínas, torna-se branco progressivamente. Entre 10 a 30 segundos teremos a imagem colposcópica das lesões matrizes. Estas serão, então, na maior parte das vezes biopsiadas. O segundo reativo, o iodo ou solução de Lugol já foi comentado anteriormente. Quando da necessidade da realização da vulvoscopia utiliza-se o ácido acético a 5% para evidenciar as lesões matrizes , e corantes como o azul de Toluidina.

C.2.2. TOQUE GENITAL:
Define-se toque como sendo a manobra para avaliar os órgãos genitais internos, que pode ser vaginal ou retal, dependendo da situação da paciente (virgem ou não) ou da patologia.
O toque genital deve ser sistemático no decorrer do exame físico ginecológico, sempre após o exame dos órgãos genitais externos e do exame especular. Deverá, sempre, ser realizado com uma luva nova e com cuidados de assepsia. Caso seja necessário o toque retal a luva deverá ser trocada novamente.
A mão que efetua o toque é calçada com uma luva estéril e umedecesse com gel lubrificante os dois dedos que penetrarão na cúpula vaginal (2º e 3º dedos). OBS: a almotolia não deve tocar na luva.
O examinador deve apoiar o pé ipsilateral à mão que realiza o exame em um no segundo degrau da escadinha, e o braço deve ficar apoiado sobre o joelho para não transferir seu peso para a vagina. O polegar, o 4º e 5º dedos da mão examinadora farão o afastamento dos grandes e pequenos lábios da vulva, dando a abertura suficiente para que o 2º e 3º dedos entrem na vagina sem carregar contaminação (em algumas situações, por questão de conforto da paciente utiliza-se só o indicador), os quais devem dirigir-se ao

fundo de saco e identificar o colo. Este deve ser mobilizado látero-lateralmente, ântero-posteriormente e superiormente, buscando avaliar a mobilidade do útero e, principalmente, se estas manobrar provocam dor . O examinador procede ao exame de toque dos fundos de saco posterior e anterior, deslizando também nas porções mais superiores e laterais da vagina. Ali, busca por nódulos, retrações, espessamentos ou tumorações. A seguir passa-se ao toque bimanual, no qual a utiliza-se a palpação associada da pelve.

Com os dois dedos tocando a cérvice, o examinador eleva o útero em direção a parede abdominal, onde a mão livre é suavemente colocada sobre o abdômen e vai deslizando de cima para baixo até que o útero se ponha entre as duas mãos e possa ser palpado. Na palpação observar o tamanho, consistência, regularidade e mobilidade do órgão e as dores que, eventualmente, podem surgir. Feito isso, os dedos são dirigidos para as laterais do fundo de saco anterior na busca da palpação dos ovários, sendo feita a mesma manobra descrita para o útero, porém, agora, a mão livre é dirigida para cada zona de projeção dos ovários.

Ao retirar os dedos da vagina o movimento deve ser suave. No término do exame, a vulva, lambuzada por gel e secreções, é limpa com auxílio de gazes ou folhas de papel absorvente.

Para o toque retal, introduz-se o dedo indicador no ânus. Este exame comumente é reservado para as pacientes que nunca tiveram relações sexuais ou como complementar do exame vaginal (avaliação de paramétrio, por exemplo).

Explicar para a paciente que o exame terminou e gentilmente auxilia-la a sair do leito, oferecendo a mão para apoio.

****Atenção:** Se julgar necessário, o examinador executará todos os passos aqui descritos para o exame especular e de toque vaginal calçando previamente um par de luvas de látex (luva de procedimento) para segurança adicional. A seqüência do exame ou sua dinâmica não deverá ser mudada em nada.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA E RECOMENDADA:

1. AHUMADA, J.C.-Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro, Editora Guanabara-Koogan, 1938.
2. BEREK, J.S. et al – NOVAK´s Gynecology. Baltimore, Ed. Williams e Wilkins, 1996.
3. HALBE, H.W et al- Tratado de Ginecologia-São Paulo, Editora Roca Ltda, 2000.
4. Basset, L.W. et al – Doenças da Mama – Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro, Editora Revinter, 2000.