

# Consulta ginecológica de rotina: quais exames solicitar?

## *Routine gynecological appointments: which exams apply?*

Agnaldo L. Silva-Filho,<sup>1</sup> Eduardo Batista Cândido,<sup>1</sup> Gabriela M. Mendonça Chaves,<sup>2</sup> Gabriela Mendes Xavier,<sup>2</sup> Gustavo Henrique Lourenço Ladeira,<sup>2</sup> Luísa Schumacher Magalhães,<sup>2</sup> Luiz Rugero Marcatto<sup>2</sup>

### RESUMO

Atualmente é crescente o número de mulheres atingidas por doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes, Osteoporose e mesmo cânceres, como os de mama e cólon. O médico ginecologista, muitas vezes, é a única referência de saúde destas pacientes. Este artigo visa reunir as recomendações das principais Sociedades Médicas no que diz respeito ao rastreio das comorbidades citadas e os demais cuidados básicos de saúde da mulher. Ele objetiva, portanto, facilitar e ampliar a abordagem prática do ginecologista no consultório para que a mulher seja avaliada de uma maneira mais completa.

#### Palavras-chave:

Rastreio  
Saúde da Mulher  
Ginecologista

### ABSTRACT

The number of women suffering from diseases such as Systemic Arterial Hypertension, Diabetes, Osteoporosis and breast and colon cancers has grown in the latest decades. The gynecologist is often the only reference in medical care for these women. This article groups the main recommendations from different Medical Societies regarding the tracking of these conditions and other basic aspects on women's health care. It aims to facilitate and broaden the gynecologists' practical approach in evaluating women in a more complete way.

#### Keywords:

Tracking  
Womens' Health  
Gynecologist

**1.** Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. **2.** Graduandos da Faculdade de Medicina da UFMG. **Endereço para correspondência:** Agnaldo Lopes da Silva Filho - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - Centro - Belo Horizonte - MG - Brasil - CEP 30130-100/ **e-mail:** agnaldo.ufmg@gmail.com .

## INTRODUÇÃO

Em muitos casos, o ginecologista é o único médico responsável pela saúde da mulher. Por esse motivo, parece-nos imprescindível que tal profissional esteja apto a abordar sua paciente globalmente, não visando somente os aspectos ginecológicos e obstétricos. A falta de padronização e unificação para rastreios das principais doenças que afetam as mulheres de nosso país torna-se um empecilho para tal prática. Esse artigo visa, portanto, difundir as recomendações de algumas Sociedades Médicas e do próprio Ministério da Saúde no que diz respeito ao rastreio das doenças mais prevalentes como diabetes, dislipidemias e câncer colorretal. Procura-se também discutir as recomendações de rastreio e os benefícios na detecção precoce de doenças potencialmente graves, que afetariam a qualidade de vida das mulheres, por meio de exames de fácil execução e menor custo do que o exigido por um tratamento, caso a condição não fosse diagnosticada. Além disso, serão abordadas as recomendações de imunização para estas pacientes.

## DESENVOLVIMENTO

A seguir, as recomendações que consideramos mais relevantes à prática clínica diária do ginecologista (tabela 1).

### Rastreio glicêmico

O Diabetes Mellitus do tipo 2 é uma doença com aumento progressivo da prevalência em nosso país, tendência essa que deve se manter nos próximos anos. O seu diagnóstico, muitas vezes, só ocorre no momento do aparecimento de suas complicações.

Torna-se plausível o rastreio glicêmico por meio de glicemia de jejum realizado nas seguintes situações de IMC > 25 com um ou mais dos seguintes fatores de risco: sedentarismo, parente de primeiro grau portador de Diabetes, membros de grupos étnicos de alto risco (afrodescendentes, latinos, indígenas e asiáticos), mulheres com histórico de diabetes gestacional ou filho com peso de nascimento superior a 4 kg, HAS, colesterol HDL < 35 mg/dL ou triglicérides > 250 mg/dL, mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos, outras condições associadas à resistência à insulina (obesidade grave, acantose *nigricans*), além de história de doenças cardiovasculares. Na ausência destes fatores de risco, o rastreio deve ser realizado a partir dos 45 anos e, uma vez normal, repetido a cada três anos.

### Avaliação Tireoidiana

Deve ser realizada em todas as pacientes portadoras de outras doenças autoimunes como Diabetes Mellitus tipo I ou Artrite Reumatoide. Além disso, deve ser rastreada toda mulher que possua familiares com doenças da tireoide, com história pregressa de abortamento e idosas. Em um primeiro momento, apenas a determinação do TSH é suficiente e, caso este venha alterado, deve ser solicitada então a dosagem de T4 livre. No

entanto, quando a paciente apresenta sinais claros de hipo ou hipertireoidismo e o TSH encontra-se dentro dos valores da normalidade, deve ser pedido também o T4 livre.

### Perfil Lipídico

Deve ser estabelecido em mulheres na fase pós-menopausa e mulheres na fase pré-menopausa que apresentem os seguintes fatores de risco: HAS, tabagismo, obesidade grave, doença cerebrovascular ou arterial periférica, diabetes mellitus, história familiar de doença aterosclerótica prematura (abaixo dos 55 anos, em parente de primeiro grau) e sedentarismo.

É preciso determinar: colesterol total, HDL, LDL e triglicérides. Em mulheres com perfil lipídico desejável e sem fatores de risco, as determinações laboratoriais devem ser repetidas a cada 5 anos, desde que as condições clínicas e os hábitos de vida permaneçam estáveis.

O rastreio para as pacientes fora de grupos de risco deve ser iniciado aos 20 anos e repetido a cada 5 anos, até completarem 55 anos e, a partir de então, deve passar a ser feito no mínimo de 2 em 2 anos. As mulheres diabéticas, no entanto, devem ter seus perfis lipídicos definidos anualmente.

### Osteoporose

É uma doença silenciosa que atinge aproximadamente 10 milhões de brasileiros, afetando quatro vezes mais as mulheres. Por isso, o ideal é que sejam feitos exames de rastreio com o intuito de se evitar a ocorrência de fraturas.

Desse modo, uma medida de Densitometria Óssea deve ser solicitada para todas as mulheres a partir de 65 anos, porém, em pacientes pertencentes a grupos de risco com história de uso abusivo de álcool e/ou tabaco, aquelas que tenham osteopenia visualizada por radiografia, as que fazem uso crônico de corticoides, e naquelas já diagnosticadas com artrite reumatoide, o exame deve ser antecipado e realizado aos 50 anos. Antes dos 50 anos, está indicada a realização do exame nas mulheres que apresentam síndrome de má absorção, hiperparatireoidismo primário, hipogonadismo ou menopausa precoce.

### Hipovitaminose D

A hipovitaminose D é um problema de saúde mundial bastante prevalente no Brasil. No entanto, não se deve mensurar a 25(OH)D na população em geral. O rastreio só deve ser realizado na suspeita de deficiência em pacientes pertencentes a populações de risco ou naquelas cuja situação clínica é relevante.

As mulheres a serem abordadas neste caso seriam: as que apresentam quadro de raquitismo ou osteomalácia, as portadoras de osteoporose, idosas com história de quedas ou fraturas, obesas, grávidas e lactantes, pacientes com síndrome de má absorção intestinal, insuficiência renal ou hepática, hiperparatireoidismo, linfomas, doenças granulomatosas e as que fazem uso

de medicamentos que interferem no metabolismo da vitamina D (anticonvulsivantes, glicocorticoides, antifúngicos, antirretrovirais, orlistat, colestiramina).

Vale ressaltar também que está indicado o rastreamento para toda paciente que viva em condição que limita a exposição solar.

### Infecção do Trato Urinário e Bacteriúria Assintomática

A bacteriúria assintomática (BA) pode aumentar probabilidade de infecções sintomáticas e a morbidade associada a elas. No entanto, não há evidências de benefícios em tratá-la, mesmo em mulheres de grupos de risco, como as diabéticas, que apresentam com maior frequência gravidade de infecções urinárias quando comparadas às mulheres não diabéticas. Ainda que tais pacientes tenham três vezes mais chance de ter BA e um maior risco de desenvolver pielonefrite, a frequência de infecção do trato urinário (ITU) sintomática é similar em pacientes diabéticas com BA tratadas com antibioticoterapia ou não. Sendo assim, não está indicado o tratamento de BA em mulheres diabéticas e não se justifica o rastreamento através de urocultura nesta população.

Em mulheres após a menopausa, há também aumento da incidência de BA, mas isso não implica em aumento da mortalidade ou severidade de doenças renais. O tratamento em mulheres idosas reduz a prevalência mensal de BA, mas houve maior taxa de reinfecção do que em mulheres não tratadas. Além da maior frequência de efeitos adversos, o uso de antibióticos causou aumento na frequência de bactérias resistentes. Assim, não se recomenda pesquisa periódica ou tratamento de BA em mulheres após a menopausa.

Apenas pacientes que serão submetidas a procedimento invasivo ou instrumentação do trato urinário (urodinâmica, cistoscopia) devem ser rastreadas, tratadas e avaliadas com cultura de controle. O mesmo se aplica a pacientes que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos com possibilidade de lesão do trato urinário, pois há risco de bacteremia pela solução de continuidade da mucosa.

### Câncer de Cólon

É indicada a solicitação de pesquisa de sangue oculto nas fezes para rastreamento de CA de cólon para toda paciente com idade superior a 50 anos, anualmente. Caso o resultado do exame seja positivo, a paciente deve ser submetida a uma colonoscopia.

### Infecção por Clamídia

A Clamídia está entre as DSTs mais comuns nos EUA. Ainda que muitos casos sejam reportados, sua incidência é difícil de prever já que a maioria é assintomática. O rastreamento seria importante para evitar as complicações da infecção que, na maioria das vezes, surgem como sua primeira manifestação, sendo elas: doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, infertilidade e dor pélvica crônica. Além disso, a infecção por Clamídia pode facilitar a transmissão do HIV em homens e mulheres.

O rastreamento é feito com coleta de swab intravaginal, anal e de orofaringe, sendo que os dois últimos ainda não foram aprovados pela U.S. Food and Drug Administration. A coleta deve ser iniciada em mulheres sexualmente ativas com 24 anos ou menos. O rastreamento deve ser anual naquelas mulheres que apresentem fatores de risco, tais como história prévia de infecção por clamídia ou DSTs, novo ou múltiplos parceiros, o uso irregular de preservativo e prostitutas.

**Tabela 1 – Principais Exames de Rotina em Ginecologia.**

Doença	Método de Avaliação	Quando rastrear	Idade de Início do Rastreamento	Repetição
Câncer de Cólon e Reto	Pesquisa de Sangue Oculto em Fezes; caso positivo, realizar colonoscopia	De acordo com faixa etária	50 anos	–
Cardiopatas	Eletrocardiograma em 12 derivações	Pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares	70 anos, na ausência de fatores de risco	Anual; semestral em pacientes previamente cardiopatas
Clamídiase	Coleta de Swab Intravaginal	Mulheres sexualmente ativas com 24 anos ou menos	–	Anual nas pacientes que apresentam fatores de risco para a doença
Diabetes Mellitus Tipo II	Glicemia de Jejum	Paciente com IMC maior ou igual a 25, associado a um ou mais fatores de risco para a doença	45 anos, na ausência de fatores de risco	A cada três anos, quando glicemia de jejum dentro dos valores normais
Dislipidemias	Colesterol Total, triglicérides, HDL, LDL	Pacientes na fase pós-menopausa e pacientes na fase de pré-menopausa associada a um ou mais fatores de risco para a doença	–	–
Osteoporose	Densitometria Óssea	De acordo com a faixa etária	65 anos	–
Tireoidopatias	TSH: se este apresentar-se alterado, solicitar também T4 livre	Em pacientes portadoras de doenças autoimunes; história familiar de tireoidopatia, história pregressa de abortamento, pacientes idosas	–	–

## Vacinação

Outro ponto importante considerado por nós, a ser contemplado no cuidado global da saúde da mulher, é o seu estado vacinal. As mulheres de 20 a 59 anos devem receber as seguintes vacinas:

- **Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola):** caso não tenha recebido duas doses, com intervalo de um mês entre elas, em idade superior a 1 ano. É uma vacina contraindicada apenas em gestantes e encontra-se disponível na rede pública de saúde para mulheres de até 49 anos.
- **Hepatite B:** esquema 0-1-6 meses, caso nunca tenha sido vacinada ou tenha recebido esquema incompleto. Está disponível no Sistema Público e é recomendada também para as gestantes.
- **Hepatite A:** não encontrada no Sistema Público, deve ser recebida em duas doses, esquema de 0-6 meses.
- **Tríplice bacteriana do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche):** se o esquema básico contra o tétano estiver completo, a mulher deve receber um reforço a cada 10 anos. Se esquema estiver incompleto, deve ser fornecida uma dose de dTpa e completar a vacinação com uma ou duas doses de dT, de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Gestantes devem receber sempre dTpa. A vacina é fornecida pelo Sistema Público.
- **Varicela:** Para as mulheres suscetíveis, duas doses com intervalo de um a dois meses. A vacina, contudo, é contraindicada para as gestantes e não é fornecida para adultos no Sistema Público.
- **Influenza:** Dose única anual. Fornecida pelo Sistema Público, porém só para grupos de riscos como idosas e gestantes.

- **Febre amarela:** Uma dose para residentes ou viajantes para áreas de vacinação. Se persistir risco, deve ser fornecido reforço a cada 10 anos. É preciso que se vacine pelo menos 10 dias antes da viagem. É contraindicada para gestantes e para lactantes, sendo fornecida pelo Sistema Público.
- **Meningocócica conjugada ACWY:** Considerar uso avaliando situação epidemiológica. Uma dose. Não fornecida às mulheres pelo Sistema Público.
- **Meningocócica B:** Duas doses com intervalo de um mês. Considerar uso de acordo com situação epidemiológica. Também não fornecida pelo Sistema Público.
- **Pneumocócicas:** Esquema sequencial de VPC13 e VPP23, recomendada para mulheres de 60 anos ou mais, porém não é fornecida pelo Sistema Público.
- **Herpes zoster:** para mulheres com 60 anos ou mais, em dose única, não fornecida pelo Sistema Público.

**Meninas de 9 a 13 anos 11 meses e 29 dias** devem receber a vacina quadrivalente (tipos de vírus 6, 11, 16 e 18) contra o HPV, a ser tomada em duas doses, no esquema 0-6 meses. Tal vacina encontra-se disponível no Sistema Público. O ideal é que a vacinação ocorra antes do início da vida sexual e, consequentemente, antes do contato com o vírus. No entanto, há benefício em imunizar mulheres que já tenham vida sexual ativa e mesmo as que já tenham tido contato com algum tipo de vírus de HPV, para que sejam protegidas contra os outros tipos. Assim, deve-se recomendar às mulheres com idade entre 14 e 45 anos que não tenham sido imunizadas, a procurarem redes privadas para as 3 doses da vacina nos intervalos de 0, 2 e 6 meses. Para esse público, há a opção da vacina bivalente contra os tipos oncogênicos virais 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% das lesões cancerosas.

Tabela 2 – Principais Indicações de Rastreamentos de Rotina em Ginecologia, de acordo com a faixa etária.

Doença	0–19 anos	20–24 anos	25–39 anos	40–44 anos	45–49 anos	50–54 anos	55–69 anos	acima de 70 anos
Rastreamento Glicêmico	-	-	-	-	X	X	X	X
Tireoidopatias	-	-	-	-	-	-	-	-
Dislipidemias	-	X	X	X	X	X	X	X
Osteoporose	-	-	-	-	-	X	X	X
Hipovitaminose D	-	-	-	-	-	-	-	-
ITU e Bacteriúria Assintomática	-	-	-	-	-	-	-	-
Clamídiase	X	X	-	-	-	-	-	-
Câncer Colorretal	-	-	-	-	-	X	X	X



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ginecologista é uma figura de extrema importância na vida das mulheres. Muitas vezes, é ele o único médico procurado por elas e, por este motivo, deve estar apto a rastrear as principais doenças ou condições a que está sujeita a sua paciente em cada faixa etária, além de indicar as vacinas apropriadas a cada uma delas (tabela 2).

Não existe um único guideline que uniformize tais indicações, mas isso não deve ser visto como empecilho para a realização da prática médica diária na ginecologia. Como exposto acima, há muito a ser feito se seguidas as recomendações propostas para que a consulta ginecológica de rotina prossiga com seu papel fundamental na promoção e na manutenção da saúde da mulher.

## LEITURAS SUPLEMENTARES

1. Association AD. Executive summary: Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care*. 2014;37 (Suppl 1):S5-13.
2. Gharib H, Papini E, Paschke R, Duick DS, Valcavi R, Hegedüs L, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules: executive summary of recommendations. *Endocr Pract*. 2010;16(3):468-75.
3. Bays HE, Jones PH, Orringer CE, Brown WV, Jacobson TA. National Lipid Association Annual Summary of Clinical Lipidology 2016. *J Clin Lipidol*. 2016;10(1 Suppl):S1-S43.
4. Jellinger PS, Smith DA, Mehta AE, Ganda O, Handelsman Y, Rodbard HW, et al. American Association of Clinical Endocrinologists' Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis. *Endocr Pract*. 2012;18 (Suppl 1):1-78.
5. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, Maheu E, Rannou F, Branco J, et al. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis-From evidence-based medicine to the real-life setting. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;45(4 Suppl):S3-S11.
6. Plüddemann A, Wallace E, Bankhead C, Keogh C, Van der Windt D, Lasserson D, et al. Clinical prediction rules in practice: review of clinical guidelines and survey of GPs. *Br J Gen Pract*. 2014;64(621):e233-42.
7. Armstrong JJ, Rodrigues IB, Wasiuta T, MacDermid JC. Quality assessment of osteoporosis clinical practice guidelines for physical activity and safe movement: an AGREE II appraisal. *Arch Osteoporos*. 2016;11(1):6.
8. Glendenning P, Chew GT. Controversies and consensus regarding vitamin D deficiency in 2015: whom to test and whom to treat? *Med J Aust*. 2015;202(9):470-1.
9. LeFevre ML, Force USPST. Screening for vitamin D deficiency in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015;162(2):133-40.
10. Detweiler K, Mayers D, Fletcher SG. Bacteruria and Urinary Tract Infections in the Elderly. *Urol Clin North Am*. 2015;42(4):561-8.
11. Wagenlehner FM, Schmiemann G, Hoyme U, Fünfstück R, Hummers-Pradier E, Kaase M, et al. [National S3 guideline on uncomplicated urinary tract infection: recommendations for treatment and management of uncomplicated community-acquired bacterial urinary tract infections in adult patients]. *Urologe A*. 2011;50(2):153-69.
12. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. 2005;40(5):643-54.
13. Provenzale D, Jaspersen K, Ahnen DJ, Aslanian H, Bray T, Cannon JA, et al. Colorectal Cancer Screening, Version 1.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;13(8):959-68; quiz 68.
14. Tandy S. Updated Canadian colorectal cancer screening guidelines. *Lancet Oncol*. 2016.
15. Fenichel M. American Cancer Society Changes Breast Cancer Screening Guidelines To Reflect Analysis of Benefits and Harms. *J Natl Cancer Inst*. 2016;108(2).
16. Horii R, Honma N, Ogiya A, Kozuka Y, Yoshida K, Yoshida M, et al. The Japanese Breast Cancer Society clinical practice guidelines for pathological diagnosis of breast cancer, 2015 edition. *Breast Cancer*. 2016.
17. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzog A, Michaelson JS, Shih YC, et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA*. 2015;314(15):1599-614.
18. Tonelli M, Connor Gorber S, Moore A, Thoms BD, Care CTFoPH. Recommendations on routine screening pelvic examination: Canadian Task Force on Preventive Health Care adoption of the American College of Physicians guideline. *Can Fam Physician*. 2016;62(3):211-4.
19. Practice Bulletin No. 157: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet Gynecol*. 2016;127(1):e1-e20.
20. LeFevre ML, Force USPST. Screening for Chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014;161(12):902-10.
21. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS*. 2016;27(5):333-48.
22. Mazzoni SE, Brewer SE, Pyrzanowski JL, Durfee MJ, Dickinson LM, Barnard JG, et al. Effect of a multi-modal intervention on immunization rates in obstetrics and gynecology clinics. *Am J Obstet Gynecol*. 2015.
23. O'Leary ST, Pyrzanowski J, Brewer SE, Dickinson LM, Dempsey AF. Evidence-Based Vaccination Strategies in Obstetrics and Gynecology Settings: Current Practices and Methods for Assessment. *Hum Vaccin Immunother*. 2016:0.