



SÍNDROMES GINECOLÓGICAS

GUIA DO ESTUDANTE
Medicina UNIFENAS-BH

SUMÁRIO

Coordenação	4
Coordenadores blocos temáticos	5
Introdução	6
Objetivos de Aprendizagem	7
Alocação de salas do Grupo Tutorial	8
Calendário Seminários do bloco	9
Calendário exames do bloco turmas A/B/C	10
Distribuição de pontos nas estratégias de ensino	11
Horário do bloco S. Gin. 2026.1	12
Calendário Gts e seminários 2026.1	13
. Calendário turma A	15
. Calendário turma B	17
. Calendário turma C	19
Referências Bibliográficas - básica	21
Referências Bibliográficas - complementar	22
Grupos Tutoriais - GT	23
Grupo Tutorial 1 - As dores de Dolores	24
Grupo Tutorial 2 - Menstruação faltando	30
Grupo Tutorial 3 - Houve ou não traição?	41
Grupo Tutorial 4 - Sangrando a torto e à direito	45
Grupo Tutorial 5 - Descuido perigoso	47
Grupo Tutorial 6 - Uma consulta de rotina	53
Treinamento de Habilidades - TH	58
Treinamento de Habilidades 1 - HGO e exame das mamas e rastreamento ca de mama	59
Treinamento de Habilidades 2 - Exame físico ginecológico e propedêutica ginecológica	70



Treinamento de Habilidades 3 - Simulação consultas ginecológicas	83
Práticas de Laboratório – PL Anatomia	
Práticas de Laboratório 1 - patologia do colo	83
Práticas de Laboratório 2 - doenças benignas do corpo uterino e ovários (SOP)	86
Práticas de Laboratório 3 - D. Malignas do corpo e d. inflamatórias e infecciosas	89
Seminários	93
Seminário 1	94
Seminário 2	95
Seminário 3	102
Seminário 4	103
Projeto em Equipe - PE	105



UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTONIO VELANO - UNIFENAS CURSO DE MEDICINA BELO HORIZONTE

Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Reitora

Vice-Reitora

Pró-Reitor Acadêmico

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Supervisora do Campus Belo Horizonte

Coordenador do Curso de Medicina

Coordenadora Adjunta Curso de Medicina

Subsecretária Acadêmica

Diretor Técnico do CEASC/CEM-Norte

Gerente Administrativa do Campus Belo Horizonte

Larissa Araújo Velano

Maria do Rosário Velano

Viviane Araújo Velano Cassis

Daniel Ferreira Coelho

Larissa Araújo Velano Dozza

Viviane Araújo Velano Cassis

Maria Cristina Costa Resck

José Maria Peixoto

Daniela Almeida Freitas

Keila Elvira de Souza Pereira

A definir

Silvana Maria de Carvalho Neiva



Unidade Itapoã

Rua Líbano, 66 - Bairro Itapoã
CEP: 31710-030
Tel. (31) 2536-5681



Unidade Jaraguá

Rua Boaventura, 50 - Bairro Universitário
CEP: 31270-020
Tel. (31) 2536-5801

Este material é regido pelas leis nacionais e internacionais de direitos de propriedade intelectual, de uso restrito do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH. É proibida a reprodução parcial ou total, de qualquer forma ou por qualquer meio, por violação dos direitos autorais (Lei 9.610/98).

© 2025 UNIFENAS. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.



COORDENADORES DE BLOCOS TEMÁTICOS E ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco	Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco
1º Período		2º Período	
Homeostasia	Flávia Pereira de Freitas Junqueira	Epidemia	Luiz Alexandre Viana Magno
Hemorragia e Choque	Bruno Cabral de Lima Oliveira	Inconsciência	Audrey Beatriz Santos Araújo
Oligúria	Carla dos Santos Simões	Abdome Agudo	Bárbara dos Santos Simões
Dispneia	Lidiane Aparecida Pereira de Sousa	Febre	Ana Cristina Peracchini Rodrigues
3º Período		4º Período	
Células e Moléculas	Josiane da Silva Quetz	Puberdade	Akisa Priscila Oliveira de Sousa Penido
Nutrição e Metabolismo	José Barbosa Júnior	Vida Adulta	Fabiano Cassiano Arar
Gestação	Pedro Henrique Tannure Saraiva	Meia Idade	Paula Maciel Bizotto Garcia
Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	Cristiano José Bento	Idoso	Simone de Paula Pessoa Lima
5º Período		6º Período	
Síndromes Pediátricas I	Marcelle Amaral de Matos	Síndromes Pediátricas II	Bruna Salgado Rabelo
Síndromes Digestórias	Camila Bernardes Mendes Oliveira	Síndromes Infeciosas	Isabela Dias Lauer
Síndromes Cardiológicas	Paulo Sérgio de Oliveira Cavalcanti	Síndromes Nefro-Urológicas	Geovana Maia Almeida
Síndromes Respiratórias	Gláucia Cada de Freitas Abreu	Síndromes Hemato-Oncológicas	Kevin Augusto Farias de Alvarenga
7º Período		8º Período	
Síndromes Ginecológicas	Paulo Henrique Boy Torres	Emergências Clínicas e Trauma	Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira
Síndromes Dermatológicas	Nathalia Borges Miranda	Síndromes Cirúrgicas	Eduardo Tomaz Froes
Síndromes Endocrinológicas	Livia Maria Pinheiro Moreira	Síndromes Obstétricas	Rafaela Friche de Carvalho Brum Scheffer
Síndromes Neuropsiquiátricas	Luciana Carla Araújo Pimenta	Síndromes Reumato-Ortopédicas	Denora Lobato Guimarães Rogério Augusto Alves Nunes
9º Período		10º Período	
Estágio em Clínica Médica	José Maria Peixoto Rita de Cássia Corrêa Miguel Marcelo Bicalho de Figueira	Estágio em Saúde da Mulher	Juliana Silva Barra Inessa Beraldo Bonomi Pedro Henrique Tannure Saraiva
Estágio em Clínica Cirúrgica	Eduardo Tomaz Froes Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira Aloisio Cardoso Júnior	Estágio em Saúde da Criança	Cristiani Regina dos Santos Faria Guilherme Rache Gaspar Patrícia Quina Albert Lobo
11º Período		12º Período	
Estágio em Atenção Integral à Saúde I	Fabiano Gonçalves Guimarães	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas em Saúde Mental	Fernanda Rodrigues de Almeida Alexandre Araújo Pereira
Estágio em Atenção Integral à Saúde II	Ruth Borges Dias Fabiano Cassiano Arar Gabriel Costa Osano	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas e Cirúrgicas	Luiz Augusto Ferreira



INTRODUÇÃO

É com grande satisfação que damos início a mais um ciclo de aprendizado e aprofundamento em uma das áreas fundamentais da medicina: a ginecologia. Durante este bloco, teremos a oportunidade de explorar não apenas as síndromes ginecológicas mais prevalentes, mas também os impactos dessas condições na saúde global da mulher, compreendendo sua intersecção com outras especialidades médicas.

Os temas abordados são de grande prevalência, são altamente integrados nas diversas estratégias do bloco com ênfase na atenção primária.

A ginecologia é uma disciplina essencial na formação médica, pois envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a abordagem integral do bem-estar feminino ao longo de toda a vida. O conhecimento adquirido aqui será determinante para que vocês, futuros médicos, possam oferecer um atendimento qualificado, humanizado e baseado em evidências científicas e em qualquer área de atuação na saúde da mulher.

Espero que este seja um período de intenso aprendizado, troca de conhecimentos e crescimento profissional. Contem com a equipe docente para guiá-los nesse processo e aproveitem ao máximo essa jornada!

Muitos dos protocolos mais atuais estão disponíveis online e indicados após cada GT ou seminário.

Neste semestre, os exames parcial e final do bloco serão aplicados em dia único no período da tarde para todas as turmas: O exame parcial na segunda-feira após a semana de carnaval dia 23.2.26 e o exame final na última sexta-feira do bloco no dia 6.3.26 às 17:30. Os exames de TH, PE e PL não deverão ser antecipados pelo número reduzido de semanas do bloco.

Sejam bem-vindos!
Prof. Dr. Paulo Henrique Boy Torres
Coordenador do bloco



OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Objetivos gerais:

1. Realizar a anamnese e o exame físico ginecológicos.
2. Compreender a propedêutica ginecológica.
3. Compreender os rastreamentos do câncer de colo do útero e mama.
4. Compreender o ciclo menstrual normal.
5. Compreender o planejamento familiar.
6. Realizar a abordagem sindrômica da dor pélvica crônica.
7. Sistematizar o diagnóstico diferencial das causas de sangramento uterino anormal.
8. Compreender o corrimento genital normal e patológico.
9. Compreender a doença inflamatória pélvica e a dor pélvica aguda.
10. Compreender as doenças benignas do útero.
11. Compreender as doenças benignas da mama.
12. Compreender o climatério e a terapia hormonal.
13. Conceituar a Saúde Baseada em Evidências (SBE)
14. Rever as principais características dos ensaios clínicos randomizados (ECR)
15. Discutir os fatores que podem reduzir ou elevar o nível da evidência, de acordo com o sistema GRADE
16. Compreender a anatomia patológica do colo do útero.
17. Compreender a anatomia patológica das doenças benignas do útero.
18. Compreender a síndrome dos ovários policísticos.
19. Compreender a anatomia patológica das doenças malignas do corpo uterino.
20. Compreender a anatomia patológica das principais doenças inflamatórias/infecciosas do sistema genital feminino.



Alocação de salas GTs:

Turma A - TUTORES	Sala
Fernanda P	201
Luciana P	203
Carolina F	204
Ricardo M	205
Turma B	
Henrique S	201
Livia	203
Thais	204
Marina	205
Turma C	
Luiza R	206
Nathalia B	208
Caroline	209
Ana Luiza M	211



Calendário de seminários 2026.1

Seminários	Data	Horário	Temas abordados	Professor (a)
Aula inaugural Aula 1 S. Gin.	2.2.26 2.2.26 segunda . 5.2.26 quinta	11:10 A 17:10 B 11:10 C	Apresentação do bloco SGIN 2026.1	Paulo Boy
Seminário 1 segunda feira e quinta feira	2.2.26 2.2.26 segunda . 5.2.26 quinta	11:10 A 17:10 B 11:10 C	O ciclo menstrual normal e as principais doenças benignas do útero (+ sangramento anormal estrutural)	Paulo Boy
Seminário 2 segunda feira	9.2.26 Segunda	17:30	Rastreamento do Câncer de colo e lesões precursoras, rastreamento do Câncer de mama.	Paulo Boy
III seminário integrado do 7o período: SOP	12.2.26 Quinta . opcional	11:10	A visão do especialista na síndrome dos ovários policísticos. Psiquiatra, Dermatologista, Endocrinologista e Ginecologista	
Seminário 3 quinta feira	26.2.26	11:10	Climatério, menopausa e terapia hormonal. Câncer de endométrio.	Juliana Barra
Seminário 4 segunda feira	2.3.26	17:30	Planejamento familiar (+ sangramento anormal iatrogênico) Revisão do bloco	Paulo Boy



Calendário de Exames 2026.1

Exames	Datas e horários
exame PARCIAL	<p>todas as turmas: 23.02.2026 segunda-feira 17:30 horas - 30 pontos</p> <p><i>GTs 1, 2 e 3, Sem 1 e 2</i></p>
exame FINAL	<p>todas as turmas: 06.03.26 sexta-feira 17:30- 45 pontos</p> <p><i>GTs 1-5, Sem 1-4</i></p>
exames de TH	<p>turma A - Prof. Juliana Barra quinta-feira 05.03.26 - 50 pontos</p> <p>turma B - Prof Paulo Boy segunda-feira 02.03.26 - 50 pontos</p> <p>turma C - Prof. Rafaela Friche quarta-feira 04.03.26 - 50 pontos</p> <p>avaliação formativa/simulação: 25 pontos</p>
exame de PL	<p>turma A - Profª Denise Carmona quinta-feira manhã 05.03.26</p> <p>turma B - Profª Denise Carmona quinta-feira tarde 05.03.26</p> <p>turma C - Prof Luiz Alexandre sexta-feira manhã 06.03.26</p> <p>Avaliação formativa: 25 pontos</p>



Distribuição de pontos nas diferentes estratégias de ensino

Bloco S. Ginecológicas 2026.1

Estratégia	Atividade	Valor
Grupos Tutoriais e Seminários	Exame parcial	30,00
	Exame Final do bloco	45,00
	Conceito	5,00
Treinamento de Habilidades	Avaliação formativa + simulação	15,00 + 10,00
	Prova	50,00
	Conceito	5,00
Práticas de Laboratório	Avaliações formativas	25,00
	Prova	50,00
	Conceito	5,00
Projeto em Equipe	Apresentação oral	35,00
	Trabalho escrito	40,00
	Conceito	5,00

Avaliações	Atividade	Valor
Avaliação Integradora do Curso (AIC)	Matriz ENAMED (31/03/2026)	5 pontos
	Matriz Curricular (14/05/2026)	5 pontos
OSCE	Avaliação formativa + simulação	10 pontos



HORÁRIOS S. GINECOLÓGICAS 2026.1



HORÁRIO BLOCO SÍNDROMES GINECOLÓGICAS 2026/01 - CURSO DE MEDICINA - UNIFENAS BH (Atenção: Horário sujeito a modificações)

TURMA A				Segunda				Terça				Quarta				Quinta				Sexta				
Hora	Grupo	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local		
07:30-09:10	1	Ambulatório fixo Escala na próxima página		UBS	TP	---	---	GT	Fernanda P	201	TH	Juliana Bara	TH 04	TP	---	---	TH de Técnica Operatória Turmas A1 e A2 de Ambulatório de especialidades	TH de Técnica Operatória Turmas A3, A4 e A5 de Ambulatório de especialidades						
	2			UBS	TP	---	---	GT	Luciana P	203	TH	Juliana Bara	TH 04	TP	---	---								
	3			UBS	TP	---	---	GT	Carolina F	204	PL	Denise	Lab	TP	---	---								
	4			UBS	TP	---	---	GT	Raundo M	205	PL	Carmona	Patologia	TP	---	---								
09:30-11:10	1		UBS	PE	Maria Tucci	Metodologia Ativas (CEASC)	GT	Fernanda P	201	PL	Denise	Lab	TP	---	---									
	2		UBS				GT	Luciana P	203	GT	Carmona	Patologia	TP	---	---									
	3		UBS				GT	Carolina F	205	TH	Juliana Bara	TH 04	TP	---	---									
	4		UBS				GT	Raundo M	205	TH	Juliana Bara	TH 04	TP	---	---									
13:30-15:10	1	GT	Fernanda P	201	TP	---	---	TP	---	---	TH de Técnica Operatória Turmas A1 e A2 de Ambulatório de especialidades	TH de Técnica Operatória Turmas A3, A4 e A5 de Ambulatório de especialidades												
	2	GT	Luciana P	203	TP	---	---	TP	---	---														
	3	GT	Carolina F	204	TP	---	---	TP	---	---														
	4	GT	Raundo M	205	TP	---	---	TP	---	---														
15:30-17:10	1	GT	Fernanda P	201	TP	---	---	TP	---	---														
	2	GT	Luciana P	203	TP	---	---	TP	---	---														
	3	GT	Carolina F	204	TP	---	---	TP	---	---														
	4	GT	Raundo M	205	TP	---	---	TP	---	---														
TURMA B		Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local			Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local
07:30-09:10	1	TH de Técnica Operatória para as Turmas B1, B2 e B3 de Ambulatório de especialidades		Ambulatório fixo Escala na próxima página				TH de Técnica Operatória para as Turmas B4 e B5 de Ambulatório de especialidades					GT	Henrique S	201	TP	---	---						
	2					GT	Livia		203	TP			---	---	TP	---	---							
	3					GT	Thais		204	TP			---	---	TP	---	---							
	4					GT	Em contratação (Marina)		205	TP			---	---	TP	---	---							
09:30-11:10	1	Tempo protegido ou ambulatório fixo Escala na próxima página											GT	Henrique S	201				PE	Kevin	Sala 15 (CEASC)			
	2							GT	Livia	203														
	3							GT	Thais	204														
	4							GT	Em contratação (Marina)	205														
13:30-15:10	1	TH	Paulo Roy	TH 04	GT	Henrique S	201	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---	PL	Luma	Lab					
	2	TP	---	---	GT	Livia	203	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---	PL	Desouza	Patologia					
	3	TH	Paulo Roy	TH 04	GT	Thais	204	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---								
	4	TP	---	---	GT	Em contratação (Marina)	205	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---								
15:30-17:10	1	TP	---	---	GT	Henrique S	201	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---								
	2	TP	Paulo Roy	TH 04	GT	Livia	203	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---								
	3	TP	---	---	GT	Thais	204	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---	PL	Luma	Lab					
	4	TH	Paulo Roy	TH 04	GT	Em contratação (Marina)	205	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---	PL	Desouza	Patologia					
TURMA C		Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local		
07:30-09:10	1	Ambulatório fixo Escala na próxima página		GT	Luiza R	206	TH	Rafael S	TH 04	GT	Luiza R	206	TP	---	---									
	2			GT	Nathalia B	208	TP	---	---	GT	Nathalia B	208	TP	---	---									
	3			GT	Caroline	209	TH	Rafael S	TH 04	GT	Caroline	209	PL	Luma	Lab									
	4			GT	Ana Luiza M	211	TP	---	---	GT	Ana Luiza M	211	PL	Desouza	Patologia									
09:30-11:10	1		GT	Luiza R	206	TH	Rafael S	TH 04	GT	Luiza R	206	TP	---	---										
	2		GT	Nathalia B	208	TH	Rafael S	TH 04	GT	Nathalia B	208	PL	Luma	Lab										
	3		GT	Caroline	209	TP	---	---	GT	Caroline	209	TP	---	---										
	4		GT	Ana Luiza M	211	TH	Rafael S	TH 04	GT	Ana Luiza M	211	TP	---	---										
13:30-15:10	1	TH de Técnica Operatória Turmas C1, C2 e C3 de Ambulatório de especialidades		TP	---	---	TH de Técnica Operatória Turma C4 de Ambulatório de especialidades			TH de Técnica Operatória Turma C5 de Ambulatório de							PE	José Antônio	Metodologia Ativas (CEASC)					
	2			TP	---	---																		
	3			TP	---	---																		
	4			TP	---	---																		
15:30-	1		TP	---	---																			
	2	especialidades		TP	---	---	Ambulatório fixo Escala na próxima página			especialidades														
	3			TP	---	---																		
	4			TP	---	---																		



HORÁRIO DE AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES - 7º PERÍODO

Segunda				Terça				Quarta				Quinta				Sexta			
Hora	Grupo	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local
07:30-11:10	1	---	---	---	END	Cláudia M	CEASC	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---	TP	---	---
	2	---	---	---	END	Livia M	CEASC	END	Nathalia Alves	CEASC	PSQ	En contrató (Larissa)	Igreja Carmo	---	---	---	---	---	---
	3	---	---	---	END	Bruna Galvão	CEASC	TP	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---
	4	---	---	---	TP	Henrique S	CEASC	END	Tatiana O	CEASC	TP	---	---	---	---	---	---	---	---
	5	---	---	---	END	Henrique S	CEASC	TP	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---
13:30-17:10	1	---	---	---	NEU	Audrey A	CEASC	TP	---	---	PSQ	Thais	CEASC	---	---	---	---	---	---
	2	---	---	---	TP	---	---	TP	---	---	NEU	Andréia P	CEASC	---	---	---	---	---	---
	3	---	---	---	TP	---	---	PSQ	En contrató (Larissa)	Igreja Carmo	NEU	Renata B	CEASC	---	---	---	---	---	---
	4	---	---	---	PSQ	Daniela B	C	NEU	Renata B	CEASC	TP	---	---	---	---	---	---	---	---
	5	---	---	---	TP	---	---	TP	---	---	PSQ	En contrató (Larissa)	Igreja Carmo	---	---	---	---	---	---
13:30-17:10	1	TP	---	---	---	---	---	END	Nathalia Alves	CEASC	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	2	TP	---	---	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	3	TP	---	---	---	---	---	END	Tatiana O	CEASC	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	4	END	Cláudia M	CEASC	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	5	END	Nathalia Alves	CEASC	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
13:30-17:10	1	TP	---	---	---	---	---	DER	Laura Renno	CEASC	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	2	CIR	Jefferson F	CEASC	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	3	DER	Isadora M	CEASC	---	---	---	CIR	José Eduardo	CEASC	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	4	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	5	CIR	José Eduardo	CEASC	---	---	---	DER	Guilherme S	CEASC	---	---	---	---	---	---	---	---	---

A - Centro de Saúde Alcides Lima; B - Centro de Saúde Elégia Murta; C - Centro de Saúde Cidade de Ozama; D - Centro de Saúde Cachoeirinha; E - Centro de Saúde Olavo Albino

CALENDÁRIO GTs e Seminários TURMAS A, B e C 2026.1

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
S1	2.2.26	3.2.26	4.2.26	5.2.26	6.2.26
		GTA1	GTR1A2	GTR1A2	
11:10	aula 1* SEM1			aula 1* SEM1	
	GTA1	GTA1			
17:10	aula 1* SEM1				
S2	9.2.26	10.2.26	11.2.26	12.2.26	13.2.26
		GTR2A3	GTR3A4	GTR3A4	
11:10				SEM SOP	
	GTR2A3	GTR2A3			
17:10	SEM 2				
	16.2.26	17.2.26	18.2.26	19.2.26	20.2.26
	recesso	carnaval	cinzas		
	recesso	carnaval			
	recesso	carnaval			
S3	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2
		GTR4A5 DEVOLUTIVA	GTR5A6 DEVOLUTIVA	GTR5A6	
11:10		2026		SEM 3	
	GTR4A5	GTR4A5 DEVOLUTIVA			
17:30	PARCIAL				



S4	2.3.26	3.3.26	4.3.26	5.3.26	6.3.26
		R6 FEEDBACK	TP	TP	
	sem 4 revisão				
	R6 Consulta Gin. FEEDBACK	R6 FEEDBACK			
17:30					FINAL



turma A	turma B	turma C
---------	---------	---------

CALENDÁRIO TURMA A - 2026.1

SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S1	2.2	3.2	4.2	5.2	6.2	S1
Manhã	Amb fixo		GTR1	TH 1/PL A3A4	TP	
	Amb fixo	PE Maria Turci	GTA2	TH 1/PL A1A2 Juliana Barra /Denise Carmona	TP	
Tarde	GTA1	TP	TP	TH TO A1 e A2 Amb Esp	TH TO A3, A4 e A5 Amb Esp	
		TP	TP			
17:10	Aula 1 Sem 1 Paulo Boy					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S2	9.2.26	10.2.26	11.2.26	12.2.26	13.2.26	S2
Manhã	Amb fixo	TP	GTR3	TH 2/PL2		
	Amb fixo	PE	GTA4	TH 2/PL2		Sábado de Carnaval
11:10	-	-	-	Sem SOP		
Tarde	GTR2	TP	TP	TH TO A1 e A2 Amb Esp	TH TO A3 , A4 e A5 Amb Esp	
	GTA3		TP			
17:30	Sem 2 Paulo Boy					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S3	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	S3
Manhã	Amb fixo	TP	GTR5	TH 3/PL3 simulação	TP	
	Amb fixo	PE	GTA6 Consulta Gin.	TH 3/PL3 simulação	TP	
11:10	-	-	-	Sem 3 Juliana Barra	-	
Tarde	GTR4	TP	TP	TH TO A1 e A2 Amb Esp	TH TO A3 , A4 e A5 Amb Esp	
	GTA5		TP			
17:30	Exame parcial					



SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S4	2.3.26	3.3.26	4.3.26	5.3.26	6.3.26	S4
Manhã	amb fixo	TP	TP	Exames TH/PL		
	amb fixo	PE Exame?	TP Extra	Exames TH/PL		
11:10	Sem 4 + revisão Paulo Boy	-	-	+devolutivas		
Tarde 4	GT R6 Consulta Gin.	TP	TP	TH TO A1 e A2 Amb Esp	TH TO A3, A4 e A5 Amb Esp	
	Feedback		TP			
17:30					FINAL	



	9.3.26	10.3.26				
1	início do bloco Neuropsiquiatria	Prazo final para requerimento do exame final do bloco SGin				
	BLOCO NEUROPSIQUIATRIA					

CALENDÁRIO TURMA B - 2026.1

SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S1	2.2	3.2	4.2	5.2	6.2	S1
Manhã	TH TO B1,B2,B3 Amb esp	Amb Fixo	TH TO B4 e B5 Amb esp	GT R1		
				GT A2	PE Kevin	
Tarde	TH 1 B1 e B3 Paulo Boy	GT A1	TP	TP	PL 1 B1 e B2 Luana Dourado	
	TH 1 B2 e B4 Paulo Boy		TP	TP	PL 1 B3 e B4 Luana Dourado	
17:30	Aula 1 S.Gin. Sem 1					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S2	9.2.26	10.2.26	11.2.26	12.2.26	13.2.26	S2
Manhã	TH TO B1,B2,B3 Amb esp	Amb Fixo	TH TO B4 e B5 Amb esp	GT R3		
				GT A4	PE	Sábado de Carnaval
11:10				Sem SOP		
	TH 2	GT R2	TP	TP	PL 2 B1 e B2	
	TH 2	GT A3	TP	TP	PL 2 B3 e B4	
17:30	Sem 2					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S3	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	S3
Manhã	TH TO B1,B2,B3 Amb esp	Amb Fixo	TH TO B4 e B5 Amb esp	GTR5		
				GTA6	PE	
				Sem 3		
Tarde	TH 3 Simulação	GT R4	TP	TP	PL 3 B1 e B2	
	TH 3 Simulação	GT A5	TP	TP	PL 3 B3 e B4	



17:30	Exame parcial					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S4	2.3.26	3.3.26	4.3.26	5.3.26	6.3.26	S4
Manhã	TH TO B1,B2,B3 Amb esp	Amb Fixo	TH TO B4 e B5 Amb esp	TP		
				TP EXTRA	PE Exame?	
11:10	Sem 4 + Revisao					
Tarde	TH exame	GTR6 Consulta Gin.	TP	TP	PL exame	
	TH exame	feedback	TP	TP	PL exame	
17:30					Exame Final auditório	



	9.3.26	10.3.26				
1	início do bloco Endocrinologia	Prazo final para requerimento do exame final do bloco SGin				
	BLOCO ENDOCRINOLOGIA					

CALENDÁRIO TURMA C - 2026.1

SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S1	4.8	5.8	6.8	7.8	8.8	S1
Manhã	amb fixo	GT A1	TH 1 Rafaela Friche	GT R1	PL ½ Luana Dourado	
	amb fixo		TH 2 Rafaela Friche	GT A2	PL 1/2 Luana Dourado	
11:10				Aula 1 Sem 1		
Tarde	TH TO C1, C2 e C3 Amb esp	TP	TH TO C4 Amb esp	TH TO C3	PE 1/2	
		TP			PE 1/2	
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S2	11.8	12.8	13.8	14.8	15.8	S2
Manhã	amb fixo	GT R2	TH 2	GT R3		
	amb fixo	GT A3	TH 2	GT A4		
11:10				Sem3	Feriado	
Tarde	TH TO C1, C2 e C3 Amb esp		TH TO C4 Amb esp	TH TO C3		
	TP					
	Sem 2					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S3	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	S3
Manhã	amb fixo	GT R4	TH 3 / simulação	GTR5	PL2/3	
	amb fixo	GT A5	TH 3	GTA6	PL2/3	
11:10				sem SOP		
Tarde	TH TO C1, C2 e C3 Amb esp		TH TO C4 Amb esp	TH TO C3	PE 2/3	
					PE 2/3	



17:30	exame parcial					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
S4	2.3.26	3.3.26	4.3.26	5.3.26	6.3.26	S4
Manhã	amb fixo	GTR6 Consulta Gin.	TH exame	TP extra	PL exame	
	amb fixo	Feedback	TH exame		PL exame	
	Sem 4 + revisão					
Tarde	TH TO C1, C2 e C3 Amb esp		TH TO C4 Amb esp	TH TO C5 Amb esp	TP/PE 1 exame	
					PE 1 /TP exame	
17:30					exame final	
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
	1.9	2.9	3.9	4.9	5.9	
	BLOCO DERMATOLOGIA					

	início do bloco Dermatologia	Prazo final requerimentos				
--	---------------------------------	------------------------------	--	--	--	--



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - BÁSICA

1. PASSOS, Eduardo P.; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; MAGALHÃES, José A.; et al. Rotinas em Ginecologia (Rotinas). [Digite o Local da Editora]: Grupo A, 2023. E-book. ISBN 9786558821144. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558821144/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
2. BEREK, Jonathan S.; BEREK, Jonathan S. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 1223 p., il. ISBN 9788527714396.
3. CAMARGOS, Aroldo Fernando et al. Ginecologia ambulatorial: baseadas em evidências científicas. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 1018 p.
4. HOFFMAN, Barbara L.; SCHORGE, John O.; HALVORSON, Lisa M.; et al. Ginecologia de Williams. [Porto Alegre: Grupo A, 2014. E-book. ISBN 9788580553116. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553116/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
5. BARBOSA, Mariana G.; SARTORI, Marair Gracio F. Ginecologia - Manual do Residente da Escola Paulista de Medicina/Univ.Fed. de São Paulo. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2013. E-book. ISBN 978-85-412-0309-8. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0309-8/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
6. FEMINA. Rio de Janeiro: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 1973-. ISSN 0100-7254. versão online. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina>. Acesso em: 26 abr. 2024.
7. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Publicação de: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 1806-9339 versão on-line. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas-rbgo>. Acesso em: 26 abr. 2024.
8. BRASILEIRO FILHO, Geraldo B. Bogliolo Patologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788527738378. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/grade.pdf/view. Acesso em: 26 abr. 2024.

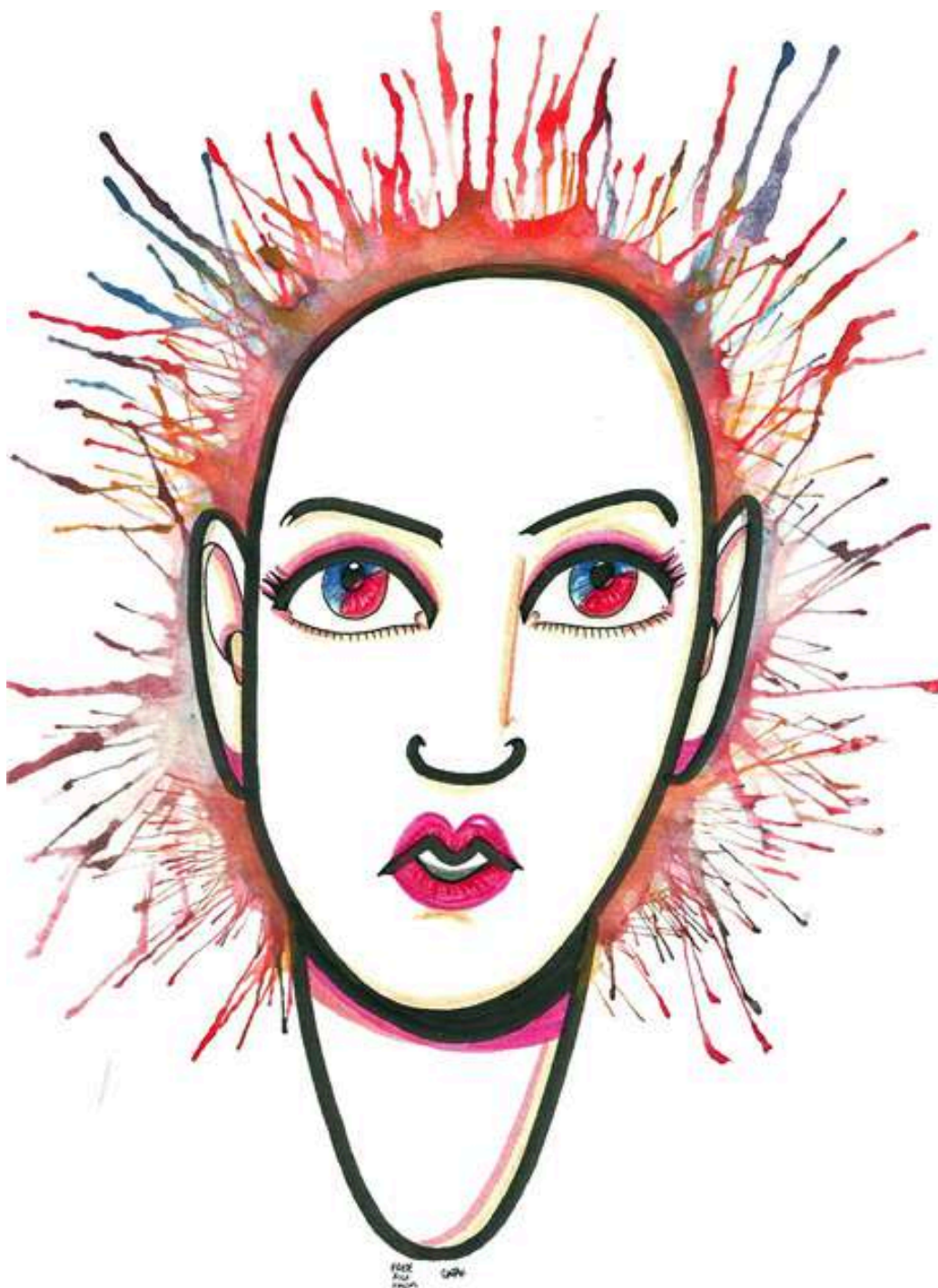


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - COMPLEMENTAR

1. CAMARGOS, Aroldo Fernando. Anticoncepção, endocrinologia Soluções para as questões da ciclicidade feminina. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
2. FERNANDES, César E.; POMPEI, Luciano de M. Endocrinologia Feminina. Barueri, SP: Editora Manole, 2016. E-book. ISBN 9788520447192. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447192/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
3. HALBE, Hans Wolfgang. Tratado de ginecologia. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. 1679 p. (2v).
4. MONTENEGRO, Carlos Antonio B. FILHO, Jorge de R. Rezende Obstetrícia Fundamental. 14.ed. Rio de Janeiro.Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788527732802. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732802/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
5. GIRÃO, Manoel João Batista C.; SARTORI, Marair Gracio F.; NAZÁRIO, Afonso Celso P. Terapêutica em Ginecologia: Protocolos de Assistência do Departamento de Ginecologia da EPM-Unifesp. Barueri, SP: Editora Manole, 2012. E-book. ISBN 9788520447185. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447185/>. Acesso em: 26 abr. 2024
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.
7. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA-FEBRASGO. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 7). Disponível em: https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/11-SANGRAMENTO_UTERINO_A_NORMAL.pdf. Acesso em: 26 abr. 2024.
8. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA-FEBRASGO. Síndrome dos ovários policísticos. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2023. (Série orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 2). Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/sindrome-.pdf> . Acesso em: 26 abr. 2024.
9. ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MINAS GERAIS. Revista Médica de Minas Gerais. ISSN: 2238-3182 Versão on-line. Disponível em <http://www.rmmg.org/Home>. Acesso em: 26 abr. 2024



GRUPOS TUTORIAIS



Quimio e cores"Frederico Valin e Claudia Ketter"
ex alunos da Unifenas

GRUPO TUTORIAL 1

"As Dores de Dolores"**"A mulher que chora" - 1937 -Pablo Picasso**

Identificação: Dolores, 30 anos, casada, procedente de Dolores do Indaiá - MG

Motivo da Consulta: "cólicas." ("terceiro médico que procura")

Informa que após a menarca aos 12 anos seus ciclos eram irregulares e não apresentava dor mas que dos 14 aos 18 anos a dor costumava iniciar cerca de 12 horas antes do começo do fluxo menstrual e persistia no máximo por dois dias, que essa dor era acompanhada às vezes de vômitos e cefaleia e que às vezes chegava a procurar uma UPA para medicação venosa. Relata que diziam ser normal apesar de tanta dor e que obteve melhora importante depois que iniciou uso anticoncepcional aos 18 anos que utilizou até um ano e meio atrás.

Atualmente ela queixa cólicas no período menstrual que pioraram após interrupção do anticoncepcional há 1 ano e meio por desejo de gestação. Está preocupada também porque ainda não conseguiu engravidar e a dor está só piorando, aparecendo mesmo na ausência da menstruação.

HGO: Menarca: 12 anos, ciclos regulares. DUM: há 2 semanas. Não faz uso de método contraceptivo há 1 ano. G0 P0 A0 – relata desejo de gravidez. Nega ISTs, nega dispareunia e relata lubrificação vaginal adequada. Último citológico há 3 anos normal mas realizou cauterização por "manchinha no colo". Nega história de ist.

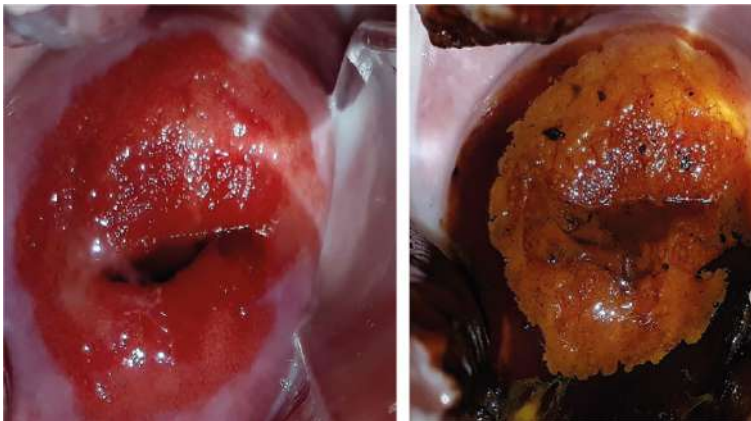
AE: Hábito intestinal preservado, nega disquesia, sem queixas urinárias.

HP: Usuária de escitalopram 10mg

Exame físico ginecológico:

Abdome livre. Vulva eutrófica sem lesões ulceradas ou vegetantes.

Exame especular: Resíduo vaginal de característica fisiológica. Colo eutrófico com presença de ectopia cervical (ectrópio). Colhido amostra para DNA HPV para adequação ao protocolo atual.



Ao toque: Útero em avf e desconforto a mobilização, sem aumento de volume evidente.

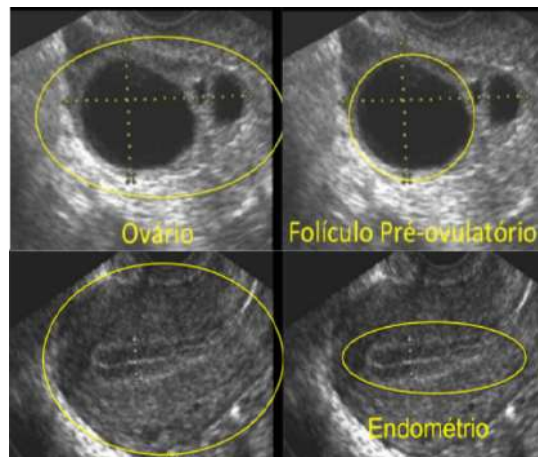
Anexos livres, anexo direito discretamente aumentado de volume à palpação bimanual.

Exames apresentados:

- Dosagem de Ca125: inferior a 35 U/mL (normal)
- histerossalpingografia (HSG) com prova de Cottè positiva



- Laudo de ultrassonografia (realizada hoje no 13º dia do ciclo): útero e anexos sem anormalidades, endométrio trilaminar, presença de imagem cística em ovário direito de 20mm diâmetro e imagem sugestiva de folículo pré ovulatório



- Laudo de citologia realizado há 3 anos: presença de células metaplásicas, ausência de atipias e flora normal.

Dolores está preocupada com o risco que esse problema pode trazer em relação a gravidez e sobre a necessidade de realizar cirurgia videolaparoscópica

Lista de problemas:

1. Dor pélvica crônica a esclarecer
2. Infertilidade primária.
3. Rastreamento do câncer de colo.

Orientações: Analise o caso e ajude Dolores com o problema da sua dor pélvica.

obs.: O rastreamento do câncer de colo será abordado em outras estratégias (seminário 2 e TH) e infertilidade no 8º período

Observe que são três momentos da vida de Dolores:

1. quando ela não apresentava dor (da menarca aos 14 anos),
2. quando apresentava dor no período menstrual (dos 14 aos 18 anos) a melhora com o uso de anticoncepcional e
3. após a interrupção do anticoncepcional e a mudança no padrão da dor nos últimos 18 meses.

Artigos complementares para consulta:

Revista Femina - FEBRASGO:

<https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ09Z-ZWeb.pdf>

Dysmenorrhea and related disorders:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5585876/>

Diagnosis and initial management of dysmenorrhea:

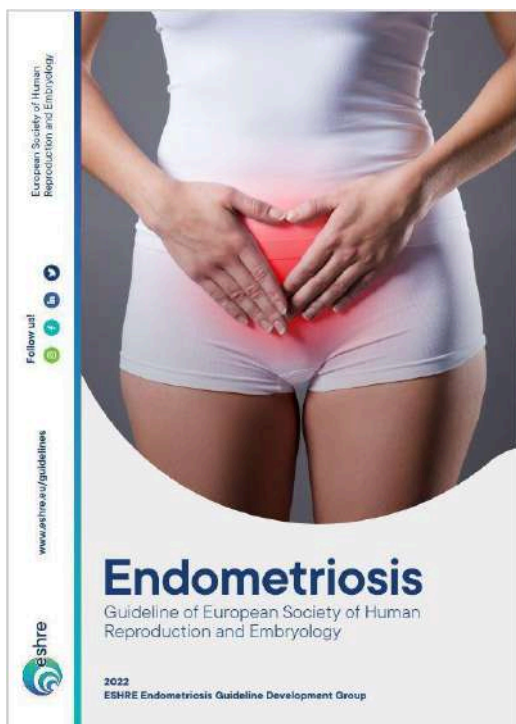
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24695505>



ESHRE Guideline (European Society of Human Reproduction and Embryology)

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal>

** “A laparoscopia deixou de ser o padrão-ouro diagnóstico e agora é recomendada apenas em pacientes com resultados de imagem negativos e/ou onde o tratamento empírico não teve sucesso ou foi inadequado”



“Endometriosis is a chronic inflammatory disease defined as the presence of endometrium-like tissue outside the uterus (Kennedy, et al., 2005). Establishment and growth of such endometriotic tissue is estrogen-dependent (Kitawaki, et al., 2002), thus it is mostly found in

women of reproductive age although the clinical consequences of endometriosis and its management can last well into postmenopause.

The exact prevalence of endometriosis is unknown, but estimates range from 2 to 10% within the general female population but up to 50% in infertile women (Eskenazi and Warner, 1997, Meuleman, et al., 2009). Thus, it is estimated that currently at least 190 million women and adolescent girls worldwide are affected by the disease during reproductive age although some women may suffer beyond menopause (Gemmell, et al., 2017, Zondervan, et al., 2020). Whilst not all women with endometriosis are symptomatic, endometriosis-associated pain and infertility are the clinical hallmarks of the disease affecting not only women with endometriosis, but also their partners and families.

An impact of endometriosis, and particularly pain symptoms, has been shown on quality of life, but also on a range of activities and life domains including physical functioning, everyday activities and social life, education and work, sex, intimacy and intimate partnerships, and mental health and emotional wellbeing (Culley, et al., 2013). The same review also reported an impact of infertility and concerns about possible infertility on the patient and the relationship with their partner (Culley, et al., 2013).

**** Laparoscopy is no longer the diagnostic gold standard and it is now only recommended in patients with negative imaging results and/or where empirical treatment was unsuccessful or inappropriate.**

List of recommendations:

Diagnosis of endometriosis

Clinicians should consider the diagnosis of endometriosis in individuals presenting with the following cyclical and non-cyclical signs and symptoms: dysmenorrhea, deep dyspareunia, dysuria, dyschezia, painful rectal bleeding or haematuria, shoulder tip pain, catamenial pneumothorax, cyclical cough/haemoptysis/ chest pain, cyclical scar swelling and pain, fatigue, and infertility.

Although currently no evidence exists that a symptom diary/questionnaire/app reduces the time to diagnosis or leads to earlier diagnosis, considers their potential benefit in complementing the traditional history taking process as it aids in objectifying pain and empowering women to demonstrate their symptoms.

Clinical examination and diagnostic tests

Clinical examination, including vaginal examination where appropriate, should be considered to identify deep nodules or endometriomas in patients with suspected endometriosis, although the diagnostic accuracy is low.

In women with suspected endometriosis, further diagnostic steps, including imaging, should be considered even if the clinical examination is normal.



Clinicians should not use measurement of biomarkers in endometrial tissue, blood, menstrual or uterine fluids to diagnose endometriosis.

Clinicians are recommended to use imaging (US or MRI) in the diagnostic work-up for endometriosis, but they need to be aware that a negative finding does not exclude endometriosis, particularly superficial peritoneal disease.

In patients with negative imaging results or where empirical treatment was unsuccessful or inappropriate, the GDG recommends that clinicians consider offering laparoscopy for the diagnosis and treatment of suspected endometriosis.

The GDG recommends that laparoscopic identification of endometriotic lesions is confirmed by histology although negative histology does not entirely rule out the disease.

GPP Both diagnostic laparoscopy and imaging combined with empirical treatment (hormonal contraceptives or progestogens) can be considered in women suspected of endometriosis. There is no evidence of superiority of either approach and pros and cons should be discussed with the patient (...)"



GRUPO TUTORIAL 2

"menstruação faltando"

Uma mãe comparece a consulta do médico de família com suas duas filhas, a filha de 17 anos que está com a "menstruação faltando" e que já realizou alguns exames solicitados pelo médico de família. Relata que também está preocupada com a filha de 13 anos que ainda não menstruou.

Caso 1 (filha de 17 anos):

Segundo a mãe, a adolescente de 17 anos tem estado muito ansiosa, nervosa e apresentando ganho de peso, "barriga" e "espinhas" além de excesso de pêlos nos últimos 6-8 meses.

HGO: Telarca aos 12 anos, pubarca e menarca aos 13 anos. Ciclos irregulares com períodos de amenorreia de até 4 meses sendo que sua última menstruação (DUM) foi há 3 meses. Não faz uso de contraceptivo e nega relação sexual no último ano. G0P0A0. Vacinada contra HPV aos 11 anos.

Realizado exame físico:

EXAME FÍSICO

Exame clínico geral	Ectoscopia: BEG	
	HIPERANDROGENISMO CLÍNICO – ÍNDICE DE FERRIMAN = 9	
	Acne em face, região dorsal e nádegas	
	PA: 130 x 80 mmHg	Peso: 72,0
	FC: 80 bpm	Altura: 1,60
	FR: 20 irpm	IMC: 28,1
	Tax: afebril	Circunferência abdominal: 88 cm
ACV	Ausculta cardíaca: BRNRF	
AR:	Ausculta respiratória: MVF	
AD:	Formato do abdome: globoso	
	Presença de visceromegalias: não	
	Dor à palpação: não	
	RHA: (+)	
AU:	Punho-percussão lombar: (-)	
Exame das mamas	Simetria: sim	
	Nódulos: ausente	
	Volume: aumentado	
	Lesões cutâneas: não	
	Retrações: ausente	



	Expressão mamilar: ausente
Genitália externa	Distribuição de pelos pubianos: sem alterações Rotura perineal: ausente Distopia genital: não Configuração de pequenos e grandes lábios: sem alterações Lesões cutâneas: acantose nigricans em raiz das coxas Trofismo vulvar: preservado
Exame especular	Elasticidade da vagina: preservada Paredes vaginais: rugosas Resíduo vaginal: esbranquiçado sem bolhas Muco cervical: ausente Teste de Schiller: (-) Visualização direta com ác acético: (-) JEC: visualizada
Toque	Útero: <ul style="list-style-type: none"> • Formato: de difícil delimitação devido a espessura do panículo adiposo • Volume: normal • Mobilidade: preservada Colo: <ul style="list-style-type: none"> • Consistência: fibroelástica • Mobilização: indolor Anexos: de difícil delimitação devido a espessura do panículo adiposo



E apresentados exames com os seguintes resultados:

Ultrassom pélvico transvaginal:

Bexiga vazia

Útero AVF, volume 104 cm³

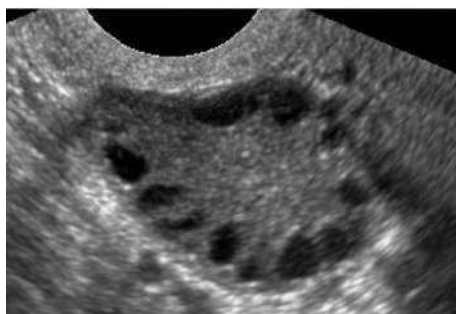
Endométrio homogêneo, regular, 8,0 mm

Ovário direito parauterino, volume 14 cm³

Ovário esquerdo parauterino, volume 11 cm³

Múltiplos cistos na periferia de ambos os ovários.

Ausência de líquido livre na cavidade pélvica.



Laboratório de análises clínicas:

HEMOGRAMA COMPLETO		VALOR DE REFERÊNCIA
Hemoglobina	13,6	12,0 – 16,0 g/ dL
Hematócrito	41	36,0 a 48,0 %
Hemácias	4,28	4,2 a 5,4 x 10 ⁶ /mm ³
HCM	33	25 a 35 pg
VCM	98	80 a 100 fL
Leucócitos	6.100	4.500 – 10.000 /mm ³
Neutrófilos não segmentados	0	< 350 /mm ³
Neutrófilos segmentados	57	40 – 80%

Linfócitos	1.787	1.000 a 4. 000 /mm ³
Monócitos	622	< 850 /mm ³
Basófilos	92	15 a 100 /mm ³
Eosinófilos	122	< 450 /mm ³
Plaquetas		150.000 – 450.000/mm ³

Creatinina	0,9	0,60 – 1,2 mg/ dL
Uréia	32	10,0 – 49,0 mg/ dL
Ácido úrico	3,2	2,5 – 6,8 mg/ dL



Colesterol total	146	Desejável: < 200 mg/ dL Limítrofe: 200 – 239 mg/ dL Alto: ≥ 240 mg/ dL
HDL-c	40	< 40 mg/ dL > 60 mg/ dL
LDL-c	67	Ótimo: < 100 mg/ dL Desejável: 100 – 120 mg/ dL Limítrofe: 130 – 159 mg/ dL
VLDL-c	20	< 30 mg/ dL
Triglicérides	195	Desejável: < 150 mg/ dL Limítrofe: 150 – 199 g/ dL Alto: > 200 mg/ dL

Glicemia de jejum	95	60 – 99 mg/dL
TOTG (75g dextrosol) • Jejum • 2 horas	90 244	< 92 mg/dL < 140 mg/dL

TGO	21	5 – 40 U/L
TGP	33	< 41 U/L

TSH	1,87	0,35 – 5,5 mU/ L
-----	------	------------------

T4 livre	0,91	0,65 – 1,76 ng/ dL
Prolactina	14,0	1 – 20 ng/ mL
FSH	6,4	Idade reprodutiva 5-20 mUI/ mL
LH	11	Fase folicular: 1,8 – 11,8 U/ L Pico ovulatório: 7,6 – 89,1 U/ L Fase lútea: 0,6 – 14,0 U/ L Menopausa: 5,2 – 62,9 U/ L
Testosterona total	92	14 – 76 ng/ dL
17OH-progesterona	0,9	ng/mL



βHCG	2,8	< 5UI
------	-----	-------

Informa ainda que hoje a enfermeira do posto realizou teste de gravidez - resultado negativo e foram aplicados os testes de rastreamento (questionário de depressão PHQ-9 e ansiedade) *UpToDate

formulário 1*

Questionário de depressão PHQ-9

Nome:	Dados:			
Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?	De jeito nenhum	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
Sentindo-se deprimido, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3
Dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo ou dormir demais	0	1	2	3
Sentir-se cansado ou com pouca energia	0	1	2	3
Pouco apetite ou comer demais	0	1	2	3
Sentir-se mal consigo mesmo, sentir-se um fracasso ou decepcionar a si mesmo ou à sua família	0	1	2	3
Dificuldade em se concentrar em coisas como ler o jornal ou assistir televisão	0	1	2	3
Movendo-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado; ou o oposto, estar tão inquieto ou inquieto que você tem se movimentado muito mais do que o normal	0	1	2	3
Pensamentos de que seria melhor morrer ou se machucar de alguma forma	0	1	2	3
Total ____ =	—	+ ____	+ ____	+ ____
Pontuação PHQ-9 ≥ 10: provável depressão grave				
Faixas de pontuação de depressão:				
5 a 9: leve				
10 a 14: moderado				
15 a 19: moderadamente grave				
≥ 20: grave				
Se você assinalou algum problema, o quanto eles dificultaram para você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou se relacionar com outras pessoas?	Não é nada difícil	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
	—	—	—	—

PHQ: Questionário de Saúde do Paciente.

formulário 2*

	De jeito nenhum	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado pelos seguintes problemas?				
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou tenso	0	1	2	3
2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação	0	1	2	3
3. Preocupar-se demais com coisas diferentes	0	1	2	3
4. Dificuldade em relaxar	0	1	2	3
5. Estar tão inquieto que é difícil ficar parado	0	1	2	3
6. Ficar facilmente irritado ou irritado	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo terrível pudesse acontecer	0	1	2	3
Pontuação total * 1 =	Adicionar colunas _____ + _____ + _____ + _____			
Se você assinalou algum problema, o quanto eles dificultaram para você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou se relacionar com outras pessoas?				
Circule um	Não é nada difícil	Um pouco difícil	Muito difícil	Extremamente difícil

* Pontuação: 5 a 9 = ansiedade leve; 10 a 14 = ansiedade moderada; 15 a 21 = ansiedade grave.



lista de problemas:

1. amenorreia secundária por síndromes dos ovários policísticos - SOP?
2. hiperandrogenismo

caso 2 (filha de 13 anos):

No final da consulta a mãe perguntou para o médico se precisava se preocupar também com a filha de 13 anos que já tem caracteres sexuais secundários femininos mas ainda não menstruou.

Lista de problemas:

1. amenorreia primária.

Planejamento: o médico orientou que como a adolescente já tinha apresentado a telarca e a pubarca ela poderia aguardar a primeira menstruação até os 15 anos.

Orientações:

Complete a lista dos problemas da paciente de 17 anos, oriente e ajude a adolescente (caso 1). Veja ainda quando deve ser investigado os casos de amenorreia primária (caso 2) - desnecessário saber investigar as causas no oitavo período.

obs.: Informações complementares, protocolos da Febrasgo (2021) e ESHRE guidelines (2023) a seguir:

Informações complementares GT2:

****Investigação de amenorreia primária (protocolo Febrasgo 2021):

A inexistência da menarca, isto é, a ausência da primeira menstruação espontânea, caracteriza a amenorreia primária, que deve ser investigada quando a menarca não ocorrer, de acordo com os critérios a seguir (limites recentemente revistos):

- até os 13 anos de idade e sendo observada completa ausência de caracteres sexuais secundários;
- até os 15 anos de idade em meninas com caracteres sexuais secundários presentes;
- até três anos após o início do desenvolvimento das mamas, se isto se deu antes dos 10 anos de idade.



* Este protocolo (2021) foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia, n. 25.

Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

****Síndrome dos ovários policísticos - protocolo* Febrasgo (2021)

Veja os critérios diagnósticos para a síndrome dos ovários policísticos, os parâmetros avaliados e definições de síndrome metabólica:

Critérios diagnósticos propostos para a síndrome dos ovários policísticos

Critérios de consenso do NIH 1990 ^[1] (todos obrigatórios)	Critérios de Rotterdam 2003* ^[2] (dois em três necessários)	Definição AES 2008 ^[3] (todas as possibilidades)
Irregularidade menstrual devido a oligo ou anovulação	Oligo ou anovulação	Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo
Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo	Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo	Difusão ovariana - oligo/anovulação e/ou ovários policísticos na ultrassonografia
Exclusão de outros distúrbios: NCCAH, tumores secretores de andrógenos	Ovários policísticos (por ultrassom)	Exclusão de outros excessos de andrógenos ou distúrbios ovulatórios

NIH: National Institutes of Health; AES: Androgen Excess Society; NCCAH: hiperplasia adrenal congênita não clássica; SOP: síndrome do ovário policístico.

* Os critérios de Rotterdam também exigem a exclusão de outras condições que imitam a SOP. Os critérios foram desenvolvidos em uma reunião de consenso de 2003 realizada em Rotterdam (grupo de oficina de consenso da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia [ESHRE]/Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva [ASRM]).

Definições de síndrome metabólica

Parâmetros	NCEP ATP3 2005*	IDF 2009	EGIR 1999	OMS 1999	AACE 2003
Obrigatório			Resistência à insulina ou hiperglicemia em jejum (ou seja, no topo de 25% do intervalo de referência específico do laboratório)	Resistência à insulina nos 25% superiores ¹ ; glicemia de jejum $\geq 6,1$ mmol/L (110 mg/dL); glicemia de 2 horas $\geq 7,8$ mmol/L (140 mg/dL)	Alto risco de resistência à insulina ² ou IMC ≥ 25 kg/m ² ou cintura ≥ 102 cm (homens) ou ≥ 88 cm (mulheres)
Número de anormalidades	≥ 3 de:	≥ 3 de:	≥ 2 de:	≥ 2 de:	≥ 2 de:
Glicose	Glicemia de jejum $\geq 5,6$ mmol/L (100 mg/dL) ou tratamento medicamentoso para glicemia elevada	Glicemia de jejum $\geq 5,6$ mmol/L (100 mg/dL) ou diabetes diagnosticado	Glicemia de jejum $\geq 6,1$ a $6,9$ mmol/L (110 a 125 mg/dL)		Glicemia de jejum $\geq 6,1$ mmol/L (110 mg/dL); glicemia de 2 horas $\geq 7,8$ mmol/L (140 mg/dL)
Colesterol HDL	$<1,0$ mmol/L (40 mg/dL) (homens); $<1,3$ mmol/L (50 mg/dL) (mulheres) ou tratamento medicamentoso para colesterol HDL baixo ³	$<1,0$ mmol/L (40 mg/dL) (homens); $<1,3$ mmol/L (50 mg/dL) (mulheres) ou tratamento medicamentoso para colesterol HDL baixo	$<1,0$ mmol/L (40 mg/dL)	$<0,9$ mmol/L (35 mg/dL) (homens); $<1,0$ mmol/L (40 mg/dL) (mulheres)	$<1,0$ mmol/L (40 mg/dL) (homens); $<1,3$ mmol/L (50 mg/dL) (mulheres)
Triglicerídeos	$\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL) ou tratamento medicamentoso para triglicerídeos elevados ⁴	$\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL) ou tratamento medicamentoso para triglicerídeos altos	ou $\geq 2,0$ mmol/L (180 mg/dL) ou tratamento medicamentoso para dislipidemia	ou $\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL)	$\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL)
Obesidade	Cintura ≥ 102 cm (homens) ou ≥ 88 cm (mulheres) ⁵	Cintura ≥ 94 cm (homens) ou ≥ 80 cm (mulheres)	Cintura ≥ 94 cm (homens) ou ≥ 80 cm (mulheres)	Relação cintura/quadril $\geq 0,9$ (homens) ou $\geq 0,85$ (mulheres) ou IMC ≥ 30 kg/m ²	
Hipertensão	$\geq 130/85$ mmHg ou tratamento medicamentoso para hipertensão	$\geq 130/85$ mmHg ou tratamento medicamentoso para hipertensão	$\geq 140/90$ mmHg ou tratamento medicamentoso para hipertensão	$\geq 140/90$ mmHg	$\geq 130/85$ mmHg

NCEP: National Cholesterol Education Program; IDF: International Diabetes Federation; EGIR: Group for the Study of Insulin Resistance; WHO: World Health Organization; AACE: American Association of Clinical Endocrinologists; HDL: lipoproteína de alta densidade; CVD: doença cardiovascular; IMC: índice de massa corporal.

* Critérios mais comumente aceitos para síndrome metabólica. Observe que a obesidade abdominal **não** é um pré-requisito para o diagnóstico; a presença de quaisquer 3 dos 5 critérios de risco constitui um diagnóstico de síndrome metabólica.



* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia, n. 27. Acesse: <https://www.febRASGO.org.br/>
 Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

link Febrasgo:

<https://www.febRASGO.org.br/pt/serie-orientacoes-e-recomendacoes-febrasgo/item/1663-sindrome-dos-ovarios-policisticos>

**** International Evidence-based Guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023

https://www.monash.edu/_data/assets/pdf_file/0003/3379521/Evidence-Based-Guidelines-2023.pdf

International Evidence-based Guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023



****** A SOP deve ser diagnosticada usando os critérios de consenso revisados de Rotterdam, que agora estão atualizados para critérios baseados em evidências. Em adultos, isso requer a presença de dois dos seguintes:

- Disfunção ovulatória,
- Hiperandrogenismo clínico/bioquímico,
- Ovários policísticos na ultrassonografia ou níveis elevados de hormônio antimülleriano (AMH), após a exclusão de outras causas dessas características.

Quando há ciclos menstruais irregulares e hiperandrogenismo, a ultrassonografia ou o AMH não são necessários para o diagnóstico.

Em adolescentes, tanto o hiperandrogenismo quanto a disfunção ovulatória são necessários, sendo a ultrassonografia e o AMH não recomendados, devido à baixa especificidade.

Uma vez diagnosticado, a avaliação e o manejo devem abordar características reprodutivas, metabólicas, cardiovasculares, dermatológicas, do sono e psicológicas.



Context and background:

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a significant public health issue with endocrine, reproductive, cardiometabolic, dermatologic and psychological features. PCOS is one of the most common conditions affecting around 10% of reproductive aged women, with many remaining undiagnosed.

Women with PCOS have diverse features including psychological (anxiety, depression, sleep and eating disorders), dermatologic (hirsutism, acanthosis nigricans and acne), reproductive (irregular menstrual cycles, infertility, endometrial cancer and pregnancy complications) and metabolic features (insulin resistance, metabolic syndrome, type 2 diabetes (T2D), cardiovascular risk factors and increased cardiovascular disease (CVD).

Diagnosis and treatment of PCOS remain challenging including accurately defining individual diagnostic criteria, marked clinical heterogeneity, the influence of excess weight, ethnic differences and variation across the life course. These factors contribute to variation in diagnosis, presentation and care. This culminates in delayed diagnosis, poor diagnosis experience and dissatisfaction with care, as reported by women internationally.

Recommendations:

****** PCOS should be diagnosed using the revised consensus Rotterdam criteria, which are now updated to evidence-based criteria. In adults this requires the presence of two of:

- I. ovulatory dysfunction

- II. *clinical/biochemical hyperandrogenism,*
- III. *polycystic ovaries on ultrasound or elevated anti-mullerian hormone (AMH) levels, after other causes of these features are excluded.*

Where irregular menstrual cycles and hyperandrogenism are present, ultrasound or AMH are not required for diagnosis. In adolescents, both hyperandrogenism and ovulatory dysfunction are required, with ultrasound and AMH not recommended, due to poor specificity.

Once diagnosed, assessment and management should address reproductive, metabolic, cardiovascular, dermatologic, sleep and psychological features.

A lifelong reproductive health plan is recommended including a focus on preconception risk factors, healthy lifestyle and prevention of weight gain and optimisation of fertility. Metabolic risk factors, diabetes, cardiovascular disease and sleep disorders are all increased in PCOS and screening and management is recommended. PCOS should be considered a high-risk condition in pregnancy with women identified and monitored.

An increased premenopausal risk of endometrial cancer should be recognised, whilst absolute risks remain low. Depressive and anxiety symptoms are significantly increased and should be screened for in all women with PCOS, with psychological assessment and therapy as indicated. Greater awareness of psychological features including eating disorders and impacts on body image and quality of life is needed. Dissatisfaction with PCOS diagnosis and care is high and raised awareness and education is strongly recommended for women and healthcare professionals including high quality, evidence-based resources. Shared decision making and a self-empowerment are fundamental and integrated models of care should be developed, funded and evaluated.

Supported healthy lifestyle remains vital throughout the lifespan in PCOS, with a strong focus on overall health, prevention of weight gain and if required, on weight management. Recognising the benefits of many specific diet and physical activity regimens, there is no one regimen that has benefits over others in PCOS.

Weight bias and stigma should be minimised and healthcare professionals should seek permission to weigh women, with explanation of weight-related risks. Combined oral contraceptive pills are first-line pharmacological treatment for menstrual irregularity and hyperandrogenism, with no specific recommended preparation, and a preference for lower dose preparations and those with less side-effects. Metformin is recommended primarily for metabolic features and has greater efficacy than inositol, which offers limited clinical benefits in PCOS. Metformin is not routinely recommended for use in pregnant women with PCOS.

Laser therapy is effective for hair reduction in some subgroups, whilst antiandrogens have a limited role, to be used where other therapies are ineffective or are contraindicated. Anti-obesity agents and bariatric/metabolic surgery may be considered based on general population guidelines, balancing potential for benefits and side-effects. Letrozole is first-line pharmacological infertility therapy, with clomiphene alone or in combination with metformin, gonadotrophins or ovarian surgery having a role as second-line therapy. In the absence of an



absolute indication for in vitro fertilisation (IVF), women with PCOS and anovulatory infertility could be offered IVF potentially with in vitro maturation, as third-line therapy where other ovulation induction therapies have failed. Overall, evidence in PCOS is low to moderate quality. Based on high prevalence and significant health impact, greater priority, funding and research is recommended. Guideline translation will be extensive including multilingual education outputs and evidence-based resources for consumers (the AskPCOS app), healthcare professionals and policy makers.



GRUPO TUTORIAL 3

“Nayara quer saber, houve ou não traição?”



Identificação: Nayara, 35 anos, procedente de Campo Mourão - PR

Motivo da consulta: *“Corrimento com mau cheiro e coçando que piorou há 1 semana”*

HMA: *Paciente queixa corrimento com odor fétido durante alguns dias após sua última menstruação, o corrimento vaginal é esverdeado, fluido, abundante e que apresentou dispareunia e que após a relação sexual notou um odor desagradável, relata ainda estar envergonhada com o cheiro e está desconfiada do parceiro. Queixa ainda prurido genital e disúria nos últimos dias. relata que sempre apresentou corrimento vaginal mas que não tinha esses sintomas associados, era claro e de volume variável conforme o ciclo menstrual.*

HGO: *Menarca aos 12 anos, ciclos regulares, DUM há 2 semanas com volume escasso e duração de 3 dias com dismenorreia leve que melhora com uso de anti-inflamatórios.*

Iniciou sua vida sexual há 10 anos. Desde então, teve cerca de 5 parceiros sexuais, sendo que está namorando com o último há 3 meses. Informa ter tido relações desprotegidas e que apesar da prática de coito interrompido (sem uso de condom), fez uso de pílula do dia seguinte no último mês. Já fez uso de anticoncepcional oral combinado mas interrompeu por apresentar enxaqueca com aura.

G2PN2A0. Último parto há 7 anos. Últimas citologias oncóticas há 3 e 4 anos (resultados normais com presença de células metaplásicas).

Ao exame físico:

- *corada, afebril*
- *abdome livre.*

Exame ginecológico:

- *Genitália externa: pequena lesão vegetante em fúrcula vaginal, ausência de fissuras ou lesões ulceradas. (Figuras 3a e 3b)*
- *Exame especular: resíduo vaginal com corrimento esverdeado, bolhoso e fluido, colo em framboesa (Figura 3c e 3 d)*

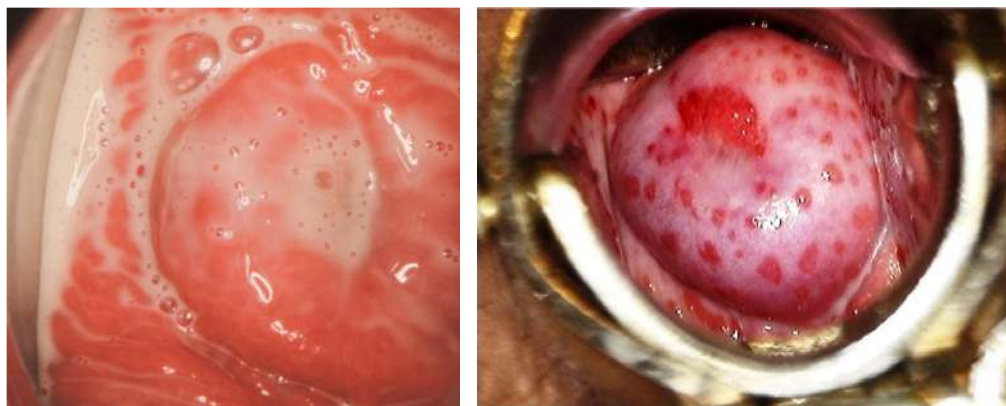
- *Colhido material para exame a fresco e DNA HPV. Realizado teste de aminos: resultado positivo*
- *Ao toque útero em avf, consistência ginecológica, anexos livres.*

Figura 1 - Inspeção da genitália externa: condiloma



Condiloma vulvar

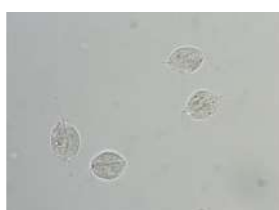
Figuras 2a e 2b: Inspeção da genitália interna - exame especular:



Inspeção da genitália interna.

Colo em morango

Figura 3: Exame microscópico (exame a fresco)



Lista de problemas:

- corrimento vaginal a esclarecer
- condiloma vulvar
- rastreamento do câncer de colo deficiente

Conduta / planejamento:

- Exames complementares (coleta de DNA HPV - protocolo atual, teste de aminos e exame a fresco)
- Realizado cauterização química com ácido tricloroacético ATA 90% da lesão condilomatosa
- Tratar o corrimento vaginal.



Orientações: Ajude Naiara - *Relacione o que pode ser avaliado em relação a um corrimento genital pela anamnese e exame físico ginecológico para direcionar o diagnóstico etiológico.*

Obs: O rastreamento do câncer de colo e suas lesões precursoras é abordado no **seminário 2**.

Informações complementares:

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Última atualização: 03/08/2022 - ISBN 978-65-5993-276-4 //



A publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) visa a melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas com IST no país, sendo baseado em extensa revisão de evidências científicas e validado em discussões com especialistas.

O documento orienta o papel dos gestores no manejo programático e operacional desses agravos, bem como as ações dos profissionais de saúde na triagem, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às populações-chave e/ou pessoas com IST e suas parcerias sexuais.

https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view

7	INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE	103
7.1	Aspectos específicos dos principais agentes etiológicos de corrimentos vaginais e cervicites	105
7.1.1	Candidíase vulvovaginal	105
7.1.2	Vaginose bacteriana	107
7.1.3	Tricomoníase	109
7.2	Cervicite	110
7.2.1	Diagnóstico de cervicite	110
7.3	Fluxograma para o manejo clínico de corrimento vaginal e cervical	111
7.4	Tratamento do corrimento vaginal e cervicite	114

GRUPO TUTORIAL 4

“Sangrando a torto e à direito”



Identificação: Renata, 39 anos, procedente de Rio Vermelho - MG

Motivo da consulta: “menstruação desregulada”.

HMA: Paciente relata ciclos menstruais irregulares desde que interrompeu uso de anticoncepcional oral combinado há 6 meses (Diane 35 - etinilestradiol + ciproterona, indicado por suspeita de SOP na adolescência).

Relata que está sangrando duas vezes no mês ou ficando sem menstruar por até 2 meses nesses 6 meses, o sangramento tem duração variável de até 8 dias, com um fluxo de volume aumentado e sem cólicas associadas.

Ela negou a ocorrência de fogachos ou ressecamento vaginal, apresenta ultrassom que realizou na presente data com útero com volume normal endométrio 7mm e anexos sem anormalidades. Presença de pequeno mioma subseroso de 10mm na parede anterior.

Renata questiona se o seu problema é igual ao da sua mãe que também tinha mioma e retirou o útero e se o seu caso também seria necessário cirurgia.

HGO: menarca aos 12 anos, ciclos irregulares, DUM há 7 dias (relata sangramento no momento). Casada, realizou STB há 6 meses. G2PN2A0. Citologia oncótica há 7 meses com resultado normal.

HP: Nega problemas de saúde ou uso de medicamentos.

Exame físico:

- Levemente hipocorada, FC 84 bpm, PA 120 x 60 mmHg ,
- IMC de 30 Kg/m².
- Índice de Ferriman-Gallway de 3 (Normal)
- vulva sem lesões ulceradas ou vegetantes.
- exame especular sangramento pelo orifício externo (oe) do colo do útero, pequeno volume residual sanguinolento.
- ao toque útero de contorno regular sem aumento de volume evidente, anexos livres.

Lista de problemas:

1. Sangramento uterino anormal a esclarecer (SUA)
2. Anemia?
3. Mioma subseroso.

Orientações: Analise e conduza o caso de Renata. Recorra ao Sem 1 e PL para reforço do conhecimento prévio.

**Artigo complementar para consulta:**

Sangramento uterino anormal: proposta de abordagem do Grupo Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice (HELP)

Sangramento uterino anormal: proposta de abordagem do Grupo Heavy Menstrual Bleeding

Sangramento uterino anormal - Febrasgo

file:///C:/Users/crm30575/Downloads/11-SANGRAMENTO_UTERINO_ANORMAL.pdf

Desordens hemorrágicas e anemia na vida da mulher - Febrasgo:

<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SerieZ4-2021Z-ZAnemiaZ-Zweb.pdf>

GRUPO TUTORIAL 5

“Descuido perigoso”

Identificação: Sharon, 30 anos, procedente de Fervedouro - MG

Motivo da consulta: dor “do nada” (aguda)

HMA: Queixa dor pélvica iniciada na noite anterior. Relata que acordou durante a noite com a dor, fez uso de anti espasmódico (sem melhora) e ainda sensação de febre. Refere ainda corrimento vaginal iniciado há cerca de 1 semana com piora esta noite.

HGO: Menarca aos 12 anos, ciclos regulares 28/28 dias, sangramento por 4 dias sem cólicas, DUM há 20 dias. Não faz uso de contracepção hormonal, usuária de DIU de Cu desde parto há 6 anos (implantado no puerpério imediato). Relata uso ocasional de preservativo e parceiro fixo há 3 meses. G2PN1A1. Citologia oncótica há 4 meses - normal. Nega cauterização do colo ou história de IST.

AE: disúria, hábito intestinal constipado 2:1.

HP: Nega doença crônica, relata apendicectomia aos 12 anos.

Ao exame físico:

- Corada, Tax 37.8°C
- PA 100x60 mmHg, FC 100bpm
- Dor a palpação abdominal baixa e em FID, dor à descompressão súbita

Exame ginecológico:

- Vulva eutrófica sem lesões ulceradas ou vegetantes.
- Especular: resíduo vaginal acinzentado com odor fétido e colo friável, fios do DIU visualizados a 2 cm do orifício externo do colo.
- Ao toque, colo de consistência ginecológica, dor intensa a mobilização uterina, massa anexial D palpável e dolorosa à palpação bimanual.

lista de problemas:

dor pélvica aguda a esclarecer

planejamento

internação, antibioticoterapia venosa e realização de exames

Orientações:

Analise o caso e discuta a conduta de internação adotada.

Informe Sharon sobre as possíveis complicações relacionadas.



Resultados de exames realizados:

EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
Hemoglobina	14,7 g/ dL	10,0 a 14,3,0 g/ dL
Hematócrito	44,1 %	30,0 a 45,0 %
Hemácias	4,3 x 10/ mm ³	3,9 a 5,3 x 10/ mm ³
Leucócitos	18.100 mm ³	5.000 a 10.000/ mm ³
Neutrófilos segmentados	42 %	40 a 80%
Bastonetes	4%	0 a 2%
Plaquetas	253.000/ mm ³	150.000 a 450.000/ mm ³

EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
bHCG	< 5 mUI/ mL	Não gestantes < 5,0 mUI/ mL

EXAME	RESULTADO	VALOR DE REFERÊNCIA
PCR	320 mg/ dL	0 a 1 mg/ dL

URINÁLISE		VALOR DE REFERÊNCIA
Urina tipo I	<p>Leucócitos numerosos</p> <p>Epitélios numerosos</p> <p>(Restante sem alterações)</p>	<p>pH 4,5 – 7,8</p> <p>Densidade 1,005 – 1,025</p> <p>Glicose: ausente</p> <p>Proteínas: ausente</p> <p>Corpos cetônicos: ausente</p> <p>Urobilinogênio: < 1mg/dL</p> <p>Nitrito: ausente</p> <p>Leucócitos: ≤ 4 por campo</p> <p>Células epiteliais: raras</p> <p>Hemácias: ≤ 2 por campo</p> <p>Cristais: ausentes</p> <p>Cilindros hialinos: ≤ 2 por campo</p> <p>Flora bacteriana: ausente/escassa</p>
Gram de gota	Presença de numerosos bastonetes gram positivos/campo	Ausência de bactérias coráveis

ULTRASSOM ENDOVAGINAL

Útero AVF, miométrio homogêneo, volume 82 cm³ (normal para a paridade até 90 cm³)

Endométrio homogêneo 6,3 mm

Ovário esquerdo 3,2 cm³ (valor de referência até 2 a 5 cm³)

Ovário direito 2,3 cm³ (valor de referência até 2 a 5 cm³)

Imagem hipoecoica heterogênea em região anexial direita, mal delimitada, medindo 3,0 x 4,8 x 5,2 cm (volume de 102 cm³)

Identificada pequena quantidade de líquido em cavidade abdominal



EVOLUÇÃO

Ainda no primeiro dia de antibioticoterapia venosa apresentou piora da dor abdominal, sudorese:

Ao exame:

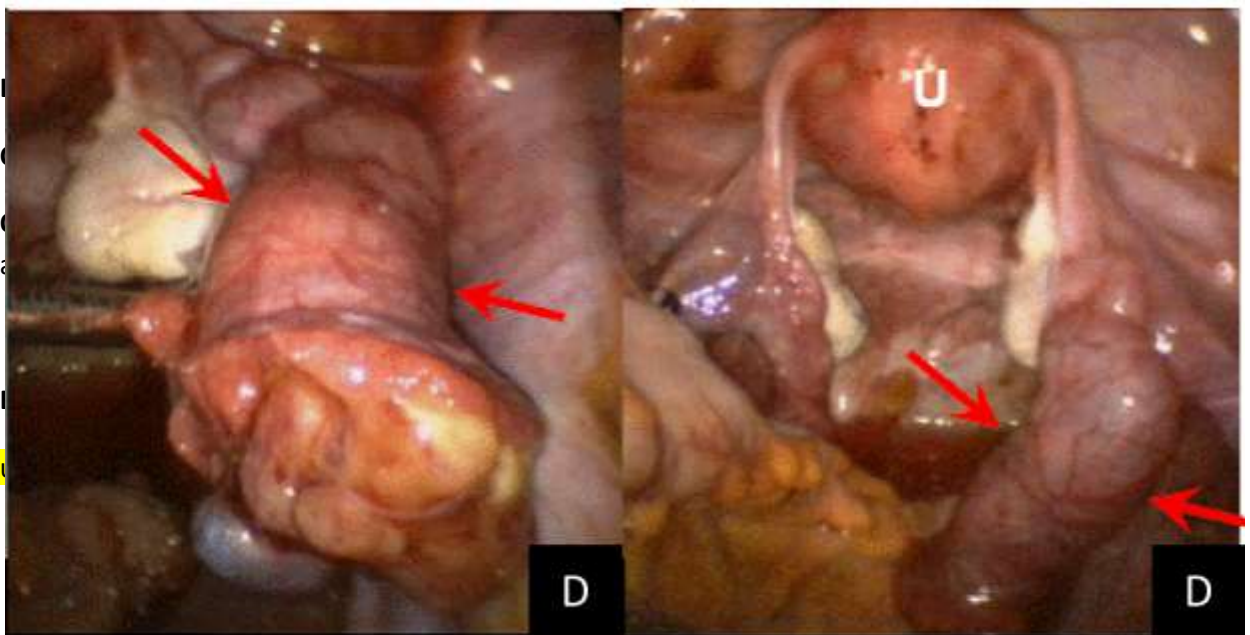
- Hipocorada 3+/ 4+
- PA 90 x 60 mmHg
- FC 120 bpm
- Abdome em tábua

Encaminhada para Videolaparoscopia:

**Achados VLP:**

Secreção purulenta em cavidade peritoneal

Identificado abscesso tubovariano à direita



Realizado salpingectomia

Bibliografia complementar:

url protocolo DIP MS - 2020: <https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30nspe1/e2020602/>

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST):

Última atualização: 03/08/2022 - ISBN 978-65-5993-276-4 // A publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) visa a melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas com IST no país, sendo baseado em extensa revisão de evidências científicas e validado em discussões com especialistas. A revisão contempla alguns tópicos específicos, principalmente no que se refere às orientações sobre o tratamento de sífilis na gestação e à avaliação de criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita. O documento orienta o papel dos gestores no manejo programático e operacional desses agravos, bem como as ações dos profissionais de saúde na triagem, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às populações-chave e/ou pessoas com IST e suas parcerias sexuais.



https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view

Ministério da Saúde-Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015: p.120

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf

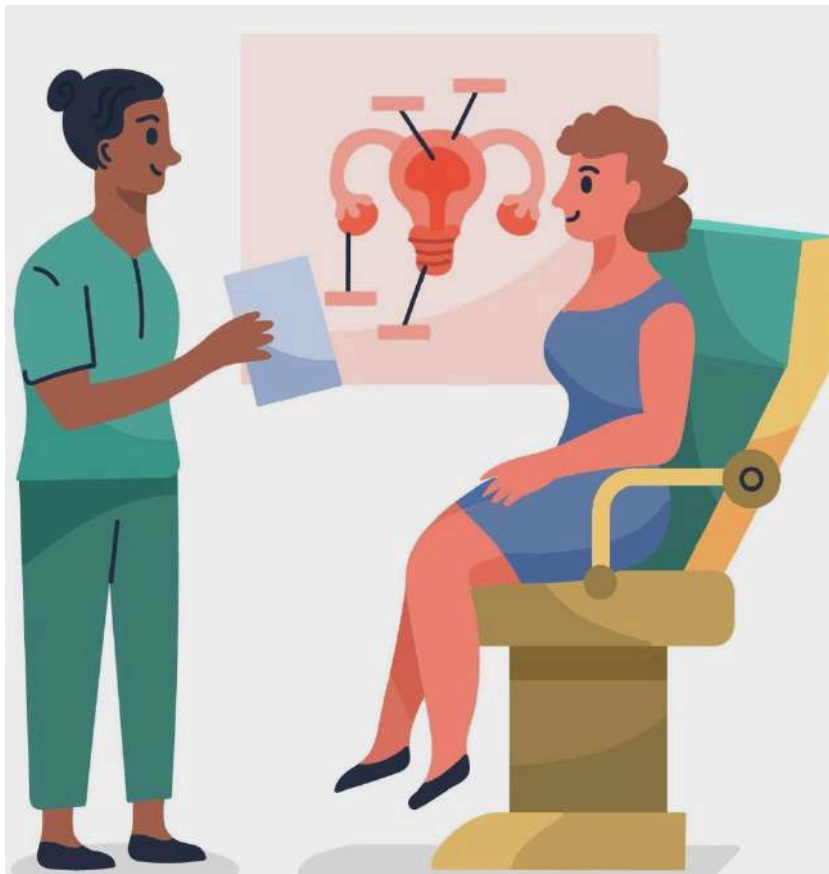
CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(3): p. 140.

<https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>

Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, 2016: p. 173- 186. ACESSO:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

GRUPO TUTORIAL 6

“Uma consulta de rotina”



Identificação: Gisele 50 anos, vendedora em Venda Nova- BH

GT6 - Uma consulta de rotina.

Gisele está com 50 anos e procura UBS para uma consulta de rotina já que há 3 anos não procura médico e gostaria de tirar dúvidas, fazer alguns exames de rotina e mostrar um ultrassom que realizou ontem. Queixa ainda “menstruação desregulada” e corrimento com mau odor.

O médico de família então registra sua anamnese, realiza e registra seu exame físico, lista os problemas e compartilha com Gisele o planejamento.

Prontuário médico:

Identificação: Gisele, casada, vendedora, 47 anos.

Motivo da consulta: irregularidade menstrual, corrimento vaginal e rastreamento de câncer de colo e mama.

Paciente relata irregularidade menstrual no último ano com ciclos de curto intervalo seguidos por períodos de amenorreia, relata cólicas leves durante todo o período e queixa de aumento no volume de sangramento nos últimos 6 meses.

Queixa de corrimento vaginal com mau odor que percebe há uns 5 dias e pior após relação sexual, nega prurido ou disúria e fez uso de fluconazol 150 mg ("por conta própria") sem melhora.

Deseja realizar exames de rotina.

HGO: Menarca aos 15 anos quando já tinha apresentado telarca e pubarca, ciclos irregulares no início. relata diagnóstico de SOP na adolescência e uso de anticoncepcional com ciproterona por 5 anos até se casar.

DUM há 2 meses x 12 dias com volume aumentado nos três primeiros dias e escapes nos últimos.

Não faz uso de contraceptivo, relata salpingotripsia bilateral há 10 anos, realizada no pós- parto imediato. G2PN2 UP há 25 anos. Casada, relata diminuição relativa da libido também no último ano e dispareunia vaginal ocasional.

Último citológico há 3 anos - normal. Nunca realizou Mamografia. Queixa corrimento vaginal, nega TPM relata fogachos ocasionalmente à noite nos últimos 6 meses.

HP: Nega ser tabagista, etilista. Nega alergia a medicamentos.

HF: Mãe: câncer de útero aos 59 anos (não sabe informar se de colo e endométrio) - avó materna com câncer de mama aos 72 anos. Pai hipertenso. Mãe diabética tipo 2.

HSE: trabalha como vendedora e mora com marido, filha de 25 e neta de 9 anos. Relata ter iniciado caminhadas regulares este mês e dieta equilibrada apesar da dificuldade de perder peso.



Exame físico:

Triagem: Sat O2 99%, PA 130x80mmg, FC: 89

Geral:

Corada e hidratada.

Peso 84, IMC 26

CA 89

FC: 79, BNRNF.

PA: 120x80 mmHg,

FR 18 MVF sem RA

Tireoide: sem nodulação ou aumento de volume perceptível à palpação.

Linfonodos axilares supra e infra claviculares não palpáveis.

Mamas: mamas simétricas, sem abaulamentos ou retrações a inspeção estática e dinâmica e mamas densas sem nodulação papável.

Abdome: livre indolor à palpação, fígado não palpável

Ginecológico:

Vulva eutrófica sem lesões ulceradas ou vegetantes, períneo íntegro, ausência de prolapso.

Exame especular: colo eutrófico, presença de pequena área de ectrópio e resíduo vaginal acinzentado, levemente bolhoso com mau odor. (teste de amina positivo e colhido citologia). TS: negativo.

Palpação de útero e anexos (toque bimanual) não realizada.

exames apresentados:

1. US transvaginal: útero com discreto aumento volumétrico com áreas císticas, heterogeneidade do miométrio, espessamento assimétrico e/ou irregularidades na zona juncional. Suspeita de adenomiose. Leiomioma subseroso de 2 cm de diâmetro, fúndico. (questionou se o problema do sangramento dela era pelo mioma)
2. Citopatológico (há 3 anos): presença de células metaplásicas, inflamação e ausência de atipia..(Questionou a presença de inflamação e da presença de células metaplásicas)

Orientações: Integre os conhecimentos adquiridos no bloco e crie um mapa conceitual abrangendo os problemas de Gisele.



Liste os problemas a serem abordados na consulta de Gisele (pelo menos 5 e inclua nesta lista os rastreamentos de câncer ginecológicos indicados). Compartilhe com ela o planejamento da consulta e tire suas dúvidas.

Lista de problemas:

1.
2.
3.
4.
5.



Planejamento

1
2
3
4
5
x. Retorno em aberto com resultado de exames.

Prescreva o tratamento para o corrimento da paciente:

--

Explique as dúvidas/orientações:

Gisele quer saber se:

1. já está na menopausa?
2. o preventivo tem que ser feito todo ano* e
3. o que ela pode fazer para diminuir o risco de câncer de mama e se o problema do sangramento dela era por causa do mioma:.

1.
2.
3.
4



*Questionou a presença de:

1. inflamação
2. células metaplásicas:

1.
2.



TREINAMENTO DE HABILIDADES - TH1

Objetivos de aprendizagem

- Desenvolver a habilidade de realizar a anamnese ginecológica utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)
 - Realizar a anamnese ginecológica.
 - Conhecer as particularidades da anamnese ginecológica.
 - Conhecer os fatores de risco relacionados às doenças ginecológicas.
- Realizar o exame de mamas
- Compreender a classificação de BIRADS



Orientações para o registro da consulta utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP):

1. Identificação: (nome, endereço, procedência, idade, gênero, escolaridade, profissão/emprego, naturalidade, idade, religião);
2. Motivo da Consulta (no lugar de queixa principal);
3. História da Moléstia Atual : (deverá conter, além da perspectiva biomédica (cronologia, intensidade, sinais/sintomas associados), a perspectiva do paciente/família sobre o “adoecer” (medos, anseios, impacto, expectativas, compreensão do que está acontecendo.); e HGO (com história menstrual, contraceptiva, sexual, reprodutiva e pessoal, abordagem dos métodos de rastreamento de câncer ginecológico e queixas ginecológicas comuns)
4. Anamnese Especial;
5. História Pregressa: (passado clínico e cirúrgico);
6. História Familiar: (construção do genograma em situações que se faça necessário);
7. História Social: (utilizar, quando necessário o “ecomapa”);
8. Exame Clínico;
9. Exames Complementares;
10. Lista de Problemas: (contemplando as seguintes dimensões: biológica, psicológica, social, fatores de risco e fatores protetores encontrados.);
11. Conduta: (elencar ações de promoção da saúde, propedêutica complementar necessária, tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e descrever o compartilhamento das decisões sobre a conduta.).

Introdução:

A anamnese ginecológica, porta de entrada para a investigação médica, deve ser individualizada, confidencial e conduzida de acordo com as circunstâncias específicas que motivaram a consulta. No entanto, a abordagem deve ser integral, buscando o entendimento da mulher como um ser biopsíquico e lembrando que ela se encontra inserida em uma sociedade sendo, frequentemente, influenciada pelas mais diversas características do meio em que vive. Essa entrevista, quando bem conduzida, além de fornecer elementos para o diagnóstico, permite iniciar um relacionamento de confiança com a paciente, transmitindo-lhe tranquilidade e segurança.

A anamnese ginecológica deve seguir os preceitos básicos da Semiologia Médica (identificação, história da doença atual etc.) acrescidos da coleta de informações acerca da vida da mulher, próprios da especialidade (história menstrual, sexual, obstétrica etc.).



Identificação:

A identificação visa a coleta de dados pessoais e demográficos, de grande valor epidemiológico: nome, idade, raça, estado civil, escolaridade, profissão, naturalidade e procedência. Alguns elementos merecem atenção por estarem associados ou mesmo serem fator causal de doenças ginecológicas comuns e serão descritos a seguir, em subtópicos.

Idade: A idade é um dado importante visto que as incidências das doenças variam de acordo com a faixa etária. Na infância predominam as infecções genitais baixas, tais como as

vulvovaginites. Nestes casos, deve-se investigar parasitose (oxiuríase), hábitos de higiene, presença de corpos estranhos introduzidos na vagina e o abuso sexual. Na adolescência são mais evidentes as alterações relacionadas com a maturidade sexual, tais como os distúrbios da função menstrual e a gravidez indesejada. Na vida adulta, além dos distúrbios menstruais, estão presentes a dor pélvica e as alterações relacionadas à gravidez e infertilidade. Na faixa etária mais avançada, predominam os distúrbios relacionados à deficiência estrogênica, às distopias pélvicas, alterações urinárias e neoplasias do trato genital.

Raça: Na raça negra parece haver uma maior incidência de leiomiomas uterinos.

Profissão/Procedência: As profissionais do sexo, a promiscuidade sexual e as mulheres de população carcerária têm maior risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST). As profissionais da área de saúde estão mais expostas à contaminação acidental com material biológico. As mulheres de zona rural possuem maior tendência a apresentar distopias pélvicas ocasionadas pela assistência obstétrica deficiente, multiparidade e trabalho físico excessivo. Mulheres expostas a radiação ionizante por longos períodos podem desenvolver, tardiamente, sarcomas uterinos.

Nível Socioeconômico e Cultural: Algumas doenças incidem com maior frequência na população desprivilegiada. Como exemplo recente tem-se a disseminação da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) nas mulheres brasileiras, principalmente nas de baixa renda, pouca escolaridade e, em sua maioria, casadas.

Motivo da consulta e "história da moléstia atual":

Devem ser investigadas com atenção e profundidade, caracterizando seu início, duração, situações e condições associadas. Se houver mais de uma queixa, o clínico deve caracterizar a mais importante, através de uma entrevista dirigida e com o intuito de orientar bem a propedêutica e o tratamento. Sempre que possível procurar associar as queixas mais importantes, buscando enquadrá-las em patologias ou síndromes. As queixas mais frequentes são os sangramentos genitais, a dor pélvica, os corrimentos e o prurido. Estas queixas podem variar de acordo com a doença de base e com a idade da paciente, entretanto muitas pacientes procuram o ginecologista ou centro de saúde para controle ginecológico e estão sem queixas.

Caso o motivo da consulta seja outro que não uma queixa (por exemplo "controle ginecológico" a história da moléstia atual" é desnecessária podendo ser redigido um parágrafo para descrição do motivo (sem título de HMA)



História Gineco-Obstétrica:

História menstrual e do desenvolvimento puberal

A atividade menstrual inicia-se entre os nove e 16 anos de idade sendo o fenômeno mais marcante da puberdade. Precedendo a menarca, podem estar presentes as alterações de maturação do epitélio vaginal e o desenvolvimento das mamas (telarca) e dos pêlos pubianos (pubarca). A sequência e idade de aparecimento destes eventos é fundamental para a investigação dos distúrbios da puberdade.

História Contraceptiva

Devem-se avaliar os métodos contraceptivos utilizados à época da consulta, início do uso, motivação para a escolha do método ou indicação clínica, efeitos colaterais, uso correto e obediência aos controles recomendados. A proteção contra DST deve ser investigada e, quando ausente, recomendada.

História Sexual

Na investigação da história sexual devem ser caracterizados o início da atividade sexual, a frequência das relações sexuais, libido, orgasmo, número de parceiros, lubrificação vaginal e antecedentes de DST e cirurgias (colpoperineoplastia, histerectomia). O parceiro deve ser investigado quanto à presença de corrimentos uretrais, sintomas urinários, lesões penianas, tratamentos prévios de DST, número de parceiros, cirurgias, traumas na área genital, bem como sua regularidade no uso de preservativos.

História Reprodutiva

O passado reprodutivo deve ser avaliado, assim como a ocorrência de gestações e suas evoluções. A história prévia da infertilidade conjugal deve ser investigada. Investigar o número de gestações, a paridade e a ocorrência de abortamentos. Investigar a via de parto, prematuridade, gemelaridade e perdas fetais. Avaliar a lactação, sua duração e presença de intercorrências, tais como a mastite puerperal. Atentar para a história do parto e eventuais intercorrências como hemorragias, curetagens e infecção puerperal.

História Ginecológica pessoal e pregressa

Se ainda não foram investigados, deve-se perguntar pela presença de corrimentos vaginais, perdas urinárias e mastalgia, história de IST ou cauterização do colo do útero e ainda últimas citologias oncóticas e mamografia realizadas.



Anamnese especial:

Investigação de queixas em outros aparelhos

História Pessoal e Pgressa:

Algumas alterações sistêmicas e a ocorrência de determinados tratamentos prévios devem ser investigados na história pessoal pregressa devido à possível influência no trato genital e no perfil reprodutivos investigados.

História Familiar:

Na história familiar deve-se investigar hipertensão, diabetes e as diversas doenças crônicas. Destaca-se a importância da verificação do câncer mamário e/ou ovariano, principalmente acometendo mãe ou irmã.

Nas candidatas ao uso de contraceptivos hormonais deve-se investigar a história familiar de trombose venosa profunda e hipertensão arterial.

História Social e dos Hábitos de Vida

Ao investigar a história social e dos hábitos de vida da mulher, alguns aspectos específicos devem sempre ser lembrados. As atletas tendem a apresentar graus variáveis de alterações do eixo hipotálamo-hipófise-ovário que podem se manifestar por oligo-amenorreia e/ou retardo puberal.

O sedentarismo e a obesidade, além de representarem fatores de risco para a doença cardiovascular, contribuem para o aumento da incidência de alterações endometriais (hiperplasias).

O uso recente ou crônico de medicamentos deve ser investigado devido ao possível efeito (direto ou indireto) no sistema reprodutor. O tabagismo também deve ser sempre investigado.



Exame físico geral

..

Exame de mamas

Palpação axilar e da região supraclavicular

Na palpação das axilas o examinador deve se posicionar ao lado da paciente. A paciente deve ser instruída a fletir o antebraço a aproximadamente 90°, abduzi-lo e aloca-lo no braço homolateral do examinador. O braço de suporte do examinador deve se encontrar cruzado diante do tórax da paciente. Assim, a mão livre do examinador efetua a palpação axilar, com o braço se dirigindo externamente ao tórax da paciente. Deve-se estar atento parra alterações ganglionares, porém o achado de gânglios pequenos e móveis é normal. Se algum gânglio estiver palpável, devem ser avaliados número, tamanho, consistência, sensibilidade, mobilidade e fixação aos planos profundos e superficiais. De modo semelhante, a palpação da cadeia supraclavicular deve ser realizada com o examinador se posicionando à frente da paciente, em busca de alterações ganglionares.



Inspeção estática: paciente assentada, com o tórax desnudo e as mãos alocadas na porção ântero-lateral do abdome ou estendidas ao longo do corpo. O examinador deve se posicionar à frente da paciente e realizar a ectoscopia das mamas sob boa luminosidade. A inspeção das axilas e das regiões supraclaviculares finaliza esta etapa do exame mamário. Nela, o aspecto dos tecidos é avaliado podendo ser observados linfonodos, hidroadenite, tecido mamário ectópico, infiltrações, tumores, lesões dermatológicas.

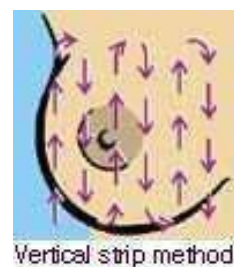
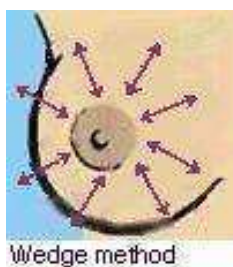
Inspeção dinâmica: Tem o intuito de, com a movimentação dos músculos peitorais, evidenciar alguma alteração não perceptível à inspeção estática. A paciente deve movimentar os braços para frente e para trás e para cima e para baixo.



Palpação mamária:

A paciente é instruída a se posicionar em decúbito dorsal, sem travesseiro, com os braços fletidos e posicionados atrás do pescoço. Embora haja variações nas técnicas de palpação das mamas, todos os quadrantes mamários e a região subareolar devem ser minuciosamente palpados e quaisquer alterações devem ser medidas e anotadas. Na presença de nódulos, devem ser observados tamanho, consistência, mobilidade, regularidade do contorno e fixação à pele ou aos tecidos adjacentes e profundos. A palpação pode ser realizada utilizando-se a face palmar das falanges distais dos dedos indicador, médio, anular e mínimo.

- quadrante súpero-lateral ou QSE
- quadrante súpero-medial ou QSI
- quadrante ífero-lateral ou QIE
- quadrante ífero-medial ou QII
- quadrante central ou retro-areolar.



Expressão aréolo-papilar: com cada dedo indicador posicionado lateralmente à aréola mamária, realiza-se um movimento de aproximação e elevação das faces internas dos dedos. Este movimento produz uma compressão do sistema ductal situado abaixo da aréola. Esta compressão poderá produzir a saída de secreções através da papila. Serão avaliados a cor e quantidade das secreções. Na presença de secreção (sanguínea ou aquosa) associada a quadros sugestivos de malignidade, uma lâmina de citologia deve ser enviada para análise.



Veja também em “exame clínico das mamas”

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/rastreamento-diagnostico/exame-clinico-mamas/>

Mamografia

A detecção precoce do carcinoma de mama, na sua fase pré-clínica, associa-se com maior sobrevida para as pacientes, quando comparadas com portadoras de lesões clinicamente detectáveis. As lesões mamárias não palpáveis pode ser: nódulos, áreas densas assimétricas, calcificações. Os nódulos mamários só se tornam palpáveis quando têm pelo menos 1cm de diâmetro. As lesões que apresentam contornos mal-definidos, estriadas ou espiculadas são mais comumente associadas ao carcinoma mamário.

A maior aplicação da mamografia é como método de rastreamento mamárias pré-clínicas e deve ser realizado a cada dois anos dos 50 até os 69 anos (MS).



Classificação radiológica das mamografias (BIRADS)

Categoria	Avaliação	risco de câncer	Conduta
0	Incompleta		Avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores
1	Negativa (nada encontrado)	< 0,05%	Rastreamento normal
2	Achados benignos	< 0,05%	Rastreamento normal
3	Provavelmente benignos	< 2%	Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro ano) Confirmada a estabilidade da lesão, voltar à rotina. Eventualmente, realizar biópsia
4	Anomalias suspeitas ■ A - menor suspeita ■ B - média suspeita ■ C - maior suspeita	Entre 2 e 95%	Encaminhar para consulta médica especializada Biópsia e estudo histopatológico
5	Alta suspeita de malignidade	> 95%	Encaminhar para consulta médica especializada Necessita esclarecimento definitivo Biópsia e estudo histopatológico
6	Malignidade comprovada por biópsia		



<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/rastreamento-diagnostico/risco-cancer-conduta-categoria-BI-RADS/>

* Risco elevado (MS) são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ

Mulheres com história pessoal de câncer de mama



O Ministério da Saúde vai garantir o acesso à mamografia no SUS a mulheres de 40 a 49 anos mesmo sem sinais ou sintomas de câncer. Essa faixa etária concentra 23% dos casos da doença e a detecção precoce aumenta as chances de cura. A medida faz parte de um conjunto de ações anunciadas nesta terça-feira (23/09) pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, voltado à melhoria do diagnóstico e assistência, com início do atendimento móvel em 22 estados pelo Agora Tem Especialistas e da oferta de medicamentos mais modernos.

A recomendação para as mulheres a partir dos 40 anos é que o exame seja feito sob demanda, em decisão conjunta com o profissional de saúde. A paciente deve ser orientada sobre os benefícios e desvantagens de fazer o rastreamento. Mulheres nesta idade tinham dificuldade com o exame na rede pública de saúde por conta da avaliação de histórico familiar ou necessidade de já apresentar sintomas. Apesar disso, as mamografias no SUS em pacientes com menos de 50 anos representam 30% do total, equivalente a mais de 1 milhão em 2024.

“Garantir a mamografia a partir dos 40 anos no SUS é uma decisão histórica. Estamos ampliando o acesso ao diagnóstico precoce em uma faixa etária que concentra quase um quarto dos casos de câncer de mama. Enquanto alguns países erguem barreiras e restringem direitos, o Brasil dá o exemplo ao priorizar a saúde das mulheres e fortalecer o sistema público”, afirmou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Outra medida é a ampliação da faixa etária para o rastreamento ativo, quando a mamografia deve ser solicitada de forma preventiva a cada dois anos. A idade limite, que até então era de 69 anos, passará a ser até 74 anos. Quase 60% dos casos da doença estão concentrados dos 50 aos 74 anos e o envelhecimento é um fator de risco para o câncer de mama.

A ampliação do acesso à mamografia aproxima o Brasil de práticas internacionais, como as adotadas na Austrália, e reforça o compromisso em garantir diagnóstico precoce e cuidado

integral às mulheres brasileiras. O câncer de mama é o mais comum e o que mais mata mulheres, com 37 mil casos por ano.

Em 2024, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou aproximadamente 4 milhões de mamografias para rastreamento e 376,7 mil exames diagnósticos. Esses números refletem a manutenção de uma ampla cobertura no país, reforçando a importância do rastreamento e do diagnóstico precoce do câncer de mama para salvar vidas e garantir mais qualidade na atenção à saúde das mulheres.



TREINAMENTO DE HABILIDADES - TH2

Objetivos de aprendizagem:

- realizar o exame físico ginecológico
- compreender a propedêutica ginecológica

Exame físico ginecológico.

Para a realização do exame ginecológico é imprescindível que estejam disponíveis um local adequado e todo o material necessário. Com relação ao local, é necessária uma sala arejada, com boa luminosidade e acompanhada de banheiro.

Este é precedido de exame físico completo (especialmente peso, IMC, FC, PA, mucosas +/- palpação de linfonodos cervicais (linfonodos axilares fazem parte do exame das mamas e podem ser realizados neste momento ainda com a paciente sentada).

Exame do abdome

Na palpação, deve-se atentar para a presença de massas. Na percussão, deve-se lembrar da associação existente entre ascite e tumores ovarianos.

Exame da genitália externa

A paciente é orientada para assumir a posição ginecológica, permitindo a ampla exposição da genitália externa. O examinador, assentado em um banco giratório e com as mãos cobertas por luvas, realizará a inspeção da vulva e região perineal. A região vestibular é melhor examinada através do afastamento dos pequenos lábios. Diversas lesões podem ser evidenciadas nesta etapa do exame. Deve-se atentar para a presença de condilomas acuminados ou sífilíticos, cancros, distrofias vulvares, lesões hiperplásicas, tinha cruris, leucorréias, discromias e as mais variadas dermatoses. Toda lesão deve ser palpada, medida e anotada. Na suspeita de doença intra-epitelial vulvar, deve-se realizar a vulvoscopia seguida de biópsia. Suspeitando-se de uretrite e/ou Skenite, deve-se realizar a expressão uretral e das glândulas parauretrais. Quando se pressupõe a presença de bartholinite ou cisto na glândula de Bartholin, deve-se realizar uma palpação bidigital na região vestibular correspondente à localização desta glândula.

Exame da genitália interna

Inicia-se com o exame especular. Contra indicado na estenose vulvar, atresia vaginal, virginidade e algia intensa. No momento da introdução, o espéculo deve estar fechado. A exposição do intróito vaginal é realizada com os dedos indicador e médio da mão menos hábil alocados na face interna dos pequenos lábios, afastando-os. O espéculo será introduzido com a outra mão. A lubrificação prévia do espéculo com solução vaselinada é dispensável. Após completada a introdução, as lâminas do espéculos são afastadas, as paredes vaginais evidenciadas e o colo uterino exposto. Observa-se a coloração das paredes vaginais, avalia-se o



seu pregueamento, a presença de secreções e o aspecto do colo uterino. Na presença de secreções clinicamente suspeitas de infecção, estas podem ser coletadas para a realização do exame microscópico a fresco, teste amínico (KOH), liberam aminas odoríferas que produzem um cheiro típico (“odor de peixe”).

A seguir, realiza-se a colheita colpocitológica sendo que, na presença de excesso de muco cervical, este deve ser previamente removido com um algodão umedecido em solução salina fisiológica. A colheita ectocervical deve ser realizada utilizando-se a espátula de Ayre e a endocervical utilizando-se a escova (Cytobrush), ambas em rotação de 360°. Para evitar o ressecamento do esfregaço, o material deve ser espalhado em lâmina única, previamente identificada e somente após efetuadas as duas coletas. A lâmina é dividida imaginariamente em duas metades e o material espalhado separadamente em cada parte. A seguir, a lâmina deve ser imediatamente inserida em frasco contendo álcool ou ficada com spray apropriado.

Terminada a colheita colpocitológica, realiza-se a limpeza do colo uterino com ácido acético a 2 ou 5%, removendo-se o excedente de secreções e facilitando a realização do exame colposcópico e do teste de Schiller. O teste de Schiller possui o intuito principal de identificar regiões do epitélio estratificado pavimentoso da ectocérvice que porventura apresentem depleção de glicogênio celular (áreas iodo-negativas). Estas áreas podem indicar a presença de lesões precursoras do câncer de colo de útero.

Palpação : toque vaginal e bimanual

O próximo passo é a avaliação do útero e dos anexos, realizada através do toque genital combinado, abdominovaginal. A mão mais hábil é introduzida na vagina e a outra realiza a palpação simultânea da pelve, através da parede abdominal.

São avaliadas a amplitude, consistência, temperatura, comprimento e superfície vaginal. O toque da parede vaginal anterior permite uma avaliação indireta da sensibilidade vesical e de parte da sua superfície. Na avaliação da parede vaginal posterior, podem ser percebidos blocos de fezes presentes no reto. Ao tocar o colo uterino, devem ser avaliados seu comprimento, posição, direção, volume, forma, regularidade da superfície, consistência e a abertura do seu orifício externo. O examinador aloca a outra mão no abdome inferior e busca-se a palpação do corpo uterino. Simultaneamente, a mão vaginal auxilia a apreensão do útero e dos anexos. Avalia-se o tamanho, forma, volume, consistência, regularidade, versão e flexão uterina. O toque genital é finalizado com a palpação anexial (tubas e ovários). Os dedos introduzidos na vagina devem ser descolados para o fórnix lateral e a mão abdominal deslocada lateralmente em direção às fossas ilíacas. Os ovários normais podem ser palpados. Nos processos inflamatórios e neoplásicos, podem se apresentar com tamanho aumentado. As tubas uterinas geralmente não são palpáveis. Os paramétrios podem ser palpáveis na presença de processo inflamatórios ou neoplásicos.



Nomenclatura citológica:

Quadro 3 – Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizada desde o início do uso do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Sistema Bethesda (2001)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	LSIL	LSIL
	Displasia moderada e acentuada	NIC II e NICIII	HSIL	HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS)	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

NIC = neoplasia intraepitelial cervical; LSIL = lesões intraepiteliais de baixo grau; HSIL= lesões intraepiteliais de alto grau.



PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 13, DE 29 DE JULHO DE 2025

Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE E A SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhes conferem o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 4 de junho de 2025,

...

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico.

Parágrafo único. A diretriz, objeto deste artigo, que contém o conceito geral do câncer de colo do útero, critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponíveis no sítio <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.



Formulário do SUS que deve ser preenchido para envio do material para exame citopatológico:

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero			
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo	(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
Unidade de Saúde			
Município		Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS*			
Nome Completo da Mulher*			
Nome Completo da Mãe*			
CPF		Apeido de Mulher	
Data do Nascimento*	Idade	Nacionalidade	
Dados Residenciais		Raça/cor	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia
Logradouro			
Número	Complemento		
Código do Município	Município	Bairro	UF
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escalação: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE			
1. Motivo de exame*		7. Já fez tratamento por radioterapia?	
<input type="checkbox"/> Rastreio		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
<input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)		8. Data da última menstruação / regra: *	
<input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)		<input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra	
2. Fez o exame preventivo (Pap smear) alguma vez?		9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame?		(não considerar a primeira relação sexual na vida)	
ano		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra	
3. Usa DIU?		10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)	
4. Está grávida?		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	
5. Usa pílula anticoncepcional?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
EXAME CLÍNICO			
11. Inspeção do colo*		12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?	
<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente)		<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Alterado			
<input type="checkbox"/> Cole não visualizado			
NOTA: Na presença do colo alterado, com lesão sugestiva do câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.			
Data de coleta*		Responsável*	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
UNES do Laboratório* <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Número do Exame* <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
Nome do Laboratório* <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Recbido em:* <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
AValiação Pré-Analítica AMOSTRA REJEITADA POR: <input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário <input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente <input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outras causas, especificar: _____ EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:* <input type="checkbox"/> Escamoso <input type="checkbox"/> Glandular <input type="checkbox"/> Metaplesico DIAGNÓSTICO DESCRITIVO DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa incompleta <input type="checkbox"/> Reparação <input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação <input type="checkbox"/> Radiação <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ MICROBIOLOGIA <input type="checkbox"/> Lactobacillus sp. <input type="checkbox"/> Cocos <input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp. <input type="checkbox"/> Actinomyces sp. <input type="checkbox"/> Candida sp. <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes <input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus) <input type="checkbox"/> Outros bacilos _____ <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____	ADEQUABILIDADE DO MATERIAL* <input type="checkbox"/> Satisfatória Inatisfatória para avaliação oncológica devido a: <input type="checkbox"/> Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço <input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Plácitas em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Artéritos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau ATÍPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor ATÍPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ" Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Sem outras especificações <input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____ <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)
Observações Gerais: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	
Screening pelo citotécnico: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Responsável* <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
Data do Resultado* <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	

O Brasil implementa, desde agosto de 2025, o **teste molecular de DNA-HPV** como rastreamento primário no SUS, substituindo o Papanicolau. Recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, o teste identifica o DNA do vírus de alto risco, com intervalo de 5 anos entre os exames se negativo, podendo incluir autocoleta.

Pontos-chave sobre a implementação:

População-alvo: Mulheres, cisgênero, homens transgênero, indivíduos não binários, de gênero fluido e intersexuais com colo uterino, entre 25 e 64 anos.

Periodicidade: A nova diretriz estabelece o teste a cada 5 anos, devido à sua maior sensibilidade e eficácia para prevenir o câncer de colo do útero.

Onde é feito: O exame pode ser coletado por um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) ou por autocoleta (em que a própria paciente coleta a amostra vaginal).

Fluxo de tratamento: Se o teste der positivo para HPV 16 ou 18 (alto risco), a paciente é encaminhada para colposcopia. Se positivo para outros tipos de HPV, realiza-se uma citologia reflexa.

Meta: O Ministério da Saúde visa a implementação nacional até dezembro de 2026, com foco na organização do rastreamento para aumentar a cobertura e eficácia.

link ministerio da saude:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-utero/view>

file:///C:/Users/crm30575/Downloads/Rastreamento%20-%20C%C3%A2ncer%20do%20Colo%20do%20C3%A9tero.pdf



Propedêutica Ginecológica

Objetivos de Aprendizagem:

Objetivo geral: Interpretar e indicar corretamente os principais exames em propedêutica ginecológica.

OE: Identificar os principais métodos propedêuticos em ginecologia.

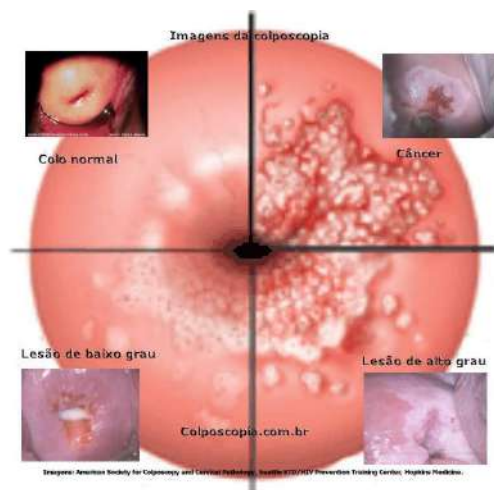
OE: Identificar as principais indicações para solicitar exames complementares em ginecologia.

OE: Interpretar os principais exames complementares em ginecologia .



Colposcopia

A colposcopia é um método propedêutico utilizado no rastreamento e diagnóstico das lesões pré-cancerosas e cancerosas do trato genital inferior (TGI). Devido à alta incidência da infecção pelo papilomavírus humano e de sua relação com câncer de TGI, aumentam a importância e necessidade de sua realização.



O colposcópio é um aparelho binocular permitindo uma visão estereoscópica através de lentes objetivas convergentes e divergentes, possibilitando aumentos de vários graus (até 20 a 40 vezes), e de um sistema de iluminação no qual o foco de luz incide sobre o campo a ser examinado. O aparelho deve ter uma distância do objeto a ser examinado entre 25 e 30 cm.

É importante realizar o exame em pacientes que não estejam menstruadas, sem uso prévio de cremes ou pomadas ou duchas vaginais, que estejam em abstinência sexual há 3 dias, sem história recente de possível traumatismo no TGI, com biópsias, histerossalpingografia, cauterizações, etc.

É necessário examinar toda a genitália podendo-se iniciar pelo colo uterino e, a seguir, vagina, vulva e as regiões perineal e perianal.

Aplica-se no colo uterino ácido acético a 5%, que promoverá alterações bioquímicas no núcleo e no citoplasma das células e observa-se as reações provocadas. Realiza-se, então, o teste de Schiller, utilizando a solução iodo-iodetada, que tem afinidade intensa pelo glicogênio, corando em marrom-escuro o epitélio escamoso normal. Nos casos em que se faz necessário reavaliar as áreas alteradas, utiliza-se bi ou hipossulfito de sódio na concentração de 1 a 5%, para remover o iodo impregnado no epitélio.

Ultrassom em Ginecologia

A avaliação dos órgãos pélvicos pela ultra-sonografia representa um grande avanço devido à possibilidade de visualização dos órgãos pélvicos, suas relações, seus detalhes anatômicos e seus processos patológicos. A ultra-sonografia tornou-se um dos maiores instrumentos para o diagnóstico de patologias ginecológicas, alterando profundamente a prática da ginecologia nos últimos 40 anos. A utilização do ultra-som em conjunto com a tecnologia Doppler para o estudo do fluxo sanguíneo permite vislumbrar a possibilidade de associar-se avaliação fisiológica e fisiopatológica ao estudo anatômico. Estabelecer se uma determinada formação tem natureza benigna, maligna ou funcional é de fundamental importância para a conduta clínico cirúrgica a ser tomada.



A abordagem dos órgãos pélvicos pode ser feita pela via transabdominal com o transdutor colocado na região suprapúbica, permitindo visibilizar os órgãos através da bexiga cheia que funciona como “janela acústica”. Ou pela via transvaginal que dispensa a repleção vesical e o transdutor é colocado diretamente nos fundos-de-saco vaginais. Essa avaliação é a preferida por tornar possível uma imagem com maior definição.

O exame ecográfico da pelve deve ser considerado como um complemento ao exame ginecológico, importante na avaliação da cavidade vaginal (cistos de inclusão, pesquisa de corpos estranhos, etc), avaliação uterina (malformações, miomas, adenomiose, hipertrofia uterina, hiperplasia endometrial, carcinoma de endométrio, pólipos, sinéquia, DIU, etc), ovários (alterações funcionais, massas complexas ou mistas, rastreamento de ovulação, etc) além de processos inflamatórios pélvicos (endometriose, DIP).

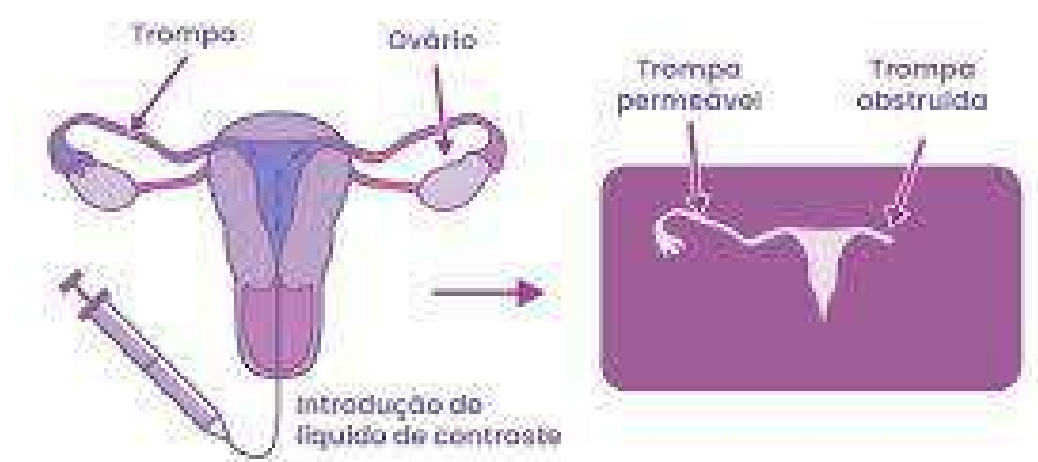


Histerossalpingografia

A histerossalpingografia (HSG) é um exame de imagem ginecológico que utiliza a técnica de raio-X com contraste para visualizar as tubas (ou trompas) uterinas e a cavidade intrauterina, sendo solicitado principalmente em casos de infertilidade feminina ou abortos recorrentes para identificar alterações que podem afetar a fertilidade e a saúde do sistema reprodutor feminino.

Avaliar a patência tubária é fundamental para a indicação do melhor tratamento de reprodução para o casal, visto que obstruções nas tubas uterinas interferem na reprodução natural ou mesmo auxiliada por técnicas de reprodução assistida de baixa complexidade.

O extravasamento do contraste para a cavidade é conhecido como prova de Cottè



Histeroscopia Diagnóstica

A histeroscopia diagnóstica é um procedimento endoscópico o que permite a visualização direta do canal cervical e da cavidade uterina, permitindo a identificação de anomalias anatômicas e funcionais. A histeroscopia cirúrgica permite a realização de procedimentos cirúrgicos dentro da cavidade uterina.

A realização da histeroscopia diagnóstica está indicada nas pacientes que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de acometimento da cavidade uterina (alterações do fluxo menstrual, infertilidade, histerossalpingografia e US alterados, etc).



Existem contra-indicações absolutas como suspeita de gravidez, presença de cervicite ou DIP ativa e diagnóstico de Ca invasor da cérvix uterina. A suspeita de endometrite isolada e sangramento uterino são contra-indicações relativas.

Além do histeroscópio (óptica), que pode ser rígido ou flexível, é necessário uma fonte de luz e um equipamento para a insuflação da cavidade uterina. A distensão da cavidade uterina pode ser realizada por meios gasosos (gás carbônico) e líquidos (soro fisiológico, glicina, dextran).

A complicação mais frequente é a dor, podendo ocorrer também sangramento e perfuração uterina.

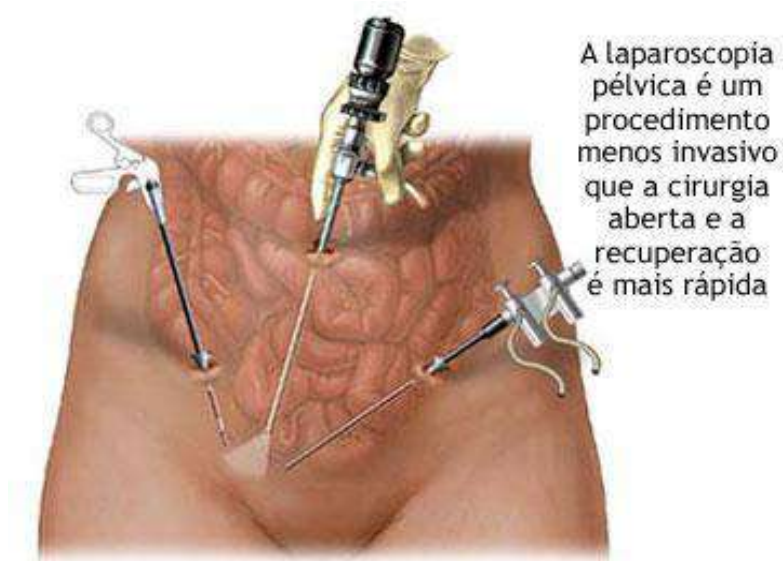
Videolaparoscopia

A laparoscopia é um método propedêutico de grande importância em ginecologia. Hoje, este não é apenas um meio propedêutico, sendo possível realizar inúmeros procedimentos cirúrgicos. A laparoscopia diagnóstica deve ser sempre realizada em ambiente que permita a administração de anestesia geral. O pneumoperitônio é realizado com gás carbônico, um gás altamente solúvel nos líquidos orgânicos e que não é explosivo.

A laparoscopia está indicada na investigação de dor pélvica aguda e crônica, no estudo da endometriose e dos tumores pélvicos e também em procedimentos menores, como biópsia e cromotubágem, que completam a propedêutica.

Como a laparoscopia é um método propedêutico invasivo, ela deve ser contra-indicada sempre que existir outro método não-invasivo que possa proporcionar a mesma possibilidade diagnóstica.

As principais contra-indicações são a falta de conhecimento teórico e prático do médico e a falta de equipamentos adequados, peritonite aguda generalizada, paciente com instabilidade hemodinâmica, presença de patologias pulmonares e cardíacas graves. São contraindicações relativas ao passado de várias cirurgias abdominais, gravidez maior que 16 semanas, suspeita de DIP, ascite, grandes massas abdominais e obesidade mórbida.



A laparoscopia não está isenta de provocar complicações, ocorrendo estas em cerca de 10% das laparoscopias: hérnias abdominais, lesões de vasos da parede abdominal e grandes vasos abdominais, complicações cardiopulmonares, intestinais, urológicas, formação de aderências, implante de células neoplásicas.

TREINAMENTO DE HABILIDADES - TH3

Simulação realística - consulta médica ginecológica

Laboratório de comunicação - treinamento de habilidades com atriz



PRÁTICA DE LABORATÓRIO - PL

Prática de laboratório 1 – Anatomia Patológica Sistema Genital Feminino

Patologia do colo uterino

Introdução:

O útero:

O útero é um órgão muscular situado posteriormente à bexiga e anteriormente ao reto.

É composto por três partes: o corpo uterino que é a mais volumosa, o colo uterino que é a parte mais distal e o istmo que está entre as duas anteriores. O útero é um órgão oco, com três orifícios: dois superiores, onde estão implantadas as tubas uterinas (orifícios tubários); um inferior (orifício cervical interno), que se continua com o canal endocervical até o orifício cervical externo. Este abre-se para a cavidade vaginal. O corpo uterino está estruturado, histologicamente, em três camadas: o endométrio, revestimento interno que varia sua morfologia de acordo com a etapa do ciclo menstrual; o miométrio, camada intermediária de músculo liso; a serosa, revestimento externo.

Colo uterino

O colo uterino ou cérvix é a porção inferior do útero, que conecta o útero à vagina através do canal endocervical. A superfície mucosa externa do colo uterino, a partir do orifício externo e voltada para a vagina, é conhecida como ectocérvice e a superfície mucosa interna, relacionada ao canal endocervical, corresponde à endocérvice.

A maior parte da ectocérvice é recoberta por epitélio escamoso não ceratinizado. A parte mais inferior, denominada suprabasal, e a camada basal abrigam as células tronco da mucosa escamosa cervical.

A mucosa glandular da endocérvice é formada por camada de células colunares secretoras de muco. Abaixo destas células, há uma camada de células de reserva, contínua com a camada basal da ectocérvice. O local de encontro entre os epitélios escamoso e colunar é denominado junção escamocolunar.

A localização da junção escamocolunar é variável e sofre influência sobretudo da idade, fatores hormonais e período do ciclo menstrual. Em recém-nascidas, a junção está localizada ao nível do orifício externo do canal endocervical. No período da menarca, na mulher adulta jovem, a junção escamocolunar pode mover-se para fora do orifício externo do canal endocervical, constituindo o chamado ectrópio, e expõe a mucosa endocervical a um ambiente adverso na luz vaginal. Nas áreas de epitélio evertido,



surge a metaplasia escamosa, um fenômeno caracterizado pela substituição do epitélio colunar endocervical por epitélio escamoso.

A região compreendida entre a junção escamocolunar original e a nova localização da junção, que se situa agora fora do orifício externo, é denominada zona de transformação ou transição, e é caracterizada pela presença do epitélio escamoso metaplásico.

Neoplasias do colo uterino

As neoplasias do colo uterino podem ser divididas em benignas e malignas. As neoplasias benignas são pouco frequentes. As neoplasias malignas são representadas, na grande maioria dos casos, pelos carcinomas. Os carcinomas do colo uterino se subdividem em carcinoma de células escamosas invasor (mais comum), adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso e carcinoma neuroendócrino (este dois últimos mais raros). A pequena porcentagem remanescente das neoplasias malignas do colo uterino é representada por uma variedade de neoplasias, incluindo rabdomiossarcoma botrióide, sarcomas e linfomas.

As neoplasias cervicais apresentam grande importância do ponto de vista epidemiológico, sendo, de acordo com dados do INCA, um dos tumores mais incidentes em mulheres no Brasil. Dentre os fatores de risco associados ao desenvolvimento da neoplasia cervical, podem-se citar: infecção pelo HPV (vários subtipos infectam a região anogenital), fatores nutricionais, estados de imunodepressão, dentre outros.

O carcinoma de células escamosas invasor do colo uterino é a neoplasia maligna mais comum de todo o trato genital feminino, ocorrendo em qualquer idade, geralmente com incidência máxima aos 45 anos.

O carcinoma de células escamosas invasor do colo uterino manifesta-se de três formas diferentes: vegetante (ou exofítico) ou infiltrativo (ou endofítico). Ao exame histopatológico, os carcinomas escamosos são compostos de células geralmente grandes, têm núcleo vesicular e nucléolo evidentes, com ceratinização individual e formação de pérolas córneas. O tumor é classificado como bem, moderadamente ou pouco diferenciado. O carcinoma cervical avançado propaga-se por disseminação direta e invade todas as estruturas contíguas, que incluem vagina, corpo uterino (endométrio e miométrio), paramétrio, trato urinário inferior (bexiga e ureteres), reto, ligamentos uterinos e peritônio. Metástases se dão preferencialmente por via linfática, para linfonodos pélvicos. Metástases hematogênicas são menos comuns, mas podem ocorrer para medula óssea, fígado e pulmões. Os principais sinais e sintomas são dor e sangramento vaginal, corrimento fétido e, para neoplasias mais avançadas, sintomas ligados à via e ao grau de disseminação. O prognóstico é relacionado ao estágio do tumor e grau de diferenciação (vide estadiamento na bibliografia recomendada).

O carcinoma de células escamosas invasor é precedido por um estágio não invasor



durante longo período de tempo, no qual há um continuum de alterações morfológicas restritas ao epitélio escamoso. O termo displasia foi adotado para designar estas lesões de caráter progressivo dentro de um espectro, tendo em um dos extremos as células epiteliais normais e no outro as células atípicas do carcinoma. O conceito de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) foi empregado para se referir a um espectro de alterações intraepiteliais que se iniciariam com a displasia leve e culminariam com o carcinoma invasor.

A terminologia das lesões intraepiteliais cervicais precursoras do carcinoma de células escamosas invasor tem envolvido contínua mudança até os dias atuais. A primeira classificação designa as lesões intraepiteliais em displasia ou carcinoma in situ. O termo displasia denomina atipias citológicas nucleares e citoplasmáticas epiteliais acompanhadas pela retenção parcial do padrão de maturação e preservação da organização da camada basal. O termo carcinoma in situ denomina epitélio sem diferenciação em qualquer nível e desorganização da camada basal. Displasia é subdividida em leve, moderada e severa, dependendo da severidade das alterações morfológicas. Esta classificação não contempla diferenças biológicas entre displasia e carcinoma in situ e indica condutas radicalmente diferentes na terapia.



Para minimizar alguns dos problemas da primeira classificação, foi introduzido o termo neoplasia intraepitelial cervical (NIC) com uma subdivisão em três graus: NIC I, como equivalente a displasia leve e comprometendo o terço inferior do epitélio; NIC II, como equivalente da displasia moderada e comprometendo os dois terços inferiores do epitélio; NIC III, correspondendo a displasia acentuada, severa ou carcinoma in situ e comprometendo toda a espessura do epitélio.

Outro tipo de lesão que merece destaque é o condiloma acuminado, caracterizado pela presença de lesões verrucosas/vegetantes na região anal/genital. Do ponto de vista microscópico, dentre outras alterações, pode ser observada a alteração microscópica chamada de coilocitose.

O sistema Bethesda de classificação das lesões cervicais pré-invasivas foi introduzido, dividindo as lesões cervicais em dois grupos funcionais. A classificação Bethesda utiliza o termo genérico lesão intraepitelial escamosa (LIS) de baixo ou de alto grau. As lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau correspondem à NIC I e às infecções virais produtivas; as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau correspondem às NIC II e NIC III (vide quadro 1).

Geralmente, as lesões de baixo grau se associam à infecção pelos HPVs de baixo grau (tipos 6 e 11, por exemplo) e as lesões de alto grau se associam à infecção por HPVs de alto grau (16 e 18, por exemplo). As proteínas E6 e E7 do HPV desregulam o ciclo celular da célula parasitada por interação e inativação de proteínas de genes supressores de tumor, ciclinas e cinases dependentes de ciclinas.

Recentemente, foi introduzida no calendário de vacinação a vacina contra o HPV, havendo as indicações específicas (vide: www.inca.gov.br e www.saude.gov.br).

Prática de laboratório 2 – Anatomia Patológica

Sistema Genital Feminino

Corpo uterino - doenças benignas
Ovários

Endometriose

Presença de glândulas e/ou estroma endometriais fora do útero. Dentre as sedes mais comuns, podem-se citar os ovários, tubas, ligamentos uterinos, dentre outras. Existem diferentes teorias para explicar sua patogênese, dentre elas:

- teoria da regurgitação
- teoria da metaplasia
- teoria da disseminação vascular/linfática

Fatores hormonais, genéticos e hereditários parecem estar também envolvidos na susceptibilidade à endometriose. Os aspectos clínicos dependem do sítio acometido; mais frequentemente aparecem dismenorreia, dispareunia, dor pélvica, infertilidade, etc.

À macroscopia, os implantes podem ter aspecto variável (vermelho, azulado, acastanhado, branco), podendo adquirir aspecto cístico (endometrioma), especialmente no ovário.

À microscopia, glândulas endometriais, estroma e pigmento de hemossiderina são os elementos mais importantes no diagnóstico. Quando dois deles estão presentes, o diagnóstico é confirmado.

Adenomiose

Caracteriza-se pelo encontro de endométrio (glândulas e estroma) na intimidade do miométrio (além de 2,5mm de profundidade). Condição comum (15 a 30% das peças de histerectomia) que se manifesta por menometrorragias, desconforto menstrual, dor pélvica e dispaurénia. Macroscopicamente, a parede uterina é espessa, com miométrio submucoso exibindo aumento da fasciculação, focos de hemorragia e/ou pequenos cistos.

Leiomioma

O leiomioma uterino é a neoplasia uterina mais comum (25% das mulheres acima de 30 anos). Seu crescimento é afetado pelos hormônios sexuais. Pode ser um achado num exame ginecológico de rotina, ou estar associado a queixas de dor, sensação de compressão ou sangramento uterino anormal. As manifestações clínicas dependem do número, localização e tamanho das lesões. Macroscopicamente, o tumor é bem delimitado, firme, fasciculado e brancacento.

Estas lesões podem sofrer diferentes tipos de degeneração. De acordo com sua localização no miométrio, pode ser classificado em:

- Intramural
- Subseroso
- Submucoso



Microscopicamente, a neoplasia é constituída por células musculares lisas dispostas em feixes entrecruzados, sem atipias e com raras mitoses.

Ovários

Os ovários constituem órgãos duplos situados na pequena bacia ou pélvis feminina, medindo 3,0 x 2,5 x 2,0 cm aproximadamente cada um. Cada ovário está dividido em córtex e medula. O córtex consiste em uma camada compacta de células e estroma conjuntivo denso, no interior do qual são encontrados folículos em diferentes fases de maturação. Em cada ciclo menstrual, um folículo amadurece e é transformado em corpo lúteo após a ovulação. A medula do ovário consiste em tecido mesenquimal frouxo e vascularizado.

Apresentam duas funções fundamentais na fase reprodutiva da mulher, isto é, fase que vai da puberdade até a menopausa: Ovulação, eliminando mensalmente pela superfície, um ovócito, cuja função é a fecundação produção de hormônios femininos que condicionam os caracteres sexuais femininos das mulheres. A função endócrina é a produção cíclica de estrogênios, e da progesterona, que estimulam ciclicamente o endométrio, produzindo a menstruação. No período do climatério, ovário começa a declinar a sua função endócrina.

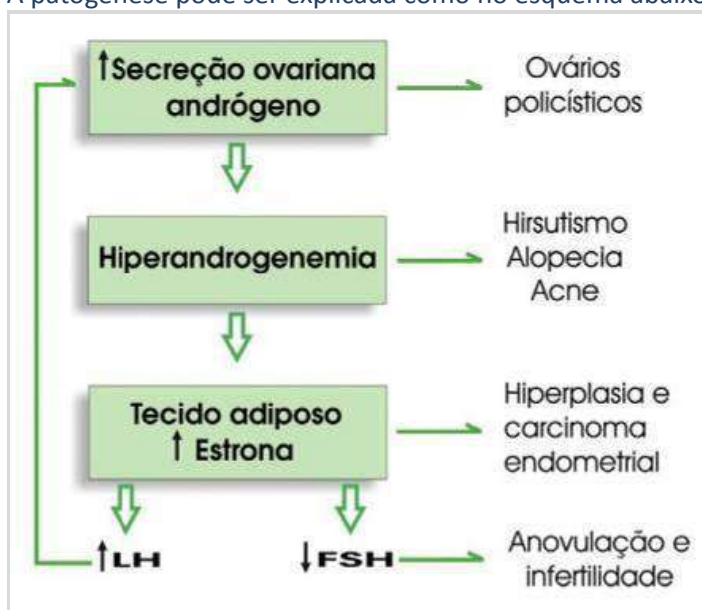
As tubas uterinas são túbulos músculo-membranosos com inserção no corpo uterino e abertura para a cavidade peritoneal. Possuem camadas: mucosa, constituída por epitélio simples ciliado e lâmina própria; muscular, feixes musculares lisos; serosa.

Síndromes dos ovários policísticos:

Trata-se de condição relativamente comum, caracterizada por pelo menos dois dos três critérios (critérios de Rotherdam, 2003):

- ovários esclerocísticos (12 ou mais folículos entre 2 e 9 mm; ovário >10cm³)
- oligomenorreia e ciclos anovulatórios
- sinais de androgenismo (clínico e/ou laboratorial)

A patogênese pode ser explicada como no esquema abaixo:



fonte: Bogliolo, 8ed

Morfologia: ovários aumentados de volume e mostrando diversos folículos císticos ou cistos foliculares com tamanhos variados, em meio a estroma denso, hiperplásico.



Prática de laboratório 3 – Anatomia Patológica

Sistema Genital Feminino

Doenças malignas do corpo uterino

Principais doenças inflamatórias/infecciosas do sistema genital feminino

O Útero

Aspectos da normalidade (vide PL1 e PL2)



Hiperplasia endometrial

As hiperplasias do endométrio ocorrem predominantemente na perimenopausa e resultam de estímulo estrogênico anormalmente elevado e prolongado, acompanhado de redução ou ausência de atividade progesterônica.

Macroscopicamente, o endométrio encontra-se difusamente espessado, frequentemente com aspecto polipóide, às vezes contendo cistos.

Microscopicamente, as hiperplasias endometriais caracterizam-se por alterações glandulares arquiteturais e alterações epiteliais citológicas e são divididas em dois grandes grupos:

- (1) hiperplasias sem atipias (ou de baixo grau);
- (2) hiperplasias com atipias (ou de alto grau).

Ambas podem ser simples ou complexas, dependendo da densidade e da complexidade da proliferação glandular. Nas hiperplasias simples, há um discreto aumento na razão de glândulas para estroma. Quando sem atipias, o padrão de crescimento epitelial e a citologia são semelhantes aos observados no endométrio proliferativo. A hiperplasia simples com atipia é rara. Ocorre atipia citológica no interior das células epiteliais glandulares, definida por perda da polaridade, núcleos vesiculares e nucléolos proeminentes. Hiperplasias complexas caracterizam-se por acentuada proliferação glandular, com justaposição e ramificação das glândulas, com pouco estroma intercalado. Quando sem atipias (rara), as células epiteliais permanecem citologicamente normais.

A atipia é demonstrada pela perda da polaridade epitelial e por alterações citológicas nucleares: núcleos grandes, com cromatina irregular e figuras de mitose frequentes. Em muitos casos, a distinção entre hiperplasia atípica e adenocarcinoma é bastante difícil, particularmente em amostras de curetagem.

Pacientes com hiperplasia endometrial apresentam, tipicamente, sangramento uterino anormal durante o período reprodutivo ou após a menopausa.

Carcinoma endometrial

Carcinoma endometrial é neoplasia maligna que ocorre, em sua maioria, em entre 55 e 65 anos, sendo incomum antes dos 40 anos. Os fatores de risco incluem, principalmente, condições de estímulo estrogênico anormalmente elevado e prolongado, acompanhadas de

redução ou ausência de atividade progesterônica. Cerca de 1/3 dos casos surge em mulheres na pós-menopausa sem evidências de elevada exposição estrogênica.

O carcinoma endometrial é subdividido em dois grandes tipos:

tipo 1 ou endometrióide, associado a fatores hormonais e hiperplasia endometrial;

tipo 2 ou seroso (havendo outros subtipos histológicos menos comuns), não relacionado a fatores hormonais, surgindo em idade mais avançada e com pior prognóstico.

O carcinoma endometrial apresenta-se como massa polipóide localizada ou como tumor difuso envolvendo toda a superfície do endométrio. Microscopicamente, o carcinoma endometrióide reproduz estruturas do endométrio normal, sendo graduado de acordo com as alterações arquiteturais (diferenciação glandular) e citológicas (nucleares). O tipo seroso caracteriza-se por glândulas com projeções papilares e células com grandes núcleos hipercrômicos, mitoses atípicas e nucléolos proeminentes.

O tumor progride com invasão direta do miométrio, colo uterino e estruturas peri uterinas e, por via linfática, acomete linfonodos inguinais, pélvicos e paraórticos. Pode se disseminar por via hematogênica para pulmões e fígado. As manifestações clínicas características são corrimento vaginal anormal e sangramento uterino.



Doenças inflamatórias/infecciosas do sistema genital feminino

Vulva

A vulva é revestida por pele e mucosa escamosa, com ceratinização, exceto no vestíbulo, onde o epitélio é semelhante ao da vagina e próximo ao meato uretral, onde é do tipo transicional. As inflamações vulvares mais comuns são as da pele. Elas são classificadas como infecciosas e não infecciosas e podem ser manifestação de doença sistêmica

Cisto de glândulas de Bartholin:

Essas são glândulas vulvovaginais mucossecretoras. Quando ocorre obstrução do ducto excretor causada por inflamação, pode resultar na formação do cisto de glândulas de Bartholin, que é doloroso e causa desconforto local. Infecções inespecíficas, especialmente por bactérias piogênicas, pode causar adenite das glândulas de Bartholin, levando à formação de abscesso.

Condiloma acuminado:

Lesão de aspecto verrucoso, única ou múltipla, de tamanho variado, causado pelo HPV especialmente dos tipos 6 e 11. Em geral, envolve região vulvovaginal e pode estender-se à região perineal e perianal. Histologicamente, caracteriza-se por hiperplasia do epitélio, com papilomatose, hiper e paraceratose, sendo características as alterações coilocitóticas.

Lesões produzidas pelo vírus herpes (especialmente tipo 2):

Lesões vesiculares ou pustulares, múltiplas e recidivantes, que evoluem para úlceras dolorosas, frequentemente com infecção secundária. Pode causar dor, corrimento vaginal, disúria e/ou retenção urinária, febre, aumento dos linfonodos inguinais, podendo também acometer ânus, uretra, bexiga, vagina e colo uterino.

Molusco contagioso:

Doença viral contagiosa, em adultos é de transmissão sexual, caracterizada por múltiplas pequenas pápulas umbilicadas e macias, com ceratinócitos exibindo grandes inclusões virais citoplasmáticas que formam verdadeiras colônias virais.



Vagina

Vaginite e vaginose

A microbiota vaginal fisiológica, constituída por lactobacilos, mantém o pH local ácido, que atua como barreira protetora contra infecções.

Os principais agentes das vaginites e vaginoses e suas respectivas características clínicas são:

Candida albicans: é um fungo que pode levar ao surgimento de corrimento branco-leitoso e inodoro. Clinicamente, há queixa de prurido e desconforto intensos. A mucosa vaginal mostra hiperemia e edema.

Gardnerella vaginalis e Mobiluncus: provocam alterações que decorrem do crescimento da microbiota anaeróbia. Clinicamente, há leucorreia fétida, podendo também ser causa de inflamação pélvica, parto prematuro e corioamnionite

Trichomonas vaginalis: é um protozoário flagelado e oval. A clínica é variável; estima-se que 50% das pacientes sejam assintomáticas. Quando sintomática, manifesta-se por corrimento amarelo-esverdeado, espumoso e fétido, além de disúria e prurido.

Colo uterino

Pólipo endocervical

Lesão relativamente comum, mais frequente em multíparas entre 40 e 60 anos de idade. Formam-se no canal endocervical e aparecem como lesões geralmente pediculadas, alongadas ou arredondadas, com superfície esponjosa ou lisa e coloração rósea-avermelhada. Clinicamente, podem estar associados a inflamação e causar sangramento ou corrimento vaginal. Microscopicamente, apresenta padrões diversos, desde o predomínio de hiperplasia glandular, sem atipias, até proliferação do estroma, que geralmente é bem vascularizado.

Endométrio

Endometrites

Agudas: resultam de infecções bacterianas que ocorrem no pós-parto ou em abortos. ; podem associar-se também a dispositivos intrauterinos e ou instrumentação. Os agentes mais comuns são as bactérias. Na histologia, observa-se inflamação do interstício e nas glândulas, sendo o infiltrado predominantemente de neutrófilos.

Endometrite crônica: seguem-se a endometrites agudas ou inflamações crônicas específicas ou fazem parte da doença inflamatória pélvica. Clinicamente, as pacientes apresentam sangramento anormal, dor pélvica, secreção vaginal e até infertilidade. Histologicamente, nos processos inespecíficos, chama atenção o infiltrado inflamatório com macrófagos, eosinófilos e principalmente plasmócitos.



Tubas uterinas

Salpingites/Doença Inflamatória Pélvica

Os distúrbios mais comuns que atingem as tubas uterinas são as inflamações (salpingites), seguidas pela gravidez ectópica e pela endometriose. As salpingites podem ser causadas por qualquer microrganismo, principalmente gonococos, estreptococos, enterobactérias, que podem alcançar as tubas uterinas a partir de: endométrio; peritônio; linfáticos. .Durante processo de salpingite aguda, há intenso exsudato leucocitário/purulento que pode progredir até ovários (abscesso tubo-ovariano), bexiga, reto ou peritônio, caracterizando a doença inflamatória pélvica. A evolução da salpingite aguda e cronificação do processo inflamatório podem alterar a anatomia tubária, com dilatação cística e retenção de líquidos (hidrossalpinge).

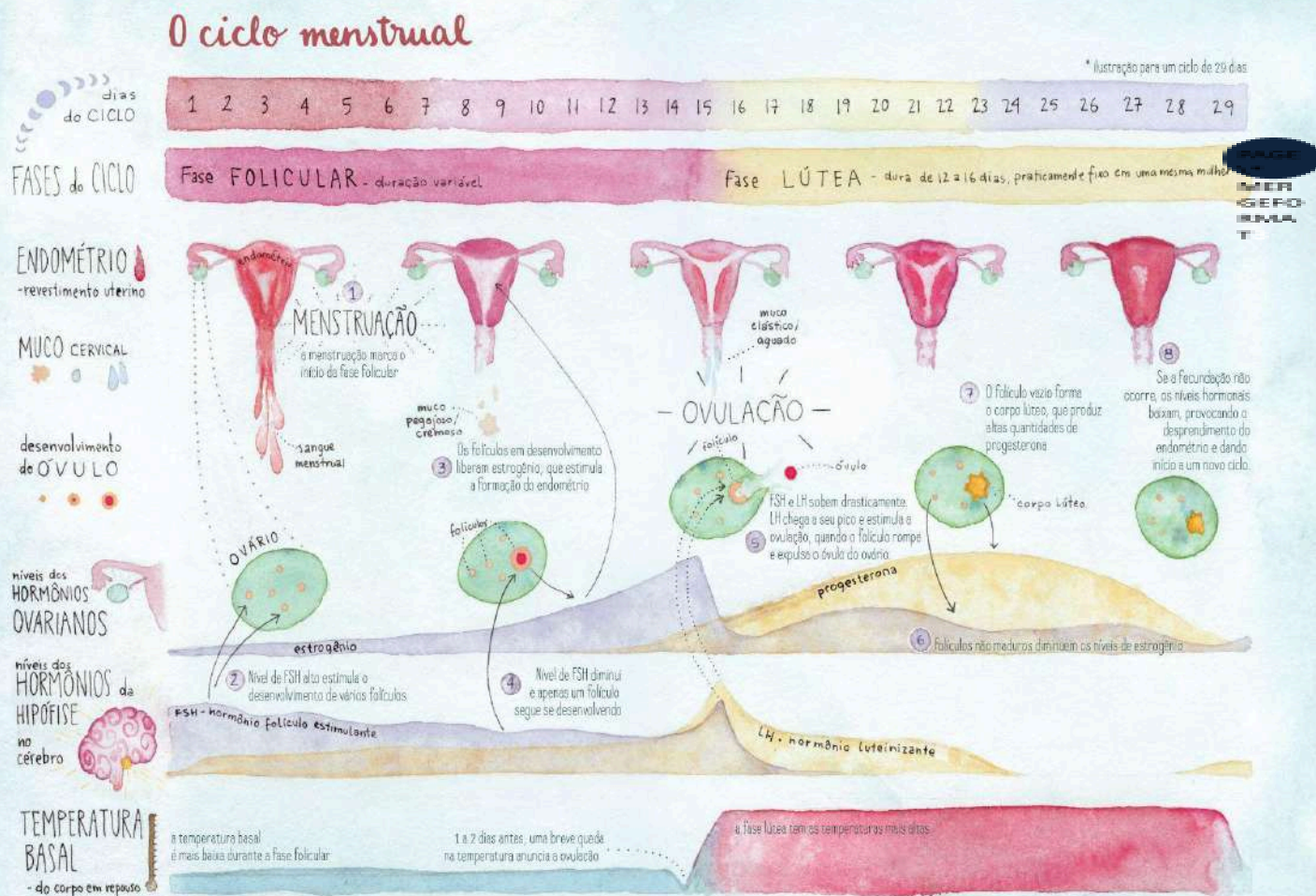
SEMINÁRIOS

Seminários	Data	Horário	Temas abordados	Professor (a)
Aula inaugural Aula 1 S. Gin.	2.2.26 2.2.26 segunda . 5.2.26 quinta	11:10 A 17:10 B 11:10 C	Apresentação do bloco SGin 2026.1	Paulo Boy
Seminário 1 segunda feira e quinta feira	2.2.26 2.2.26 segunda . 5.2.26 quinta	11:10 A 17:10 B 11:10 C	O ciclo menstrual normal e as principais doenças benignas do útero (+ sangramento anormal estrutural)	Paulo Boy
Seminário 2 segunda feira	9.2.26 Segunda	17:30	Rastreamento do Câncer de colo e lesões precursoras, rastreamento do Câncer de mama.	Paulo Boy
III seminário integrado do 7o período: SOP	12.2.26 Quinta . opcional	11:10	A visão do especialista na síndrome dos ovários policísticos. Psiquiatra, Dermatologista, Endocrinologista e Ginecologista	
Seminário 3 quinta feira	26.2.26	11:10	Climatério, menopausa e terapia hormonal. Câncer de endométrio.	Juliana Barra
Seminário 4 segunda feira	2.3.26	17:30	Planejamento familiar (+ sangramento anormal iatrogênico) Revisão do bloco	Paulo Boy



SEMINÁRIO 1

O ciclo menstrual normal e as principais doenças benignas do útero (+ sangramento anormal estrutural)



Compreender o ciclo menstrual normal é essencial para boa compreensão das patologias ginecológicas e desordens do ciclo menstrual.

SEMINÁRIO 2

Prevenção e rastreamento do câncer de colo e mama

Objetivos principais:

- sistematizar o acompanhamento e tratamento das lesões pré malignas do colo
- Reconhecer as recomendações do Ministério da Saúde-Brasil em relação ao rastreamento do câncer de colo de útero, através da citologia oncótica.
- Realizar a leitura adequada de uma citologia oncótica.
- compreender o rastreamento do câncer de colo do útero por DNA- HPV
- Identificar as principais doenças benignas da mama
- compreender o rastreamento do câncer de mama no Brasil
- conhecer a classificação de BIRADS e indicar acompanhamento adequado segundo as diretrizes do MS



A Atenção Básica realiza prioritariamente ações de prevenção e detecção precoce e atua, em relação ao câncer de mama, nos seguintes níveis de prevenção:

- **Prevenção primária:** intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer de mama, ou seja, estimula a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas e aconselha a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo.

- **Prevenção secundária:** realiza rastreamento conforme indicação e coordena o cuidado dos casos positivos, fazendo a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde quando necessário e apoiando a família de forma integral; dá atenção às queixas de alterações reportadas e realiza a investigação necessária visando à detecção precoce, encaminhando para a atenção especializada quando indicado.
- **Prevenção terciária:** auxilia a reabilitação, o retorno às atividades e a reinserção na comunidade; orienta cuidados; mantém o acompanhamento clínico e o controle da doença; orienta quanto aos direitos dos portadores de câncer e facilita o acesso a eles, quando necessário.
- **Prevenção quaternária:** evita ações com benefícios incertos para a paciente e a protege de ações potencialmente danosas, não solicitando mamografia de rastreamento na população menor de 50 anos e maior de 70 anos ou com periodicidade menor de dois anos; não estimula o rastreamento; realiza rastreamento de forma individualizada, fornecendo informações claras quanto aos benefícios e riscos da ação e compartilhando as decisões com a usuária



O câncer de colo do útero é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papiloma Vírus Humano (HPV), principalmente os subtipos 16 e 18, cujo crescimento é lento e silencioso, na maioria dos casos.

Este tumor é o terceiro mais frequente na população feminina do Brasil, sendo a quarta causa de morte de mulheres no cenário nacional. O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados no país, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 16.710, com um risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres.

O exame citopatológico é a principal ação de prevenção secundária do câncer de colo de útero, o qual deve ser realizado preferencialmente na faixa etária alvo, de 25 a 64 anos. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer (CONNOLLY, HUGHES, BERNER; 2020; WHO, 2021).

Considerando a importância deste exame para permitir a detecção das alterações relacionadas à presença das lesões precursoras do câncer do colo uterino, a qualidade de execução do mesmo influencia diretamente na análise e resultados.

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2016).

A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (WHO, 2007)

O rastreamento de mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas constitui uma situação especial, pois, em função da defesa imunológica reduzida e, consequentemente, da maior vulnerabilidade para as lesões precursoras do câncer do colo do útero, o exame deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento mulheres sem história de atividade sexual ou submetidas a histerectomia total por outras razões que não o câncer do colo do útero.



O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares:

- Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;
- Alcançar a meta de cobertura da população alvo;
- Garantir acesso a diagnóstico e tratamento;
- Garantir a qualidade das ações;
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

É importante destacar que a priorização de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as mulheres mais jovens ou mais velhas. Na prática assistencial, a anamnese bem realizada e a escuta atenta para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos e do histórico assistencial da mulher são fundamentais para a indicação do exame de rastreamento (BRASIL, 2010).

As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas (BRASIL, 2012).

ATUALIZAÇÃO para 2026:

⚠ O Brasil implementa, desde agosto de 2025, o **teste molecular de DNA-HPV como rastreamento primário no SUS**, substituindo o Papanicolau. Recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, o teste identifica o DNA do vírus de alto risco, com intervalo de 5 anos entre os exames se negativo, podendo incluir autocoleta.

Pontos-chave sobre a implementação:

População-alvo: Mulheres, cisgênero, homens transgênero, indivíduos não binários, de gênero fluido e intersexuais com colo uterino, entre 25 e 64 anos.

Periodicidade: A nova diretriz estabelece o teste a cada 5 anos, devido à sua maior sensibilidade e eficácia para prevenir o câncer de colo do útero.

Onde é feito: O exame pode ser coletado por um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) ou por autocoleta (em que a própria paciente coleta a amostra vaginal).

Fluxo de tratamento: Se o teste der positivo para HPV 16 ou 18 (alto risco), a paciente é encaminhada para colposcopia. Se positivo para outros tipos de HPV, realiza-se uma citologia reflexa.

Meta: O Ministério da Saúde visa a implementação nacional até dezembro de 2026, com foco na organização do rastreamento para aumentar a cobertura e eficácia.

O novo teste é considerado mais eficaz que o método tradicional de Papanicolau, o que permite o intervalo maior entre exames, reduzindo custos e melhorando a detecção precoce do câncer de colo uterino.



Aprovada Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero

Documento traz critérios para diagnóstico e tratamento, além de mecanismos de regulação, controle e avaliação.

A Portaria com as novas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico foi publicada dia 18 pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União.

As Diretrizes contêm o conceito geral do câncer de colo do útero, critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação.

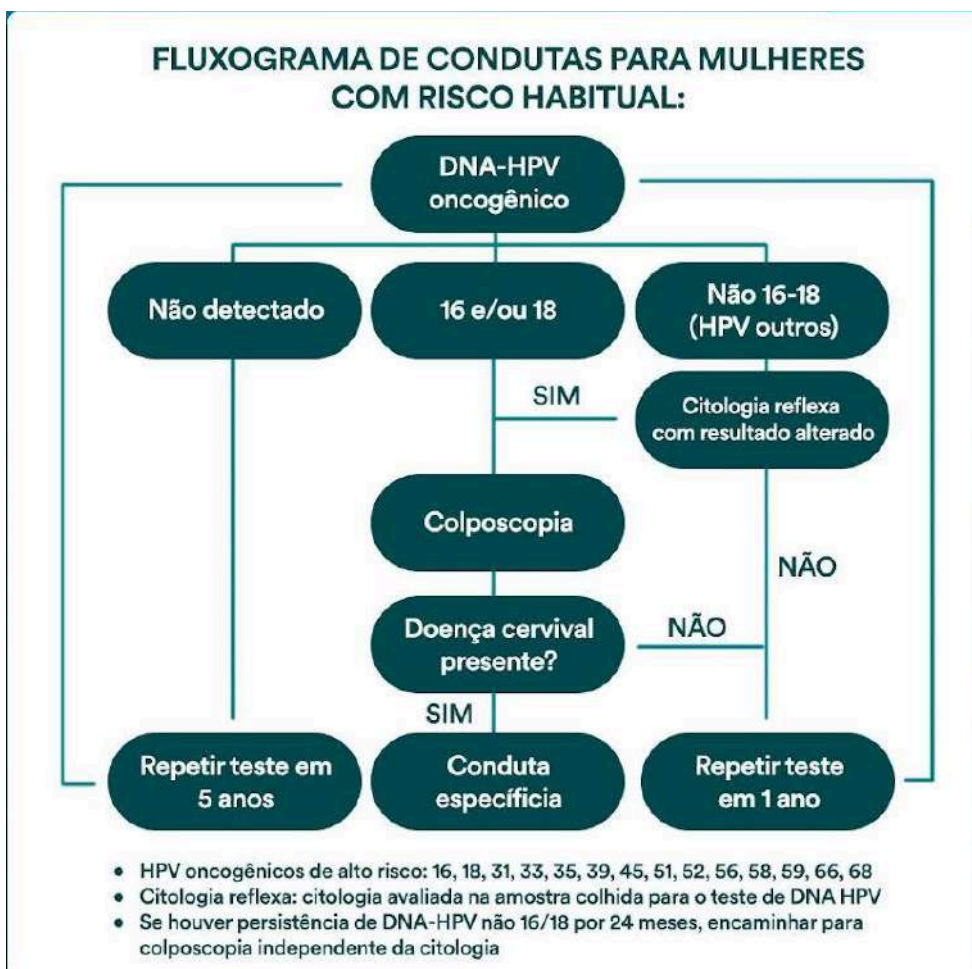
O documento torna obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais (ou eventos adversos) relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento do câncer de colo do útero.

A portaria define que os gestores estaduais, distrital e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a suas competências e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com a doença.

A portaria com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero trata do rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Ele estabelece a obrigatoriedade dessas diretrizes em nível nacional, revogando normas anteriores e orientando gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre diagnóstico, tratamento, e acompanhamento da doença.

As recomendações priorizam o teste de DNA-HPV como **método primário de rastreamento** para mulheres de 25 a 64 anos, com um intervalo de cinco anos, citando evidências de sua superioridade em relação à citologia.

As diretrizes também oferecem orientações específicas para populações em risco, como gestantes, imunodeprimidas, e pessoas LBTQIA+, com base em um processo metodológico rigoroso de adaptação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).



1 – O teste deve ser realizado em mulheres entre 25 e 64 anos de risco padrão;

São considerados oncogênicos, os tipos usualmente referidos como de “alto risco”: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59; além desses, os tipos 66 e 68 também podem ser incluídos como oncogênicos em alguns testes comercialmente disponíveis; é recomendada nova coleta de amostra para teste de DNA-HPV oncogênico para repetição do teste para mulheres com resultado inválido (ou inconclusivo) para todos os tipos virais;

2 – Significa que nenhum tipo oncogênico de DNA-HPV foi detectado;

3 – Independente do tipo, desde que classificado como oncogênico e diferente de 16 ou 18;

4 – Citologia realizada na mesma amostra obtida para o teste de DNA-HPV oncogênico; quando realizada, encaminhar o laudo junto com o resultado do teste de DNA-HPV oncogênico independentemente do pedido médico;

5 – Células atípicas de significado indeterminado, escamosas, glandulares ou de origem indefinida, Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL), Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL), adenocarcinoma *in situ*, carcinoma invasor;

6 – As condutas a partir da colposcopia com doença presente serão tratadas na Parte II dessas Diretrizes;

7 – Após 24 meses de persistência da presença de DNA-HPV não 16-18 encaminhar para colposcopia independentemente do resultado da citologia reflexa.



Se método de rastreamento antigo com citopatológico considerar:

Quadro 4 – Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (Diretriz Brasileira)

Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I -
Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV
Oncogênico - Atualizado em 18/08/2025

 [Rastreamento - Câncer do Colo do Útero.pdf](#) — 1005 KB

Folder sobre hpv e prevenção na atenção primária

<https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202509/12100837-folder-hpv-saude-da-mulher-profissionais-da-saude.pdf>



SEMINÁRIO 3

Climatério (TH e câncer de endométrio)

Este seminário busca iniciar seu estudo sobre o climatério. Aqui serão abordados, além do conceito, as principais manifestações clínicas do climatério e seu tratamento e os exames complementares realizados de rotina neste período.

O objetivo é introduzir os principais conceitos relacionados ao climatério, entendendo este período da vida como merecedor de atenção e atitudes médicas que buscam melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

Também são abordados a terapia hormonal no climatério seus riscos e benefícios além do câncer de endométrio.

Objetivos

- Compreender os princípios básicos do climatério.
- compreender a síndrome geniturinária do climatério
- Compreender a terapia hormonal no climatério.
- Compreender o câncer de endométrio.

BIBLIOGRAFIA complementar recomendada:

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015: p.168

ACESSO:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4da965804a4414659304d3504e7bf539/Diretrizes+Detec%C3%A7%C3%A3o+Precoce+Ca+Mama+2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4da965804a4414659304d3504e7bf539>

2. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016: p. 173- 186.

ACESSO:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf




SEMINÁRIO 4

Planejamento familiar (+ sangramento anormal iatrogênico)

objetivos de aprendizagem:

- compreender o planejamento familiar
- compreender a contracepção hormonal
- compreender os LARCs ("Long-acting reversible contraceptives")
- conhecer a legislação brasileira para esterilização tubária e sua atualização
- compreender o sangramento uterino anormal de causa iatrogênica





LEI N 9.263 - 1996 (lei anterior)
Idade 25 anos

Artigo 10.
Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
I - Em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de 25 anos de idade** ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

LEI N 14.443 - 2022 (atualizações na lei)
Idade 21 anos

Artigo 10.
Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
I - Em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de 21 anos de idade** ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

Conclusão: Modificou apenas a idade, que passou de 25 para 21 anos, para quem tem menos de 2 filhos vivos ou nenhum filho vivo. Com 2 filhos vivos, basta ter capacidade civil plena (18 anos). Restante do texto permaneceu inalterado e mantém a necessidade de manifestação antecipada da vontade com prazo mínimo de 60 dias antes do procedimento para aconselhamento multidisciplinar.


LEI N 9.263 - 1996 (lei anterior)
Proibida no parto ou aborto


§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesáreas sucessivas anteriores.

Conclusão: Condições necessária: manifestação antecipada da vontade com prazo mínimo de 60 dias antes do parto para aconselhamento multidisciplinar e ter as condições médicas para realizar o procedimento.

LEI N 14.443 - 2022 (atualizações na lei)
Garantida no pós-parto

§ 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.





Consentimento do cônjuge

LEI N 9.263 - 1996 (lei anterior)
Consentimento do cônjuge

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Conclusão: Retirada a necessidade de consentimento do cônjuge.

LEI N 14.443 - 2022 (atualizações na lei)
Sem necessidade de consentimento do cônjuge

§ 5º Revogado.



Bibliografia:

FEBRASGO. Manual de anticoncepção
<https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>

Ministério da Saúde do Brasil - Anticoncepção de emergência
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf

PROJETO EM EQUIPE - PE

Tópicos em saúde baseada em evidências: primeira parte

Saúde baseada em evidências

Projetos em Equipe – 7º período

Com o volume crescente de informação atual, é essencial que o futuro profissional saiba não só buscar as informações, mas analisá-las e identificar o que é pertinente e relevante. Esses temas serão discutidos de forma contextualizados dentro dos blocos temáticos, através de encontros semanais, com diferentes dinâmicas e atividades.



No sétimo período, o Projeto em Equipe tem o objetivo de ampliar a compreensão das classificações dos níveis de evidências e níveis de recomendação, formulação de perguntas clínicas a partir da estratégia PICO e análise crítica das fontes de informação em Saúde Baseada em Evidências, como as normas de orientação clínica e sumários. Tem ainda como objetivo, explorar relatos de casos clínicos a partir de diretrizes consolidadas como o sistema CARE.

Os objetivos e tarefas estão divididos ao longo dos quatro blocos do período, conforme orientações e cronograma apresentados nos roteiros de cada bloco. Ressalta-se que o cronograma dos blocos pode ser alterado de acordo com as necessidades do calendário do curso.

OG1: Conceituar a Saúde Baseada em Evidências (SBE)

OE 1.1 – Reconhecer as principais características e objetivos da SBE OE 1.1 – Reconhecer as principais características e objetivos da SBE

OE 1.2 – Rever os elementos da pergunta PICO e reconhecer a sua importância na estruturação da dúvida clínica

OE 1.3 – Diferenciar desfechos clínicos de desfechos substitutos OE 1.3 – Diferenciar desfechos clínicos de desfechos substitutos

OG 2: Conhecer as fontes de informação em Saúde Baseada em Evidências (SBE)

OE 2.1 – Utilizar as fontes de informação da saúde baseada em evidência

OE 2.2 – Conhecer a hierarquia das fontes de informação de medicina baseada em evidência

OE 2.3 – Descrever a metodologia envolvida na elaboração dos principais sumários

OG 3: Analisar criticamente um ensaio clínico randomizado (ECR)

OE 3.1 – Rever as principais características de um ECR

OE 3.2 – Identificar os principais riscos de viés de um ECR

BLOCO SÍNDROMES GINECOLÓGICAS**Tópicos em saúde baseada em evidências: primeira parte****OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**

OG 1 - Conceituar a Saúde Baseada em Evidências (SBE)

OE 1.1 – Reconhecer as principais características e objetivos da SBE

OE 1.2 – Rever os elementos da pergunta PICO e reconhecer a sua importância no processo de elaboração das revisões sistemáticas

OE 1.3 – Diferenciar desfechos clínicos de desfechos substitutos

OE 1.4 – Conhecer a Colaboração Cochrane

OG 2 – Rever as principais características dos ensaios clínicos randomizados (ECR)

OE 2.1 – Calcular e interpretar as estimativas de efeito nos ECR – risco relativo, risco absoluto, NNT e diferença de médias

OE 2.2 – identificar os principais tipos de vieses nos ECR

OG 3 - Discutir os fatores que podem reduzir ou elevar o nível da evidência, de acordo com o sistema GRADE

OE 3.1 - Definir níveis de evidência

OE 3.2 – Definir risco de viés

OE 3.3 – Definir viés de publicação



CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Aula	Atividades
1	- Apresentação do PE (objetivos, cronograma, avaliação) - Aula: Conceito – SBE Revisão sistemática e metanálise – conceitos básicos; Cochrane Pergunta PICO Desfechos clínicos e substitutos - Exercício em sala de aula (em duplas)
2	- Aula: Estimativas de efeito: risco relativo, risco absoluto, NNT, diferença de médias - Exercício em sala de aula (em duplas) Valor = 10 pontos
3	Apresentação oral (15 pontos) e entrega do trabalho escrito (15 pontos) - Principais vieses em ensaios clínicos randomizados Mini-aula: Fatores que reduzem ou aumentam a qualidade da evidência - introdução e viés de publicação Presença obrigatória
4	Prova individual (valor = 30 pts) Conceito = 5 pontos



MATERIAL DE SUPORTE PARA O BLOCO GINECOLOGIA:

- Principais escalas de evidência disponíveis em:

https://www.essentialvidenceplus.com/product/ebm_loe.cfm

- Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde – Ministério da Saúde, 2014 em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf

- Coursera – Saúde Baseada em Evidências (vídeos e textos) em:

<https://www.coursera.org/learn/sbe>