



# SÍNDROMES GINECOLÓGICAS

**GUIA DO ESTUDANTE**  
**Medicina UNIFENAS-BH**

**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

Aline Cristina d'Ávila Souza

Keila Elvira de Souza Pereira

Galileu Bonifácio da Costa Filho

Silvana Maria de Carvalho Neiva



**Unid. Itapoã**

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



**Unid. 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
<b>1º Período</b>		<b>2º Período</b>	
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 Persichini Rodrigues
<b>3º Período</b>		<b>4º Período</b>	
Células e Moléculas	Josiane da Silva Quetz	Puberdade	Akisa Priscila Oliveira de Sousa Penido
Nutrição e Metabolismo	José Barbosa Júnior	Vida Adulta	Fabiano Cassaño 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
<b>5º Período</b>		<b>6º Período</b>	
Síndromes Pediátricas I	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Pediátricas II	Bruna Salgado Rabelo
Síndromes Digestórias	Camila Bernardes Mendes Oliveira	Síndromes Infecciosas	Isabela Dias Lauar
Síndromes Cardiológicas	Flávia Carvalho Alvarenga	Síndromes Nefro-Urológicas	Geovana Maia Almeida
Síndromes Respiratórias	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Hemato-Oncológicas	Kevin Augusto Farias de Alvarenga
<b>7º Período</b>		<b>8º Período</b>	
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	Roberta Ribas Pena	Síndromes Reumato-Ortopédicas	Déborah Lobato Guimarães Rogério Augusto Alves Nunes
<b>9º Período</b>		<b>10º Período</b>	
Estágio em Clínica Médica	Bruno César Lage Cota Rita de Cássia Corrêa Miguel Marcelo Bicalho de Fuccio	Estágio em Saúde da Mulher	Juliana Silva Barra Vanessa Maria Fenelon da Costa Inessa Beraldo Bonomi
Estágio em Clínica Cirúrgica	Eduardo Tomaz Froes Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira Aloísio Cardoso Júnior	Estágio em Saúde da Criança	Cristiani Regina dos Santos Faria Guilherme Rache Gaspar Patrícia Quina Albert Lobo
<b>11º Período</b>		<b>12º Período</b>	
Estágio em Atenção Integral à Saúde I	Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior	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 Cassaño Arar Gabriel Costa Osanan	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas e Cirúrgicas	Luis Augusto Ferreira



## SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	6
<b>Objetivos de Aprendizagem</b>	7
<b>Alocação de salas do Grupo Tutorial</b>	8
<b>Calendário Seminários do bloco</b>	9
<b>Calendário exames do bloco turmas A/B/C</b>	10
<b>Distribuição de pontos nas estratégias de ensino</b>	11
<b>Horário do bloco S. Gin. 2025.1</b>	12
<b>Calendário Gts e seminários 2025.1</b>	13
<b>. Calendário turma A</b>	14
<b>. Calendário turma B</b>	16
<b>. Calendário turma C</b>	18
<b>Referências Bibliográficas</b>	20
<b>Grupos Tutoriais - GT</b>	22
Grupo Tutorial 1	23
Grupo Tutorial 2	29
Grupo Tutorial 3	40
Grupo Tutorial 4	44
Grupo Tutorial 5	46
<b>Treinamento de Habilidades - TH</b>	52
Treinamento de Habilidades 1	53
Treinamento de Habilidades 2	62
Treinamento de Habilidades 3	67
<b>Práticas de Laboratório – PL Anatomia</b>	
Práticas de Laboratório 1	53
Práticas de Laboratório 2	71
Práticas de Laboratório 3	74
<b>Seminários</b>	78



Seminário 1	79
Seminário 2	80
Seminário 3	83
Seminário 4	85
<b>Projeto em Equipe - PE</b>	<b>87</b>

## 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.

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!

Neste semestre, os exames parcial e final do bloco serão aplicados em dia único no período da tarde às 17:30 nos dias 14 (sexta) e 27 (quinta) de fevereiro.

**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	Sala	sala
Fernanda	201	201
Roberta	203	203
Luciana	204	204
Ricardo	205	205
Turma B		
Henrique	201	201
Livia	203	203
Thais	204	204
Juliana	205	205
Turma C		
Lucas	206	206
Nathalia	208	208
Caroline	209	209
Isabela	211	211





## Calendário de seminários 2025.1

Seminários	Data	Horário	temas abordados	Professor (a)
<b>aula inaugural</b> <b>Aula 1 S. Gin.</b>	03.02.25 05.02.25 06.02.25	17:30 11:10 11:10	<b>Apresentação do bloco SGIN 2025.1</b>	Paulo Boy
Seminário 1 segunda feira	03.02.25 05.02.25 06.02.25	17:10 11:10 11:10	O ciclo menstrual normal e as principais doenças benignas do útero (+ sangramento anormal estrutural)	Paulo Boy
Seminário 2 segunda feira	10.02.25	17:30	Prevenção e rastreamento do câncer de colo e lesões precursoras (MS)	Paulo Boy
seminário integrado SOP	13.02.25 opcional	11:10	<b>A visão do especialista na síndrome dos ovários policísticos.</b>  Psiquiatra, Dermatologista, Endocrinologista e Ginecologista	quinta feira
Seminário 3 segunda feira	17.02.25	17:30	Planejamento familiar (+ sangramento anormal iatrogênico)	Paulo Boy
Seminário 4 quinta feira	20.02.25	11:10	Climatério e câncer (mama e endométrio)	Juliana Barra



## Calendário de Exames 2025.1

Exames	Datas e horários
exame PARCIAL	<p>todas as turmas: 14.02.2025 sexta feira 17:30 horas - 25 pontos</p> <p><i>GTs 1, 2 e 3, Sem 1 e 2</i></p>
exame FINAL	<p>todas as turmas: 24.02.2025 segunda feira 17:30- 45 pontos</p>
exames de TH	<p>turma A - Prof. Juliana Barra quinta feira 27.2.25 - 50 pontos</p> <p>turma B - Prof Paulo Boy segunda feira 24.2.25 - 50 pontos (se laboratório de TH disponível e turma preferir - quinta feira 27.2.25)</p> <p>turma C - Prof. Rafaela Friche quarta feira 26.2.25 - 50 pontos</p> <p>avaliação formativa: 25 pontos - a ser discutido com os respectivos professores</p>
exame de PL	<p>turma A - Prof. Leonardo Gripp quinta feira 27.2.25</p> <p>turma B - Prof. Leonardo Gripp sexta feira 28.2.25 (se laboratório de TH disponível e turma preferir - quinta feira 27.2.25)</p> <p>turma C - prof. Leonardo Gripp sexta feira 28.2.25</p> <p>Avaliação formativa: 25 pontos - a ser discutido com o prof. Leonardo Gripp</p>



## Distribuição de pontos nas diferentes estratégias de ensino

### Bloco S. Ginecológicas 2025.1

<b>Estratégia</b>	<b>Atividade</b>	<b>Valor</b>
<b>Grupos Tutoriais e Seminários</b>	Exame parcial	25,00
	Exame Final do bloco	45,00
	Conceito	10,00
<b>Treinamento de Habilidades</b>	Avaliações formativas	25,00
	Prova	50,00
	Conceito	5,00
<b>Práticas de Laboratório</b>	Avaliações formativas	25,00
	Prova	50,00
	Conceito	5,00
<b>Projeto em Equipe</b>	Apresentação oral	35,00
	Trabalho escrito	40,00
	Conceito	5,00



## HORÁRIO S. GINECOLÓGICAS 2025.1

UNIFENAS-BH																MEDICINA		
HORÁRIO BLOCO SÍNDROMES GINECOLÓGICAS 2025/01 - CURSO DE MEDICINA - UNIFENAS BH (Atenção: Horário sujeito a modificações)																		
Turma A	Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta					
	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local			
07:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
09:10	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
09:30	1	Ambulatório fixo Escala na próxima página	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	2		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
	3		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	4		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
11:10	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
13:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
15:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
17:10	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
07:30	1	TII de Técnica Operatória para as Turmas B1, B2 e B3 de Ambulatório de Especialidades	---	Ambulatório fixo Escala na próxima página	---	TII de Técnica Operatória para as Turmas B4 e B5 de Ambulatório de Especialidades	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	2		---		---		---	---	---	---	---	---	---					
	3		---		---		---	---	---	---	---	---	---	---				
	4		---		---		---	---	---	---	---	---	---	---				
09:10	1	Tempo protegido em ambulatório fixo Escala na próxima página	---	TII de Técnica Operatória para as Turmas B4 e B5 de Ambulatório de Especialidades	---	TII de Técnica Operatória para as Turmas B4 e B5 de Ambulatório de Especialidades	---	---	---	---	---	---	---	---				
2	---		---		---		---	---	---	---	---	---						
3	---		---		---		---	---	---	---	---	---	---					
4	---		---		---		---	---	---	---	---	---	---					
09:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
11:10	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
13:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
15:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
17:10	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
07:30	1	Ambulatório fixo Escala na próxima página	---	TII de Técnica Operatória Turmas C1, C2 e C3 de Ambulatório de Especialidades	---	TII de Técnica Operatória Turma C4 de Ambulatório de Especialidades	---	TII de Técnica Operatória Turma C5 de Ambulatório de Especialidades	---	TII de Técnica Operatória Turma C5 de Ambulatório de Especialidades	---	TII de Técnica Operatória Turma C5 de Ambulatório de Especialidades	---	TII de Técnica Operatória Turma C5 de Ambulatório de Especialidades	---	TII de Técnica Operatória Turma C5 de Ambulatório de Especialidades		
	2		---		---		---		---		---		---		---		---	
	3		---		---		---		---		---		---		---		---	---
	4		---		---		---		---		---		---		---		---	---
09:10	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
09:30	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
11:10	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
13:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
	4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---			
15:30	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				
17:10	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---				



UNIFENAS-BH																MEDICINA
HORÁRIO DE TÉCNICA OPERATÓRIA - CURSO DE MEDICINA - UNIFENAS-BH (DIVISÃO DE AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE)																
Hora	Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta			
	Turma	Professor	Local	Turma	Professor	Local	Turma	Professor	Local	Turma	Professor	Local	Turma	Professor	Local	
07:30	B1	Mário	---	---	---	---	B4	Mário	---	---	---	---	---	---	---	
11:10	B2	Leonardo G	---	---	---	---	B5	Ana Luiza	---	---	---	---	---	---	---	
	B3	Jefferson	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
13:30	C1	Galileu	---	---	---	C4	Galileu	---	A1	Leonardo G	---	A3	Walter L.	---		
17:10	C2	Jefferson	---	---	---	---	---	---	A2	*VAGO	---	A4	Priscila	---		
	C3	Walter L.	---	---	---	---	---	---	C5	Lucas E	---	A5	Christiane	---		

HORÁRIO DE AMBULATÓRIO FIXO - 7º PERÍODO - BLOCO 1 (as unidades podem ser modificadas, de acordo com determinação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)					
GRUPO	Especialidade	Horário	Professor	Unidade	Regional
A1	Clinica Médica	Segunda-feira - 7:30-11:10	Sidney Vieira	Centro de Saúde Jardim Comercários/SESC	Venda Nova
A2	Clinica Médica	Segunda-feira - 7:30-11:10	José Ricardo Oliveira	Centro de Saúde Vila Maria	Nordeste
A3	Clinica Médica	Segunda-feira - 7:30-11:10	Hennique Barros	Centro de Saúde Lagoa	Venda Nova
A4	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Isabelli Dal Santos	Centro de Saúde Piratininga	Leste
A5	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Maria Fernanda Correa	Centro de Saúde Vila Maria	Nordeste
A6	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Fernanda Ribeiro	Centro de Saúde Uruçuva	Barreiro
B1	Endocrinologia*	Terça-feira - 7:30-11:10	Cláudio M.	CEASC	---
B2	Endocrinologia*	Terça-feira - 7:30-11:10	Livia M.	CEASC	---
B3	Endocrinologia*	Terça-feira - 7:30-11:10	Nathalia M.	CEASC	---
B4	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Akisa Penedo	Centro de Saúde Nazaré	Nordeste
B5	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Shella Kallas	Centro de Saúde Evólvina Carneiro	Norie
C1	Dermatologia*	Quarta-feira - 13:30-17:30	Ethel	CEASC	---
C2	Clinica Médica	Segunda-feira - 7:30-11:10	Ana Carolina	Ambulatório da Igreja do Carmo Sion	---
C3	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Cristina Borim	Ambulatório da Igreja do Carmo Sion	---
C4	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Julia Lima	Centro de Saúde Ouro Preto	Pampulha
C5	Pediatria	Segunda-feira - 7:30-11:10	Juliana Fernandes B. Coutinho	Centro de Saúde Vila Maria	Nordeste

\* Grupos de ambulatório fixo no primeiro bloco.

## CALENDÁRIO GTs e Seminários TURMAS A, B e C 2025.1

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
S1	3.2	4.2	5.2	6.2	7.2
		GTA1	GTR1A2	GTR1A2	
	GTA1	GTA1			
17:10	aula 1* SEM1				
S2	10.2	11.2	12.2	13.2	14.2
		GTR2A3	GTR3A4	GTR3A4	
	GTR2A3	GTR2A3			
17:10	SEM 2				PARCIAL
S3	17.2	18.2	19.2	20.2	21.2
		GTR4A5	GTR5	GTR5	
				SEM4	
	GTR4A5	GTR4A5			
17:10	SEM3				
S4	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2
17:10	FINAL				



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

## CALENDÁRIO TURMA A - 2025.1

SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
1	03.02	04.02	05.02	06.02	07.02	08.02
Manhã	Amb fixo		GTR1	TH 1	PL A3A4	
	Amb fixo	PE	GTR2	TH 1	PL A1A2	
11:10	-	-	-	Aula 1 S.Gin. Sem 1	-	
Tarde	GTA1	TP				
		TP				
17:10						
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
2	10.02	11.02	12.02	13.02	14.02	15.02
Manhã	Amb fixo		GTR3	TH 2	PL A3A4	
	Amb fixo	PE	GTA4	TH 2	PL A1A2	
11:10	-	-	-	SOP	-	
Tarde	GTR2	TP				
	GTA3					
17:30	Sem 2				EXAME PARCIAL GT1-3; S1-2	
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
3	17.02	18.02	19.02	20.02	21.02	22.02
Manhã	Amb fixo		GTR5	TH 3 simulação	PL A3A4	
	Amb fixo	PE	feedback GTs	TH 3 simulação	PL A1A2	
11:10	-	-	-	Sem 4	-	
Tarde	GTR4	TP				
	GTA5					
17:30	Sem 3					



SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
4	24.02	25.02	26.02	27.02	28.02	
Manhã	amb fixo			Exame TH	Exame PL A3A4	Sábado de CARNAVAL
	amb fixo	TP		Exame TH	Exame PL A1A2	
11:10		-	-	+devolutiva	+devolutiva	
Tarde 4		TP				Sábado de CARNAVAL
17:30	Exame SGin 25.1					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
	03.03	04.03	05.03	06.03	07.03	
	RECESSO	CARNAVAL	RECESSO		obs.: prazo final para requerimento	



	10.3	11.3	12.3	13.3	14.3	
1	início do bloco Neuropsiquiatria					
	<b>BLOCO NEUROPSIQUIATRIA</b>					

## CALENDÁRIO TURMA B - 2025.1

SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
1	03.02	04.02	05.02	06.02	07.02	
Manhã		TP		GT R1	PE B3 e B4	
		TP		GT A2	PE B1 e B2	
11:10						
Tarde	TH 1 B1 e B3	GT A1			PL 1 B1 e B2	
	TH 1 B2 e B4				PL 1 B3 e B4	
17:30	Aula 1 S.Gin Sem 1					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
2	10.02	11.02	12.02	13.02	14.02	15.02
Manhã				GT R3	PE	
				GT A4	PE	
11:10				SOP		
Tarde	TH 2	GT R2			PL 1	
	TH 2	GT A3			PL 1	
17:30	Sem 2				PARCIAL GT1-3; S1-2	
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
3	17.02	18.02	19.02	20.02	21.02	22.02
Manhã				GTR5	PE	
				feedback	PE	
				sem 4		
Tarde	TH 3	GT R4			PL 1	
	TH 3	GT A5			PL 1	
17:30	sem 3					





SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
4	24.02	25.02	26.02	27.02	28.02	
Manhã				*exame TH B1 e B3	PE exame	Sábado de CARNAVAL
				*exame TH B2 e B4	PE exame	
11:10				* se lab. TH disponível		
Tarde	exame TH B1 e B3				PL 1 exame	Sábado de CARNAVAL
	exame TH B2 e B4				PL 1 exame	
	exame SGin 25.1					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
	03.03	04.03	05.03	06.03	07.03	
	RECESSO	CARNAVAL	RECESSO			



	10.3	11.3	12.3	13.3	14.3	
1	início do bloco Neuropsiquiatria	obs.: prazo final para requerimento				
<b>BLOCO ENDOCRINOLOGIA</b>						

## CALENDÁRIO TURMA C - 2025.1

SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
1	03.02	04.02	05.02	06.02	07.02	08.02
Manhã	amb fixo	GT A1	TH 1 /	GT R1		
	amb fixo		/ PL1	GT A2	PE 1 Kevin	
11:10	aula 1 Sem 1			Sem 2		
Tarde					TP	
			TP			
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
2	10.02	11.02	12.02	13.02	14.02	15.02
Manhã	amb fixo	GT R2	TH 2 /	GT R3		
	amb fixo	GT A3	/ PL 2	GT A4	PE 2	
11:10				SOP		
Tarde					TP	
	TP		TP			
	Sem 2				exame parcial	
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
3	17.02	18.02	19.02	20.02	21.02	22.02
Manhã	amb fixo	GT R3	TH 3 / simulação			
	amb fixo	GT A4	/ PL 3		PE 3	
11:10				sem 4		
Tarde					TP	
			TP			
17:30	sem 3					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO



4	24.02	25.02	26.02	27.02	28.02	
Manhã	amb fixo		TH / exame			
	amb fixo		/ PL exame		PE exame	
			devolutiva	devolutiva		
Tarde						
17:30	exame SGin 25.1					
SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
	03.03	04.03	05.03	06.03	07.03	
	RECESSO	CARNAVAL	RECESSO			
	10.3	11.3	12.3	13.3	14.3	
		BLOCO DERMATOLOGIA				



## 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](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/grade.pdf/view). Acesso em: 26 abr. 2024.

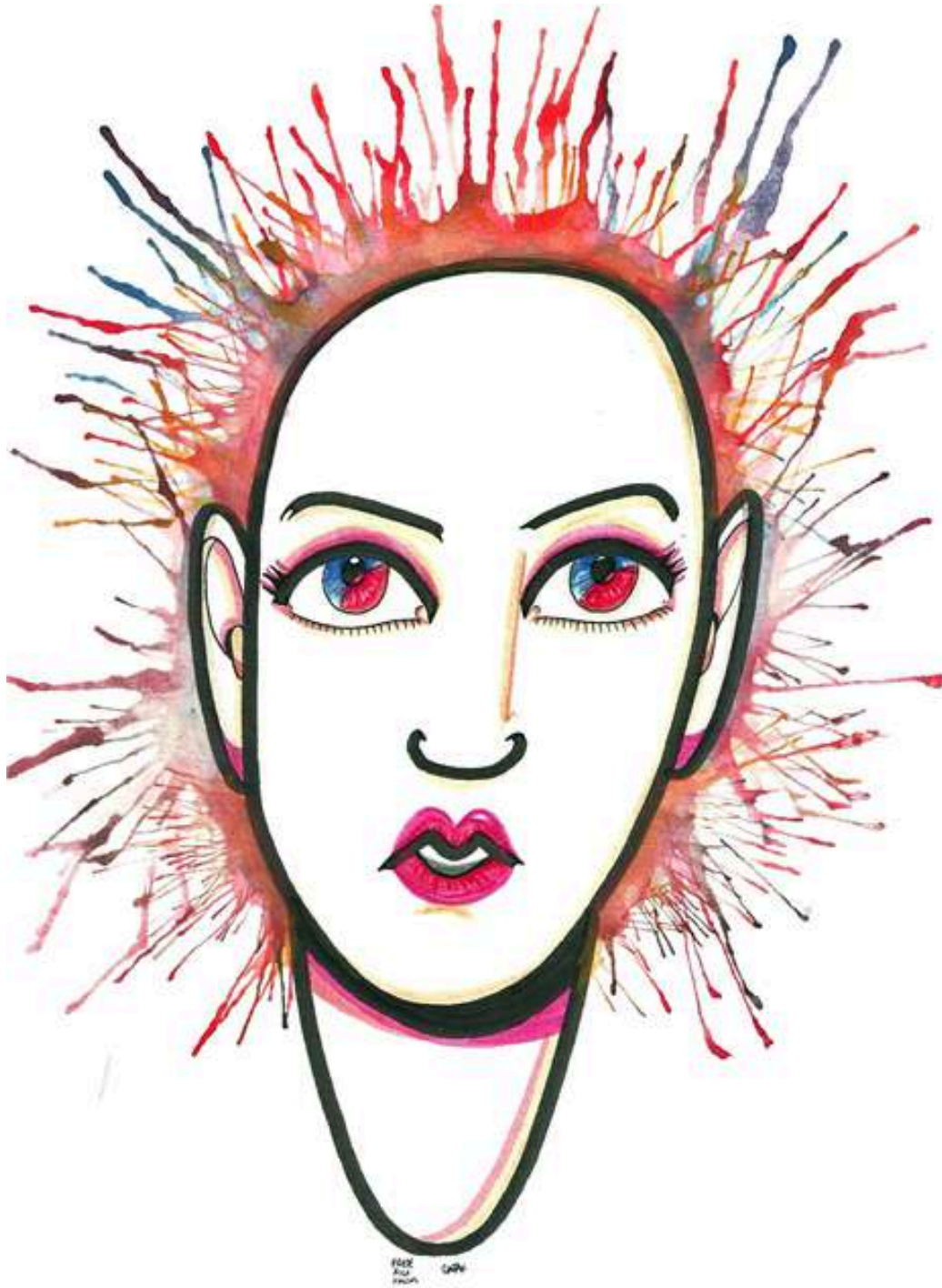


**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - COMPLEMENTAR**

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_atecao\\_integral\\_ist.pdf](http://bvsmms.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](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



Químio 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 Dores 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 ainda que obteve melhora relativa depois que iniciou uso anticoncepcional aos 18 anos que utilizou até um ano e meio atrás.*

*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. GO PO 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.

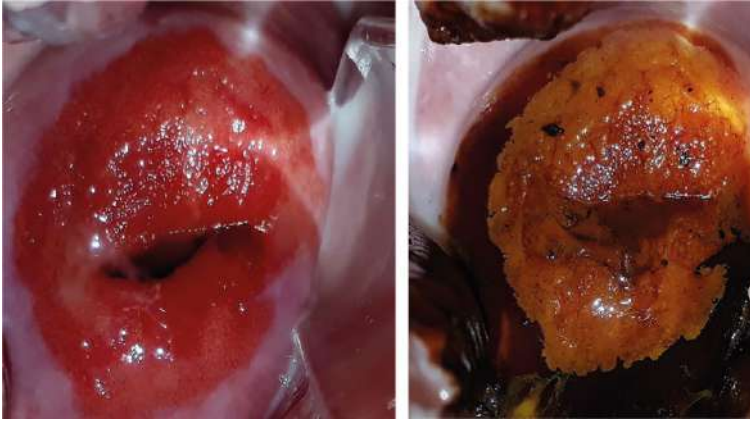
**AE:** Hábito intestinal preservado, nega disquesia, sem queixas urinárias.

**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 nova citologia.



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

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

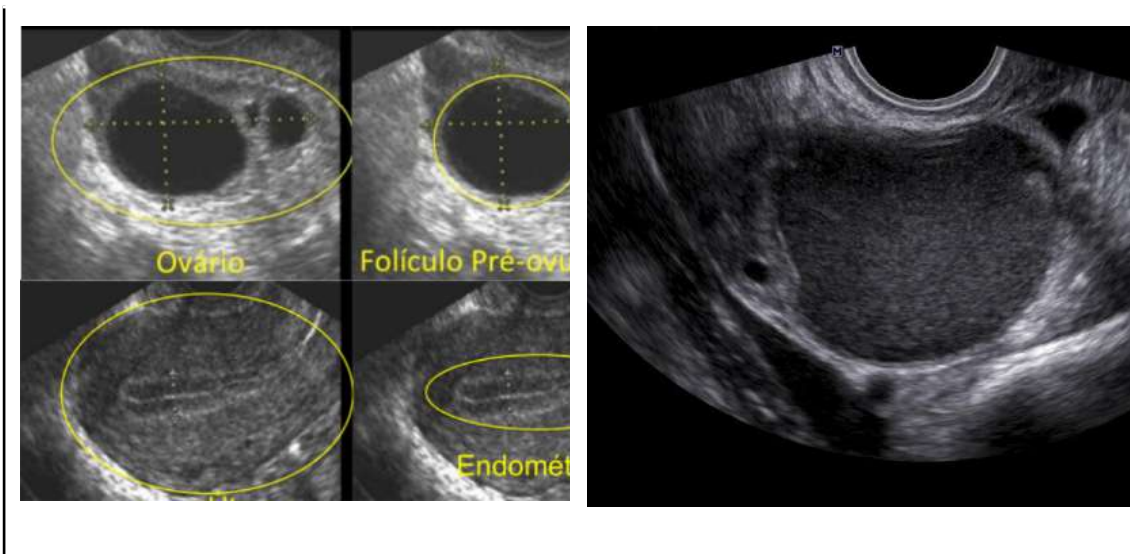
**Exames apresentados:**

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





- Laudo de ultrassonografia (realizada no 14º dia do ciclo): útero e anexos sem anormalidades, endométrio trilaminar, presença de corpo lúteo em ovário direito de 20mm diâmetro e imagem sugestiva de endometrioma de 16mm.



- Laudo de citologia: presença de células metaplásicas, ausência de atipias e flora normal.

#### Lista de problemas:

1. Dor pélvica crônica a esclarecer
2. Infertilidade primária.
3. Rastreamento do câncer de colo.
4. Suspeita de endometrioma em ovário direito

**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 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:**

Dysmenorrhea and related disorders:

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

Diagnosis and initial management of dismenorrhea:

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

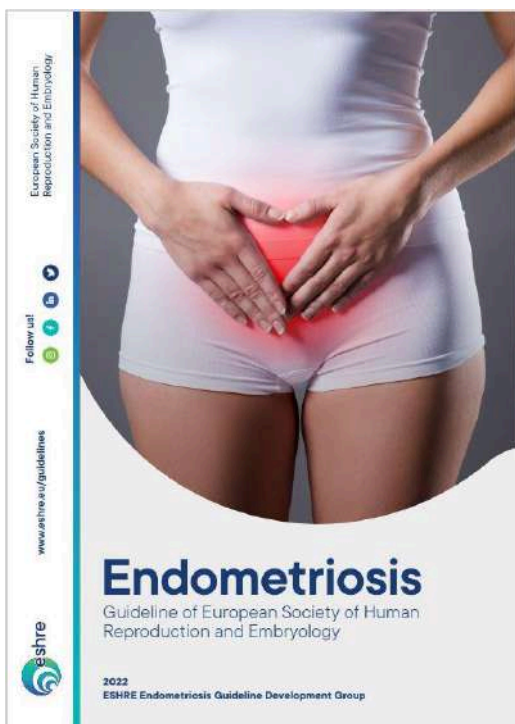
Revista Femina - FEBRASGO:

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

**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 FC: 80 bpm FR: 20 irpm Tax: afebril	Peso: 72,0 Altura: 1,60 IMC: 28,1 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"> <li>• Formato: de difícil delimitação devido a espessura do panículo adiposo</li> <li>• Volume: normal</li> <li>• Mobilidade: preservada</li> </ul> Colo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistência: fibroelástica</li> <li>• Mobilização: indolor</li> </ul> Anexos: de difícil delimitação devido a espessura do panículo adiposo



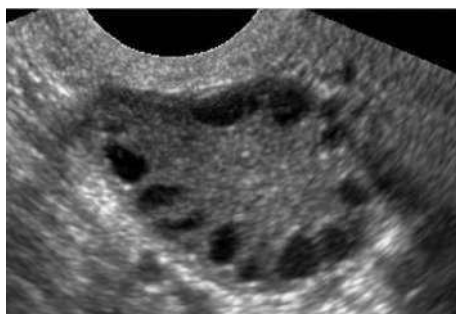
E apresentados exames com os seguintes resultados:

**Ultrassom pélvico transvaginal:**

Bexiga vazia  
 Útero AVF, volume 104 cm<sup>3</sup>  
 Endométrio homogêneo, regular, 8,0 mm

Ovário direito parauterino, volume 14 cm<sup>3</sup>  
 Ovário esquerdo parauterino, volume 11 cm<sup>3</sup>

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 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
HCM	33	25 a 35 pg
VCM	98	80 a 100 fL
Leucócitos	6.100	4.500 – 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos não segmentados	0	< 350 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos segmentados	57	40 – 80%

Linfócitos	1.787	1.000 a 4.000 /mm <sup>3</sup>
Monócitos	622	< 850 /mm <sup>3</sup>
Basófilos	92	15 a 100 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos	122	< 450 /mm <sup>3</sup>
Plaquetas		150.000 – 450.000/mm <sup>3</sup>

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)	90	< 92 mg/dL
• Jejum	244	< 140 mg/dL
• 2 horas		

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 )

#### 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 ___ =	—	+__	+__	+__
<b>Pontuação PHQ-9 ≥ 10: provável depressão grave</b>				
<b>Faixas de pontuação de depressão:</b>				
5 a 9: leve				
10 a 14: moderado				
15 a 19: moderadamente grave				
≥ 20: grave				
<b>Se você assinou algum problema, o quanto eles dificultaram para você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou se relacionar com outras pessoas?</b>	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
<b>Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado pelos seguintes problemas?</b>				
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
<b>Pontuação total =</b> ____ -	Adicionar colunas			
Se você assinou algum problema, o quanto eles dificultaram para você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou se relacionar com outras pessoas?				
<b>Circule um</b>	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, 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:

### 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 <sup>[1]</sup> (todos obrigatórios)	Critérios de Roterdã 2003* <sup>[2]</sup> (dois em três necessários)	Definição AES 2008 <sup>[3]</sup> (todas as possibilidades)
Irregularidade menstrual devido à 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 Roterdã também exigem a exclusão de outras condições que imitam a SOP. Os critérios foram desenvolvidos em uma reunião de consenso de 2003 realizada em Roterdã (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
<b>Obrigatório</b>			Resistência à insulina ou hiperinsulinemia em jejum (ou seja, no topo de 25% do intervalo de referência específico do laboratório)	Resistência à insulina nos 25% superiores <sup>1</sup> ; 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 <sup>6</sup> ou IMC $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> ou cintura $\geq 102$ cm (homens) ou $\geq 88$ cm (mulheres)
<b>Número de anormalidades</b>	$\geq 3$ de:	$\geq 3$ de:	$\geq 2$ de:	$\geq 2$ de:	$\geq 2$ 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 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)
Coletorol HDL	$< 1,0$ mmol/L (40 mg/dL) (homens); $< 1,3$ mmol/L (50 mg/dL) (mulheres) ou tratamento medicamentoso para coletorol HDL baixo <sup>8</sup>	$< 1,0$ mmol/L (40 mg/dL) (homens); $< 1,3$ mmol/L (50 mg/dL) (mulheres) ou tratamento medicamentoso para coletorol 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)
Triglicédeos	$\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL) ou tratamento medicamentoso para triglicédeos elevados <sup>9</sup>	$\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL) ou tratamento medicamentoso para triglicédeos 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 $\geq 102$ cm (homens) ou $\geq 88$ cm (mulheres) <sup>1</sup>	Cintura $\geq 94$ cm (homens) ou $\geq 80$ cm (mulheres)	Cintura $\geq 94$ cm (homens) ou $\geq 80$ cm (mulheres)	Relação cintura/quadril $> 0,9$ (homens) ou $> 0,85$ (mulheres) ou IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>	
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>

### 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).



### 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](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



MONASH  
University

CREWHIRE  
Research Centre for Women's Health

CREPCOS  
Endocrine Research Centre  
in Polycystic Ovary Syndrome

asrm

ENDOCRINE  
SOCIETY

ehre

European Society  
of Endocrinology

**\*\***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 e logo após sua última menstruação, o corrimento vaginal é esverdeado, fluido, abundante e que após o período menstrual iniciou com um odor desagradável, relata ainda estar envergonhada com o cheiro e está desconfiada do parceiro. Queixa ainda prurido, disúria e dispareunia nos últimos dias.*

**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.*
- *Exame especular: resíduo vaginal com corrimento esverdeado, bolhoso e fluido (Colhido material para exames) - Figuras 2a e 2b. Colhido material para exame a fresco e citologia oncótica. teste de aminas: positivo*



- *Ao toque útero em avf, consistência ginecológica, anexos livres.*

Figura 1 - Inspeção da genitália externa: condiloma



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

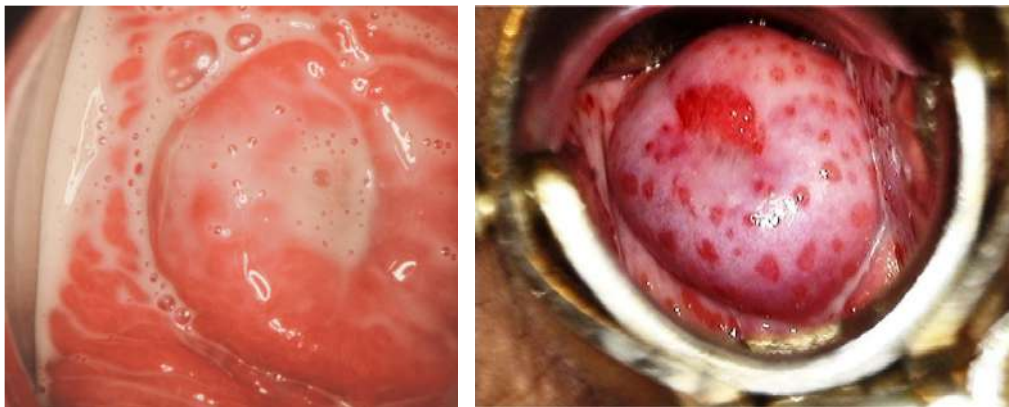
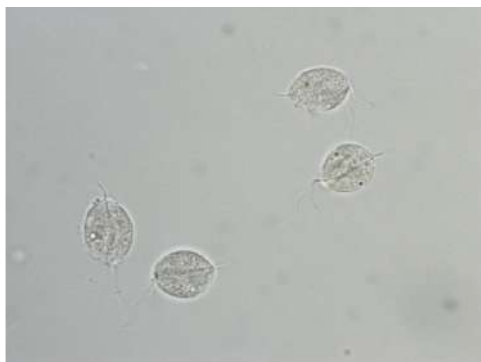


Figura 2a: Inspeção da genitália interna:

Figura 2b: colo em morango

Figura 3: Exame microscópico (exame a fresco)



**Lista de problemas:**

- corrimento vaginal a esclarecer
- condiloma vulvar - tratado na consulta com ATA 90%
- rastreamento do câncer de colo deficiente

**Conduta / planejamento:**

- Exames complementares (coleta de citologia, teste de amins 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.*



## 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.

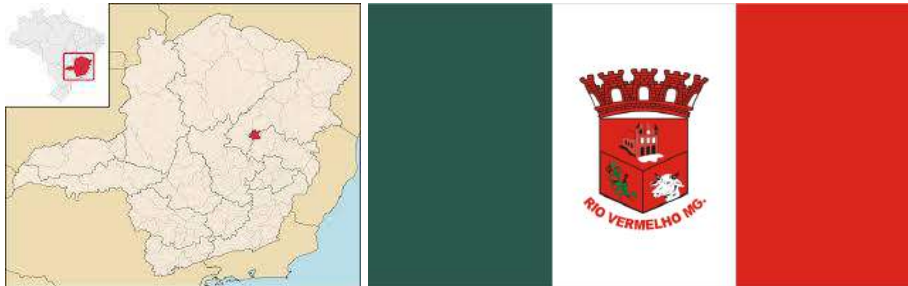
O documento orienta o papel dos gestores no manejo programático e operacional desses agravos, bem como as ações dos profissionais de saúde na triagem, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às populações-chave e/ou pessoas com IST e suas parcerias sexuais.

[https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](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 do corrimento vaginal e cervicite	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. Renata questiona a necessidade de cirurgia para retirada do útero (histerectomia) e o risco de ser “câncer do útero” (endométrio).

**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. Apresenta US realizado há 2 anos com mioma subseroso de 2 cm fúndico.

#### **Exame físico:**

- levemente hipocorada, FC 84 bpm, PA 120 x 60 mmHg ,
- IMC de 30 Kg/m<sup>2</sup>
- índice de Ferriman-Gallway de 3
- 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

**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 antiespasmódico (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 2cm 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, DIP? Ectópica?

**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 <sup>3</sup>	3,9 a 5,3 x 10/ mm <sup>3</sup>
Leucócitos	18.100 mm <sup>3</sup>	5.000 a 10.000/ mm <sup>3</sup>
Neutrófilos segmentados	42 %	40 a 80%
Bastonetes	4%	0 a 2%
Plaquetas	253.000/ mm <sup>3</sup>	150.000 a 450.000/ mm <sup>3</sup>

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: &lt; 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 cm<sup>3</sup> (normal para a paridade até 90 cm<sup>3</sup>)

Endométrio homogêneo 6,3 mm

Ovário esquerdo 3,2 cm<sup>3</sup> (valor de referência até 2 a 5 cm<sup>3</sup>)

Ovário direito 2,3 cm<sup>3</sup> (valor de referência até 2 a 5 cm<sup>3</sup>)

Imagem hipoeoica heterogênea em região anexial direita, mal delimitada, medindo 3,0 x 4,8 x 5,2 cm (volume de 102 cm<sup>3</sup>)

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

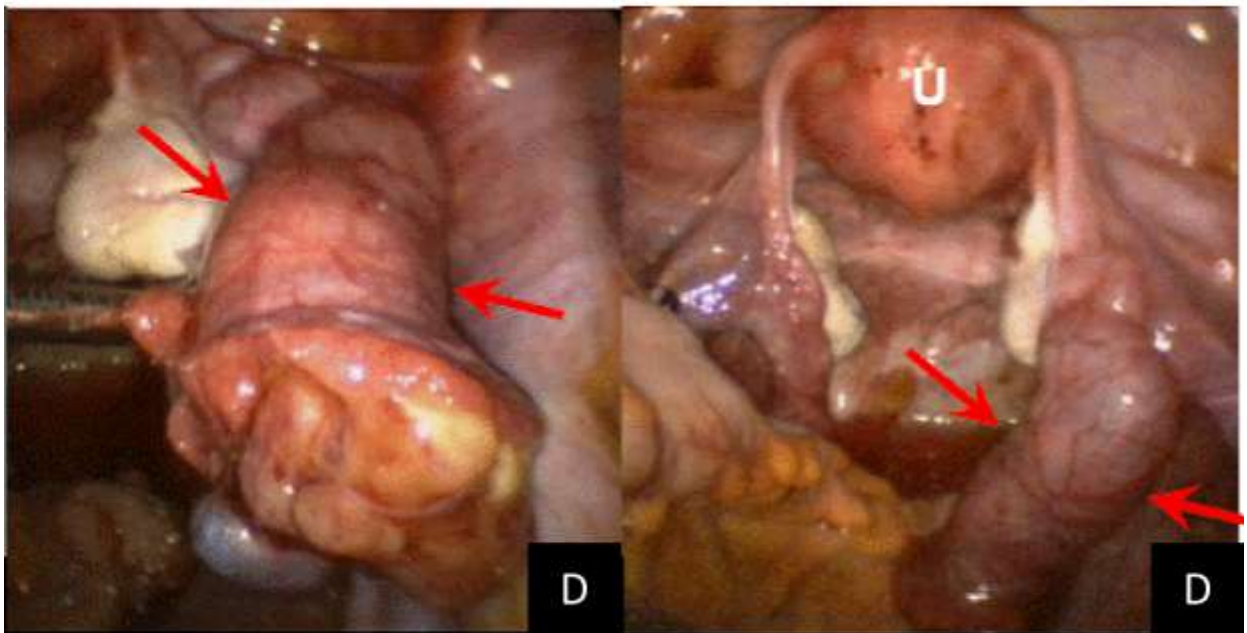
Encaminhada para Videolaparoscopia:



### 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](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](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](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)



TREINAMENTO DE HABILIDADES - SGin



INICIA  
SEU  
FUTURO  
T

06/13

## 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 Progressiva: (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 das 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 para 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.

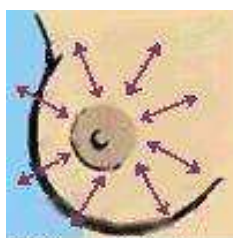
Inspeção dinâmica: Tem o intuito de, com a movimentação dos músculos peitorais, evidenciar alguma alteração não perceptível à inspeção estática. A paciente deve movimentar os braços para frente e para trás e para cima e para baixo.



### 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.

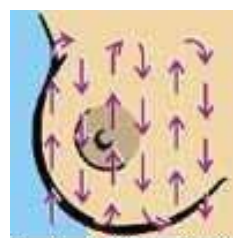
- quadrante súpero-lateral ou QSE
- quadrante súpero-medial ou QSI
- quadrante ínfero-lateral ou QIE
- quadrante ínfero-medial ou QII
- quadrante central ou retro-areolar.



Wedge method



Circular method



Vertical strip method

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.



## Mamografia

A detecção precoce do carcinoma de mama, na sua fase pré-clínica, associa-se com maior sobrevivência para as pacientes, quando comparadas com portadoras de lesões clinicamente detectáveis. As lesões mamárias não palpáveis podem 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	Conduta
0	Incompleta	Outras incidências de mamografia ou ultra-sonografia são necessárias
1	Negativa (nada encontrado)	Rastreamento normal
2	Achados benignos	Rastreamento normal
3	Provavelmente benignos	Seguimento 06 meses (às vezes indica-se biopsia)
4	Anomalias suspeitas ■ A - menor suspeita ■ B - média suspeita ■ C - maior suspeita	Biópsia deve ser avaliada
5	Alta suspeita de malignidade	Necessita esclarecimento definitivo
6	Já existe diagnóstico do câncer	

## 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 vulvosopia 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, virgindade e algia intensa. No momento da introdução, o espécuro 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 espécuro será introduzido com a outra mão. A lubrificação prévia do espécuro com solução vaselinada é dispensável. Após completada a introdução, as lâminas do espécuro 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.*





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

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
UF		CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Município		Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS*			
Nome Completo da Mulher*			
Nome Completo da Mãe*			
CPF	Apeido de Mulher		
Data do Nascimento*		Nacionalidade	
Idade		Raça/cor	
Dados Residenciais		<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia	
Legradouro			
Número	Complemento	Bairro	UF
Código de Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto <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"/> Restreito		<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 (Papnicolau) 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"/> Colo não visualizado			
<b>NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado de exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.</b>			
Data de coleta*		Responsável*	
____ / ____ / ____		____	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios





## 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 ectocérvix e a superfície mucosa interna, relacionada ao canal endocervical, corresponde à endocérvix.

A maior parte da ectocérvix 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 endocérvix 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 ectocérvix. 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 rabiomiossarcoma 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](http://www.inca.gov.br) e [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).



## Prática de laboratório 2 – Anatomia Patológica

### Sistema Genital Feminino

Patologia do colo uterino  
Corpo uterino - doenças benignas

#### 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 dispareunia. 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.

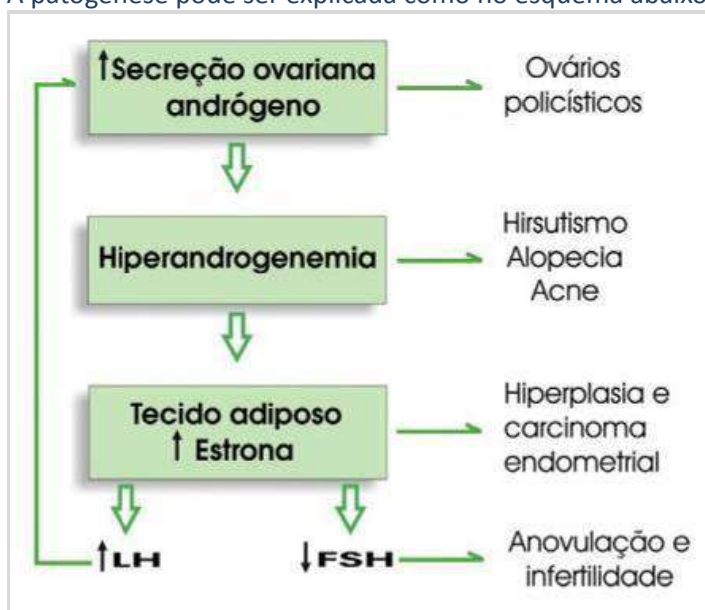
As tubas uterinas são túbulos músculo-membranosos com inserção no corpo uterino e abertura para a cavidade peritoneal. Possuem camadas: mucosa, constituída por epitélio simples ciliado e lâmina própria; muscular, feixes musculares lisos; serosa.

## Síndromes dos ovários policísticos:

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

- ovários esclerocísticos (12 ou mais folículos entre 2 e 9 mm; ovário >10cm<sup>3</sup>)
- 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/infeciosas 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)
<b>aula inaugural Aula 1 S. Gin.</b>	03.02.25	17:30	<b>Apresentação do bloco SGin 2025.1</b>	Paulo Boy
Seminário 1 segunda feira	03.02.25	18:00	O ciclo menstrual normal e as principais doenças benignas do útero (+ sangramento anormal estrutural)	Paulo Boy
Seminário 2 segunda feira	10.02.25	17:30	Prevenção e rastreamento do câncer de colo e lesões precursoras (MS)	Paulo Boy
seminário integrado SOP	13.02.25  opcional	11:10	<b>A visão do especialista na síndrome dos ovários policísticos.  Psiquiatra, Dermatologista, Endocrinologista e Ginecologista</b>	
Seminário 3 segunda feira	17.02.25	17:30	Planejamento familiar (+ sangramento anormal iatrogênico)	Paulo Boy
Seminário 4 quinta feira	20.02.25	11:10	Climatério e câncer (mama e endométrio)	Juliana Barra

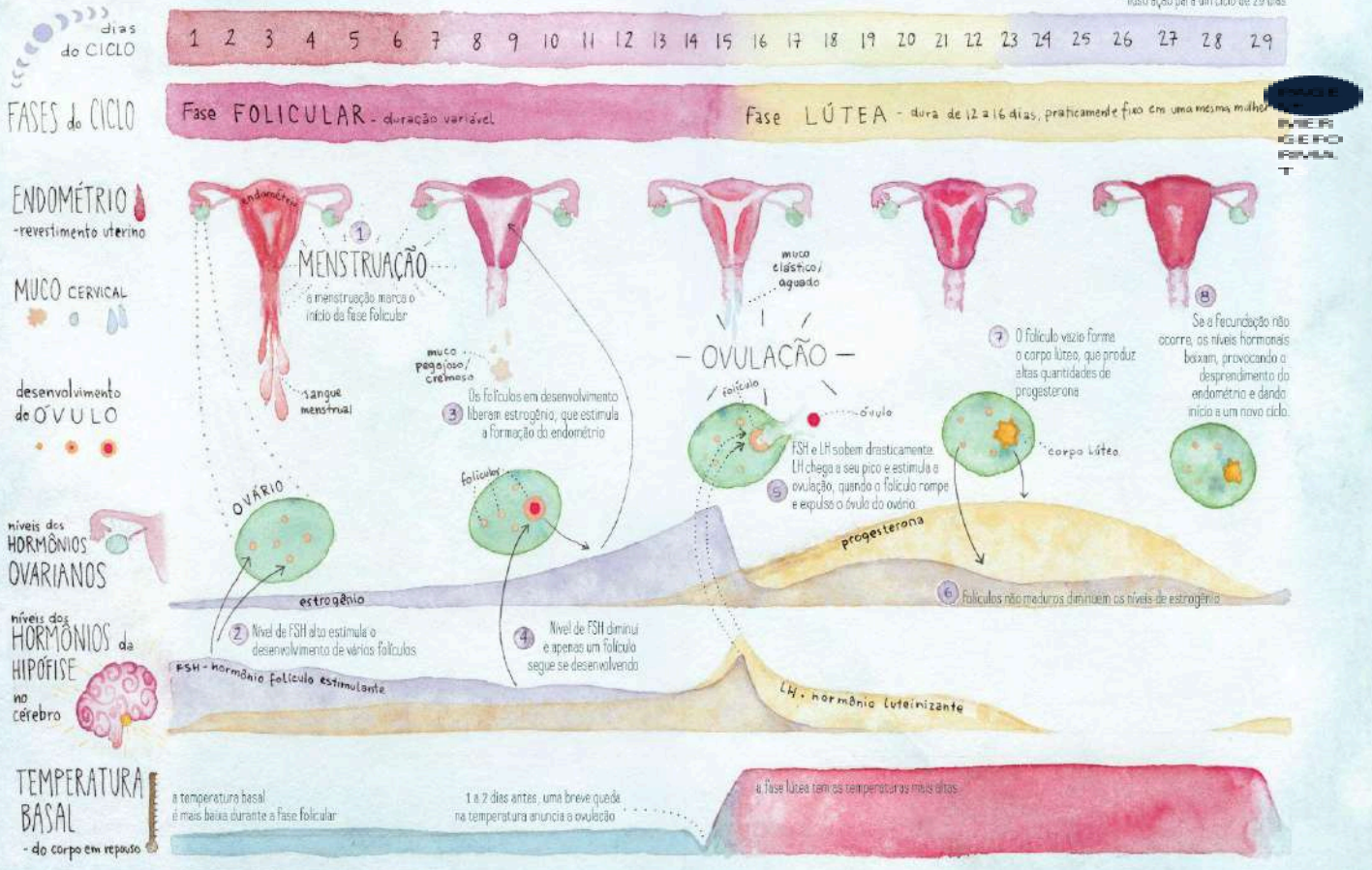


# SEMINÁRIO 1

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

## O ciclo menstrual

\* Ilustração para um ciclo de 29 dias



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 lesões precursoras (MS)

#### 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.

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, conseqüentemente, 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).



#### **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:**

##### **Acesso online as publicações da PBH e MS:**

[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-p-revencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-uterio\\_01-10-2021.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo-p-revencao-e-controle-do-cancer-do-colo-do-uterio_01-10-2021.pdf)

in publicações PBH



[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_para\\_o\\_rastreamento\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_do\\_uterio\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf)

**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



[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)

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


## SEMINÁRIO 3

### 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 cesarianas 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://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3\\_saude\\_mulher.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf)

## SEMINÁRIO 4

### Climatério e câncer (mama e 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. Identificaremos também, os exames complementares realizados 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 e o rastreamento do câncer de mama

#### Objetivos

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



#### **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](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_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](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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_sistema\\_grade.pdf](http://bvsmms.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>