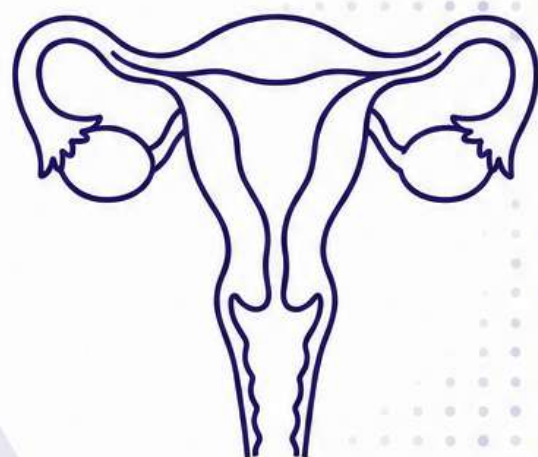




GUIA PRÁTICO DO INTERNO DE GINECOLOGIA:

MANUAL DE CONSULTA RÁPIDA



AUTOR:
PROF. Msc. RAFAEL SILVA GODOY

COAUTORAS:
PROF^a Msc. RENATA SANTOS SOUZA MASSONI
PROF^a Msc. SHARON CRISTINE PARONETO DE SOUSA



ISBN:
978-65-88419-13-7

VÁRZEA GRANDE - MT
2026

FICHA CATALOGRÁFICA

G943

Guia Prático do Interno de Ginecologia: Manual de Consulta Rápida
[recurso eletrônico] / Rafael Silva Godoy, Renata Santos Sousa
Massoni, Sharon Cristine Paroneto de Sousa. - - Várzea Grande-MT:
Univag, 2026.

ISBN: 978-65-88419-13-7

1. Medicina. 2. Ginecologia. I. Godoy, Rafael Silva. II. Massoni,
Renata Santos Sousa. III. Sousa, Sharon Cristine Paroneto de.

CDU 618.1

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Douglas Rios (CRB1/1610)

Apresentação

Prezado Estudante,

O estágio de Internato em Saúde da Mulher exige uma transição rápida do conhecimento teórico para o raciocínio clínico prático à beira do leito, nos ambulatorios e nos serviços de urgência. Este guia foi desenhado especificamente para você como uma ferramenta de **pesquisa rápida de plantão** e um **manual direcionado para auxiliar no raciocínio clínico em ginecologia**.

Aqui você encontrará:

- **Foco Prático:** Condutas imediatas, estruturas de anamnese e fluxos de atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Prontos-Socorros.
- **Red Flags (Alertas de Segurança):** Sinais de alarme vitais que exigem ação médica imediata para salvar a vida da paciente.
- **Foco Teórico:** Os temas, critérios, tabelas e macetes conceituais mais exigidos.
- **Flash Cards de Memorização Ativa:** Estrutura em formato de cartões de perguntas e respostas para revisão rápida e fixação de conceitos-chave.
- **Questões de Treinamento Comentadas:** Questões baseadas nos modelos de alta performance dos concursos nacionais.

Regra de Ouro do Internato: Estude este material e as referências bibliográficas ativamente. Mantenha o foco na segurança do paciente, na ética e na medicina baseada em evidências.

SUMÁRIO

MÓDULO 1: FUNDAMENTOS AMBULATORIAIS E CICLOS DE VIDA

Tema 1: Consulta Ambulatorial em Ginecologia e Fisiologia do Ciclo Menstrual	05
Tema 2: Climatério, Terapia Hormonal (TH) e Osteoporose	09
Tema 3: Rastreamento do Câncer de Mama	13
Tema 4: Rastreamento do Câncer do Colo Uterino	17

MÓDULO 2: ENDOCRINOLOGIA GINECOLÓGICA E PLANEJAMENTO FAMILIAR

Tema 1: Contracepção e Planejamento Familiar	21
Tema 2: Sangramento Uterino Anormal (SUA)	25
Tema 3: Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina (SOMP) / SOP	29
Tema 4: Amenorreias Primária e Secundária	33

MÓDULO 3: UROGINECOLOGIA, MASTOLOGIA, DIP E VULNERABILIDADES

Tema 1: Incontinência Urinária e Disfunção Sexual	37
Tema 2: Distopia Genital e Anatomia do Assoalho Pélvico	41
Tema 3: Alterações Funcionais Benignas das Mamas (AFBM)	45
Tema 4: Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	50
Tema 5: Atendimento à Vítima de Violência Sexual	55

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
----------------------------	----

MÓDULO 1: FUNDAMENTOS AMBULATORIAIS E CICLOS DE VIDA

TEMA 1: Consulta Ambulatorial em Ginecologia e Fisiologia do Ciclo Menstrual

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Abordagem e Ética: A consulta exige privacidade absoluta. Realize a anamnese com técnica de perguntas abertas, sem emitir julgamentos de valor.

História Menstrual: Determine com precisão a Data da Última Menstruação (DUM), intervalo entre os ciclos, duração do fluxo e quantidade. Questione se existe sintomas (p. ex: dor, sangramento aumentado, irritabilidade etc.) importantes durante período menstrual.

História Sexual/Reprodutiva: Investigue a coitarca, parcerias atuais, contracepção e histórico gestacional registrando: GPA = Gestações, Partos, Abortos.

Raciocínio Clínico: Diante de irregularidade menstrual nos extremos da vida reprodutiva (pós-menarca ou transição para a menopausa), a hipótese inicial é de ciclo anovulatório.

 **RED FLAG (Alerta de Segurança):** Paciente em idade fértil com atraso menstrual, dor pélvica unilateral e sangramento vaginal escuro = pensar em **Gravidez Ectópica** até que se prove o contrário. Conduta: Solicitar beta-hCG quantitativo e, caso positivo, ultrassonografia pélvica/transvaginal com urgência.

2. Foco Teórico

- **Eixo Hipotálamo-Hipófise-Gonadal (HHG):**

1. GnRH Hipotalâmico: Pulsos de alta frequência/baixa amplitude estimulam a produção/liberação de FSH. Pulsos de baixa frequência/alta amplitude estimulam a produção/liberação de LH.

2. Hipófise Anterior: Secreta FSH e LH.

- **Teoria das Duas Células e Duas Gonadotrofina:**

1. Célula da Teca: Estimulada pelo LH → Produz androgênios (androstenediona e testosterona) a partir do colesterol.

2. Célula da Granulosa: Estimulada pelo FSH → Converte os androgênios tecais em estradiol através da enzima aromatase, promovendo o crescimento folicular.

- **Mecanismo do Pico de LH:** O folículo dominante eleva o estradiol, inicialmente produzindo feedback negativo na secreção de gonadotrofinas. Posteriormente, quando os níveis de estradiol estão > 200 pg/mL por mais de 36 horas, o feedback torna-se **positivo**, disparando o pico de LH. A ovulação ocorre de 32 a 36 horas após o início do pico de LH.

3. Flash Cards de Memorização Ativa

- **P1:** Qual o gatilho endócrino para o surto/pico de LH e consequente ovulação?
- **P2:** Explique sucintamente a Teoria das Duas Células e Duas Gonadotrofinas.

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma jovem de 19 anos comparece ao ambulatório de ginecologia com queixa de ciclos menstruais totalmente irregulares desde a menarca, ocorrida aos 13 anos. Relata que fica entre 60 e 90 dias sem menstruar e, quando o sangramento ocorre, dura cerca de 10 dias com grande volume. Nega atividade sexual. Ao exame físico: IMC de $28,5 \text{ kg/m}^2$, presença de acne em face e hirsutismo moderado em linha alba e mento (Índice de Ferriman-Gallwey = 10). Traz exames laboratoriais: beta-hCG negativo; prolactina e TSH normais; Testosterona total discretamente elevada. Considerando o diagnóstico mais provável para esta paciente, qual é o mecanismo fisiopatológico central dessa condição?

- A) Bloqueio dos receptores endometriais de progesterona por excesso de androgênios.
- B) Falência ovariana prematura por perda acelerada do pool de folículos primordiais.

- C) Frequência aumentada ou alterada dos pulsos de GnRH hipotalâmico, gerando hipersecreção de LH e anovulação crônica.
- D) Destruição autoimune das células da teca interna com consequente queda na produção de estradiol.

Questão 2

Durante o plantão no pronto-atendimento, o interno de medicina avalia uma paciente de 26 anos, nuligesta, com queixa de dor em hipogástrio, de forte intensidade há 24 horas, acompanhada de pequeno sangramento vaginal intermitente de aspecto escurecido. Relata que sua última menstruação normal ocorreu há cerca de 6 semanas. Ao exame físico: PA de 110 × 70 mmHg, FC de 88 bpm. Abdome: dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com leve descompressão dolorosa. Toque vaginal: útero amolecido, dor intensa à mobilização do colo e palpação de massa anexial dolorosa à direita. Diante da principal suspeita clínica, qual deve ser a conduta imediata?

- A) Prescrever anti-inflamatório não esteroide e agendar retorno ambulatorial em uma semana com dosagem de bhcg qualitativo.
- B) Solicitar teste rápido de urina para gravidez ou beta-hCG, se positivo solicitar ultrassonografia pélvica/transvaginal de urgência.
- C) Encaminhar a paciente para curetagem uterina devido à alta probabilidade de abortamento incompleto.
- D) Iniciar esquema empírico de antibioticoterapia para Doença Inflamatória Pélvica com Ceftriaxona e Doxíciclina.

Questão 3

Durante uma discussão de caso clínico sobre distúrbios da ovulação, o preceptor questiona qual evento hormonal é diretamente responsável por disparar o início da primeira divisão meiótica (retomada da meiose I) no ovócito e induzir a ruptura folicular. Qual alternativa apresenta a resposta correta?

- A) Queda abrupta dos níveis de progesterona na transição lúteo-folicular.
- B) Pico de FSH que estimula os receptores de integrina nas células da granulosa.
- C) Surto pré-ovulatório de LH (pico de LH).
- D) Elevação sustentada da inibina B secretada pelo folículo dominante.

5. Respostas

Flash cards de Memorização Ativa

R1: Níveis de estradiol superiores a 200 pg/mL sustentados por mais de 36 horas, gerando feedback positivo na hipófise. A ovulação ocorre 32-36h após o início do pico.

R2: O LH atua na Teca (produz androgênios via colesterol); o FSH atua na Granulosa (aromatiza androgênios em estradiol).

Questão 1 (SOP / Mecanismo Central):

Gabarito Comentado: C. A paciente preenche critérios para Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). O defeito neuroendócrino central envolve uma alteração na frequência de pulsos de GnRH (frequência persistentemente rápida/alterada), o que favorece a secreção hipofisária de LH em detrimento do FSH. A relação LH/FSH aumentada estimula as células da teca a produzirem mais androgênios, enquanto o FSH relativamente baixo falha em maturar um folículo dominante, gerando anovulação crônica e oligomenorreia.

Questão 2 (Gravidez Ectópica):

Gabarito Comentado: B. O quadro clínico de dor pélvica aguda, atraso menstrual, sangramento vaginal escuro e dor severa à mobilização do colo uterino compõe a tríade clássica da Gravidez Ectópica Íntegra. A conduta imediata é confirmar a gestação e realizar a ultrassonografia transvaginal de urgência para localização do saco gestacional.

Questão 3 (Fisiologia Ovariana):

Gabarito Comentado: C. O surto/pico pré-ovulatório de LH atua sobre o folículo maduro deflagrando múltiplos processos biológicos: a retomada da meiose do ovócito (que estava bloqueada em prófase I/diploteno desde a vida fetal), a ativação de enzimas proteolíticas (colagenases e prostaglandinas) que enfraquecem a parede folicular (estigma) e, por fim, a extrusão do ovócito (ovulação).

TEMA 2: Climatério, Terapia Hormonal (TH) e Osteoporose

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Definições: Climatério é a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva. A menopausa é um diagnóstico retrospectivo, definido após 12 meses consecutivos de amenorreia espontânea.

Tomada de Decisão na TH (UBS):

Status Uterino	Risco Cardiovascular / Comorbidades	Esquema Terapêutico de Escolha
Paciente Histerectomizada	Baixo risco global	Estrogênio isolado (oral ou transdérmico).
Paciente com Útero Intacto	Baixo risco global	Estrogênio + Progesterona (combinada contínua ou sequencial).
Paciente com Útero Intacto	Hipertensa, Dislipidêmica ou Fumante	Estrogênio Transdérmico (gel/adesivo) + Progesterona oral ou DIU liberador de Levonorgestrel.

Saber as contraindicações para uso de terapia de reposição hormonal

+

Avaliar Risco Cardiovascular antes de Prescrever a Terapia Hormonal

- **Baixo Risco: inferior a 5%.** Características: Ausência de fatores de risco maiores ou escore calculado baixo sem agravantes.
- **Risco Intermediário: entre 5% a menos de 20%.** Características: Escore de risco nessa faixa na ausência de agravantes ou risco baixo com presença de agravamento.
- **Alto Risco: igual ou superior a 20%.** Características: Escore $\geq 20\%$, presença de aterosclerose subclínica significativa ou múltiplos fatores agravantes.
- **Muito Alto Risco e Risco Extremo:** Definidos primariamente pela **presença de doença aterosclerótica clínica manifesta** (como infarto prévio ou AVC)

Manejo da Osteoporose: Bisfosfonatos orais são a primeira linha (ex: Alendronato de Sódio 70 mg/semana). Orientação de tomada: **em jejum absoluto, com copo cheio de água, devendo a paciente permanecer em posição ereta por no mínimo 30 minutos** (risco de esofagite grave). Garantir a suplementação de Cálcio e Vitamina D.

CrITÉRIOS de T-Score (Densitometria Óssea - OMS):

1. *Normal:* T-score até $-1,0$ Desvio Padrão (DP).
2. *Osteopenia:* T-score entre $-1,1$ DP e $-2,4$ DP.
3. *Osteoporose:* T-score menor ou igual a $-2,5$ DP em **qualquer** sítio analisado (coluna ou fêmur).

2. Foco Teórico**Contraindicações Absolutas à Terapia Hormonal:**

1. Histórico pessoal ou diagnóstico atual de Câncer de Mama.
2. Neoplasia estrogênio-dependente conhecida ou suspeita (ex: Câncer de Endométrio).
3. Sangramento genital de causa indeterminada.
4. Tromboembolismo venoso ativo ou histórico de TVP/TEP.
5. Doença arterial tromboembólica ativa ou recente (ex: IAM, AVC).

6. Doença hepática aguda ou crônica grave (com alteração de enzimas hepáticas).
7. Porfíria cutânea tardia.

3. Flash cards de Memorização Ativa

- **P1:** Por que a presença de enxaqueca com aura contraindica a Terapia Hormonal com estrogênio?
- **P2:** Qual a principal indicação biológica para associar progesterona ao estrogênio na TH?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma mulher de 52 anos busca atendimento na UBS referindo ondas de calor intensas (fogachos) que geram insônia crônica e fadiga há 1 ano. Última menstruação há 16 meses; nega cirurgias. Traz exames de rotina normais e mamografia BI-RADS 1. Antecedentes patológicos: refere episódios recorrentes de enxaqueca com aura visual desde a juventude. Diante do quadro clínico, qual é a conduta ideal para o manejo dos sintomas vasomotores desta paciente?

- A) Iniciar terapia hormonal com estrogênio e progesterona por via oral combinada contínua.
- B) Prescrever estrogênio isolado por via transdérmica associado ao uso de fitoterápicos.
- C) Contraindicar a terapia hormonal baseada em estrogênios e iniciar tratamento não hormonal com Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS).
- D) Prescrever Acetato de Medroxiprogesterona isolado por via intramuscular a cada 3 meses.

Questão 2

Uma paciente de 67 anos comparece à UBS com o resultado de uma densitometria óssea apresentando: T-score de $-1,8DP$ em colo de fêmur e T-score de $-2,7DP$ em coluna lombar (L1-L4). É tabagista moderada, magra ($IMC = 19 \text{ kg/m}^2$) e possui histórico familiar materno de fratura de quadril. Nega quedas ou fraturas prévias. Com base nos critérios da OMS, qual é o diagnóstico e a conduta?

- A) Diagnóstico de Osteopenia; orientar mudança no estilo de vida e atividade física de impacto.
- B) Diagnóstico de Osteoporose; iniciar Alendronato de Sódio associado à suplementação de Cálcio e Vitamina D, além de orientar cessação do tabagismo.
- C) Diagnóstico de Osteoporose; iniciar reposição hormonal com estrogênio por via oral de alta dose.
- D) Diagnóstico de Osteopenia grave; indicar uso de Ranelato de Estrôncio como primeira linha.

Questão 3

Em relação ao início seguro da Terapia Hormonal da Menopausa (THM), o conceito de "Janela de Oportunidade" dita que o perfil de benefício-risco é amplamente favorável sob quais critérios cronológicos?

- A) Mulheres com menos de 65 anos de idade ou até 15 anos após a menopausa.
- B) Mulheres com menos de 60 anos de idade ou com menos de 10 anos de início da menopausa.
- C) Mulheres com menopausa já estabelecida, desde que o perfil lipídico exiba LDL < 100 mg/dL
- D) Mulheres que iniciaram a transição menopausal há pelo menos 5 anos, independentemente da idade.

5. Respostas

Flash cards de Memorização Ativa

R1: Devido ao risco significativamente aumentado de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico. Indicar tratamento não hormonal (ISRS/ISRSN).

R2: Proteção endometrial contra hiperplasia e adenocarcinoma de endométrio em pacientes com útero intacto.

Questão 1 (TH / Contraindicações):

Gabarito Comentado: C. O histórico de enxaqueca com aura representa uma contraindicação clássica ao uso de estrogênios (por qualquer via em doses de TH) devido ao risco aumentado de AVC isquêmico. Os ISRS ou ISRSN (como Paroxetina ou Venlafaxina) são as drogas de primeira escolha, com eficácia comprovada em ensaios clínicos. Existe também uma nova classe de terapias não hormonais desenvolvida para atuar diretamente no sistema nervoso (bloqueando receptores de neurocinina no hipotálamo). Pertencem a este grupo o Fezolinetant, que recebeu aprovação regulatória recente da Anvisa, e o Elinzanetant, que ainda aguarda aprovação e registro no mercado nacional. O principal objetivo é tratar as ondas de calor e suores noturnos (sintomas vasomotores) decorrentes da menopausa, servindo como alternativa clínica para mulheres que possuem restrições médicas absolutas à reposição de estrogênio.

Questão 2 (Osteoporose):

Gabarito Comentado: B. O diagnóstico de osteoporose é firmado quando o T-score é $\leq -2,5$ DP em **qualquer um** dos sítios analisados. Como a paciente apresenta $-2,7$ DP na coluna, o diagnóstico é de Osteoporose. Bisfosfonatos orais (Alendronato) associados a Cálcio e Vitamina D constituem o tratamento de primeira linha.

Questão 3 (Janela de Oportunidade):

Gabarito Comentado: B. A "janela de oportunidade" para o início seguro da THM compreende mulheres com menos de 60 anos de idade ou que estejam dentro dos primeiros 10 anos após a ocorrência da menopausa. Iniciar a THM fora dessa janela está associado a um aumento do risco cardiovascular, AVC e eventos trombóticos, pois o endotélio vascular pode já conter placas ateroscleróticas estabelecidas.

TEMA 3: Rastreamento do Câncer de Mama

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Rastreamento vs. Investigação: O rastreamento destina-se a mulheres assintomáticas; a investigação diagnóstica aplica-se a mulheres com sinais/sintomas mamários.

Conduta Baseada no Sistema BI-RADS Mamográfico:

BI-RADS	Interpretação	Conduta Imediata
0	Inconclusivo	Solicitar ultrassonografia mamária ou exames complementares.
1 ou 2	Negativo / Benigno	Manter rastreamento de rotina conforme a faixa etária.
3	Provavelmente benigno	Repetir mamografia unilateral em 6 meses para controle evolutivo.
4 ou 5	Achado suspeito / Alta malignidade	Encaminhar para biópsia e análise histológica (preferencialmente por agulha grossa - <i>Core Biopsy</i>).

 **RED FLAG (Alerta de Segurança):** Achados clínicos como nódulo endurecido e fixo, retração de pele (aspecto em casca de laranja), linfonodomegalia axilar ipsilateral ou descarga papilar hemorrágica unifocal espontânea exigem encaminhamento imediato para biópsia, **mesmo que a mamografia venha normal** (falso-negativo).

2. Foco Teórico

Diferencie rigorosamente qual diretriz o enunciado da questão está solicitando:

- **Diretriz do Ministério da Saúde / INCA:**
 - *Público-alvo:* Mulheres de 50 a 69 anos de idade.
 - *Periodicidade:* A cada 2 anos (Bienal) com Mamografia.
- **Diretriz Interassociativa (FEBRASGO / SBM / CBR):**
 - *Público-alvo:* Mulheres de 40 a 74 anos de idade.
 - *Periodicidade:* Anual com Mamografia.
- **Grupo de Alto Risco (Regra de Exceção):** Mulheres com mutação comprovada (BRCA1/BRCA2) ou parente de 1º grau com câncer de mama pré-menopausa ou ovário. O rastreamento inicia-se aos **35 anos** (ou 10 anos antes do caso mais jovem da família), anual, alternando ou associando **Mamografia e Ressonância Magnética**, conforme MS. Contudo, conforme a **FEBRASGO 2025**, a idade de início varia conforme o gene afetado; **BRCA1:** Mamografia anual a partir dos **35 anos** (e RM a partir dos 25 anos). **BRCA2, TP53 e Risco Calculado $\geq 20\%$:** Mamografia anual a partir dos **30 anos** (ou 10 anos antes do diagnóstico do parente mais jovem, desde que a paciente a ser investigada tenha mais de 30 anos).

3. Flash cards de Memorização Ativa

- **P1:** Qual a conduta diante de um laudo mamográfico BI-RADS 3 em rastreamento?
- **P2:** Qual o método de escolha para biópsia de nódulo mamário sólido suspeito palpável?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma paciente de 42 anos, assintomática, sem fatores de risco hereditários para neoplasia mamária, comparece à consulta na UBS buscando orientações sobre prevenção. Ela questiona se é necessário já iniciar o rastreamento do câncer de mama. Com base

estritamente nas diretrizes oficiais do Ministério da Saúde (MS/INCA) para a população de risco habitual, qual orientação adequada?

- A) Iniciar o rastreamento mamográfico imediatamente, com periodicidade anual a partir dos 40 anos.
- B) O rastreamento por mamografia não é recomendado rotineiramente para a sua faixa etária atual; deve ser iniciado apenas aos 50 anos e realizado a cada 2 anos.
- C) Solicitar ultrassonografia mamária anual por se tratar de paciente jovem com mamas densas.
- D) Realizar apenas o autoexame mensal das mamas, sem indicação de exames de imagem antes dos 65 anos.

Questão 2

Uma paciente de 56 anos realiza mamografia de rastreamento bienal na UBS. O laudo retorna com: "Presença de nódulo espiculado, de alta densidade, medindo 1,8 cm em quadrante superior externo de mama esquerda, associado a microcalcificações pleomórficas agrupadas. Classificação: BI-RADS 5". Ao exame físico, palpa-se lesão nodular endurecida e aderida de aproximadamente 2,0 cm no mesmo quadrante. Qual deve ser a conduta adotada?

- A) Solicitar nova mamografia de alta resolução em 6 meses para avaliar a estabilidade do nódulo.
- B) Solicitar uma ressonância magnética das mamas com contraste para descartar lesões multifocais antes de intervir.
- C) Encaminhar a paciente para a realização de biópsia por agulha grossa (*Core Biopsy*) ou fragmentar.
- D) Indicar internação hospitalar de urgência para a realização de mastectomia radical.

Questão 3

Na interpretação de um laudo mamográfico, quais características morfológicas e de distribuição das microcalcificações estão mais fortemente associadas ao carcinoma ductal *in situ* (CDIS), justificando uma classificação BI-RADS 4 ou 5?

- A) Microcalcificações grosseiras em "pipoca", com distribuição difusa bilateral.
- B) Microcalcificações pleomórficas ou lineares ramificadas, com distribuição segmentar ou agrupada.
- C) Microcalcificações redondas e regulares, com distribuição em anel difuso.
- D) Macrocalcificações distróficas lineares acompanhando o trajeto de vasos calibrosos.

5. Respostas

Flash cards de Memorização Ativa

R1: Repetir a mamografia unilateral do lado acometido em 6 meses.

R2: Biópsia de fragmento com agulha grossa (*Core Biopsy*).

Questões de Treinamento

Questão 1 (Diretrizes de Rastreamento): Gabarito Comentado: B. Atenção ao enunciado: ele pede estritamente as diretrizes do Ministério da Saúde/INCA. Para o MS, a faixa de rastreamento de rotina é dos 50 aos 69 anos, de forma bienal. O início aos 40 anos anualmente é uma recomendação das sociedades médicas (SBM/FEBRASGO). Todavia, o SUS não restringe o acesso das mulheres com idade entre 40 e 49 anos e acima de 74 anos, sem sinais ou sintomas suspeitos, que desejarem realizar a mamografia de rastreamento por demanda, contanto que sejam orientadas, por profissionais de saúde, sobre os possíveis riscos e benefícios dessa prática.

Questão 2 (Conduta BI-RADS): Gabarito Comentado: C. BI-RADS 5 indica probabilidade de malignidade superior a 95%. Diante de lesões BI-RADS 4 ou 5, a conduta mandatória é a obtenção de diagnóstico histopatológico por meio de biópsia por agulha grossa (*Core Biopsy*) ou mamotomia.

Questão 3 (Calcificações Suspeitas): Gabarito Comentado: B. Microcalcificações pleomórficas finas, heterogêneas ou lineares/ramificadas que se distribuem de forma

agrupada (cluster) ou segmentar (acompanhando o trajeto de um ducto lobular) são achados altamente suspeitos de malignidade, refletindo a necrose central de células neoplásicas no interior do ducto (comum no CDIS). Calcificações em pipoca são fibroadenomas calcificados (benignos, BI-RADS 2).

TEMA 4: Rastreamento do Câncer do Colo Uterino

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Técnica de Coleta Clássica: Raspagem da ectocérvice com espátula de Ayre e rotação de 360° na endocérvice com escova Citobrush. Fixe e identifique a lâmina imediatamente.

Transição do Modelo de Rastreamento (Atualização):

Parâmetro Clínico	Protocolo Histórico (Citologia)	Protocolo Atualizado (Biologia Molecular)
Método Inicial	Citologia Cervical (Papanicolau).	Teste de DNA-HPV (Genotipagem Molecular) preferencial.
Idade e Alvo	Dos 25 aos 64 anos de idade.	Mantida a faixa dos 25 aos 64 anos de idade.
Periodicidade	A cada 3 anos (após 2 exames anuais normais).	A cada 5 anos se o teste de DNA-HPV for negativo.
Conduta no HPV Positivo de alto risco	Não se aplicava na rotina inicial.	Genótipos 16/18: Colposcopia direta. Outros de Alto Risco: Realizar Citologia Reflexa na amostra original: 1- Normal = repetir em 12 meses 2- Alterada = Colposcopia

2. Foco Teórico

Como os dois modelos coexistem no país, você deve dominar as condutas baseadas na nomenclatura de Bethesda (Citologia):

- **ASC-US** (Células escamosas atípicas de significado indeterminado): Conduta expectante. Se for o primeiro exame alterado **repetir citologia na UBS em 6 meses** se idade ≥ 30 anos, ou em **12 meses** se idade < 30 anos.
- **LIEBG / LSIL** (Lesão Intraepitelial de Baixo Grau): Efeito citopático do HPV. Conduta **idêntica ao ASC-US** (repetir em 6 meses se ≥ 30 anos ou em 12 meses se < 30 anos).
- **ASC-H** (Células atípicas, não se afasta lesão de alto grau): **Encaminhar direto para Colposcopia**, independentemente da idade.
- **LIEAG / HSIL** (Lesão Intraepitelial de Alto Grau - NIC II ou III): **Encaminhar direto para Colposcopia**.
- **AGC / AGUS** (Células glandulares atípicas): **Colposcopia com avaliação do canal endocervical** (escovado/curetagem). Se idade ≥ 35 anos ou com Sangramento Uterino Anormal, realizar obrigatoriamente **avaliação endometrial** (USG transvaginal + biópsia de endométrio).

3. Flash Cards De Memorização Ativa

- **P1:** Qual a conduta inicial para uma citologia com laudo ASC-H ou HSIL?
- **P2:** No rastreamento por DNA-HPV, qual a conduta se o resultado apontar positivo para HPV 16 ou 18?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma paciente de 32 anos comparece à UBS para buscar o resultado de seu Papanicolau de rotina. O laudo relata: "Adequabilidade da amostra: satisfatória. Atípias em células escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US)".

Diante deste laudo e considerando o manual de diretrizes do Ministério da Saúde, qual deve ser a orientação?

- A) Encaminhar a paciente imediatamente para a realização de Colposcopia com biópsia dirigida.
- B) Prescrever creme vaginal de Metronidazol por 7 dias e colher nova citologia imediatamente.
- C) Orientar a paciente a repetir o exame citopatológico na UBS em 6 meses para controle.
- D) Dar alta do rastreamento por 5 anos, uma vez que o laudo aponta alterações eminentemente benignas.

Questão 2

Em uma UBS estruturada com o modelo baseado em biologia molecular, uma paciente de 28 anos realiza o teste de DNA-HPV. O resultado aponta positividade para infecção pelo HPV genótipo 16. A paciente encontra-se assintomática e sem lesões visíveis ao exame especular. Qual deve ser a conduta imediata?

- A) Solicitar a coleta de exame citopatológico reflexo e aguardar o resultado para definir a necessidade de colposcopia.
- B) Encaminhar a paciente diretamente para o serviço de colposcopia devido ao genótipo de alto risco identificado.
- C) Repetir o teste molecular de DNA-HPV em 5 anos para avaliar a clareação espontânea do vírus.
- D) Indicar a realização de uma conização cervical profilática por cirurgia de alta frequência (CAF).

Questão 3

Durante o pré-natal de uma paciente de 26 anos, o interno colhe a citologia cervical e o resultado revela Lesão Intraepitelial de Alto Grau (LIEAG/HSIL). Com base nas diretrizes de rastreamento em populações especiais, qual a conduta correta a ser adotada nesta gestante?

- A) Contraindicar a colposcopia pelo risco de sangramento e agendar repetição da citologia 90 dias após o parto.
- B) Encaminhar para colposcopia imediatamente; caso haja suspeita de invasão neoplásica franca, realizar biópsia dirigida, estando contraindicada a curetagem endocervical.
- C) Realizar conização cervical por CAF imediatamente para tratamento definitivo antes do terceiro trimestre.
- D) Indicar parto por via cesárea eletiva profilática devido ao risco de disseminação celular no canal de parto.

5. Respostas

Flash cards de Memorização Ativa

R1: Encaminhar imediatamente para o serviço de colposcopia secundária.

R2: Encaminhamento direto para colposcopia, sem necessidade de citologia reflexa prévia.

Questões de Treinamento

Questão 1 (Citologia Alterada): Gabarito Comentado: C. Para pacientes com idade $\geq$ 30anos com laudo de ASC-US ou LIEBG, a diretriz nacional do Ministério da Saúde preconiza a repetição da citologia na UBS em 6 meses. O encaminhamento direto para colposcopia está reservado para lesões de alto grau (ASC-H, LIEAG) ou recidivas após repetição.

Questão 2 (Rastreamento Molecular): Gabarito Comentado: B. No modelo de rastreamento molecular, a identificação direta dos genótipos 16 ou 18 (que possuem o maior potencial oncogênico) exige o encaminhamento imediato da paciente para a colposcopia, dispensando a citologia de triagem reflexa.

Questão 3 (Gestantes e Citologia Alterada): Gabarito Comentado: B. Gestantes com citologia sugestiva de lesão de alto grau (HSIL) devem ser encaminhadas para colposcopia imediatamente. O objetivo principal é descartar carcinoma invasor. A biópsia dirigida na gestante é segura e deve ser feita apenas se houver suspeita inequívoca de invasão. **A curetagem/avaliação do canal endocervical é formalmente contraindicada em gestantes** pelo risco de ruptura de membranas e abortamento. A via de parto permanece de indicação obstétrica, exceto se houver tumor invasor obstrutivo.

MÓDULO 2: ENDOCRINOLOGIA GINECOLÓGICA E PLANEJAMENTO FAMILIAR

TEMA 1: Contracepção e Planejamento Familiar

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

CrITÉRIOS da OMS: Domine os critérios médicos de elegibilidade (Categoria 4 = contraindicação absoluta; Categoria 3 = risco supera benefício; Categoria 2 = de modo geral, use o método; Categoria 1 = use o método em qualquer circunstância).

Manejo de Escapes (Spotting): Comum nos primeiros 3 meses de uso de qualquer método (especialmente LARCs e pílulas de progestágeno isolado). A conduta é o acolhimento, explicação de que não há perda de eficácia e prevenção do abandono.

Aconselhamento em LARCs: Nuliparidade ou adolescência **não** são contraindicações para a inserção de DIU de Cobre ou de Levonorgestrel.

 **RED FLAG (Alerta de Segurança):** Cefaleia nova, holocraniana ou unilateral de forte intensidade que surge ou piora após o início de anticoncepcional combinado oral exige a **interrupção imediata do método** devido ao risco de Trombose Venosa Cerebral (TVC) ou AVC.

2. Foco Teórico

Critério 4 da OMS (Uso Proibido - Risco Inaceitável):

- **Métodos Combinados (contêm Estrogênio - pílula, injetável mensal, anel, adesivo):**
 - Amamentação < 6 semanas pós-parto.
 - Tabagista com idade ≥ 35 anos (≥ 15 cigarros/dia).
 - Hipertensão grave ($PAS \geq 160$ mmHg ou $PAD \geq 100$ mmHg) ou com vasculopatia.
 - Histórico atual ou passado de TVP/TEP, AVC ou Cardiopatia isquêmica.
 - Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
 - **Enxaqueca com aura** (em qualquer idade).
 - Câncer de mama atual.
 - Cirrose descompensada ou tumores hepáticos.

- **Dispositivos Intrauterinos (DIU de Cobre / DIU de Levonorgestrel):**
 - Gravidez suspeita ou confirmada.
 - Sepses puerperal ou aborto séptico imediato.
 - Doença Inflamatória Pélvica (DIP) atual ou nos últimos 3 meses.
 - Sangramento uterino anormal de causa desconhecida (antes da investigação).
 - Distorções anatômicas severas da cavidade uterina (ex: mioma submucoso volumoso).
 - Câncer de colo uterino ou endométrio aguardando tratamento.
 - Câncer de mama atual (**exclusivo** para o DIU de Levonorgestrel pelo componente hormonal).

3. Flash cards de Memorização Ativa

- **P1:** Uma paciente de 38 anos que fuma 20 cigarros/dia pode usar pílula combinada oral?

- **P2:** Nuliparidade impede a inserção de DIU de cobre ou Mirena no ambulatório?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma paciente de 36 anos, G2P2, comparece à UBS desejando iniciar um método contraceptivo eficaz. Relata que fuma cerca de um maço de cigarros por dia há 10 anos. Nega outras comorbidades. Com base nos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS, qual método é categoria 4 para esta paciente?

- A) Dispositivo intrauterino de cobre.
- B) Anticoncepcional oral combinado de Etinilestradiol + Drospirenona.
- C) Implante subdérmico liberador de Etonogestrel.
- D) Anticoncepcional injetável trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona.

Questão 2

Uma jovem de 17 anos, nuligesta, solicita a inserção de um DIU de cobre no planejamento familiar. O interno que realiza o atendimento nega o procedimento, justificando que o útero de nulíparas e adolescentes gera taxas elevadas de expulsão, risco de perfuração e infertilidade. Diante dos consensos atuais, essa conduta está:

- A) Correta; o DIU de cobre deve ser reservado exclusivamente para mulheres múltiparas.
- B) Incorreta; a adolescência e a nuliparidade não são contraindicações ao uso de LARCs, sendo o método altamente recomendado pelo perfil de segurança e eficácia.
- C) Correta; em adolescentes, o único método intrauterino permitido é o DIU de levonorgestrel.
- D) Incorreta; o DIU poderia ser inserido, mas apenas sob sedação em ambiente hospitalar.

Questão 3

Uma paciente comparece à UBS referindo falha do método de barreira (ruptura de preservativo) há 48 horas. Solicita anticoncepção de emergência. De acordo com os

protocolos nacionais, qual a medicação de primeira escolha e seu principal mecanismo de ação biológico?

- A) Acetato de Ulipristal 30 mg, que atua induzindo a descamação endometrial imediata.
- B) Levonorgestrel 1,5 mg em dose única, que atua primariamente inibindo ou retardando a ovulação.
- C) Etinilestradiol em altas doses (Método de Yuzpe), que atua bloqueando a migração tubária.
- D) Inserção de DIU de Cobre, que atua principalmente impedindo a migração leucocitária endometrial.

5. Respostas

Flash cards de Memorização Ativa

- **R1:** Não. Classificado como Critério 4 da OMS (contraindicação absoluta) pelo risco cardiovascular elevado. Opções seguras: LARCs ou progestagênios isolados.
- **R2:** Não. Adolescentes e nulíparas são excelentes candidatas aos LARCs; não há aumento de complicações significativas.

Questões de Treinamento

Questão 1 (Critérios OMS): Gabarito Comentado: B. Mulheres com 35 anos ou mais que fumam ≥ 15 cigarros por dia possuem contraindicação absoluta (Critério 4) ao uso de contraceptivos contendo estrogênio devido ao risco de eventos cardiovasculares arteriais (IAM, AVC). Métodos com progestágeno isolado ou DIU de cobre são permitidos.

Questão 2 (LARCs em Adolescentes): Gabarito Comentado: B. As diretrizes da FEBRASGO e da ACOG enfatizam que os LARCs são métodos de primeira linha para adolescentes e nulíparas. O uso de DIU não causa infertilidade futura ou doença inflamatória pélvica crônica, sendo sua negação um mito ultrapassado.

Questão 3 (Anticoncepção de Emergência): Gabarito Comentado: B. O Levonorgestrel 1,5 mg em dose única é o esquema de primeira escolha na atenção primária, devendo ser administrado idealmente em até 72 horas após o coito desprotegido. Seu mecanismo de ação principal consiste em bloquear ou retardar o pico de LH, impedindo a ovulação. Não possui efeito abortivo e perde eficácia se a ovulação já tiver ocorrido.

TEMA 2: Sangramento Uterino Anormal (SUA)

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e Urgência

Manejo do SUA Agudo e Volumoso na Emergência:

1. **Estabilização Hemodinâmica:** Prioridade absoluta (2 acessos venosos calibrosos, expansão rápida com cristaloides, tipagem sanguínea/prova cruzada e avaliação de necessidade de hemotransfusão).
2. **Excluir Gestação:** Realizar obrigatoriamente teste de beta-hCG.
3. **Controle Medicamentoso:** Se beta-hCG negativo → Administrar Ácido Tranexâmico 1 g EV ou VO a cada 8 horas (antifibrinolítico) associado à terapia hormonal em altas doses (estrogênios ou progestagênios, conforme o perfil cardiovascular).
4. **Falha Terapêutica:** Se instabilidade persistente após 24-48h → Proceder ao esvaziamento por curetagem uterina terapêutica ou tamponamento uterino.

2. Foco Teórico

Domine o acrônimo **PALM-COEIN** da FIGO para a classificação etiológica em mulheres não gestantes:

P - Pólipo (Estrutural)

A - Adenomiose (Estrutural)

L - Leiomioma (Estrutural)

M - Malignidade e hiperplasia (Estrutural)

C - Coagulopatia (Não Estrutural)

O - Ovulatória (Disfunção)

E - Endometrial (Distúrbio local)

I - Iatrogênica (Ex: Uso de fármacos/DIU)

N - Não classificado de outra forma

- *Dica:* Causas estruturais (**PALM**) são diagnosticadas por exames de imagem ou histopatológico. Causas não estruturais (**COEIN**) correspondem a distúrbios clínicos ou funcionais.

3. Flash cards de Memorização Ativa

- **P1:** Qual a conduta imediata prioritária diante de uma paciente com SUA agudo e sinais de choque?
- **P2:** Quais achados ecográficos sugerem o diagnóstico de Adenomiose?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma mulher de 43 anos dá entrada na emergência com sangramento vaginal volumoso com coágulos há 3 dias, associado a tontura. Beta-hCG negativo. Exame físico: descorada 3+/4+, PA de 90 × 50 mmHg, FC de 112 bpm. Ao especular, observa-se sangramento ativo em grande quantidade pelo orifício externo do colo. Qual deve ser a conduta imediata?

- A) Solicitar ultrassonografia transvaginal de urgência e aguardar o laudo para iniciar medicação.
- B) Puncionar dois acessos venosos calibrosos, iniciar infusão rápida de cristaloide, coletar hemograma com tipagem e administrar Ácido Tranexâmico endovenoso.
- C) Encaminhar a paciente imediatamente ao centro cirúrgico para a realização de uma histerectomia subtotal de urgência.
- D) Prescrever anti-inflamatório oral e orientar repouso absoluto no leito até a parada do sangramento.

Questão 2

Uma paciente de 34 anos apresenta menorragia e dismenorreia secundária progressiva refratária. Ultrassonografia transvaginal demonstrou útero com volume de 180 cm³, assimetria de paredes miométrais, áreas de textura heterogênea com pequenos cistos miométriais e limites imprecisos na zona juncional, sem nódulos definidos. De acordo com o sistema PALM-COEIN, qual categoria define este quadro?

- A) Pólipo.
- B) Adenomiose.
- C) Leiomioma.
- D) Endometrial.

Questão 3

Uma paciente com SUA realiza uma histeroscopia diagnóstica que identifica um nódulo de leiomioma projetando-se inteiramente para dentro da cavidade endometrial, fixado por um pedículo (leiomioma pediculado intracavitário). De acordo com a classificação cirúrgica de leiomiomas da FIGO, este mioma é classificado como:

- A) FIGO tipo 0.
- B) FIGO tipo 1.
- C) FIGO tipo 2.
- D) FIGO tipo 4.

5. Respostas**Flash cards de Memorização Ativa**

- **R2:** Ressuscitação volêmica (acessos calibrosos + cristaloide), coleta de tipagem e administração de Ácido Tranexâmico EV. Não atrasar por exames de imagem.

- **R2:** Útero globalmente aumentado, assimetria de paredes miometriais, presença de microcistos miometriais e borramento/espessamento da zona juncional.

Questões de Treinamento

Questão 1 (Manejo Agudo): Gabarito Comentado: B. Diante de sangramento volumoso com instabilidade hemodinâmica (choque), a prioridade absoluta e imediata é a ressuscitação volêmica e estabilização clínica (acessos calibrosos + cristaloides). O Ácido Tranexâmico deve ser associado para frear a fibrinólise local. Exames de imagem não devem atrasar a estabilização.

Questão 2 (Classificação FIGO): Gabarito Comentado: B. Os achados clínicos (menorragia e dismenorreia severa) combinados com os achados ultrassonográficos de assimetria miometrial, microcistos e espessamento/borramento da zona juncional são patognomônicos de Adenomiose, representada pela letra "A" das causas estruturais da FIGO.

Questão 3 (Classificação de Miomas): Gabarito Comentado: A. A classificação da FIGO para miomas submucosos varia de 0 a 2: o Tipo 0 é o mioma totalmente intracavitário, pediculado, sem componente intramiometrial. O Tipo 1 possui componente intramiometrial menor que 50%. O Tipo 2 possui componente intramiometrial maior ou igual a 50%. O Tipo 4 é puramente intramiometrial. Identificar corretamente o tipo dita o sucesso da ressecção por cirurgia histeroscópica.

TEMA 3: Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina (SOMP) / SOP

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Mudança de Paradigma: Abandone a visão puramente estética ou restrita aos ovários; a SOMP é uma desordem sistêmica e metabólica.

Investigação Estruturada na UBS:

- *Exame Físico:* Aferição de PA, cálculo de IMC, medida da circunferência abdominal e busca ativa por *Acanthosis nigricans* (regiões cervical e axilar), que sinaliza resistência à insulina.
- *Exames Obrigatórios:* Solicitar Perfil Lipídico e Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g) ou HbA1c pelo risco cardiovascular aumentado.

Pilares do Tratamento Ambulatorial:

- *Base Universal:* Mudança do estilo de vida (dieta + atividade física).
- *Sem Desejo Reprodutivo:* Anticoncepcionais orais combinados contendo progestagênios com ação antiandrogênica (ex: Ciproterona, Drospirenona).
- *Com Desejo Reprodutivo:* Indução da ovulação, sendo o **Letrozol** a primeira linha atual.
- *Manejo Metabólico:* Associar Metformina se houver intolerância à glicose ou resistência insulínica grave.

2. Foco Teórico

Critérios Diagnósticos Consolidados (Consenso Atual): Exige a presença de pelo menos **dois** dos três critérios abaixo, após a exclusão obrigatória de outras patologias (hiperplasia adrenal congênita, hiperprolactinemia, disfunção tireoidiana):

1. **Disfunção Ovulatória:** Oligo ou anovulação crônica (clinicamente expressa por oligomenorreia ou amenorreia).
2. **Hiperandrogenismo:** Clínico (acne grave refratária, alopecia ou hirsutismo com Índice de Ferriman-Gallwey modificado ≥ 4 a 8) e/ou laboratorial (elevação de testosterona livre/total).
3. **Morfologia de Espectro Ovariano ao USG:** Presença de ≥ 20 **folículos** medindo entre 2 e 9 mm em pelo menos um dos ovários OU volume ovariano aumentado ($> 10 \text{ cm}^3$).

⚠ **Risco Crônico:** O estado de anovulação crônica determina uma estimulação estrogênica contínua sobre o endométrio sem a oposição cíclica da progesterona ("estrogênio sem oposição"). Isto eleva drasticamente o risco de **Hiperplasia e Adenocarcinoma de Endométrio** a longo prazo.

3. Flash cards de Memorização Ativa

- **P1:** Qual o tumor ginecológico maligno tem risco aumentado em pacientes com SOP de longa data sem tratamento?
- **P2:** Qual a conduta inicial prioritária para reverter a fisiopatologia metabólica da SOP em paciente obesa?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma paciente de 24 anos procura atendimento devido a irregularidade menstrual (menstrua 4 vezes por ano) e ganho de peso. Ao exame: IMC de 31 kg/m^2 , circunferência abdominal de 94 cm e presença de lesões hiperocrômicas e aveludadas em região cervical posterior (*Acanthosis nigricans*). USG transvaginal: ovários com 12 cm^3 e 14 cm^3 exibindo múltiplos folículos periféricos. Qual intervenção possui o maior impacto na reversão da fisiopatologia endócrina primária desta paciente?

- A) Iniciar ciproterona isolada em altas doses para o bloqueio periférico dos androgênios.
- B) Prescrever anticoncepcional combinado oral para promover aumento da SHBG, com redução dos androgênios circulantes.
- C) Estimular a perda de peso por meio de modificação do estilo de vida (dieta hipocalórica e exercícios físicos).
- D) Indicar cauterização ovariana laparoscópica (*drilling* ovariano) para redução do estroma.

Questão 2

Uma mulher de 28 anos, com diagnóstico firmado de SOP, refere estar há 3 anos em amenorreia completa, sem realizar uso de nenhuma medicação hormonal ou

anticoncepcional por medo de complicações vasculares. Diante do estado de anovulação crônica prolongada, qual complicação neoplásica esta paciente possui maior risco de desenvolver a longo prazo?

- A) Adenocarcinoma de endométrio.
- B) Carcinoma seroso de ovário.
- C) Carcinoma espinocelular de colo uterino.
- D) Sarcoma estromal uterino.

Questão 3

Uma paciente com queixas de hirsutismo de início rápido e virilização (clitoromegalia e voz grave) apresenta níveis de Testosterona Total extremamente elevados (> 200 ng/dL). Qual a hipótese diagnóstica principal?

- A) Hiperplasia Adrenal Congênita de início tardio.
- B) Tumor ovariano ou adrenal secretor de androgênios.
- C) Síndrome de Cushing ACTH-dependente.
- D) Hipotireoidismo primário grave.

4. Respostas

Flash cards de Memorização Ativa

R1: Adenocarcinoma de Endométrio, devido ao estímulo mitogênico do estrogênio sem a contraposição da progesterona.

R2: Perda ponderal via modificação do estilo de vida (dieta + exercícios). Reduções de 5-10% do peso restauram os ciclos ovulatórios em grande parte dos casos.

4. Questões de Treinamento

Questão 1 (Abordagem Terapêutica): Gabarito Comentado: C. A paciente apresenta o fenótipo completo da SOP associado a sinais claros de resistência à insulina (*Acanthosis nigricans*). A perda de peso induzida por mudanças no estilo de vida é a intervenção

primária mais importante, pois reduz a gordura visceral, melhora a sensibilidade à insulina, eleva a produção hepática de SHBG (reduzindo a testosterona livre) e restaura ciclos ovulatórios espontâneos.

Questão 2 (Complicações Crônicas): Gabarito Comentado: A. Na SOP, a anovulação crônica implica na ausência de produção cíclica de progesterona pelo corpo lúteo. O endométrio sofre estimulação estrogênica contínua e sem contraposição ("estrogênio sem oposição"). Esse estímulo mitogênico persistente predispõe à hiperplasia endometrial e ao Adenocarcinoma de Endométrio do tipo I (endometrióide).

Questão 3 (Diagnóstico Diferencial da SOP): Gabarito Comentado: B. Embora a SOP curse com elevação discreta de androgênios, quadros de **virilização franca** (clitoromegalia, modificação do timbre de voz) e valores de Testosterona Total muito elevados (> 200 ng/dL) ou de SDHEA > 700 mcg/dL são sinais de alerta para **neoplasias produtoras de androgênios** (tumores de células de Sertoli-Leydig no ovário ou carcinomas adrenais). Isto exige propedêutica de imagem urgente (TC ou RM).

TEMA 4: Amenorreias Primária e Secundária

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Definições Práticas:

- *Amenorreia Primária:* Ausência de menarca aos **13 anos sem** caracteres sexuais secundários, OU aos **15 anos com** caracteres sexuais secundários normais.
- *Amenorreia Secundária:* Ausência de menstruação por **3 meses** em mulheres com ciclos previamente regulares, OU por **6 meses** se ciclos irregulares.

Roteiro de Investigação Inicial da Amenorreia Secundária:

1. **Passo 1:** Excluir gestação de forma obrigatória → Solicitar **beta-hCG**.
2. **Passo 2:** Excluir endocrinopatias de rotina → Solicitar dosagem de **TSH, Prolactina e FSH**.

3. **Passo 3:** Se exames anteriores normais → Realizar o **Teste da Progesterona** (Acetato de Medroxiprogesterona 10 mg/dia por 5 a 10 dias por via oral).

Interpretação do Teste da Progesterona:

- **Teste Positivo (Ocorre sangramento em até 7 dias após suspender):** Diagnóstico de **Anovulação Crônica**. Indica que o trato de saída é pèrvio e o endométrio recebeu estímulo estrogênico prévio, descamando após a retirada do progestagênio.
- **Teste Negativo (Não ocorreu sangramento):** Significa falta de estrogênio ou lesão anatômica estrutural (ex: sinequias endometriais – Sd Asherman, obstrução do trato de saída). Avançar para o Teste de Estrogênio + Progesterona.

2. Foco Teórico

Domine a sequência de investigação e a divisão dos compartimentos anatômicos para responder fluxogramas em provas:

- **Teste de Estrogênio + Progesterona** (Administra estrogênio por 21 dias associado a progestagênio nos últimos 10 dias):
 - *Se Negativo (Não sangrou):* Causa Anatômica / Canalicular (**Compartimento I**). Exemplos: **Síndrome de Asherman** (sinéquias uterinas pós-curetagem), estenose cervical.
 - *Se Positivo (Sangrou):* O trato de saída é pèrvio e funcional. O problema é a falta de produção hormonal central/ovariana. **A conduta mandatória imediata é dosar o FSH.**
- **Dosagem de FSH (Hormônio Folículo Estimulante):**
 - **FSH Alto (> 20-40 UI/L):** Causa Ovariana (**Compartimento II**). O ovário falha apesar do estímulo central elevado (Hipogonadismo Hipergonadotrófico). Exemplos: **Insuficiência Ovariana Prematura (IOP)**, disgenesia gonadal (Síndrome de Turner).

- **FSH Baixo ou Normal:** Causa Central (Hipogonadismo Hipogonadotrófico). Realizar teste do GnRH ou Ressonância Magnética de sela túrcica para diferenciar entre Causa Hipofisária (**Compartmento III** - ex: Síndrome de Sheehan, prolactinomas) ou Causa Hipotalâmica (**Compartmento IV** - ex: amenorreia funcional por estresse/anorexia, Síndrome de Kallmann).

3. Flash Cards de Memorização Ativa

- **P1:** O que significa um Teste da Progesterona Positivo na investigação de amenorreia?
- **P2:** O que caracteriza a Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma mulher de 29 anos apresenta ausência de menstruação há 8 meses após perda ponderal acentuada. Teste de beta-hCG, TSH e Prolactina normais. O teste da progesterona foi **negativo** (não sangrou). Sequencialmente, o teste de estrogênio + progesterona foi **positivo** (apresentou sangramento normal). Qual exame deve ser solicitado a seguir?

- A) Dosagem sérica de FSH (Hormônio Folículo Estimulante).
- B) Ultrassonografia pélvica tridimensional para pesquisa de sinéquias uterinas.
- C) Ressonância Magnética de sela túrcica para exclusão de microadenomas.
- D) Cariótipo de banda G para pesquisa de mosaicismo cromossômico.

Questão 2

Uma jovem de 16 anos comparece ao consultório por nunca ter apresentado menarca. Ao exame: desenvolvimento normal de caracteres sexuais secundários (M4 e P4 de Tanner). Ao exame genital: vagina curta em fundo cego. A ultrassonografia confirma agenesia uterina e de terço superior da vagina, com ovários normais bilateralmente. Cariótipo revela padrão 46,XX. Qual é o diagnóstico?

- A) Síndrome de Turner.
- B) Síndrome de Morris.
- C) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.
- D) Hiperplasia Adrenal Congênita clássica.

Questão 3

Uma puérpera de 32 anos evoluiu com hemorragia pós-parto grave (atonía uterina com necessidade de hemotransfusão massiva). Seis meses após o evento, ela procura o ambulatório queixando-se de agalactia, fadiga crônica, intolerância ao frio e amenorreia secundária persistente desde o parto. Qual o diagnóstico etiológico e o compartimento anatômico afetado?

- A) Insuficiência Ovariana Prematura; Compartimento II.
- B) Síndrome de Asherman por curetagem vigorosa; Compartimento I.
- C) Síndrome de Sheehan (necrose hipofisária isquêmica); Compartimento III.
- D) Amenorreia Funcional Hipotalâmica por estresse pós-traumático; Compartimento IV.

5. Respostas**Flash Cards de Memorização Ativa**

R1: Confirma diagnóstico de anovulação crônica (o trato de saída é pérvio e há produção endógena de estrogênio).

R2: Causa de amenorreia primária por agenesia mülleriana (ausência congênita de útero, trompas e terço superior da vagina) em paciente com caracteres secundários normais e cariótipo 46,XX.

4. Questões de Treinamento

Questão 1 (Fluxograma Sequencial): Gabarito Comentado: A. O fluxograma foi seguido corretamente. O teste de progesterona negativo afastou anovulação simples. O teste combinado de estrogênio + progesterona positivo provou que o endométrio é funcional e o trato de saída é pérvio (afastando causas do Compartimento I). O próximo

passo obrigatório é dosar o **FSH** para diferenciar causas ovarianas (FSH alto) de causas centrais hipotálamo-hipofisárias (FSH baixo/normal).

Questão 2 (Amenorreia Primária): Gabarito Comentado: C. A presença de caracteres sexuais secundários normais denota produção estrogênica ovariana normal. A ausência congênita de útero, trompas e porção superior da vagina (aplasia mülleriana) com cariótipo feminino normal (46,XX) sela o diagnóstico de Síndrome de Rokitansky. Na Síndrome de Morris, o cariótipo seria 46,XY e haveria ausência de pilificação pubiana.

Questão 3 (Síndrome de Sheehan - Exclusiva do Discente): Gabarito Comentado: C. A Síndrome de Sheehan é a necrose isquêmica da glândula hipófise anterior decorrente de um choque hipovolêmico profundo ou hemorragia grave peri/pós-parto. Clinicamente manifesta-se pela falência dos hormônios hipofisários: ausência de prolactina (agalactia), de TSH (hipotireoidismo secundário com intolerância ao frio) e de gonadotrofinas FSH/LH (amenorreia secundária por hipogonadismo hipogonadotrófico). A hipófise corresponde ao Compartimento III da investigação das amenorreias.

MÓDULO 3: UROGINECOLOGIA, MASTOLOGIA, DIP E VULNERABILIDADES

TEMA 1: Incontinência Urinária e Disfunção Sexual

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Diagnóstico Clínico pela Anamnese:

- **Incontinência Urinária de Esforço (IUE):** Perda de urina associada a esforços físicos (tosse, espirro, riso, carregar peso), sem desejo miccional prévio.
- **Incontinência Urinária de Urgência (IUU) / Bexiga Hiperativa:** Perda precedida por um desejo súbito e imperioso de urinar (urgência), associada a polaciúria e noctúria.

Tratamento Inicial na UBS:

- *Para IUE:* fisioterapia pélvica (exercícios de fortalecimento muscular do assoalho pélvico), medidas comportamentais (perda ponderal, cessação do tabagismo etc)
- *Para IUU:* Modificação comportamental (treinamento vesical, restrição de cafeína, redução ingesta hídrica noturna) associada a anticolinérgicos (Oxibutinina/ Solifenacina / Trosipium) ou agonistas beta-3 adrenérgicos (Mirabegrona).

Disfunções Sexuais: Aborde ativamente queixas de dispareunia e perda de libido em pacientes na pós-menopausa (frequentemente vinculadas à atrofia urogenital por hipoestrogenismo). Disfunções sexuais se caracterizam por alterações da resposta sexual feminina por tempo superior a 6 meses associada a sofrimento pessoal da paciente.

 **RED FLAG (Alerta de Segurança):** Incontinência urinária de início agudo ou súbito, associada a perda do controle fecal, anestesia em sela (perda de sensibilidade perineal) ou déficits motores em membros inferiores configura a **Síndrome da Cauda Equina**. Conduta: Encaminhamento imediato para emergência neurocirúrgica.

2. Foco Teórico

Aprenda a interpretar os parâmetros chaves do **Estudo Urodinâmico (Cistometria)**:

- **Incontinência Urinária de Esforço (IUE):** Observa-se perda de urina concomitante ao aumento da pressão abdominal, **sem contração do músculo detrusor**. É subdividida pela Pressão de Perda sob Esforço (PPE):
 - *Hipermobilidade uretral:* PPE > 90 cmH₂O.
 - *Defeito Esfincteriano Intrínseco:* PPE < 60 cmH₂O.
- **Hiperatividade Detrusora (IUU):** Observa-se perda de urina associada a uma elevação da pressão do detrusor (**contração involuntária do detrusor**) durante a fase de enchimento, independente do esforço abdominal.

3. Flash Cards de Memorização Ativa

- **P1:** No estudo urodinâmico, o que define a hipermobilidade da uretra vs. defeito esfíncteriano?
- **P2:** Qual a classe farmacológica e o mecanismo do tratamento de primeira linha para Bexiga Hiperativa?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma mulher de 54 anos, múltipara, refere perda involuntária de urina ao tossir ou carregar peso, sem urgência miccional. Estudo urodinâmico demonstrou perda de urina em jatos coincidindo com o esforço abdominal, com pressão de perda sob esforço (PPE) de 115 cmH₂O, sem variações na pressão do detrusor na fase de enchimento. Qual é a hipótese diagnóstica e a conduta inicial recomendada?

- A) Hiperatividade do detrusor; prescrever Cloridrato de Oxibutinina oral.
- B) Incontinência urinária de esforço por defeito esfíncteriano intrínseco; indicar cirurgia de *Sling*.
- C) Incontinência urinária de esforço por hipermobilidade uretral; indicar reabilitação perineal com fisioterapia pélvica.
- D) Incontinência urinária mista; solicitar ressonância magnética de pelve.

Questão 2

Uma paciente de 62 anos queixa-se de perda de urina associada a um desejo incontrolável de micção, necessitando urinar mais de 12 vezes ao dia. Estudo urodinâmico evidenciou contrações involuntárias do músculo detrusor durante a fase de enchimento. Qual é o tratamento farmacológico de primeira escolha considerando o mecanismo fisiopatológico?

- A) Estrogênio conjugado por via oral em alta dose.
- B) Moduladores seletivos dos receptores de progesterona.

- C) Antagonistas dos receptores muscarínicos colinérgicos ou agonistas beta-3 adrenérgicos.
- D) Alfa-bloqueadores adrenérgicos associados a antibioticoterapia profilática.

Questão 3

Uma paciente de 48 anos com IUE por defeito esfíncteriano intrínseco (PPE = 48 cmH₂O) realizou fisioterapia pélvica por 6 meses, sem melhora dos sintomas, mantendo perda urinária grave aos mínimos movimentos. Qual a conduta cirúrgica padrão-ouro atual indicada para este caso?

- A) Cirurgia de fixação de Burch.
- B) Injeção periuretral de toxina botulínica A.
- C) Cirurgia de *Sling* médio-uretral com tela sintética.
- D) Histerectomia vaginal associada à colpoperineoplastia anterior.

5. Respostas

Flash Cards de Memorização Ativa

R1: Ambos perdem urina sem contração do detrusor, apenas com aumento da pressão abdominal. Hipermobilidade exibe PPE > 90 cmH₂O. Defeito esfíncteriano exibe PPE < 60 cmH₂O.

R2: Anticolinérgicos/antagonistas muscarínicos (Oxibutinina/Solifenacina/Trospium) ou agonistas beta-3 adrenérgicos (Mirabegrona), que promovem o relaxamento do músculo detrusor.

4. Questões de Treinamento

Questão 1 (IUE / Urodinâmica): Gabarito Comentado: C. A perda sincrônica com esforço abdominal e a ausência de contrações do detrusor confirmam IUE pura. Como a PPE foi > 90 cmH₂O (115 cmH₂O), o mecanismo é a hipermobilidade uretral. Para casos leves a moderados, a conduta inicial padrão é conservadora com fisioterapia pélvica.

Questão 2 (Bexiga Hiperativa): Gabarito Comentado: C. A paciente apresenta o diagnóstico de Síndrome da Bexiga Hiperativa / Hiperatividade Detrusora. O detrusor possui receptores muscarínicos (M2/M3) que medeiam sua contração. O tratamento farmacológico envolve anticolinérgicos (inibem as contrações muscarínicas) ou a mirabegrona (agonista beta-3 que promove o relaxamento do detrusor).

Questão 3 (Tratamento Cirúrgico da IUE): Gabarito Comentado: C. A cirurgia de *Sling* médio-uretral (como o TVT ou TOT) utilizando fitas de polipropileno sintético é o padrão-ouro atual para o tratamento cirúrgico da IUE refratária, especialmente em casos de defeito esfíncteriano intrínseco ($PPE < 60 \text{ cmH}_2\text{O}$), pois fornece um suporte suburetral estável que impede a perda durante o aumento da pressão intra-abdominal. Burch perdeu espaço pela maior morbidade, embora ainda seja uma opção válida na ausência de telas, principalmente nos casos de hipermobilidade uretral ($PPE > 90$).

TEMA 2: Distopia Genital e Anatomia do Assoalho Pélvico

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Abordagem: O prolapso de órgãos pélvicos é um diagnóstico clínico realizado em posição ginecológica sob esforço máximo (manobra de Valsalva). A conduta terapêutica depende exclusivamente do impacto na qualidade de vida da paciente.

Manejo Conservador na UBS: Pacientes idosas, com alto risco cirúrgico ou que recusam cirurgia, possuem indicação para o uso de **Pessários Vaginais** (dispositivos de silicone inseridos na vagina para conter o prolapso), associados ao estrogênio tópico vaginal para prevenir úlceras de decúbito.

2. Foco Teórico

Domine o sistema **POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantitation)** para o estadiamento dos prolapso. Lembrar que o plano de referência é o anel himenal (definido como linha

zero). Todos os pontos acima do hímen são negativos (dentro da vagina) e abaixo do hímen são positivos (exterior da vagina).

- *Pontos de Parede Anterior:* Aa (3cm acima hímen) e Ba (segmento Aa até fundo de saco anterior) - avaliar prolapsos de parede anterior - cistocele.
- *Pontos de Parede Posterior:* Ap (3cm acima hímen) e Bp (segmento Ap até fundo de saco posterior) - avaliar prolapsos de parede posterior - retocele.
- *Ápice:* Ponto C (colo uterino ou cúpula vaginal) e Ponto D (fundo de saco de Douglas).
- *Parâmetros de Medida:* gh (hiato genital), pb (corpo perineal) e tvl (comprimento vaginal total - **medida importante para estadiamento dos prolapsos III e IV**).

Estágios do Prolapso (Baseado no Ponto de Maior Prolapso)

Estágio POP-Q	Critério Anatômico de Prova	Interpretação Prática
Estágio 0	Todos os pontos normais	Sem prolapso significativo.
Estágio I	O ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm acima do hímen	Valor menor que -1 cm.
Estágio II	O ponto mais baixo está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen	Valor entre -1 cm e +1 cm.
Estágio III	O ponto mais baixo está a mais de 1 cm abaixo do hímen , sem eversão total	Valor maior que +1 cm, porém menor que (tv1 - 2 cm).
Estágio IV	Eversão completa ou quase completa do trato genital	O ponto atinge ou ultrapassa (tv1 - 2 cm).

Níveis de Suporte de DeLancey (Anatomia):

- **Nível I (Suspensão):** Ligamentos **Uterossacros e Cardinais** (Mackenrodt) → Suspendem o colo e o terço superior da vagina. Sua falha gera prolapso uterino ou de cúpula.
- **Nível II (Adesão):** Fáscia pubocervical e retovaginal → Fornecem suporte ao terço médio da vagina fixando principalmente ao arco tendíneo da pelve. Sua falha gera cistocele ou retocele.

- **Nível III (Fusão):** Corpo perineal e membrana perineal. Sua falha gera rutura perineal e/ou uretrocele.

3. Flash Cards de Memorização Ativa

- **P1:** Quais as principais estruturas anatômicas que compõem o Nível II de DeLancey e qual a função?
- **P2:** No estadiamento POP-Q, um ponto de maior prolapso localizado em +0,5 cm indica qual estágio?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma paciente de 68 anos queixa-se de sensação de "bola saindo pela vagina" e dificuldade para evacuar. Ao exame sob esforço máximo, observa-se a exteriorização de uma massa volumosa na parede posterior da vagina que ultrapassa o anel himenal em cerca de 3 cm. O útero está na posição normal. O ponto Bp foi marcado como +3,0 cm e o comprimento vaginal total (tv1) medido foi de 8,0 cm. Qual é o diagnóstico e estágio do prolapso?

- A) Cistocele; Estágio II.
- B) Retocele; Estágio III.
- C) Prolapso de cúpula vaginal; Estágio IV.
- D) Prolapso uterino; Estágio I.

Questão 2

Durante a discussão de um caso de prolapso uterino, o preceptor questiona quais estruturas compõem o principal sistema de suporte estático do útero, correspondendo ao Nível I de DeLancey. Qual deve ser a resposta do estudante?

- A) Músculo levantador do ânus (puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo).
- B) Fáscia pubocervical e fáscia retovaginal.
- C) Ligamentos cardinais (Mackenrodt) e uterossacros.
- D) Membrana perineal e corpo perineal.

Questão 3

Uma paciente de 60 anos, previamente submetida à histerectomia total por miomatose, apresenta prolapso de cúpula vaginal em Estágio IV de POP-Q. Deseja manter atividade sexual ativa. Qual a técnica cirúrgica mais recomendada para restaurar a anatomia apical sem encurtamento vaginal?

- A) Colpocleise total (Cirurgia de Le Fort).
- B) Sacropromontofixação com tela por via laparoscópica.
- C) Colpoperineoplastia posterior simples.
- D) Cirurgia de Manchester.

5. Respostas**Flash Cards de Memorização Ativa**

R1: Fáscia pubovesical e fáscia retovaginal; responsáveis pelo suporte do terço médio da vagina, principalmente através dos arcos tendíneos da pelve.

R2: Estágio II (pois está localizado no intervalo entre -1 cm e $+1$ cm em relação ao hímen).

Questões de Treinamento

Questão 1 (Estadiamento POP-Q): Gabarito Comentado: B. O ponto Bp avalia a parede vaginal posterior, cuja fraqueza gera a retocele (correlacionando-se clinicamente com a queixa de dificuldade evacuatória/disquezia). Como o ponto Bp está localizado a mais de 1 cm além do hímen ($+3,0$ cm), mas não configura uma eversão total (que exigiria valores próximos ao tvl, ou seja, $+6,0$ cm a $+8,0$ cm), classifica-se como **Estágio III**.

Questão 2 (Anatomia do Assoalho): Gabarito Comentado: C. O Nível I (Suspensão) de DeLancey é constituído pelo complexo ligamentar cardinal-uterossacro, que suspende o útero na pelve. O músculo levantador do ânus compõe o assoalho pélvico

ativo/dinâmico, não o sistema ligamentar estático do Nível I. As fâscias pubovesical e retovaginal compõem o Nível II e a membrana perineal e corpo perineal o nível III de Delancey.

Questão 3 (Tratamento Cirúrgico do Apical): Gabarito Comentado: B. A sacropromontofixação (sacrocolpopexia) com uso de tela sintética (geralmente por via laparoscópica ou robótica) é o tratamento de escolha para o prolapso de cúpula vaginal em pacientes que desejam preservar a função sexual e a contratilidade vaginal, pois fixa o ápice da vagina ao ligamento longitudinal anterior do promontório sacral, mantendo o comprimento vaginal total intacto. Outra técnica possível seria a fixação no ligamento sacroespinal por via vaginal. A Colpocleise (Le Fort) oblitera a vagina e é reservada para idosas sem desejo sexual futuro. Colpoperineoplastia posterior e cirurgia de Manchester não são técnicas para correção de prolapso de cúpula e sim retoceles e prolapsos uterinos com preservação do útero respectivamente.

TEMA 3: Alterações Funcionais Benignas das Mamas (AFBM)

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e UBS

Mastalgia Cíclica: Dor mamária associada ao período pré-menstrual, difusa, em pontada, predominantemente bilateral e em quadrantes superiores externos (QSL).

- *Conduta na UBS:* Acabar e orientar a paciente (tranquilização verbal resolve/melhora 85–90% dos casos, combatendo a cancerofobia); recomendar uso de sutiã esportivo com bom suporte. Não prescrever óleo de prímula ou vitaminas (E, B1, B6), pois não superam o placebo. Analgésicos/AINEs (orais ou em gel) apenas em crises agudas. Reservar **Tamoxifeno** (10 mg/dia por 3 a 6 meses) apenas para casos graves e refratários.

Adensamentos / AFBM: Espessamento fibroelástico, móvel e doloroso, geralmente em QSL, que diminui ou involui após o fluxo menstrual.

- *Conduta:* Tranquilizar a paciente e realizar reavaliação clínica logo após a menstruação.

Cistos Mamários Palpáveis:

- *Conduta:* Realizar **Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)**, que é diagnóstica e terapêutica. Se o líquido for límpido/não hemorrágico e houver colapso completo sem massa remanescente, a paciente está tratada (dispensa citologia).
- *Sinais de Alerta para Cistos:* Encaminhar para estudo histopatológico/cirurgia se o líquido for **hemorrágico**, se houver **recidiva precoce** (em curto espaço de tempo) ou se for um **cisto complexo** (com componente sólido/vegetação ao USG). Cistos simples incidentalmente achados no USG não requerem intervenção nem acompanhamento.

Mastite Puerperal / Lactacional (Aguda): Ocorre da 2^a à 5^a semana pós-parto (especialmente por fissuras mamilares e estase láctea por *S. aureus*).

- *Conduta:* **Manter a amamentação** (não interromper!), prescrever esvaziamento/ordenha delicada da mama, sutiã de sustentação, analgésicos/antitérmicos (paracetamol/dipirona) e antibioticoterapia oral de primeira escolha (**Cefalexina 500 mg 6/6h por 7-14 dias**). Havendo área de flutuação (abscesso), realizar **drenagem cirúrgica obrigatória** e enviar o pus para cultura e antibiograma.

2. Foco Teórico**Investigação do Nódulo Mamário Palpável**

O nódulo responde por ~60% das consultas em mastologia. A conduta propedêutica divide-se pela faixa etária e achados:

- **Idade < 30 anos:** Exame inicial de escolha é a **Ultrassonografia (USG)** devido à alta densidade glandular. Se o exame clínico e a USG forem sugestivos de lesão benigna (ex.: **Fibroadenoma** — sólido, ovalado, circunscrito, maior eixo paralelo à pele, BI-RADS 3) e o nódulo for < 2 cm sem incômodo, **não se indica biópsia**: faz-se controle clínico e ultrassonográfico em 6 meses. Exérese cirúrgica é reservada aos casos sintomáticos ou nódulo > 2 cm.
- **Idade ≥ 30 – 35 anos ou imagem suspeita (qualquer idade):** Exame de imagem com **Mamografia (MMG) associada à USG**. Se houver imagem suspeita em qualquer idade, a **biópsia percutânea** (Core Biopsy/Agulha Grossa) é obrigatória antes de definir cirurgia.
- **Suspeita de Tumor Phyllodes ou Fibroadenoma Juvenil:** Massas de crescimento rápido com alta celularidade estromal. A indicação é **exérese cirúrgica com margens livres** para evitar recidiva local.

Propedêutica e Classificação das Descargas Papilares (Fluxo Papilar)

Tipo de Descarga Papilar	Características Clínicas	Interpretação Provável	Conduta Imediata
Suspeita Patológica	Unilateral, uniductal (unifocal), espontânea, de aspecto água de rocha (cristalina/serosaquosa) ou sanguinolenta / sero-hemorrágica.	Papiloma Intraductal (causa benigna mais comum, > 95% na ausência de lesão de imagem) ou Carcinoma.	Solicitar MMG e USG para avaliar lesões associadas: - Se os exames de MMG e/ou USG de forem normais (BI-RADS 1 ou 2), prosseguir investigação com RM de mamas. - Se a RM for normal, não afasta neoplasia, sendo, então, a conduta indicada = ressecção cirúrgica seletiva do ducto (ou canalização ductal) para estudo histopatológico.
Benigna Fisiológica	Bilateral, multiductal, provocada por expressão, aspecto lácteo ou esverdeado/multicolorido/viscoso.	Hiperprolactinemia (medicamentosa/prolactinoma), ectasia ductal ou causas funcionais.	Orientação verbal, cessação de manipulação do mamilo, investigação sistêmica/laboratorial (Prolactina e TSH) e suspensão de drogas causadoras.

Diagnóstico Diferencial das Mastites e Processos Inflamatórios

Abscesso Subareolar Crônico Recidivante (ASCR) / Mastite Periductal: Forte associação com **tabagismo**. Apresenta-se com dor, fistula periareolar recorrente e retração mamilar em mulheres jovens não lactantes.

- *Tratamento:* Antibióticos (Cefalexina + Metronidazol), orientação para **cessação do tabagismo** e ressecção cirúrgica do sistema ductal comprometido.

Mastite Granulomatosa Idiopática: Processo inflamatório crônico que simula clinicamente e radiologicamente o carcinoma de mama (massa irregular, retração de pele/mamilo, múltiplos microabscessos). O diagnóstico é histológico (granuloma não caseoso restrito ao lóbulo).

- *Tratamento:* Não indicar cirurgia ampla. Trata-se clinicamente com **corticoterapia em altas doses** (ex.: Prednisona 60 mg/dia) ou Metotrexato.

Síndrome de Mondor: Tromboflebite superficial das veias da parede torácica/mama (ex.: veia toracoepigástrica) após trauma, cirurgia ou em mamas volumosas. Apresenta-se como um cordão fibroso, visível e doloroso no subcutâneo.

- *Tratamento:* Conduta **conservadora** (analgésicos e AINEs). Antibióticos e anticoagulantes **não** estão indicados.

3. Flash Cards de Memorização Ativa

- **P1:** Qual é o tratamento farmacológico de primeira escolha para mastalgia cíclica severa e refratária às medidas comportamentais?
- **P2:** Diante de uma descarga papilar patológica (unilateral, espontânea, sanguinolenta, uniductal), qual é a conduta se a Mamografia e a Ultrassonografia forem completamente normais (BI-RADS 1/2)?
- **P3:** Qual a conduta diagnóstica e terapêutica imediata diante de um cisto mamário palpável e doloroso na prática clínica?
- **P4:** Qual a conduta correta em relação à amamentação em uma paciente diagnosticada com mastite puerperal aguda sem abscesso?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma mulher de 24 anos procura a UBS devido ao surgimento de nódulo na mama esquerda há 4 meses. Ao exame físico: nódulo de 1,5 cm em quadrante superior externo da mama esquerda, móvel, de consistência fibroelástica, limites bem definidos, indolor. Ultrassonografia mamária revela imagem sólida, ovalada, circunscrita, hipoeecóica, com maior eixo paralelo à pele, medindo 14 mm, classificada como BI-RADS 3. Qual é a hipótese diagnóstica e a conduta recomendada?

- A) Carcinoma ductal invasivo; indicar biópsia percutânea por agulha grossa imediata.
- B) Cisto mamário simples; realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) imediata.
- C) Fibroadenoma; realizar acompanhamento clínico e ultrassonográfico em 6 meses.
- D) Tumor Phyllodes; indicar ressecção cirúrgica ampla com margens de 1 cm imediatamente.

Questão 2

Paciente de 42 anos relata saída espontânea de líquido avermelhado pelo mamilo direito há 2 meses, sujando o sutiã. O exame físico confirma descarga hemática, unilateral e

oriunda de um único orifício ductal à palpação do ponto de gatilho às 2 horas. Mamografia e Ultrassonografia foram realizadas e laudadas como BI-RADS 2. Qual é a principal hipótese etiológica e a conduta adequada para o caso?

- A) Ectasia ductal; prescrever antibioticoterapia oral e conduta expectante.
- B) Papiloma intraductal; indicar ressecção cirúrgica seletiva do ducto acometido.
- C) Galactorreia por prolactinoma; solicitar dosagem de prolactina e TSH e iniciar Cabergolina.
- D) Alteração funcional benigna das mamas; tranquilizar a paciente e reavaliar em 1 ano.

Questão 3

Mulher de 28 anos, fumante ativa (20 cigarros/dia), procura o pronto atendimento com queixa de dor e eritema na região periareolar direita, onde se nota a presença de uma pequena fístula com drenagem purulenta. Relata que realizou drenagem de abscesso no mesmo local há 6 meses. Nega amamentação ou gravidez recente. Qual é a conduta terapêutica definitiva e a orientação fundamental para prevenir novas recidivas?

- A) Drenagem simples sob anestesia local e antibioticoterapia endovenosa com Oxacilina isolada.
- B) Mastectomia simples com esvaziamento axilar devido ao alto risco de carcinoma inflamatório.
- C) Ressecção cirúrgica do sistema ductal comprometido e orientação para cessação do tabagismo.
- D) Corticoterapia em altas doses (Prednisona 60 mg/dia) por 8 semanas e manutenção do tabagismo.

Questão 4

Uma puérpera de 26 anos, em sua 3ª semana de pós-parto, procura a UBS com queixa de dor intensa na mama direita, febre (38,5°C) e calafrios há 24 horas. Ao exame físico: mama direita com área em quadrante superolateral apresentando eritema, calor e edema, sem áreas de flutuação. Apresenta fissura no mamilo ipsilateral. O bebê está mamando exclusivamente ao peito. Qual é a conduta adequada?

- A) Interromper a amamentação na mama afetada, orientar enfaixamento compressivo e iniciar Cefalexina oral.
- B) Manter a amamentação em ambas as mamas, orientar ordenha/esvaziamento mamário e prescrever Cefalexina oral.
- C) Indicar drenagem cirúrgica imediata sob anestesia geral e suspender a amamentação definitivamente.
- D) Prescrever analgésicos simples e aguardar a resolução espontânea sem antibioticoterapia.

5. Respostas Comentadas

Flash Cards de Memorização Ativa

R1: Bloqueio hormonal com **Tamoxifeno** na dose de 10 mg/dia por 3 a 6 meses.

R2: Realizar RM de mama, se normal ou indisponível, indicar **ressecção cirúrgica seletiva do ducto acometido** (ou exploração ductal). A imagem normalmente não afasta carcinoma *in situ* ou papiloma intraductal (alta taxa de falsos-negativos para microlesões intraductais).

R3: Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). Se o líquido for não hemorrágico e o nódulo desaparecer por completo, o procedimento é considerado diagnóstico e terapêutico curativo.

R4: Manter a amamentação normalmente em ambas as mamas e garantir o esvaziamento adequado (ordenha), associado à antibioticoterapia oral (ex.: Cefalexina). A estase láctea piora o quadro infeccioso.

Questões de Treinamento

Questão 1: Gabarito C: Paciente jovem (< 30 anos) apresentando nódulo com características clínicas e ultrassonográficas clássicas de benignidade (sólido, ovalado, circunscrito, eixo paralelo à pele, BI-RADS 3). A hipótese é de **Fibroadenoma**. Em mulheres < 30 anos com lesões BI-RADS 3 e < 2 cm, a conduta padrão é o acompanhamento clínico e ecográfico em 6 meses, sem necessidade inicial de biópsia ou cirurgia.

Questão 2: Gabarito B: Trata-se de uma **descarga papilar patológica/suspeita** (espontânea, unilateral, uniductal e hemática). A causa benigna mais prevalente é o **Papiloma Intraductal** (responsável por > 95% dos casos sem lesão de imagem). Exames de imagem (MMG e USG) possuem baixa sensibilidade para lesões intraductais microscópicas. Portanto, a presença de exames normais (BI-RADS 2) **não** exclui a necessidade de intervenção: a biópsia cirúrgica por meio da ressecção seletiva do ducto acometido é obrigatória para diagnóstico histopatológico definitivo e exclusão de malignidade.

Questão 3: Gabarito C: O quadro descreve um **Abscesso Subareolar Crônico Recidivante (ASCR)** ou Mastite Periductal, entidade inflamatória crônica que acomete mulheres jovens fora do período de lactação e possui fortíssima associação etiogênica com o **tabagismo**. O tratamento de escolha para resolução definitiva das fistulas recorrentes inclui a ressecção cirúrgica dos ductos comprometidos e a orientação imperativa para a interrupção do tabagismo, fator determinante para prevenir recidivas.

Questão 4: Gabarito B: O quadro é clássico de **mastite puerperal aguda** (lactacional), infecção do parênquima mamário frequente entre a 2ª e a 5ª semana pós-parto, facilitada

por fissuras mamilares e estase láctea. A conduta correta inclui a **manutenção da amamentação** (o leite infectado não prejudica o recém-nascido e o esvaziamento previne abscessos), ordenha de alívio, analgésicos/antitérmicos e antibioticoterapia oral contra *S. aureus* (Cefalexina por 7 a 14 dias). A drenagem cirúrgica só é indicada se houver formação de abscesso (área de flutuação).

TEMA 4: Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e Urgência

O Diagnóstico é Clínico: O tratamento presuntivo para DIP deve ser iniciado em mulheres jovens sexualmente ativas e outras mulheres com risco de ISTs se elas apresentarem dor pélvica ou na parte inferior do abdômen, se nenhuma outra causa para a doença além da DIP puder ser identificada e se um ou mais dos três critérios clínicos mínimos estiverem presentes no exame pélvico.

Critérios Clínicos Diagnósticos (CDC):

- **Critérios Mínimos (Basta 1 presente em paciente com dor pélvica/abdominal baixa para iniciar antibiótico empírico):**
 1. Dor à mobilização do colo uterino ao toque vaginal.
 2. Dor à palpação anexial bilateral.
 3. Dor à palpação uterina.
- *Critérios Adicionais:* Febre ($TAX > 38^{\circ}C$), secreção cervical mucopurulenta, leucocitose na secreção vaginal, elevação de VHS ou PCR.

Triagem e Destino de Tratamento

Local de Tratamento	Classificação / Situação Clínica	Critérios Práticos	Conduta de Escolha
Ambulatorial	DIP Estágio I de Monif	Sem sinais de sepse, sem abscesso, sem irritação peritoneal e	Tratamento oral/IM empírico; orientar retorno e reavaliação

		com boa aceitação da via oral.	clínica obrigatória em 48-72h.
Hospitalar	DIP Estágios II, III ou IV de Monif, ou situações especiais	Abscesso tubo-ovariano, gestação, intolerância à via oral (vômitos), falha do tratamento oral após 72h, ou sinais de peritonite (abdome agudo).	Internação hospitalar imediata, colher culturas e iniciar antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro.

2. Foco Teórico

- **Estadiamento Clínico-Laparoscópico de Monif:**
 - *Estágio I:* Salpingite aguda sem peritonite (DIP não complicada).
 - *Estágio II:* Salpingite aguda acompanhada de peritonite pélvica.
 - *Estágio III:* DIP com formação de abscesso tubo-ovariano íntegro.
 - *Estágio IV:* Abscesso tubo-ovariano roto ou abscesso pélvico roto com peritonite generalizada e choque séptico.
- **Esquemas Antibióticos Oficiais (MS / CDC):**
 - **Tratamento Ambulatorial (Monif I):** Ceftriaxona 500 mg IM (dose única) + Doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por 14 dias + Metronidazol 250 mg VO de 12/12h por 14 dias.
 - **Tratamento Hospitalar (Monif ≥II ou Exceções):** Ceftriaxona 1 gEV de 24/24h + Doxiciclina 100 mgVO (ou EV) de 12/12h + Metronidazol 400 mgEV de 12/12h. Manter EV até 48h após melhora clínica, completando 14 dias com drogas orais.
 - *Nota Histórica:* O esquema clássico alternativo com **Clindamicina** + **Gentamicina** endovenosa continua sendo exaustivamente cobrado em concursos.

⚠ MANEJO DO DIU NA DIP: Se a paciente for usuária de DIU, **não há indicação de remoção imediata do dispositivo na admissão.** O tratamento antibiótico deve ser

iniciado com o DIU *in situ*. Caso não ocorra melhora clínica em **48 a 72 horas**, proceda-se à remoção do dispositivo.

3. Flash Cards de Memorização Ativa

- **P1:** Quais os três critérios mínimos do CDC para diagnóstico e início do tratamento da DIP?
- **P2:** Qual a conduta em relação ao DIU de uma paciente internada por DIP Estágio III?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma paciente de 23 anos queixa-se de dor em hipogástrio há 4 dias e febre de 38,5°C. Ao especular, nota-se secreção mucopurulenta cervical. Toque vaginal: dor extrema à mobilização do colo e palpação anexial bilateral, sem massas ou coleções flutuantes. Abdome indolor à descompressão. Qual o diagnóstico e conduta imediata?

- A) Apendicite aguda; encaminhar para laparoscopia cirúrgica de urgência.
- B) Doença Inflamatória Pélvica Estágio I de Monif; iniciar tratamento ambulatorial com Ceftriaxona IM dose única, Doxíciclina VO e Metronidazol VO por 14 dias.
- C) Cervicite purulenta simples; prescrever Azitromicina 1g VO em dose única e dar alta.
- D) Doença Inflamatória Pélvica Estágio III de Monif; internar para antibioticoterapia tripla endovenosa.

Questão 2

Uma gestante ou paciente de 25 anos, usuária de DIU de cobre há 1 ano, é internada com DIP. Apresenta febre de 39°C e queda do estado geral. USG revelou formação complexa de 6,5 cm em anexo esquerdo, caracterizando abscesso tubo-ovariano íntegro. O DIU está bem-posicionado. Qual a conduta correta em relação ao tratamento e ao DIU?

- A) Realizar cirurgia de emergência para retirada do abscesso e remoção do DIU antes dos antibióticos.

- B) Internar a paciente, iniciar antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e manter o DIU na cavidade inicialmente, reavaliando a necessidade de remoção em caso de falha clínica em 48-72 horas.
- C) Realizar drenagem percutânea guiada por USG e prescrever antibioticoterapia ambulatorial por via oral.
- D) Retirar o DIU imediatamente no leito e prescrever alta com uso de Ciprofloxacino.

Questão 3

Uma paciente com história recente de dor abdominal baixa e corrimento purulento dá entrada no pronto-atendimento queixando-se de dor aguda em hipocôndrio direito, de caráter pleurítico (piora à inspiração profunda), associada a náuseas. Durante a laparoscopia diagnóstica, visualizam-se aderências em "corda de violino" entre a cápsula hepática e a parede abdominal anterior. Qual a complicação sistêmica estabelecida?

- A) Salpingite gangrenosa supurativa.
- B) Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.
- C) Abscesso subfrênico bacteriano secundário à apendicite.
- D) Pelvipерitonite por *Clostridium perfringens*.

5. Respostas

Flash Cards de Memorização Ativa

R1: Em paciente com dor abdominal baixa, basta 1 de 3: dor à mobilização do colo, dor palpação uterina ou dor palpação anexial.

R2: Manter o DIU na cavidade uterina inicialmente e iniciar antibioticoterapia EV amplo espectro. Remover apenas se houver falha clínica após 48-72h.

Questões de Treinamento

Questão 1 (Conduta Ambulatorial): Gabarito Comentado: B. A paciente preenche critérios mínimos (dor à mobilização do colo e anexos) e adicionais (febre, secreção

cervical) para DIP. Como está clinicamente estável, sem sinais de peritonite generalizada ou massas palpáveis (abscessos), enquadra-se no Estágio I de Monif, devendo realizar o esquema antibiótico triplo ambulatorial preconizado.

Questão 2 (Manejo Hospitalar e DIU): Gabarito Comentado: B. A presença de abscesso tubo-ovariano configura o Estágio III de Monif, impondo internação hospitalar para antibioticoterapia endovenosa. Segundo as diretrizes modernas do CDC e FEBRASGO, não há necessidade de remoção imediata do DIU na admissão; o tratamento deve ser instituído com o dispositivo *in situ*, considerando sua retirada apenas se houver refratariedade clínica após 48-72h de antibióticos potentes.

Questão 3 (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): Gabarito Comentado: B. A Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis é uma complicação extrapélvica da DIP, caracterizada por uma peri-hepatite associada à infecção ascendente por *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*. Clinicamente manifesta-se por dor no hipocôndrio direito que mimetiza colecistite. O achado laparoscópico clássico e patognomônico cobrado em provas é a presença de aderências delgadas em "corda de violino" entre o fígado e o peritônio parietal anterior.

TEMA 5: Atendimento à Vítima de Violência Sexual

1. Diretrizes Práticas de Ambulatório e Urgência

Acolhimento e Postura Humana: O atendimento à vítima de violência sexual é uma urgência médica, humanitária e ética. **Não se deve, sob nenhuma circunstância, exigir boletim de ocorrência (B.O.), alvará judicial ou exame de corpo de delito para iniciar as profilaxias médicas.**

Janela Temporal de Ouro: Instituir todas as medidas medicamentosas profiláticas preferencialmente nas primeiras **72 horas** após a agressão para máxima eficácia.

2. Foco Teórico

Protocolo de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Condutas

Medida Profilática	Esquema Medicamentoso Recomendado	Observação Prática
Anticoncepção de Emergência	Levonorgestrel 1,5 mgVO, dose única.	Reduz o risco de gestação indesejada decorrente da violência.
Profilaxia de ISTs não virais	Azitromicina 1 gVO +Ceftriaxona 500 mgIM +Metronidazol 2 gVO (todos em dose única).	Cobertura empírica para Clamídia, Gonococo, Tricomoníase e Vaginose.
Profilaxia para HIV	Tenofovir (TDF) +Lamivudina (3TC) +Dolutegravir (DTG) por 28 dias consecutivos.	Iniciar idealmente nas primeiras 72 horas pós-exposição.
Profilaxia para Hepatite B	Vacina contra Hepatite B (3 doses) ±Imunoglobulina anti-hepatite B (IGHAHB).	Considerar imunoglobulina se o agressor for AgHBs positivo e a vítima não vacinada.

Aspectos Legais e Sigilo Profissional:

- *Notificação Compulsória:* O médico deve realizar a Notificação Compulsória do caso às autoridades de saúde em até 24 horas para fins puramente epidemiológicos.
- *Notificação Policial:* A comunicação externa para a polícia (investigação criminal) só deve ser feita de forma compulsória se a vítima for menor de idade ou incapaz. Para pacientes adultas capazes, o acionamento policial **exige autorização expressa da paciente**. Acionar a polícia sem consentimento infringe o segredo e o sigilo médico.
- *Aborto Legal por Estupro:* Previsto no Código Penal (Art. 128). São necessários apenas documentos do serviço interno (termo de relato da vítima, parecer da equipe multiprofissional e consentimento informado), sendo **totalmente dispensável Boletim de Ocorrência ou autorização de juiz**.

3. Flash Cards de Memorização Ativa

- **P1:** Para realizar o aborto legal em gestação decorrente de estupro, o médico deve exigir o Boletim de Ocorrência?
- **P2:** Quais antibióticos compõem o kit de profilaxia para ISTs não virais na violência sexual?

4. Questões de Treinamento

Questão 1

Uma jovem de 21 anos comparece ao pronto-socorro relatando ter sido vítima de agressão sexual há 18 horas. Está abalada, nega uso de contraceptivos e afirma não ter registrado queixa policial por medo. Diante dos protocolos vigentes, qual deve ser a conduta médica?

- A) Informar à paciente que as profilaxias médicas e o exame físico só poderão ser realizados após o registro do Boletim de Ocorrência policial.
- B) Acolher a paciente, realizar o exame físico detalhado com consentimento, instituir imediatamente a contracepção de emergência e as profilaxias contra o HIV e ISTs não virais, e realizar a notificação compulsória para a autoridade de saúde.
- C) Administrar a pílula do dia seguinte, orientando a paciente a buscar a delegacia de polícia em até 72 horas para liberar o kit de profilaxia de infecções.
- D) Quebrar o sigilo médico e acionar diretamente a polícia militar para prender o agressor, condicionando o tratamento à chegada dos policiais.

Questão 2

Uma gestante com 9 semanas procura o serviço de referência relatando que a gestação atual é fruto de uma violência sexual sofrida há dois meses, declarando o desejo de interromper a gravidez. Com base na legislação brasileira atual sobre o abortamento legal, qual é a conduta adequada?

- A) O aborto legal está autorizado por lei para este caso; deve-se colher o consentimento informado da paciente e realizar o procedimento, sendo dispensável a exigência de autorização judicial ou boletim de ocorrência.
- B) O procedimento de interrupção está vedado pelo Código Penal por ter ultrapassado a janela de 72 horas do crime.
- C) Informar à paciente que o aborto decorrente de estupro só pode ser executado mediante a apresentação de alvará assinado por juiz de direito.
- D) Encaminhar a paciente obrigatoriamente para a realização de exame de DNA fetal na perícia da polícia civil antes de autorizar o aborto.

Questão 3

Durante o atendimento de uma vítima de violência sexual que sofreu lesões físicas abrasivas e lacerações perineais extensas em ambiente de via pública contaminada, o interno planeja o manejo vacinal. Além das profilaxias virais e não virais padrão, qual conduta profilática deve ser avaliada em relação ao risco de infecções bacterianas específicas de pele?

- A) Administrar imunoglobulina antitetânica associada à vacina dT, caso a situação vacinal contra o tétano seja desconhecida ou desatualizada (≥ 5 anos para ferimentos graves).
- B) Prescrever preventivamente Penicilina Cristalina EV por 7 dias para prevenção de gangrena gasosa.
- C) Solicitar hemoculturas seriadas e aguardar sinais de celulite local para intervir.
- D) Realizar cauterização química imediata das feridas com nitrato de prata, dispensando cobertura vacinal.

5. Respostas**Flash Cards de Memorização Ativa**

R2: Não. A legislação brasileira e as normas técnicas dispensam formalmente B.O., alvará judicial ou exame pericial para o abortamento legal por estupro.

R2: Azitromicina 1g VO, Ceftriaxona 500mg IM e Metronidazol 2g VO, todos administrados em dose única.

Questões de Treinamento

Questão 1 (Conduta de Urgência e Ética): Gabarito Comentado: B. O atendimento médico e a instituição das profilaxias de urgência (janela < 72 horas) não estão condicionados à realização de denúncia policial ou exames periciais criminais. A notificação à autoridade de saúde para vigilância epidemiológica é obrigatória, mas o acionamento da polícia contra a vontade de uma paciente adulta infringe o sigilo profissional estabelecido pelo Código de Ética Médica.

Questão 2 (Aborto Legal): Gabarito Comentado: A. O aborto humanitário (decorrente de estupro) é permitido pelo Código Penal (Art. 128) e não possui um limite de idade gestacional rigidamente fixado por lei. Para sua realização, o serviço de saúde exige apenas documentos internos de consentimento e ata multiprofissional, sendo formalmente dispensável a apresentação de B.O. ou alvará judicial.

Questão 3 (Vacinação e Profilaxia Antitetânica): Gabarito Comentado: A. Em vítimas de violência sexual que apresentam ferimentos, lacerações cutâneo-mucosas ou abrasões contaminadas com terra/poeira, é mandatória a avaliação da profilaxia contra o **tétano**. Se o status vacinal for desconhecido ou incompleto, ou se a última dose tiver sido administrada há mais de 5 anos (em ferimentos considerados graves/sujos), deve-se aplicar a vacina dupla adulto (dT) associada ou não à Imunoglobulina Antitetânica (SAT/IGHAT) conforme o protocolo de ferimentos do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE CONSULTA

1. International Consensus Group on Reproductive Endocrinology. Updated recommendations for management of MPOS/PCOS. Hum Reprod Update. 2026;32(2):114-138.
2. FEBRASGO. Síndrome Ovariana Linha de Cuidado: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2024.
3. Passos EP, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Menke CH, Freitas F. Rotinas em Ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2023.
4. FEBRASGO. Protocolo Febrasgo: Prevenção e Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. São Paulo: FEBRASGO; 2023.
5. Teede HJ, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol. 2023;189(2):G43-G64.
6. FEBRASGO. Prolapso de Órgãos Pélvicos: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2023.
7. The North American Menopause Society (NAMS). The 2022 hormone therapy position statement. Menopause. 2022;29(7):767-794.
8. FEBRASGO. Guia de Endocrinologia Feminina e Climatério. São Paulo: FEBRASGO; 2022.
9. FEBRASGO. Sangramento Uterino Anormal: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2022.
10. FEBRASGO. Doenças Benignas da Mama: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2022.
11. FEBRASGO. Doença Inflamatória Pélvica: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2022.
12. WHO. WHO guidelines for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions. Geneva: WHO; 2021.
13. FEBRASGO. Anticoncepção no Brasil: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
14. FEBRASGO. Incontinência Urinária na Mulher: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
15. Workowski KA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
16. FEBRASGO. Violência Sexual contra a Mulher: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
17. Berek JS. Berek & Novak Tratado de Ginecologia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
18. Conitec. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
19. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de Ginecologia Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
20. FEBRASGO. Amenorreias: Manual de Orientação. São Paulo: FEBRASGO; 2018.
21. Radominski SC, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Rev Bras Reumatol. 2017;57(S2):s452-s474.

22. Urban LAB, et al. Recomendações do CBR, da SBM e da FEBRASGO para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. Radiol Bras. 2017;50(4):244-9.
23. ACOG. Practice Bulletin No. 179: Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women. Obstet Gynecol. 2017;130(1):e1-e16.
24. Menke CH, et al. Rotinas em Mastologia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
25. INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
26. INCA. Diretrizes para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
27. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de vestígios: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
29. Munro MG, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding. Int J Gynaecol Obstet. 2011;113(1):3-13.
30. DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1992;166(6 Pt 1):1717-24.