

ÚTEROS

A VERSÃO GINECOLÓGICA DA REVISTA CARAS

**TRÊS NÃO É DEMAIS:
UM EMPATE TÉCNICO
COLOCA TRÊS ALUNOS
DA T8 NO PÓDIO!
CONHEÇA MILENA DA
TURMA B**



**TODOS QUEREM SER
KAREN**

**FOFA, QUERIDA
E NOTA 10**



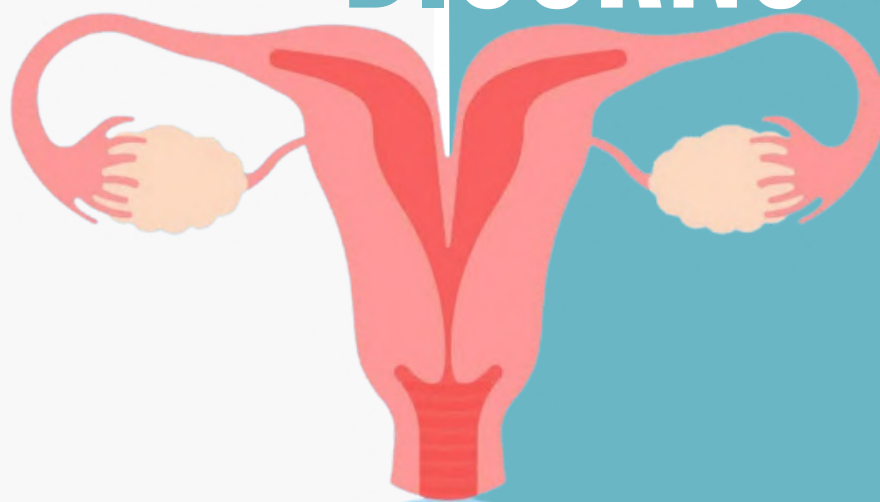
**E OS AMIGOS E VIZINHOS
VITÓRIA E SÉRGIO FILHO DA TURMA A**

**VOCÊ MÉDICO RESIDENTE: TESTE SEUS CONHECIMENTOS
COM NOSSO BANCO DE MAIS DE 300 QUESTÕES!**



ÚTEROS

BICORNO



A REVISTA ESTÁ UNIFICADA!

Por quê?

Originalmente a Úteros contava com duas edições distintas e personalizadas, uma para cada período. Porém agora toda a matéria de Ginecologia e Obstetrícia ministrada em Habilidades Médicas (IV e VII) é reunida nesta edição especial para facilitar a revisão

do conteúdo (caso os alunos do sétimo período precisem rever alguma matéria passada) e para auxiliar os alunos do quarto que às vezes solicitam o adiantamento de alguma matéria que está sendo abordada em outra disciplina, mas que ainda não foi vista por aqui.

T6 E T9, ATENÇÃO!
OS PLANOS DE ENSINO SÃO INDIVIDUALIZADOS.



@T9MEDUF

BEM VINDOS AO

GOVERNO DE

JUSSARA

INOVAÇÃO, TRABALHO E TRANSPARÊNCIA

—
CONHEÇAM A
ESPECIALIDADE, A
COMPOSIÇÃO DA
NOTA, OS ALUNOS
DESTAQUE



E MUITO MAIS!



0 00035 54562 0

Apresentação da Especialidade

[Início](#) [Perfil](#) [Página de recados](#) [Amigos](#) [Comunidades](#)



Toda Morena Tem Sua Ruiva

(6.132.784 membros)

- deixar comunidade
- convidar amigos
- denunciar abuso

- fórum
- enquetes
- membros

★ Toda Morena Tem Sua Ruiva ★

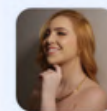
[Início](#) > [Comunidades](#) > [Outros](#) > Enlouqueço com as atualizações do Insta

Descrição:	Comunidade dedicada ao ensino sinérgico, complementar e algumas vezes discordante da ginecologia e obstetria por essa dupla de amigas!
Idioma:	Português (Brasil)
Categoria:	Outros
Dono:	Julianna
Moderadores:	Sarah Hasimyan
Tipo:	Fechada

membros 2



Julianna Rizzo



Sarah Hasimyan

Habilidades médicas - GO

[Início](#) > [Meu Perfil](#)

recados 122 fotos 12 vídeos 12 fãs 1000

social

Quem sou eu: SOU A MELHOR ESPECIALIDADE DE TODAS!

Estatisticamente falando, a GO representa 20% do conteúdo exigido nas provas de residência médica (o restante é dividido em partes iguais entre a pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica e saúde coletiva). Porém em postos básicos de atendimento não emergencial como um uma UBSF a GO representa uma fatia maior ainda da demanda. Nossa especialidade engloba muita medicina preventiva e de aconselhamento; não raro o ginecologista é o médico de escolha da mulher, independente da queixa que ela apresente. Espero que vocês aproveitem muito, aprendam bastante e (se possível) divirtam-se!

Empresa: UNIFIMES - Campus Trindade

Time do coração: Canva Design

meus amigos (668)



Fabricio



Eliane



Andrea



Nayara



Wallison



Caio



Amanda



Juliana



Charles

[ver todos](#)

▼ meus depoimentos



Tropa de elite qual é sua Missão ?
- Entrar no seu orkut e deixar topos no chão !!
Tropa de elite o que q vc faz ?
- Eu tiro o topo e derrubo os de mais!!
Tropa de elite o que tem pra Dizer?
- Eu xego de mancinho, e todos irão descer!!!
Tropa d elite vc eh do mal?
- Sim, eu sou do mal, mas eu tbm sei ser legal!!!
Tropa d elite qual eh a sua rima?
- Fica ai em baixo e eu fico aqui em cima!!!
Tropa d elite vc Gosta do que?
- Gosto de brigadeiro, só que mais de você!!!
Tropa de elite e se robarem o teu topo?
- Eu venho aki de novo, e eu te mando outro...
Pa ra pa pa pa pa pa pa pa...
-> Pa ra pa pa pa pa pa pa...
-> Paraapapapapapa clark bum..
-> Parapapapapa..
-> Sua página de depô eu vou invadir
-> e nossa parceria vou escrever aki

Composição da Nota



Carga horária Total da disciplina: 50h

Cada encontro: 3h/aula, exceto nos dias de avaliação que terão 2,5h/ aula ($15 \times 3 = 45 + 2 \times 2,5 = 5$. Total 50h)

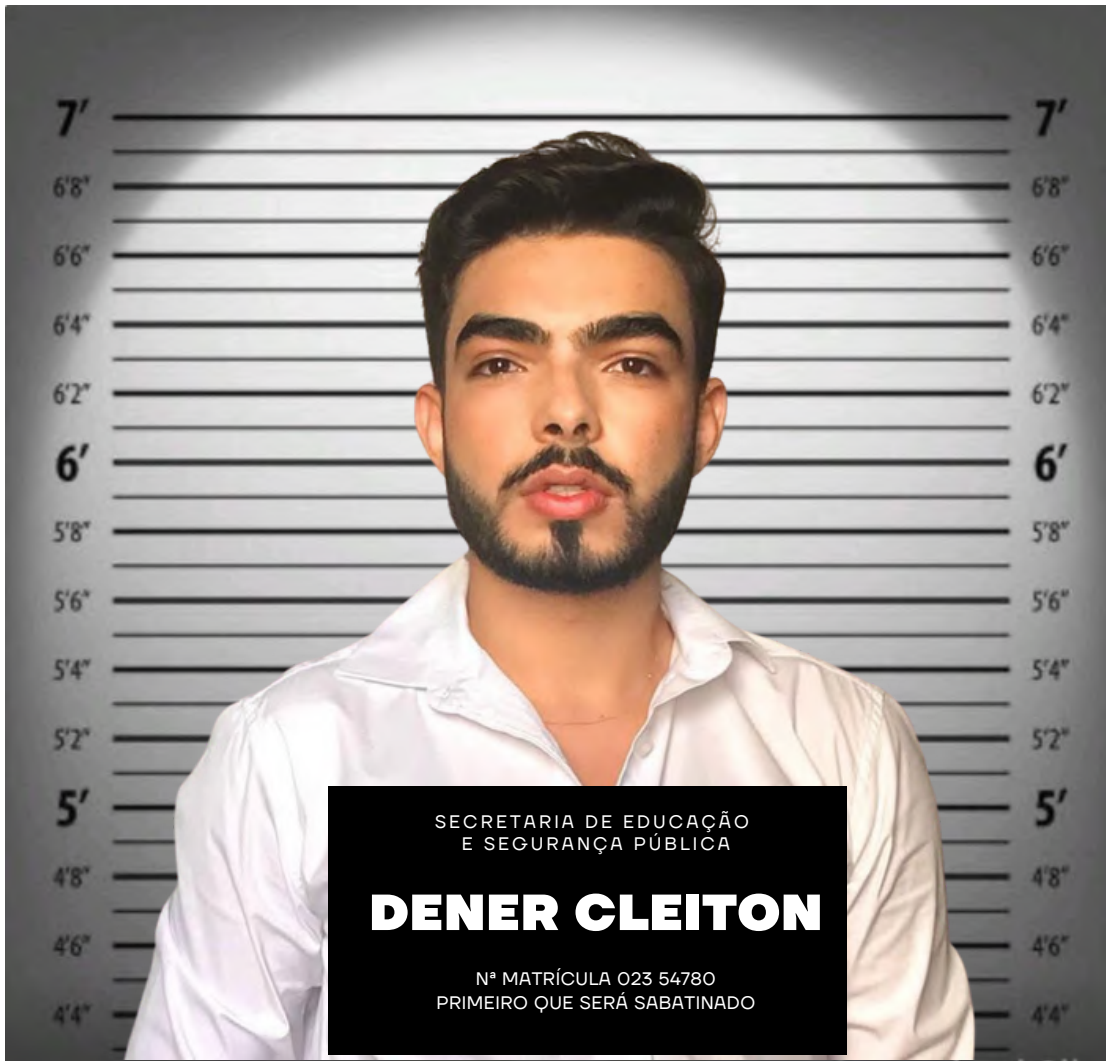
N1: Nota formativa: 1,0 + Avaliação individual: 1,0 + Prova de Ginecologia: 8,0.

N2: Nota formativa 1,0 + Avaliação individual 1,0 + Prova de Obstetrícia: 8,0.

No final do semestre, os alunos que obtiverem as maiores médias do semestre ($(N1 + N2)/2$) estarão na capa da próxima edição revista.

A metodologia utilizada na avaliação individual será pormenorizada nas próximas páginas.

A avaliação formativa leva em conta a assiduidade, pontualidade e participação das discussões em sala.



AVALIAÇÃO INDIVIDUAL

Antecedendo a semana das provas bimestrais, cada aluno terá a oportunidade de ser avaliado individualmente por sua respectiva professora durante a discussão de um caso clínico aleatório, a ser sorteado na hora, sobre um dos temas já estudados no semestre, como em uma prova prática oral. O objetivo desta atividade é avaliar se o aluno consegue transformar as informações trocadas em sala de aula em raciocínio clínico e ajudá-los a desenvolver habilidades médicas fun-

damentais como elaboração de hipóteses diagnósticas, seleção de exames complementares e capacidade de comunicação interpessoal.

Além disso, será uma excelente oportunidade de estreitarmos os laços e de reconhecimento dos alunos, de suas capacidades e dificuldades personalizando ainda mais o ensino.

Haverá feedback imediato e conferência do check list sobre as expectativas de acertos.

Esta atividade valerá 1,0 ponto na média.

MILENA

Milena D'Almeida Lins

Idade: 29 anos

Signo: Câncer

Cidade onde nasceu e cresceu:

Balsas/MA

Tem médicos na família? Não

Cor favorita: Rosa

Prato favorito: Comida Japonesa

Seus hobbies: Viajar

[@MILENALINS_](#)





ALUNA DESTAQUE DA T8

Por que escolheu a medicina:

Depois de ter tido a experiência com a faculdade de Direito (minha primeira formação), eu percebi que aquilo não combinava comigo e com o que eu gostaria de exercer profissionalmente. Ao optar pela medicina, escolhemos um caminho que nos desafia intelectualmente, estimula nossa curiosidade e nos impulsiona a buscar constantemente o conhecimento, para que possamos cuidar de um bem imprescindível na vida do ser humano, que é a sua saúde. Desde o primeiro período esse curso me fez sentir algo totalmente diferente, e tenho certeza de que serei muito feliz com a minha escolha!



O que você mais tem gostado na faculdade o que te desapontou de alguma forma:

O que eu mais tenho gostado na faculdade é que sempre me sinto evoluindo e aprendendo algo. O que me desapontou de alguma forma, é que a carga de estudos intensa acaba nos levando a um estado de estresse, cansaço mental e emocional muito grandes.

O que achou da matéria de GO:

A experiência com a matéria e com as professoras superou todas as minhas expectativas!! O método dinâmico utilizado pelas profs. fez com que eu realmente aprendesse o conteúdo de uma forma leve e me sentisse segura para aplicar o conhecimento adquirido na prática.



Já escolheu sua especialidade? Se sim, quando aconteceu? Como foi essa escolha?

Acho que sim, rs! Desde antes da faculdade a Ginecologia e Obstetrícia me encantava de alguma forma. Agora que tive meu primeiro contato com essa especialidade estou ainda mais apaixonada e confiante de que será a área que eu vou seguir.

Qual conselho você daria para seus colegas da T9 que farão GO no próximo semestre?

Aproveitem ao máximo essa matéria que é extremamente importante, até para quem não quer seguir essa especialidade. Não deixem de assistir as aulas online da Ju Rizzo (já se inscrevam no canal para não perder nenhuma atualização) e fazer as atividades da Úteros antes das aulas (não cheguem na aula sem saber de nada, pois vai dar ruim), e aproveitem para tirar todas as dúvidas e sugar ao máximo todo conhecimento passado pelas professoras, que são profissionais incríveis. No começo as professoras parecem bravas, mas na verdade elas são uns amores, e estão dispostas a nos ensinar e contribuir para o nosso crescimento pessoal e profissional.

CONHEÇA O ÚNICO RAPAZ ENTRE OS QUATRO ALUNOS DESTAQUE EM GO 2/2023

Nome completo:

Sérgio Nogueira de Carvalho Filho

Idade: 20

Signo: Capricórnio

Cidade onde nasceu e cresceu:

Ituiutaba - MG

Tem médicos na família? Quem?

Sim, meu primo, Leandro!

Cor favorita: Azul

Prato favorito: Japa

Seus hobbies: Meus hobbies são correr e pedalar!

sérgio

filho, o bendito fruto entre as mulheres



POR QUE ESCOLHEU A MEDICINA?

Escolhi definitivamente a medicina no 3º ano do ensino médio, antes disso pensei em vários cursos, mas no fim sempre voltava para medicina, por acreditar que com ela eu conseguiria ajudar diretamente a vida das pessoas e de forma simultânea ser reconhecido por isso, sendo assim, tenho motivação para continuar atuando.

O que você mais tem gostado na faculdade o que te desapontou de alguma forma:

Até o momento o que eu mais tenho gostado são das matérias práticas, as quais estão presentes desde o primeiro período e nos permitem muita experiência e autonomia, sempre ao lado de professores incríveis que nos agregam não apenas na vida profissional, mas também pessoal! O método PBL me desapontou inicialmente, pois a adaptação foi um pouco complicada,

porém, após um certo tempo consegui me encontrar e percebi que ele nos proporciona maior aprendizado, juntamente ao desenvolvimento de habilidades para lidar com diversas situações.

O QUE ACHOU DA MATÉRIA DE GO?

Considero a matéria de GO muito importante e necessária para a carreira de um médico, logo foi válido todo o aprendizado e a experiência construída. Ademais, o conteúdo transmitido de forma dinâmica e descontraída, permitiu maior fixação do conteúdo e um semestre mais calmo em meio a muitas informações!

Já escolheu sua especialidade? Se sim, quando aconteceu? Como foi essa escolha?

Ainda não escolhi qual especialidade seguir, penso em ortopedia ou anestesiologia, mas tudo pode mudar!

QUAL CONSELHO VOCÊ DARIA PARA SEUS COLEGAS DA T9 QUE FARÃO GO NO PRÓXIMO SEMESTRE?

Fácil, assistam os vídeos antes das aulas, respondam às questões da REVISTA e revisem o conteúdo! Procurem sempre absorver o máximo de conteúdo possível, aproveitar as aulas e realmente apreender, pois é muito útil!



@SERGIONCFILHO

Assistam os vídeos antes das aulas, respondam às questões da revista e revisem o conteúdo!





Nome completo: Vitória
Gomes de Freitas

Idade: 21

Signo: Capricórnio

**Cidade onde nasceu e
cresceu:** Palmeiras de Goiás -
GO

Tem médicos na família?
Não

Cor favorita: Verde

Prato favorito: Carpaccio de
peixe branco

Seus hobbies: Ouvir música
dos anos 30 (The Ink Spots e
afins), pescar, assistir filmes
repetidos e praticar
exercícios.

VITÓRIA

@IFREITAS.V

Por que escolheu a medicina:

Escolhi a medicina quando vi uma pessoa muito próxima a mim sofrer devido à uma condição genética pouco conhecida, curável, de fácil resolução, mas pouco estudada. A dificuldade de manejo, bem como a falta de interesse e técnica demonstradas pelos médicos diante dessa condição me gerou indignação e desejo de exercer essa profissão.

O que você mais tem gostado na faculdade o que te desapontou de alguma forma:

O que eu mais tenho gostado é de, cada dia mais, ter a certeza de que fiz a escolha certa. Não que o curso seja fácil ou que seja apenas aquele conteúdo maravilhoso que mostramos no instagram, pelo contrário! Quanto mais o tempo passa, mais ele tem se mostrado desafiador. Porém, existe muita beleza pelo caminho e, principalmente, uma gratidão imensurável quando percebemos a nossa evolução.

Quanto aos meus desapontamentos, eles são mais ligados às pessoas do que ao curso em si. Acredito que, pela competitividade do meio, as pessoas tendem a se tornar ruins umas para as outras e isso me desaponta porque "ninguém é melhor médico do que é como pessoa".

Peguei essa frase para mim e não soltei mais, ela deveria ser estampada nas paredes de todas as salas de aula e corredores para que as pessoas não se esqueçam dela e de seu significado.

“Estudem porque a matéria é incrível, porém não é fácil”



O que achou da matéria de GO:

Já escolheu sua especialidade? Se sim, quando aconteceu? Como foi essa escolha?

Aos 10 anos, quando eu escolhi fazer medicina, eu não fazia ideia de qual especialidade seguir, porém, quando eu ingressei na facul, tinha duas especialidades em mente: Cirurgia Plástica e GO.

Logo no começo, me desencantei pela plástica (achei chatinha), tive uns flertes com a hebiatria, mas foi só durante o 4º período que tive a confirmação de que o meu futuro é na GO.

Sério, cada coisinha que eu aprendia e entendia sobre a matéria fazia meu coração se encher de felicidade, uma felicidade que eu não consigo descrever.. Foi como se eu estivesse encontrado o lugar que sempre foi destinado à ser meu!

Sei que vi só uma pontinha do universo que é essa especialidade e que ainda existem muitas outras que irei conhecer, mas não consigo deixar de pensar que a GO é, e vai continuar sendo, o meu “amor à primeira vista”

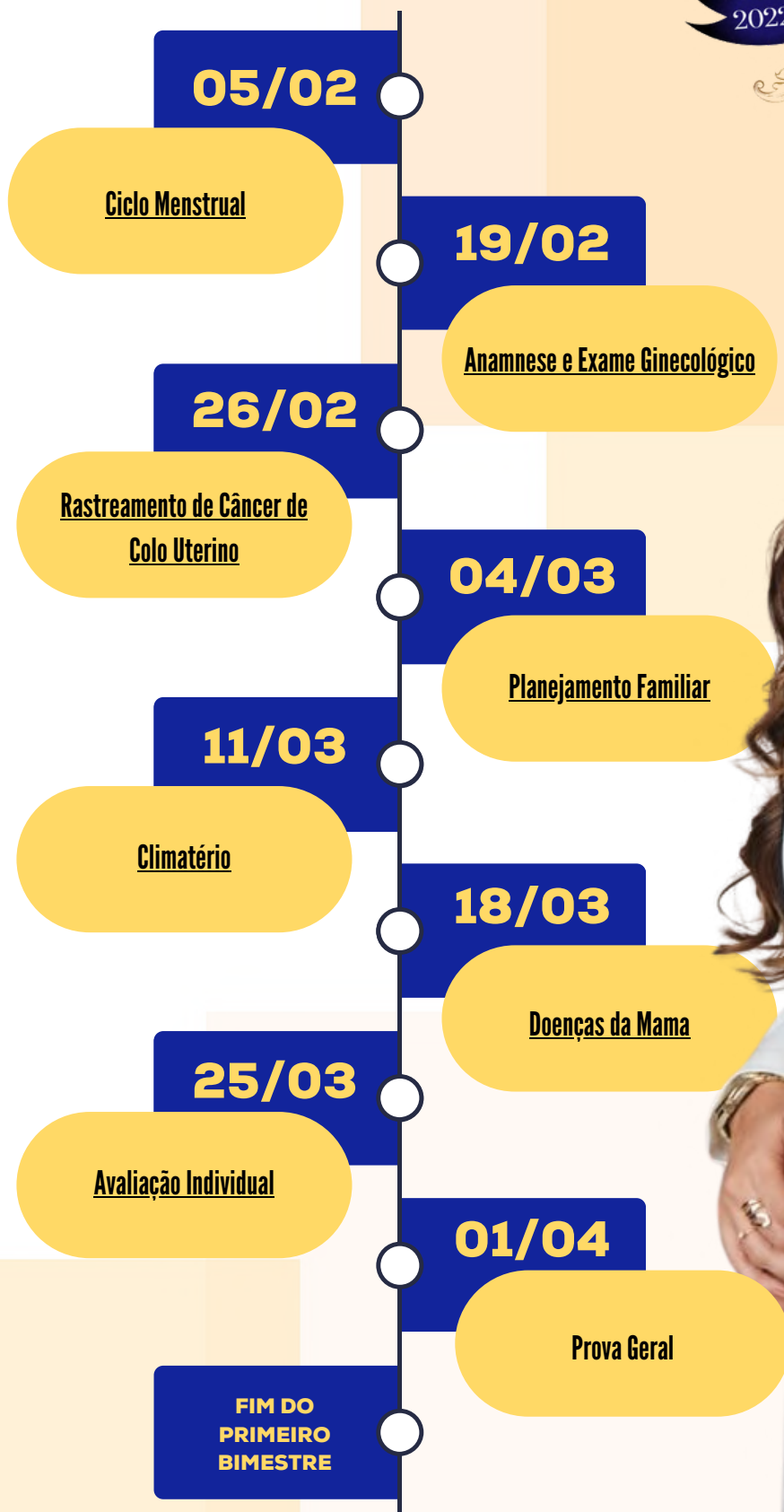
Qual conselho você daria para seus colegas da T9 que farão GO no próximo semestre?

Aconselho que estudem porque a matéria é incrível, porém não é fácil.

As professoras nos dão todos os recursos necessários para que se tenha um excelente aproveitamento e absorção do conteúdo, então não desperdicem essa oportunidade.

CRONOGRAMA

PRIMEIRO BIMESTRE - GINECOLOGIA



CRONOGRAMA

SEGUNDO BIMESTRE - OBSTETRÍCIA



08/04

Anamnese e Exame Obstétrico

15/04

Alterações Fisiológicas da Gravidez

29/04

Assistência Pré-natal

06/05

Abortamento

13/05

Evolução Clínica do Parto

20/05

Partograma

27/05

Puerpério Fisiológico e Patológico

03/06

Avaliação Individual

10/06

Prova Geral



Bem vindos de volta



Como no Clássico do Culture Club,
I know you missed me blind!

Querida T6, minha primeira turma do reencontro. Estou muito feliz em poder dar continuidade no trabalho que fizemos há um ano, mesmo estando sem minha gêmea Sarah. Acredito que vocês a reencontrarão no internato, mas até lá terão que se contentar apenas comigo. Teremos encontros quinzenais com cada subturma. Para que haja um aproveitamento adequado, vocês devem estudar a matéria previamente usando este material como um roteiro.



ÚTEROS MAGAZINE

Julianna Rizzo
Editora chefe

Sei que as Atividades Preparatórias não são novidades para vocês, porém a forma de discuti-las este semestre será diferente. Nos semestres anteriores estávamos usando os primeiros 30 minutos de cada aula teórica para responder individualmente um questionário sobre os temas. Os outros 30 minutos eram usados para responder este mesmo questionário, só que em grupos, usando a metodologia TBL (Team Based Learning). Os últimos 40 minutos eram destinados a discussão sobre o tema. Infelizmente não fui capaz de evitar as fraudes e compartilhamentos das provas, o que fez com que muitos alunos se sentissem injustiçados. Desta vez pretendo usar provas novas e diferentes entre as subturmas, mas não ficaremos presos apenas à esta metodologia. Como já passamos um semestre juntos, acredito ser capaz de avaliá-los durante às discussões que irei propor (os critérios de avaliação e o checklist serão apresentados a vocês previamente). Em nossa primeira semana juntos não haverá ambulatório. Aproveitando a turma toda junta, faremos um TBL sobre nosso primeiro tema, sangramento uterino anormal que valerá um ponto (mais detalhes em "Composição da nota"). A superioridade das metodologias ativas no ensino já está mais do que consolidada. Porém isso não anula a importância da boa e velha aula expositiva, principalmente na introdução de um tema novo. As videoaulas devem ser assistidas após a tentativa de responder as questões propostas.



DENTRO DO ARQUIVO PRETO SANFONADO ESTÃO TODAS AS FICHAS DA GINECOLOGIA.

As fichas de atendimento ginecológico do ambulatório têm um cabeçalho padronizado que segue uma sequência pré-estabelecida de perguntas direcionadas, as quais vocês aprenderam no quarto período. Porém para lembrá-los deixo o roteiro de interrogatório e o modelo do cabeçalho na próxima página.



Sugestão de Roteiro para Anamnese Ginecológica

1. Casada ou Solteira?
2. Tem Filhos? (Se sim, paridade - Quantos? Ficou grávida só estas X vezes? Seus partos foram normais ou cesarianos? Se não - É a deixa para perguntar sobre a atividade sexual: Mas você tem vida sexual ativa?)
3. A senhora menstrua? (Se sim - DUM? A menstruação vem mais ou menos na mesma época? Dura quantos dias? Se não - Menopausa? Usa algum tipo de TRH?)
4. A senhora evita filhos de alguma maneira? (Interrogar sobre a satisfação em relação ao método contraceptivo)
5. A senhora tem alguma doença que tem que tomar remédio todos os dias?
6. Fuma?

7. Tem alergia a algum remédio? Alguma coisa que eu não possa te prescrever?

8. A senhora tem alguma parente próxima que já tenha tido câncer de mama ou ovário? (Se sim - Quem? Antes dos 50 anos? Ajustar rastreamento) Algum parente próximo já teve câncer de intestino? (Quem? Ajustar rastreamento)

Exemplo de cabeçalho a ser repetido no ambulatório

Fulana de Tal,
34 anos, Casada
G3P3c

DUM: 30/01 - ciclos regulares - 3d/d

Em uso de Alestra 20 - Bem adaptada

Nega comorbidades - Tabagismo - Alergias medicamentosas

Nega história familiar de ca de mama, ovário ou cólon



Composição da nota



Carga horária Total da disciplina: 36h

Cada encontro teórico (TBL ou Discussão): 3h/aula. Serão 7 encontros deste tipo totalizando 21h/aula. Cada ambulatório equivale a 2h/aula. Serão 7 ambulatórios para cada turma totalizando 14h/aula de atividades práticas. A 1h/aula restante será gasta com o feedback após as avaliações bimestrais.

N1: Prova bimestral: 6,0 pontos + Nota dos desempenhos nos 3 ambulatórios e discussões valendo 1,0 ponto cada + Nota obtidas no TBL do dia 07/02/24 (1,0) = 10,0

N2: Prova bimestral 6,0 pontos + Nota das presenças nos 4 ambulatórios e discussões valendo 1,0 ponto cada = 10,0

OBS.: O aluno que não tiver nenhuma falta no final do semestre terá um acréscimo de 0,5 ponto na N2.

Fiquem atentos às faltas.

Não há reposição para atividades práticas perdidas.

Bom semestre a todos!



@KAREN_MEDEIROS21

DESTAQUE DA T5 KAREN MEDEIROS RIBEIRO

Saiba mais sobre esta aluna que brilhou e vai deixar muitas saudades

Idade: 23

Signo: Virgem

Cidade onde nasceu e cresceu:
Porangatu-GO

Tem médicos na família? Não

Cor favorita: roxo e preto

Prato favorito: estrogonofe de frango

Seus hobbies: gosto de lutar (faço krav magá), jogar vôlei, assistir séries e filmes, também gosto de sair e conhecer lugares novos.

Por que escolheu a medicina? Sempre foi minha primeira opção. Gosto de ajudar as pessoas que precisam, e me vejo realizada ao pensar que posso ajudar as pessoas a curar suas doenças ou qualquer problema de saúde e obter melhor qualidade de vida.

Vejo a medicina como uma profissão gratificante.

O que você mais tem gostado na faculdade: Gosto da prática mesmo de medicina, como ir nos ambulatórios, aprender coisas novas e interessantes, de colocar a "mão na massa", de realizar projetos de extensão. Gosto muito das aulas práticas de habilidades cirúrgicas. Gostei de ter passado por psiquiatria, abriu minha mente para novas possibilidades. Além das minhas amizades na faculdade (Vitória, Yagha, Isadora, Fernanda Ramos e Millena), que estiveram do meu lado e me ajudaram bastante em várias coisas (em especial a Vitória).

A futura cirurgiã mostrando mais uma vez que o bom desempenho na GO não depende da afinidade e sim do comprometimento.



“Minhas amigas me ajudaram bastante em várias coisas, em especial a Vitória”

O QUE TE DESAPONTOU DE ALGUMA FORMA?

Acredito que alguns professores me desestimularam em aprender aquela especialidade, pelo fato de serem arrogantes ou mesmo não terem interesse em ensinar aquilo aos alunos, então acho que desapontou bastante. De um modo geral, os estresses que a própria faculdade proporciona. Além de colegas de turma, que com o passar do tempo vemos quem realmente são (não vou citar nomes).

O QUE ACHOU DA MATÉRIA (GÍNECO/OBSTETRICIA)?

Por incrível que pareça eu gostei bastante, não mais que cirurgia kkk mas gostei. Porém tem muito conteúdo para aprender em pouco tempo. Gostei do ambulatório de GO também, sempre um caso diferente e bom para entender a teoria.

Nota da redação: A T6 será a primeira turma de carga horária modificada e não terá todo o conteúdo condensado no sétimo período, como as turmas anteriores.

Já escolheu sua especialidade? Se sim, quando aconteceu?

Como foi essa escolha? Sim já escolhi, pretendo fazer cirurgia geral e talvez uma subespecialização em cirurgia vascular. Sempre tive interesse em fazer procedimentos e atender emergências ao invés de ficar em consultório somente, e com o passar do tempo na faculdade junto com os ambulatórios e aulas de habilidades cirúrgicas, realmente tive mais afeição ainda em cirurgia.

QUAL CONSELHO VOCÊ DARIA PARA SEUS COLEGAS DA T6 QUE FARÃO GO NO PRÓXIMO SEMESTRE?

Eu aconselho que vejam todas as aulas, e revejam se for necessário, façam as atividade de TBL sem colas por favor kkk, somente com seu aprendizado. E se tiverem qualquer dúvida pergunte para Julianna, é uma professora maravilhosa e sempre está a disposição dos alunos. Interajam com ela nos stories, ela adora kkk. Sei que são muitos conteúdos de uma vez só, mas tentem absorver pelo menos um pouco de cada, o essencial para serem ótimos clínicos gerais.





cronograma 2024

T6 med fimes

HM - GO

07/02	<u>Sangramento Uterino Anormal para Turma A e B</u>
22/02	<u>Amenorreias para turma B</u>
28/02	<u>Amenorreias para turma A</u>
06/03	<u>Incontinência Urinária e POP para turma B</u>
13/03	<u>Incontinência Urinária e POP para turma A</u>
20/03	<u>Infertilidade e Endometriose para turma B</u>
27/03	<u>Infertilidade e Endometriose para turma A</u>
03/04	PROVA
06/04	FIM DO PRIMEIRO BIMESTRE
10/04	<u>Pré-Eclâmpsia para turma B</u>
17/04	<u>Pré-Eclâmpsia para turma A</u>
24/04	Hemorragias da Gravidez para turma B
08/05	Hemorragias da Gravidez para turma A
15/05	<u>ISTs e vulvovaginites para turma B</u>
22/05	<u>ISTs e vulvovaginites para turma A</u>
29/05	<u>Prematuridade e pós datismo para turma B</u>
05/06	<u>Prematuridade e pós datismo para turma A</u>
12/06	PROVA
15/06	FIM DO SEMESTRE

O CICLO MENSTRUAL



P

or mais contraditório que pareça, o objetivo do ciclo menstrual é criar um ambiente ideal para uma gravidez.

Ele envolve um conjunto de alterações no sistema reprodutivo feminino e sua regência depende de um fino controle neural e endócrino que envolve o sistema hipotálamo-hipofisário, a atividade ovarina e uterina. Mais da metade das consultas ao ginecologista são motivadas por distúrbios do ciclo que cursam com sangramento uterino anormal (SUA) e/ou amenorreia.

Boa parte da origem do SUA vem de causas estruturais, mas muitas delas resultam apenas do não funcionamento fisiológico do ciclo, assim como a amenorreia. Compreender plenamente as etapas do ciclo é fundamental para que o raciocínio lógico do bom médico generalista o conduza ao diagnóstico correto, fazendo dele, mesmo não especialista, capaz de resolver a maioria dos casos que seriam encaminhados ao ginecologista

OBJETIVO PRINCIPAL

Entender as fases do ciclo menstrual, seu controle neuroendócrino e as ações sistêmicas dos esteroides sexuais.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Compreender como o mal funcionamento de qualquer compartimento pode se manifestar com sangramentos irregulares ou ausência de sangramento. Identificar as anomalias do ciclo (incluindo os limites da regularidade, conceitos de amenorreia primária e secundária, menarca e menopausa); correlacionar o desenvolvimento folicular e a esteroidogênese; promover a identificação e tratamento de sangramentos disfuncionais,

O CICLO MENSTRUAL



Atividades Preparatórias

1. Quais os principais hormônios produzidos pelo hipotálamo e quais suas funções?

2. Como se subdivide a hipófise e quais hormônios são produzidos por ela?

3. Sabemos que a liberação do FSH e LH são comandadas por um único hormônio, o GnRH. Como se dá esta regulação, visto que um único hormônio hipotalâmico deve obter dois produtos diferentes da hipófise anterior?

4. Na prática clínica, medicações conhecidas como análogos do GnRH são amplamente utilizados no tratamento de patologias que se baseiam no bloqueio das gonadotrofinas, como a puberdade precoce ou outras doenças estrogênio-dependentes, como a endometriose e alguns tipos de cânceres. Explique como a administração de drogas análogas ao hormônio LIBERADOR de gonadotrofinas pode ter esta ação.

5. Sabe-se que desde a vida fetal as mulheres já apresentam perdas substanciais em sua reserva folicular. Estima-se que ao nascimento a reserva seja de aproximadamente um milhão de folículos,

porém apenas 300 mil chegarão viáveis ao início do menacme. Cite os estágios de desenvolvimento folicular durante o processo de maturação e ovulação.

6. Defina e explique a teoria das duas células, duas gonadotrofinas.

7. Qual a principal gonadotrofina e o principal esteroide sexual da primeira metade do ciclo menstrual? Como estes se relacionam?

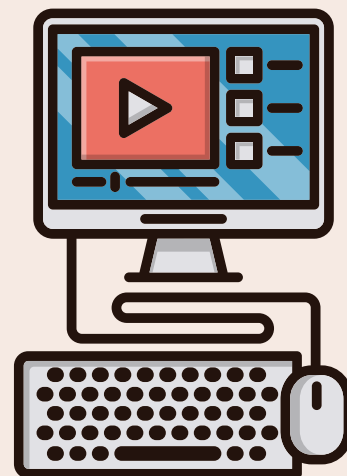
8. Qual a principal gonadotrofina e o principal esteroide sexual da segunda metade do ciclo menstrual? Como se relacionam?

9. Sabemos que os esteroides sexuais produzem alterações endometriais características a cada fase do ciclo. Cite quais são estas fases do ciclo uterino e quais suas características principais.

10. Alterações do humor como vistas no transtorno disfórico pré-menstrual ou durante a utilização de métodos contraceptivos hormonais se justificam pela ação dos esteroides sexuais no SNC. Discorra sobre os principais efeitos do estrogênio e da progesterona.

O CICLO MENSTRUAL

clique a assista

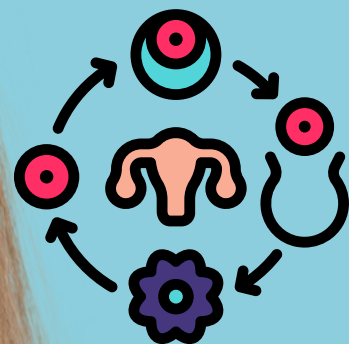


TESTE

SEUS CONHECIMENTOS AGORA

RESPONDA
QUESTÕES DE
RESIDÊNCIA MÉDICA
SOBRE ESTE TEMA

[Clicando Aqui](#)



MULHER DE FASES

Conhece esse rock dos Raimundos, de 1999? Repare que a letra da música é sobre as fases do ciclo menstrual de uma mulher

TENSÃO PRÉ MENSTRUAL POR DOLLY PARTON

A rainha da country music fala sobre sua canção "PMS Blues": é um problema universal



Sangramento

UTERINO

ANORMAL



Sangramentos uterinos anormais (SUA) figuram com destaque entre as principais causas de consulta ao ginecologista. Tem grande importância pela sua frequência e por afetar negativamente aspectos físicos, emocionais, sexuais e profissionais, piorando a qualidade de vida das mulheres. Possuem as mais variadas etiologias que vão desde irregularidades hormonais fisiológicas até doenças malignas.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer a classificação de todas as possíveis etiologias do SUA e suas principais manifestações clínicas.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Identificar os dados da anamnese ginecológica que apontam para a etiologia mais provável do sangramento; conhecer a propedêutica no SUA; reconhecer a manifestação clínica mais comum de cada uma destas principais etiologias e como se apresentam em exames de imagem; saber instituir o tratamento correto a cada uma delas.



Sangramento UTERINO ANORMAL

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propõe uma classificação em que as origens do SUA são divididas entre causas estruturais e não estruturais. É conhecida pelo acrônimo formado pelas iniciais das 9 etiologias consideradas. Qual é esta classificação e quais são estas etiologias?

2. Outra classificação que também obedece as etiologias dos sangramentos apenas os segrega entre Sangramentos Uterinos Anormais e Sangramentos Uterinos Disfuncionais (SUD). Defina estes conceitos.

3. Os SUA de causas ovulatórias por anovulação são típicos dos extremos de vida. De todas as mulheres com este tipo de sangramento, 50% são mulheres climatéricas e 20% adolescentes.

Ainda assim, existem outras causas de SUA ovulatórias que devem ser lembradas. Quais são elas?

4. As mulheres no início e fim da vida reprodutiva tem em comum vários ciclos anovulatórios, porém por motivos diferentes. Explique como cada uma delas pode evoluir para SUA.

5. Levando em consideração a faixa etária mais acometida, clínica, propedêutica e tratamento, discorra brevemente sobre:

a) Pólipos Endometriais

b) Adeniose

c) Leiomiomas uterinos

6. Cite as opções terapêuticas para SUA por anovulação.

CLIQUE E ASSISTA



TESTE

CLIQUE E CONFIRA



AS QUESTÕES DE
RESIDÊNCIA SOBRE

Sangramento
UTERINO

ANORMAL



A ANAMNESE E O EXAME GINECOLÓGICO



Em qualquer área da medicina a anamnese é uma entrevista que o médico conduz a fim de obter do paciente dados relevantes para o entendimento da enfermidade e elaboração de hipóteses diagnósticas plausíveis e mais prováveis. O Professor Celmo Celeno Porto já disse, em seu livro *Semiologia Médica*: “A anamnese ainda é, na maioria dos pacientes, o fator isolado mais importante para se chegar a um diagnóstico e o tempo reservado a ela distingue o médico competente do incompetente. O último tende a transferir para os instrumentos e para o laboratório esta responsabilidade”.

Portanto esta é a aula mais importante que teremos juntos. A única que vocês usarão em todos os atendimentos. A dificuldade que nos encontra aqui reside no ainda pequeno repertório diagnóstico que o aluno possui nesta etapa inicial da graduação. Citando Celmo mais uma vez: “Só se acha o que se procura e só se procura o que se conhece”.



Não é aleatório que este tema venha a seguir do funcionamento do ciclo menstrual, já que boa parte dos problemas que as pacientes trarão até nós vem do mal funcionamento dele. Até o fim deste semestre nosso arsenal será um pouco maior e até o fim da graduação os mais de 20 temas principais da ginecologia e obstetrícia serão bem explorados. Até lá nos dedicaremos a reconhecer e aplicar as particularidades da anamnese ginecológica.

A relação médico-paciente na ginecologia e obstetrícia tende a ter um lado mais emocional do que em outras especialidades. O GO não é um médico requisitado apenas em momentos de enfermidade; esta é uma especialidade que lida muito com medicina preventiva nas mais variadas fases da vida das mulheres. As queixas das pacientes quase sempre envolvem sua intimidade e a construção de um ambiente acolhedor (e sempre que possível, afetuoso) é fundamental para que haja confiança e para que a paciente relate sem pudor suas aflições. A anamnese ginecológica reflete isso: sua abordagem não é rígida e as perguntas de foro íntimo devem ser feitas à medida que a paciente vai se sentindo confortável em responde-las. É comum o estudante ter um roteiro fixo de perguntas a serem feitas durante a entrevista, porém esta rigidez pode ser prejudicial na ginecologia. Os elementos que compõe a anamnese ginecológica são



exatamente os mesmos (1. Identificação; 2. Queixa Principal; 3. História da Doença atual; 4. Doenças preexistentes e medicações em uso; 5. Interrogatório Sintomatológico; 6. Hábitos de vida e condições socioeconômicas) porém a ordem de obtenção destes dados facilita - ou dificulta - muito a construção de uma boa hipótese diagnóstica e conduta.

Objetivos Principais: Conhecer as particularidades da anamnese e do exame físico na ginecologia e treinar a coleta de dados fundamentais na anamnese. Avaliar a capacidade do aluno de construir uma anamnese registrando os dados em seus componentes adequados.


Objetivos Secundários: Treinar métodos efetivos de abordagem a assuntos delicados; conhecer os padrões de normalidade no exame ginecológico em cada fase da vida (pré-púbere, puberdade, menacme e climatério); compreender o desenvolvimento sexual secundário normal e suas variações, dominar conceitos de sexarca, sinusorragia, dispareunia e termos que se referem a irregularidade do ciclo (como polimenorreia, oligomenorreia, menorragia); conhecer a sequência do exame das mamas e ginecológico e suas principais alterações.

anexo 1

Ficha de consulta ginecológica padrão



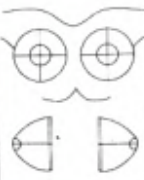



9812387



FICHA CLÍNICA DA MULHER

Consultório

Nome: _____		Nº de Registro: _____	
Endereço: _____			
Cidade: _____	UF: _____	CEP: _____	Telefone: _____
Profissão: _____	Idade: _____	Data: _____	
Cor: _____	Convênio: _____	Naturalidade: _____	
Queixa principal:			
Hist. da doença atual: _____		Menarca: _____ D.U.M.: _____	
_____		Ciclos posteriores: _____	
_____		Método anticoncepcional: _____	
Hist. patológica progressa (pessoal e familiar):			
cardiovasculares: _____		Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____	
endócrinas/metabólicas: _____		Parto normal: _____ Cesariana: _____	
osteoporose: _____		1º parto: _____ Ult. parto: _____	
alergia: _____		Aleitamento: _____	
viroses: _____		1º coito: _____ Nº parceiros: _____	
DST: _____		Coito anal: _____ Orgasmo: _____	
câncer: _____		Medicamentos em uso: _____	
cirurgia: _____		_____	
acidentes: _____		Tabagismo: _____ Etilismo: _____	
transusão: _____		Drogas: _____	
outros: _____		Obs.: _____	

Peso: _____	Altura: _____	P.A.: _____	ACV: _____	A.R.: _____	Membros inferiores: _____
MAMAS 	Inspeção estática: _____	EXAME ESPECULAR 	Vagina: _____		
	Inspeção dinâmica: _____		Colo: _____		
	Palpação: _____		Muco cervical: _____		
	Aréola e papila: _____		_____		
	Axilas: _____		_____		
VULVA e PERÍNEO 	Pilosidade: _____	TOQUE 	Vagina: _____		
	Lábios: _____		Colo: _____		
	Clitóris: _____		Útero: _____		
	Meato uretral: _____		Anexo D: _____		
	Gl. Bartholin: _____		Anexo E: _____		
	Hímen: _____		Reto: _____		
	Estática pélvica: _____		Paramétrios: _____		
Incontinência urinária: _____	_____				
Obs.: _____	_____				
Abdome: _____		_____			

Impressão diagnóstica: _____

Conduta: _____

EDIÇÃO 05
FEV DE 2024

Clique e assista



Teste

SE ARRISQUE NAS QUESTÕES DE RESIDÊNCIA MÉDICA

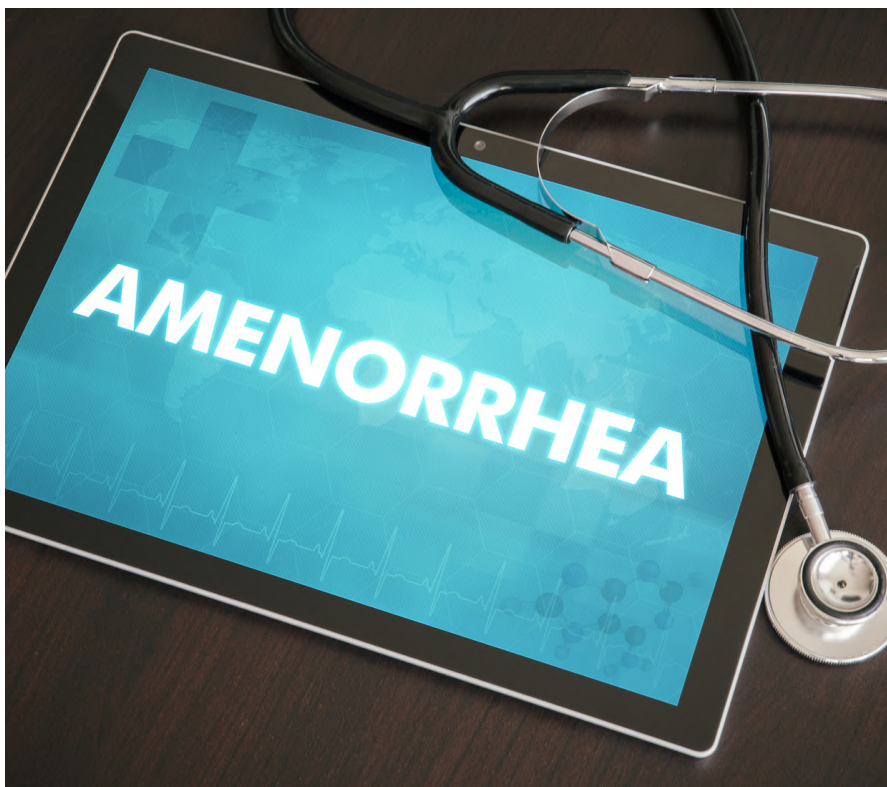
AS PRINCIPAIS QUESTÕES
SOBRE O TEMA QUE
ACABAMOS DE ESTUDAR
A UM CLIQUE DE VOCÊ



AMENORREIA

e suas principais causas

Como identificar as distintas etiologias que se manifestam através deste quadro clínico trivial



DEFINIÇÃO

Assim como os sangramentos uterinos anormais, a amenorreia é um sinal clínico do mal funcionamento do ciclo menstrual. Ela não é um diagnóstico, mas um sintoma que, quando patológico, indica uma anormalidade neuroendócrina, genética ou anatômica.

A maneira com que este sintoma se apresenta (se primária ou secundária, se decorrente ou não da insuficiência das gonadotrofinas, etc.) deve ser o ponto de partida na elaboração de uma hipótese diagnóstica plausível. Para nos auxiliar nesta busca, o conhecimento prévio das etiologias é mandatário: "só

se acha o que se procura e só se procura o que se conhece", já escreveu o excelentíssimo professor Celmo Celeno Porto.

OBJETIVO PRINCIPAL

Contemplar a amenorreia como manifestação comum à etiologias muito diferentes entre si e compreender o raciocínio que nos leva a diferenciá-las.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Diferenciar os conceitos de amenorreia primária e secundária; relembrar os marcos do desenvolvimento sexual secundário feminino; reconhecer os casos de hipogonadismo e classificá-los em hipo ou hipergonadotróficos; compartimentalizar o eixo neuroendócrino - gonadal - uterino e identificar nele o sítio defeituoso.



VOCÊ SABIA?

Existe uma teoria especulativa que relaciona a Rainha Elizabeth I da Inglaterra a uma síndrome genética que se manifesta com amenorreia primária pela ausência de aparelho reprodutor feminino? Saiba mais em

@jurizzogineco

AMENORREIA

Atividades Preparatórias

1. Defina os conceitos de amenorreia primária e secundária.

Na investigação etiológica da amenorreia primária o exame físico é crucial, pois a presença ou não de caracteres sexuais secundários nos guia sobre a origem do problema (extra gonadal ou gonadal). Diante disso:

2. Cite as principais causas de amenorreia primária sem o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

3. Cite as principais causas de amenorreia primária com o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

4. Você recebeu uma paciente de 17 anos, sem sexarca, acompanhada da mãe com queixa de amenorreia primária. Considere que o exame ginecológico adequado não foi possível por timidez extrema da paciente e alguma resistência da mãe. Diante deste caso, quais exames se fariam necessários para investigação diagnóstica?

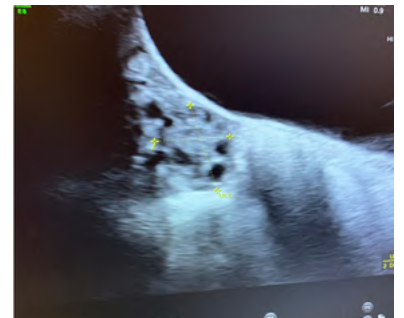
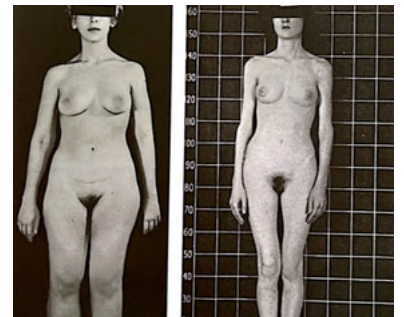
5. As principais causas de amenorreia secundária, por ordem alfabética, são: 1. Causas hipofisárias; 2. Causas hipotalâmicas; 3. Causas ovarianas; 4. Causas uterinas e 5. Outras causas. Enumere-as em ordem de incidência.

6. As causas de amenorreia secundária podem ser fortemente sugeridas pelos achados do exame físico. Aponte a principal hipótese diagnóstica para cada uma das pacientes a seguir que se queixam de amenorreia:

- A) Paciente de 19 anos, G0, apresentando acne e hirsutismo;
- B) Paciente de 48 anos, G3P3n, apresentando atrofia genital;
- C) Paciente de 31 anos, G1P0, apresentando galactorréia;
- D) Paciente de 21 anos, G1P0A1, apresentando bócio e IMC de 39;
- E) Paciente de 24 anos, G0, IMC de 34 e medida da circunferência abdominal de 102cm.

7. Cite os principais exames que você solicitaria na investigação etiológica de amenorreia secundária em uma paciente jovem com exame físico normal.


GINECOLOGISTA
CRM GO 16073 RQE 9802
Editora Chefe



Síndromes genéticas raras representadas em A e B. Fenótipo da Síndrome de Morris, onde o cariótipo é XY. Mamas bem desenvolvidas e pilificação escassa, além de padrão eunucóide. Ultrassonografia abdominal evidenciando ovários com desenvolvimento folicular normal e ausência de útero na Síndrome de Rokitansky. Em C, o retrato da mulher diabética barbada descrita por Archard e Thiers em 1921, relacionando pela primeira vez a hiperinsulinemia e o hiperandrogenismo clínico.

Imagem ultrassonográfica gentilmente cedida pela dra. Nathália Batista. Fontes das demais ilustrações constam na bibliografia da aula

AMENORREIA

Clique e assista



Juliana Rizzo
GINECOLOGISTA
CRM GO 16073 RQE 9802
Editora Chefe



Figure 5. Subject 17 years of phenotypically female, with clinical suspicion of Morris syndrome.

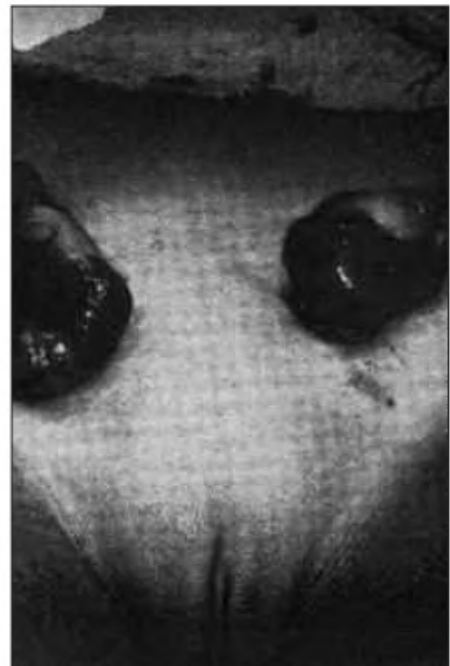


Figure 6. Bilateral incision in the groin with extraction and subsequent removal of the gonads (case 1).

Artigo disponível em
<http://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/843.pdf>

Amenorreias **TESTE**

\$ 5.99



CLIQUE AQUI

e teste seus conhecimentos sobre o tema com as
questões de residência

CLIMATÉRIO

Climatério é um termo derivado do grego significando “período de crise ou mudança” (Klimacton = “crise”). Impacta fortemente a vida das mulheres trazendo prejuízos de cognição, humor, libido, alterações vasomotoras e predispondo a comorbidades. O aumento da expectativa de vida da mulher brasileira demanda que o clínico domine o básico sobre a fisiopatologia e o tratamento dos sintomas, quando se faz necessário.



OBJETIVO PRINCIPAL

Compreender como a deficiência estrogênica origina os principais sinais e sintomas do climatério.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Ressaltar a importância da conversão periférica de estrogênios na pós-menopausa; capacitar para a identificação e tratamento da Síndrome Genituriária do Climatério; capacitar para o rastreamento e o combate à osteoporose e seus agravantes; capacitar para identificação e tratamento dos distúrbios do sono e humor; apontar os riscos e benefícios da terapia hormonal (TH); listar quais são suas principais indicações e contraindicações, esclarecer quais são os esquemas de TH e vias de administração disponíveis.

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. Conceitue e diferencie Climatério e Menopausa.
2. Cite a principal fonte de estrogênio da mulher menopausada.
3. Qual o principal sintoma do climatério e qual sua incidência estimada?
4. Cite os demais sintomas/queixas comuns relacionadas ao climatério.
5. Conceitue a Síndrome Geniturinária do Climatério (SGC).
6. A SGC tem como tratamento de eleição TRH tópica com estrogênios de baixa potência. Um deles pode ser feito até em pacientes com contra indicações absolutas para outros tipos de TRH, visto que não apresenta absorção sistêmica. A qual fármaco estamos nos referindo?
7. A osteoporose é conceituada como sendo uma doença caracterizada por deterioração micro arquitetural do tecido ósseo em níveis insuficientes para a função de sustentação, tendo como consequência elevado risco de fratura. Só no ano de 2018 ocorreram 42.653 internações de mulheres com 50 anos ou mais por fratura do fêmur, com taxa de letalidade de 4,8%. Sabendo que a osteoporose é uma comorbidade frequente na pós menopausa, explique o papel da deficiência de estrogênio em sua fisiopatologia.
8. Cite os efeitos do estrogênio no sistema cardiovascular.
9. Cite os efeitos do estrogênio no SNC e sua relação com a qualidade do sono.
10. Cite as principais indicações da terapia de reposição hormonal (TRH).
12. Cite as principais contra indicações da TRH.
13. Cite os diferentes tipos/esquemas de TRH.
14. Quais os fármacos de eleição no tratamento dos sintomas vasomotores para pacientes com contra indicação ou que não desejam TRH?
15. Julgue os eventos abaixo e o efeito da TRH sobre eles (fator de risco ou de proteção):
 - a) Incontinência urinária
 - b) Osteoporose
 - c) Câncer de mama
 - d) Trombose
 - e) Distúrbios do sono
 - f) Depressão
 - g) Alzheimer
 - h) Doenças cardiovasculares



with this hot flashes the water is boiling

CLIQUE

E ASSISTA!



12345678901234567890

VOL 5

QUESTÕES DE RESIDÊNCIA

TESTE



CLIQUE

AQUI

e teste os conhecimentos adquiridos sobre este tema



Rastreamento do câncer de colo

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima-se 17010 novos casos de câncer de colo uterino por ano para o triênio 2023 - 2025. O último dado sobre a mortalidade no Brasil é de 2019 pelo SIM – Sistema de Informação de Mortalidade - e registrou 6596 casos fatais. Este é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina (perdendo para o câncer de mama e colorretal) e a quarta causa de morte por mulheres por câncer no nosso país mesmo sendo um câncer passível de prevenção primária (vacina!) e secundária (através da identificação de lesões precursoras pelo exame de Papanicolaou).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2020, o câncer de colo tenha vitimado fatalmente 342 mil mulheres no mundo, a maioria em países de baixa renda.

A meta da OMS é de que esse tipo de câncer seja completamente eliminado, (o que pode acontecer!), segundo o plano da entidade, se for ampliada a vacinação de meninas contra o HPV e se 70% das mulheres do mundo se submeterem a exames de Papanicolaou regularmente



objetivo principal

Entender a importância do rastreamento do câncer de colo e como ele é feito no Brasil.

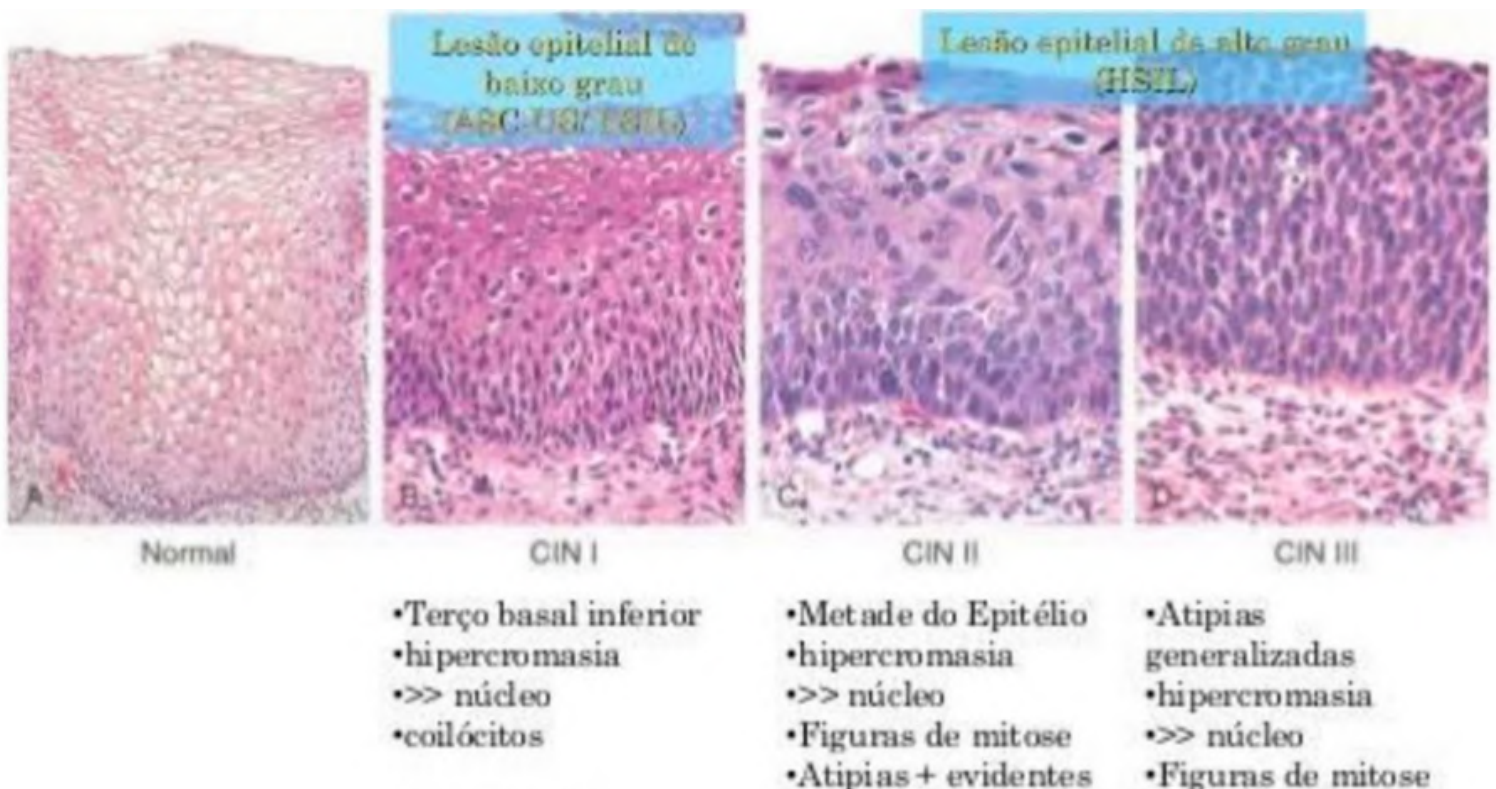
objetivos secundários

Conhecer superficialmente a inspiradora biografia do grande médico grego Georgios Papanicolaou e as dificuldades acadêmicas enfrentadas por ele na aceitação do exame que leva seu nome até hoje; saber

diferenciar exames citológicos de exames histológicos; entender o papel do vírus HPV na gênese do câncer cervical; conhecer as características histológicas das lesões precursoras do câncer cervical; dominar a realização do exame especular e o método para a coleta ideal do exame de Papanicolaou;

conhecer os possíveis resultados deste exame quando laudado de acordo com os critérios de Bethesda; conhecer a conduta correta diante de cada resultado alterado; aprender conceitos básicos sobre a colposcopia; dominar o calendário vacinal contra o HPV proposto pelo PNI e nas faixas etárias não cobertas por ele; conhecer os demais exames que também podem ser usados como rastreamento do câncer de colo (testes moleculares) e suas outras indicações.

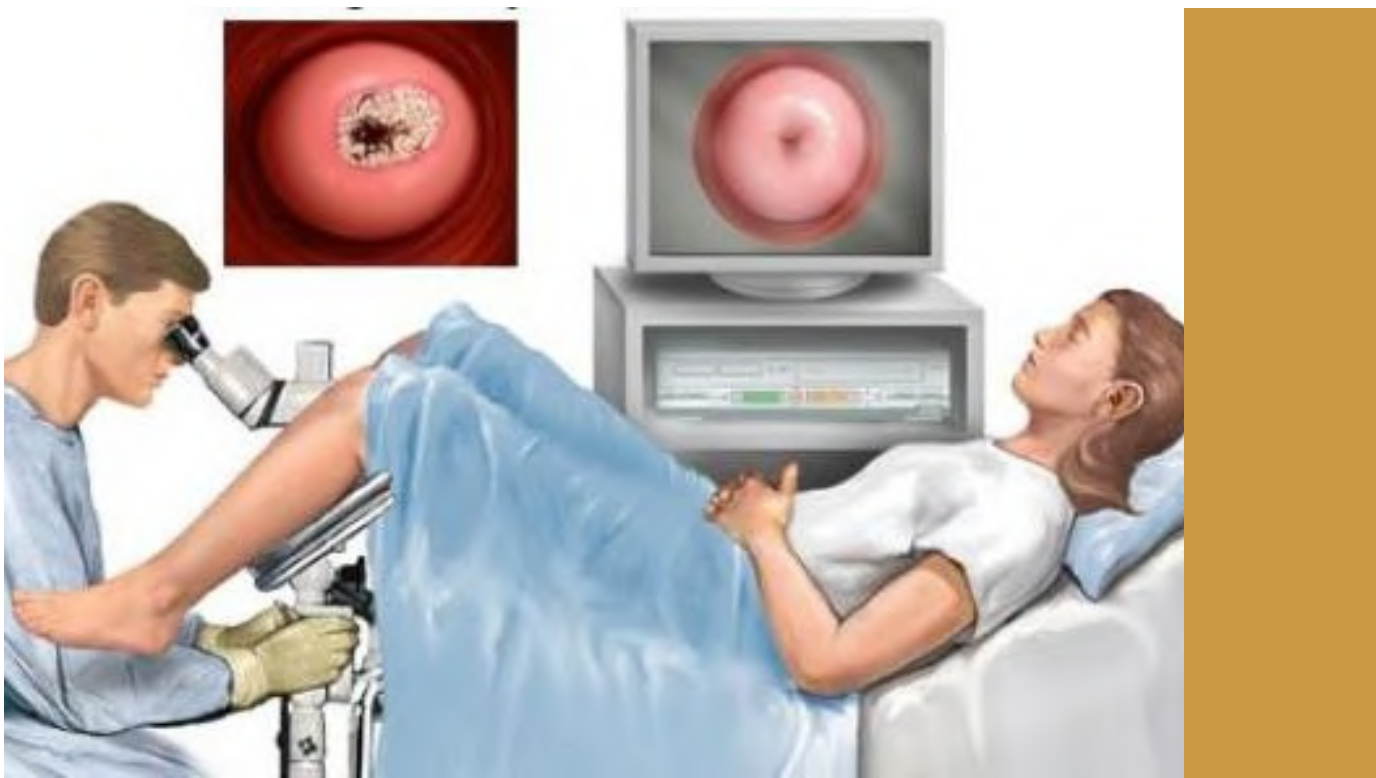
HISTOLOGIA





atividades preparatórias

1. Qual a faixa etária de mulheres a serem rastreadas para o câncer de colo hoje no Brasil de acordo com o MS?
2. Qual a periodicidade do exame?
3. Mulheres que ainda não iniciaram sua vida sexual devem ser submetidas ao rastreamento? Por que?
4. Mulheres que não têm mais o útero (histerectomizadas) devem ser submetidas ao rastreamento? Por que?
5. A vacinação contra o HPV oferecida hoje pelo PNI abrange quais faixas etárias? Quantas doses?
6. Homens e mulheres fora da faixa etária de cobertura pelo PNI podem se vacinar na rede particular em quais faixas etárias? Quantas doses?
7. A vacina contra o HPV mais comumente comercializada atualmente é a quadrivalente. Contra quais subtipos de HPV ela confere imunidade?
8. Qual a proteção estimada contra verrugas genitais e câncer cervical a vacina quadrivalente oferece?
9. Meninas vacinadas deverão se submeter ao rastreamento quando atingirem a idade? Por que?
10. Cite as principais diferenças entre os testes de rastreamento disponíveis hoje (exame de Papanicolaou e testes moleculares para HPV).



Colposcopia

SAIBA COMO O EXAME É FEITO

A colposcopia é um exame realizado pelo ginecologista indicado para avaliar a vulva, a vagina e o colo do útero de forma bem detalhada, buscando sinais que podem indicar inflamação ou presença de doenças, como HPV e câncer.

Com a definição do Papiloma Vírus Humano (HPV) como principal cofator para desenvolvimento do câncer de colo uterino, a Colposcopia adquiriu maior importância, considerando que é a única forma de visualização das lesões subclínicas do HPV e consequentemente, de avaliação da evolução dessas lesões, que podem chegar de pré-invasoras a invasoras.

Técnica do exame – Após a colocação do espéculo, de preferência descartável, realizamos a limpeza do excesso de secreção vaginal, com gaze e soro fisiológico. Aplicamos solução de ácido acético de 3 a 5% por cerca de 1-2 minutos (mais detalhes sobre a importância deste reagente em “Teste de Schiller”), seguida de uma observação minuciosa de fundos de saco e paredes vaginais e suas pregas com o auxílio da bolinha de algodão 5 embebida no ácido e depois segue-se o exame do colo uterino.





Fig. 1 - Colposcópio binocular, com mbor de 5 aumento

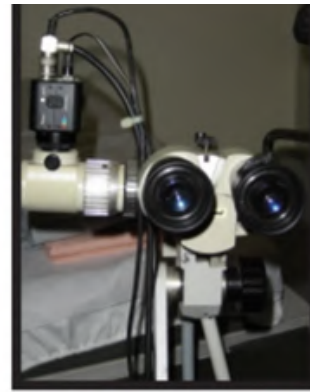


Fig. 2 Câmera digital acoplada



Fig. 3 - Captura de imagem digital sponível



Fig. 4 - Registro do exame em laudo com fotografias digitais

As duas finalidades principais de aplicar o ácido acético são, em primeiro lugar, fazer uma outra inspeção de toda a nova junção escamocolunar e, em segundo lugar, detectar e avaliar áreas atípicas ou anormais da zona de transformação.

A duração da ação do ácido acético é efêmera e a reaplicação do mesmo deve ser feita, constantemente, durante o exame. Dar atenção especial para identificação da junção escamo-

colunar (JEC), a zona de transformação (ZT) e epitélios escamoso e colunar. Após esta avaliação devemos utilizar a solução de Schiller no colo e vagina e identificar possíveis áreas iodo negativas. A retirada do excesso de solução é fundamental para maior conforto da paciente. Por último, realizamos a avaliação da vulva, períneo e ânus, sendo que o uso do ácido acético a 5% poderá facilitar a identificação de algumas áreas de atípicas.



Teste de Schiller



Walter Schiller - 1887 - 1960



O teste de Schiller é um teste que pode ser usado durante o exame ginecológico para auxiliar o médico a encontrar áreas com lesões suspeitas no colo do útero.

O teste de Schiller foi batizado em homenagem ao médico Walter Schiller, que ao redor de 1930 descreveu o método de pesquisar células cancerígenas no colo do útero através da coloração do mesmo com uma solução à base de iodo, chamada de solução de lugol ou solução de Schiller.

O teste de Schiller e o teste do ácido acético são feitos de forma a aumentar a nossa capacidade de identificar áreas com lesões do colo uterino, que muitas vezes podem parecer normais ao olho nu.

O teste é feito com uma zaragatoa, uma espécie de cotonete muito comprido. O ginecologista encharca a ponta da zaragatoa, que é revestida de algodão, com iodo (ou ácido acético) e “pinta” toda a região do colo do útero, como se usasse um pincel. Após um minuto de espera, o médico volta a visualizar o colo do útero para tentar identificar áreas que ficaram pouco coradas.

A lógica por trás do exame é a seguinte: as células normais do colo uterino e da vagina são ricas em glicogênio, uma grande molécula feita de várias pequenas moléculas de glicose. O iodo consegue impregnar os tecidos ricos em glicogênio, mantendo-os escuros (pintados)

ÁCIDO ACÉTICO



Área esbranquiçada

LUGOL



Área amarelada

Já as células cancerígenas ou pré-cancerígenas são pobres em glicogênio e, por isso, não se impregnam com o iodo, mantendo-se mais claras, geralmente amareladas, e facilmente distinguíveis do resto do tecido saudável, que permanece corado de marrom (cor do iodo). Chamamos de teste de Schiller positivo toda vez que houver alguma área amarelada do colo uterino, que não fica corada com o lugol, sugerindo a presença de células atípicas.

Por outro lado, o teste de Schiller negativo ocorre quando todo o cérvix uterino se cora de marrom, evidenciando a presença de tecido rico em glicogênio e, portanto, saudável, por toda a área pintada. Quando há áreas que não se coram, mas não ficam amareladas, em geral, consideramos que o teste é negativo.

O teste do ácido acético tem uma lógica semelhante, mas o mecanismo é diferente.

O ácido acético desidrata as células de forma heterogênea, sendo o seu efeito mais pronunciado nas células atípicas que nas células saudáveis.

O resultado final é uma coloração brancacenta em todo o tecido que for composto por células suspeitas.

Não há grandes diferenças de resultado entre ambos os testes. A coloração com o ácido acético deve ser o teste de escolha para as mulheres com história de alergia ao iodo.

A presença de manchas brancas no colo uterino após o uso do ácido acético ou a ausência de impregnação do iodo em certas áreas coradas com o lugol indicam a realização de biópsia do tecido, caso existam alterações visíveis da morfologia do tecido não corado. Um teste de Schiller positivo não indica necessariamente a existência de um câncer. Ele é apenas o primeiro passo no rastreio de tumores.

1 - Epitélio acetobranco plano



Fig. 16 - Lábio anterior e canal cervical



Fig. 17 - Lingueta em lábio



Fig. 18 - EAB em epitélio colunar



Fig. 19 - EAB em epitélio colunar

2 - Epitélio acetobranco denso *



Fig. 20 - EAB denso - NIC III

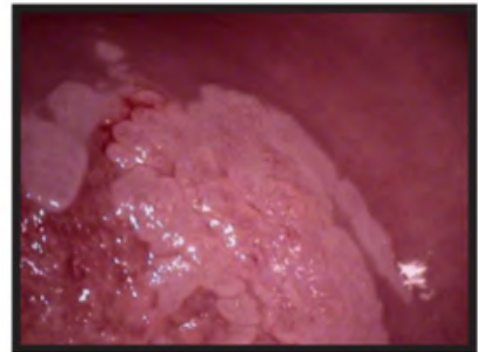


Fig. 21 - EAB denso em epitélio colunar - NIC III



Fig. 22 - EAB denso extenso - NIC II



Fig. 23 - EAB denso periorifical - NIC III

Iodo Parcialmente positivo

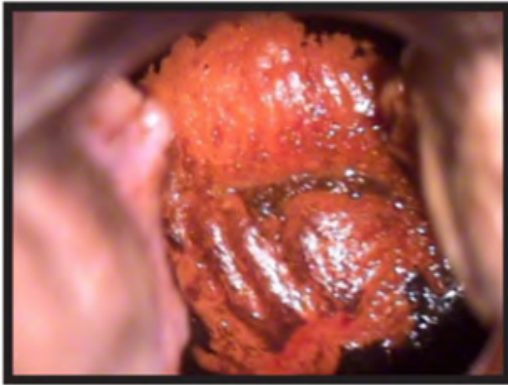


Fig. 40 - Captação parcial de iodo – NIC II



Fig. 41 - NIC I

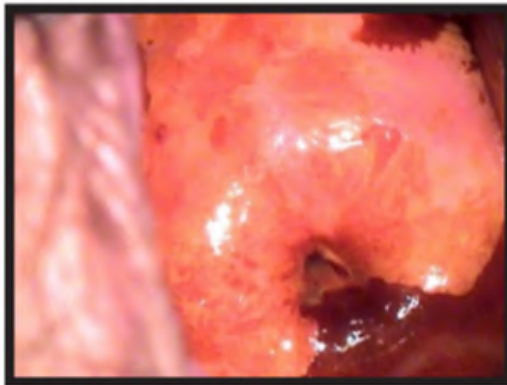


Fig. 42 - Iodo parcialmente positivo pós-cone

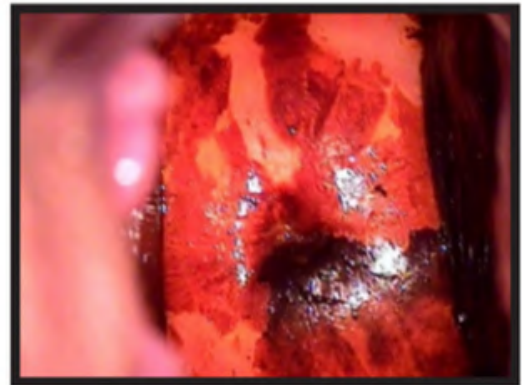


Fig. 43 - Mesmo colo anterior após 12 meses

Iodo Negativo *

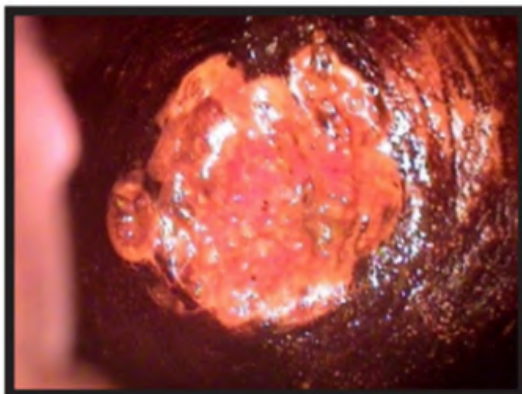


Fig. 44 - Iodo negativo no centro – NIC II



Fig. 45 - Iodo negativo franco – NIC III

Fontes:

FEBRASGO – Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia

MD.SAÚDE – Teste de Schiller – Rastreamento do Câncer Cervical

Resumo de condutas

Anexo 2

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

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

Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero/ Instituto Nacional de Câncer \José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2 ed. rev. Atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

____/____/____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação Pré-analítica

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros, especificar _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação _____
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos _____
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

- Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

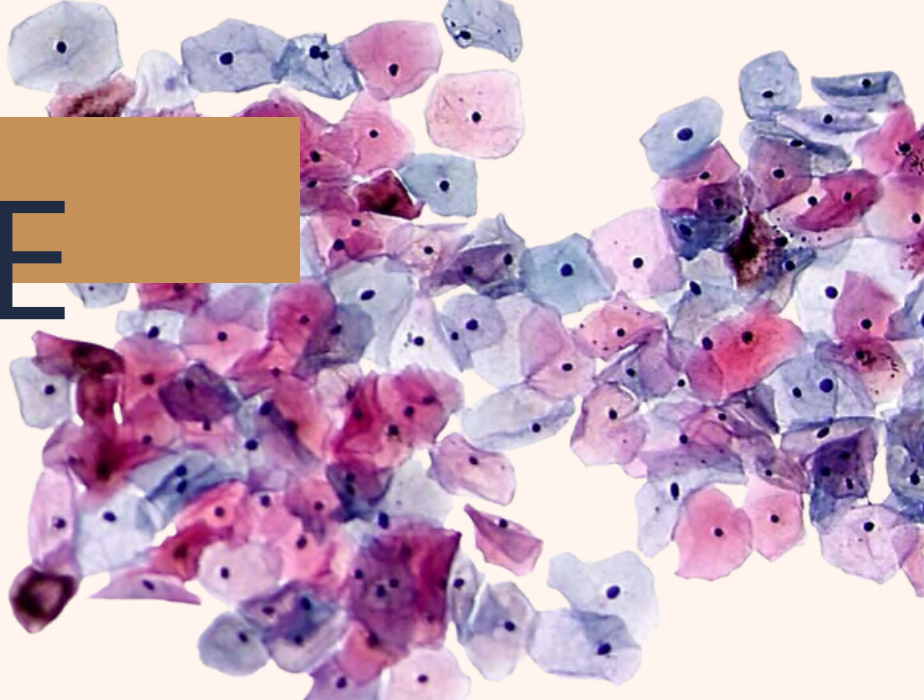
Data do Resultado*

____/____/____

CPF

____/____/____-____

CLIQUE



A composite image featuring a portrait of Dr. Papanicolaou on the left and a diagram of the female reproductive system on the right. The diagram is a stylized white outline of the uterus and fallopian tubes, set against a dark blue circular background. The text "Exame de Papanicolaou" is written in a blue, bold font, and "e o Rastreamento do Câncer do Colo Uterino 2023" is written in a smaller, black font below it. The background of the entire block is a light blue and green pattern of dots.

E ASSISTA



Teste

*seus conhecimentos sobre este tema com as questões de
residência que o abordaram*

CLICANDO AQUI

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Planejamento familiar é político. É revolucionário.

O papel social da mulher tem sido redefinido nas últimas 5 ou 6 décadas. As conquistas trazidas pelo movimento feminista permitiram que nós, antes fadadas apenas à parturição e ao desempenho de funções domésticas, conquistássemos o direito de pertencer à lugares antes exclusivamente masculinos: os ambientes acadêmicos, profissionais, políticos, etc. O dom da procriação e perpetuação da humanidade que até há pouco nos definia e limitava hoje é vista como uma habilidade que pode (ou não) fazer parte da história de nossas vidas. Como mulheres, para desempenharmos este papel com plenitude e escolhermos o momento certo de ter filhos (ou mesmo optar por não tê-los nunca) devemos conhecer bem os métodos contraceptivos disponíveis e suas principais características. Como médicos, devemos reconhecer o planejamento familiar como uma importante ferramenta para o desenvolvimento econômico e profilaxia para agravos à saúde materna advindos da morbimortalidade dos abortos provocados.

Estima-se que, a cada ano, **6 milhões de gestações não planejadas, 2,1 milhões de partos não planejados, 3,2 milhões de abortos e 5.600 mortes maternas seriam evitados pela orientação contraceptiva e acesso facilitado aos métodos eficazes.**

Os resultados provenientes da pesquisa “Nascer no Brasil” além de mostrar a elevada taxa de gestações não planejadas, evidenciou ainda que 25,5% das mulheres entrevistadas preferiam esperar mais tempo para engravidar e 29,9% delas não desejavam engravidar em nenhum momento da vida, atual ou futuro. Em 2020, nasceram 380 mil filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos no Brasil. O governo federal lançou em primeiro de fevereiro de 2022 o Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez de Adolescentes. Trata-se de um conjunto de ações para orientar a população brasileira sobre os riscos e as consequências de uma gestação na adolescência. Quatro ministérios serão responsáveis por monitorar e avaliar o andamento dos trabalhos: Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), Educação (MEC), Saúde, e Cidadania.

Entre os objetivos do plano estão “capacitar diferentes públicos (família, sociedade e Estado) para lidar com o tema da sexualidade, além de evitar o estímulo à erotização precoce de crianças e adolescentes”. **Não consta no plano pautas como educação sexual ou acesso à informações sobre métodos contraceptivos seguros.**

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer a eficácia e principais características dos métodos contraceptivos disponíveis hoje no Brasil.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Saber classificar os métodos como comportamentais, de barreira ou hormonais; saber distinguir os anovulatórios daqueles que preservam a ovulação; dominar os principais efeitos secundários e contraindicações de cada um.

ATIVIDADES PREPARATORIAS

1.A OMS categoriza os métodos contraceptivos de acordo com o índice de Pearl, que leva em consideração a taxa de falha de cada um destes métodos. Quais são os métodos que figuram na categoria dos “Muito Efetivos” e quais suas taxas de falha?

2. A Esterilização cirúrgica ainda é um método bastante utilizado no Brasil sendo o método de eleição para cerca de 25% das mulheres no menacme. A lei do planejamento familiar de 1996 foi modificada recentemente dando lugar à lei 14.443/2022 prevista para entrar em vigor em março deste ano. O que mudou em relação aos critérios para a realização da esterilização feminina?

3. Qual o principal motivo de arrependimento de esterilização?

O principal método contraceptivo adotado pelas brasileiras hoje é a pílula contraceptiva combinada. Existem diversas formulações no mercado que conferem características individuais a cada formulação. Porém devido a sua popularidade é dever do médico saber quais suas indicações, efeitos adversos e contraindicações. Sobre este método, responda:

4.Quais seus mecanismos de ação?

5.Quais os efeitos colaterais/secundários mais comuns?

6.Quais as contra indicações absolutas ao uso do método?

Hoje os contraceptivos reversíveis de longa duração - LARCs (do inglês long active reversible contraception) tem ganhado cada vez mais a simpatia das usuárias pela comodidade do uso e alta eficácia. Eles podem ser hormonais (como os SIUs de Levonorgestrel e o implante de etonogestrel) ou não hormonais como os DIUs de Cobre. Sobre estes métodos, responda:

7.O mecanismo de ação e índice de Pearl de cada um;

8. A durabilidade de cada um;

9. As principais vantagens e desvantagens de cada um (efeitos colaterais);

10. As contraindicações absolutas de cada um dos LARCs.

Sabemos que as relações sexuais desprotegidas são muito comuns, principalmente entre os jovens e adolescentes. O não uso regular de métodos contraceptivos faz com que a contracepção de emergência e o

coito interrompido sejam populares entre esta faixa etária. Sobre este método responda:

11. Qual a taxa de falha do coito interrompido e a pílula do dia seguinte?

12. Quais os métodos que podem ser utilizados como contracepção de emergência e quais suas taxas de falha?

13. Qual o único método listado pela OMS que também protege contra ISTs? Qual sua taxa de falha?

CLIQUE E ASSISTA





*I will not
be the
girl in
the box*

ANEXO 1

PLANEJAMENTO FAMILIAR

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

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

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

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

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.



PLANEJAMENTO FAMILIAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ESTERILIZADORA FEMININA

Este documento tem o objetivo de a paciente expressar sua concordância com a cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária), ciente dos cuidados e dos riscos envolvidos. Este documento somente deverá ser assinado se todas as dúvidas tiverem sido esclarecidas. A assinatura no presente documento representa o consentimento da paciente na realização da cirurgia e seu comprometimento em seguir as orientações médicas.

Eu, _____,
 nascida em _____, _____ (estado civil),
 portadora da Cédula de Identidade RG nº _____, inscrita no
 CPF/MF sob nº _____, residente na
 _____, Cidade
 _____, Estado _____, CEP
 _____, manifesto o desejo de ser submetida a cirurgia esterilizadora
 voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária) por minha livre e
 espontânea vontade, a ser realizada pelo(a) Dr(a)
 _____, CRM _____, com
 consultório à _____
 (endereço), telefone (____) _____, e sua equipe.

DECLARO ter sido informada que:

- a cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária) é um método anticoncepcional permanente e consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, que serão cortadas e/ou amarradas ou retiradas, impedindo a gravidez.
- existem diferentes técnicas para sua realização, como microlaparotomia (microcesárea), videolaparoscopia, pela vagina ou por um exame chamado histeroscopia, sendo que, em todas, será feito uso de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos são de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista.
- existem outras opções de métodos de contracepção reversíveis, como o DIU, implante, anticoncepcionais hormonais (via oral, injetáveis, adesivos, anel vaginal) além de métodos de barreira como o preservativo e o diafragma.
- há a opção de o meu companheiro realizar a vasectomia como método anticoncepcional definitivo.
- posso consultar uma equipe multidisciplinar para esclarecimento de minhas dúvidas e para desencorajar a esterilização precoce.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

- embora seja um dos métodos mais efetivos para evitar gravidez, existe um percentual de falha de 2%¹, que independe do paciente ou do médico.
 - apesar de possível, a reversão desta cirurgia (reconexão das trompas) é difícil, com poucas chances de sucesso e nem sempre tem cobertura garantida pelos planos de saúde.
 - os riscos mais comuns dessa cirurgia são dor, infecção, sangramentos, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, seromas, trombozes, sendo excepcional a ocorrência óbito.
 - essa cirurgia pode resultar em cicatriz associada ou não a quelóide (cicatriz alta em forma de cordão), que independem da habilidade médica e que ocorrem devido a características pessoais.
 - os possíveis efeitos colaterais, a longo prazo, são varizes pélvicas (vasos dilatados ao lado do útero), menopausa precoce, dores pélvicas, menstruação irregular.
 - Outras observações:
-
-

CIENTE de tais informações, DECLARO que:

- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclareci todas as dúvidas que me ocorreram, estou satisfeita com as informações recebidas e compreendo o alcance e riscos do tratamento.
- Compreendo que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a meu cuidado.
- Concordo e autorizo meu médico a: suspender minha cirurgia em caso de intercorrência por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco cirúrgico; realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue; modificar a técnica cirúrgica definida, caso ocorra algum fato inesperado, para o melhor resultado da minha cirurgia.
- Estou ciente de que a presente manifestação de vontade não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento, e isento de responsabilidade o(a) Dr(a). _____ de eventual recanalização espontânea das trompas, bem como da eventual ocorrência de nova gravidez.
- Estou ciente de que, caso eu seja casada ou tenha uma união estável, **a minha esterilização depende do consentimento expresso do meu marido ou companheiro, mediante a assinatura conjunta do presente termo**, bem como de que, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.
- Recebi e assinei este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 60 (sessenta) dias antes da data agendada para realização de minha cirurgia.

¹ <http://www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/laqueadura.pdf>

PLANEJAMENTO FAMILIAR

- Estou ciente de que, a qualquer momento anterior ao procedimento, poderei revogar o consentimento que agora presto.
- Outras observações:

Após atenta leitura, é de minha vontade autorizar a realização da cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária), estando plenamente esclarecida dos benefícios e dos riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.

_____, ____ de _____ de _____.
(Cidade)

(Assinatura da paciente)

(Assinatura do marido ou companheiro)

Nome do marido ou companheiro: _____

Cédula de Identidade RG nº _____

(Assinatura do médico)

Observação: Este Termo deve ser preenchido em três vias originais, devendo ser todas assinadas pelo médico, pela paciente e pelo cônjuge ou companheiro, se for o caso. A primeira via deve ser arquivada no prontuário da paciente, a segunda via deve ser entregue à paciente e a terceira, à operadora de plano de saúde. Deverá ser anexado ao presente Termo cópias dos seguintes documentos:

- Certidão de casamento ou Declaração de União Estável ou declaração do estado civil assinada pela paciente (caso não seja casada ou não tenha companheiro);
- Carteira de identidade da paciente e do marido ou companheiro;
- Certidões de nascimento de pelo menos 2 filhos vivos, caso a paciente tenha menos de 25 anos de idade.

ÚTEROS EDIÇÃO ESPECIAL

TESTE

SEUS CONHECIMENTOS COM AS QUESTÕES DE RESIDÊNCIA

CLICANDO AQUI



**16 QUESTÕES
SELECIONADAS**

*entre as melhores provas do
país de 2019 a 2024*

fevereiro 2024

Volume 5

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

E PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS



É estimado que nos próximos 20 anos a expectativa de vida do brasileiro possa alcançar 82,6 anos. É dever do bom médico entender o básico da fisiopatologia e tratamento das afecções que acompanham a senilidade feminina, como a incontinência urinária (IU) e o prolapso de órgãos pélvicos (POP). A prevalência da IU em idosos supera a hipertensão arterial, depressão e diabetes.

Já o POP acomete cerca de 50% das mulheres na pós menopausa (mesmo a maioria delas sendo assintomática). A IU e o POP são assuntos de etiologia intrínseca, multifatorial, que envolve o enfraquecimento do tecido conjuntivo e muscular de sustentação pélvica. O conhecimento da anatomia do assoalho pélvico é fundamental para prosseguirmos.

I U E P O P

OBJETIVOS E ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

OBJETIVO PRINCIPAL

Compreender a fisiopatologia do POP e das principais causas de IU na mulher.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Diferenciar a clínica típica da incontinência urinária de urgência e de esforço além de propor tratamento adequado a cada uma delas; dominar a anatomia dos diafragmas pélvico e urogenital, além das estruturas de sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos; conhecer os níveis de sustentação de DeLancey; saber identificar e propor tratamento correto para as cistoceles, retoceles, prolapso uterinos e de cúpula; classificar as distopias de acordo com o POP-Q.

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1.0 assoalho pélvico é composto majoritariamente pelo diafragma pélvico e pelo diafragma urogenital. Quais são as estruturas musculares que os compõem?

2.Existem vários tipos de incontinência urinária, porém nos limitaremos ao estudo das três mais relevantes para a ginecologia: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) que acompanha a síndrome da bexiga hiperativa e a Incontinência Urinária Mista (IUM). Qual a definição de IUE, IUU e IUM?

3.Explique a fisiopatologia da IUE.

4.Quais são os principais fatores de risco para IUE?

5.Quais são as opções de tratamento clínico para a IUE?

6.Quais são as opções de tratamento cirúrgico para a IUE?

7.Explique a fisiopatologia da IUU.

8.Quais são as opções de tratamento não farmacológico para a IUU?

9.Quais são as principais opções de tratamento farmacológico para a IUU e seus efeitos colaterais?

10.Qual a definição de POP?

11.Quais os principais fatores de risco para POP?

12. Qual o quadro clínico apresentado pelas pacientes portadoras de POP?

13. Qual a terminologia utilizada para descrever os prolapsos da bexiga, do reto, das alças intestinais (que geralmente acompanham os prolapsos de cúpula) e do útero?

14. A manutenção da estática dos órgãos pélvicos depende das estruturas dos aparelhos suspensão e sustentação. Quais são as estruturas que compõem esses aparelhos?

15. John O. DeLancey, professor de ginecologia e obstetrícia da

Universidade de Michigan propôs, em 1992, que o tecido conectivo suporta a pelve em três níveis. Essa subdivisão é importante pois o colapso de cada uma delas resultaria em um prolapso distinto. Quais as estruturas correspondem a estes níveis e a quais prolapsos de correlacionam?

16. Descreva o sistema de classificação dos prolapsos de órgãos pélvicos, os nove pontos que o compõe e como se estruturam no esquema "jogo da velha".

17. Classifique os estágios dos prolapsos dos órgãos pélvicos de acordo com o POPQ.

CLIQUE E ASSISTA



Incontinência Urinária e prolapso de órgãos pélvicos

Habilidades Médicas VII – Professora Julianna Rizzo

Volume 5

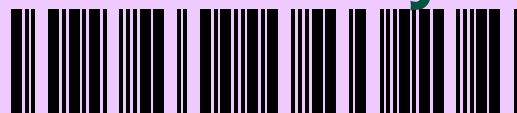
TESTE

seus conhecimentos com as questões de residência

clicando
aqui



úteros 5 edição

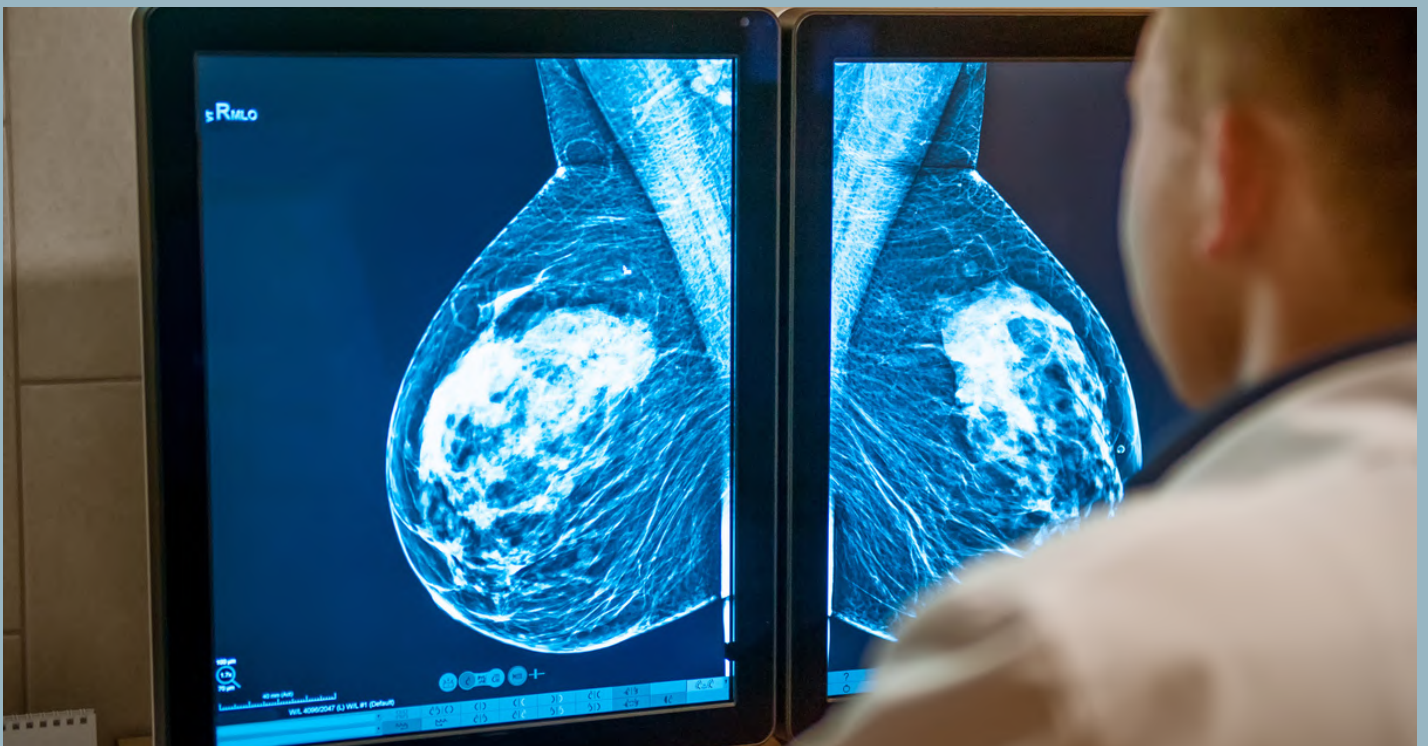


doenças da mama

ESTUDO DAS PATOLOGIAS BENIGAS E DO CÂNCER DE MAMA

As queixas mais comuns relacionadas à mama são de origem benigna. A mastalgia (principal motivação de consulta com o mastologista) pouco se relaciona ao câncer e estima-se que 80% de todos os nódulos mamários também não se relacionam à malignidade. Seu diagnóstico diferencial é amplo, envolvendo os cistos mamários, os fibroadenomas, os tumores filóides, os papilomas, os lipomas, os hamartomas e os adenomas, entre outros. Na avaliação inicial de um nódulo mamário palpável

devemos ser capazes de classificá-lo como provavelmente benigno ou maligno de acordo com suas características semiológicas, como visto na aula de exame ginecológico. Apesar de menos frequente, a neoplasia maligna mamária é o câncer mais frequente (excluindo o de pele não melanoma) e mais letal na população feminina e deve sempre ser lembrado diante de nódulos palpáveis e de mulheres assintomáticas que forem elegíveis ao rastreamento.



objetivo principal

Conhecer as características semiológicas e das imagens de nódulos benignos e malignos de mama.

objetivos secundários

Conhecer a incidência e fatores de risco para câncer de mama; discutir as estratégias de rastreamento; diferenciar o rastreamento e as medidas de diagnóstico precoce; avaliar o impacto do rastreamento na sobrevida; contemplar a classificação BI-RADS e a conduta a ser tomada frente a cada resultado.

Discutir as principais doenças benignas das mamas de acordo com a faixa etária e a conduta frente a cada uma delas. Debater a propedêutica frente a um nódulo de mama palpável de acordo com suas características semiológicas. Questionar os pontos importantes no diagnóstico das mastites puerperais, sua fisiopatologia e tratamento.



atividades preparatórias

AS QUESTÕES DEVEM SERVIR COMO UM ROTEIRO DE ESTUDOS

As queixas mais comuns relacionadas à mama são de origem benigna. A mastalgia (principal motivação de consulta com o mastologista) pouco se relaciona ao câncer e estima-se que 80% de todos os nódulos mamários também não se relacionam à malignidade. Sobre este assunto, responda:

1. Qual o conceito de mastalgia e como ela se subdivide?

2. Mulher de 27 anos, G0, em amenorreia com uso de contraceptivo oral contínuo. Procura seu consultório com queixas de mastalgia acíclica. Exame físico das mamas normal, USG de mamas BIRADS 1. Qual a conduta?

3. Mesma paciente da situação anterior, porém USG evidencia em mama D imagem ovalada, regular, bem definida, conteúdo anecóico sem septações ou debris, apresentando sombra acústica posterior, medindo 1,2 x 0,8 cm em seus maiores diâmetros, às 7h, distando 3 cm da papila e 0,95 cm da pele. Em mama esquerda imagem ovalada, regular, bem

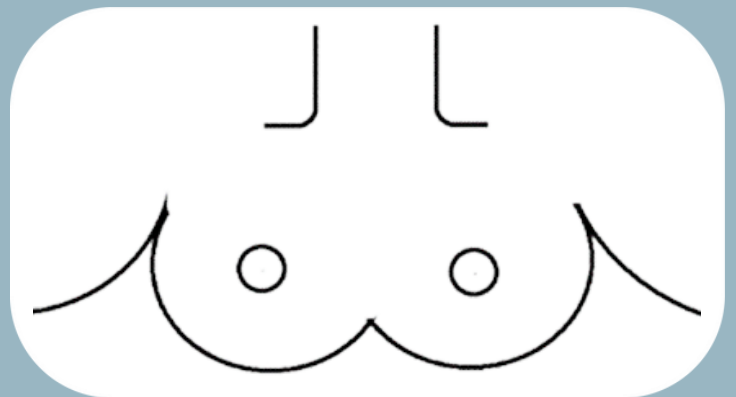
definida, conteúdo anecóico sem septações ou debris, medindo 0,8 x 0,6 cm em seus maiores diâmetros, às 4h, distando 2,0 cm da papila e 0,45 cm da pele.

3a) Faça a representação gráfica da localização dos achados no esquema abaixo.

b) Qual o diagnóstico da paciente?

c) Qual a classificação de BIRADS para estes achados?

d) Qual sua conduta?



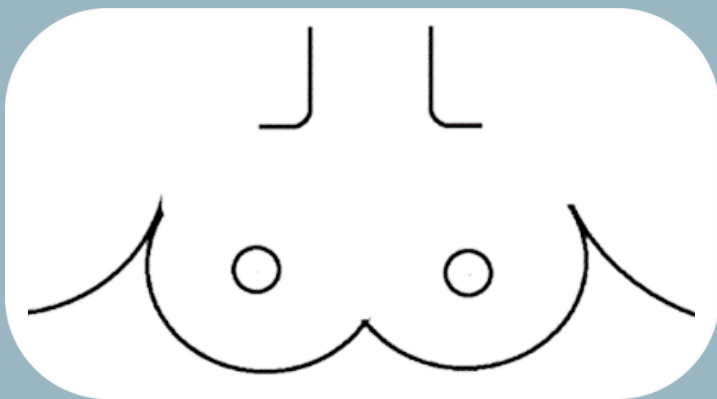
4. Paciente na mesma situação do enunciado da questão três, porém com um USG de mamas diferente: Em mama direita: imagem ovalada, regular, conteúdo hipocogênico, sem sombra acústica posterior, às 6h, medindo 1,1 x 0,7 cm em seus maiores diâmetros, distando 2,0 cm da papila e 0,9 cm da pele.

4a) Faça a representação gráfica da localização dos achados no esquema ao lado.

b) Qual o diagnóstico da paciente?

c) Qual a classificação de BIRADS para estes achados?

d) Qual sua conduta?



5. Todas as pacientes acima citadas apresentavam exame físico das mamas normal, ou seja, não apresentavam nódulos palpáveis. Qual seria a conduta caso algum destes nódulos fosse palpável?

6. Cite as características comuns ao derrame papilar de origem benigna.

7. Sobre a mastite puerperal (tipo mais comum):

a) Explique sua fisiopatologia;

b) Quais os sinais e sintomas clássicos?

c) Qual o microrganismo mais comumente envolvido?

d) Qual(is) o(s) antibiótico(s) de escolha?

e) Qual a conduta frente a uma mastite puerperal sem abscesso?

f) Qual a conduta frente a uma mastite puerperal com abscesso?

8. Qual a incidência de novos casos para nosso país, estado e capital nos anos do triênio 2023-2025?

9. Enumere pelo menos 10 fatores de risco para câncer de mama.

10. Existe alguma maneira de evitar o câncer de mama?

11. Cite a influência da dieta e hábitos de vida no câncer de mama.

12. Qual o tipo histológico mais prevalente?

13. As estratégias para o combate ao câncer de mama e a redução da mortalidade são o diagnóstico precoce e o rastreamento. Diferencie estes dois conceitos.

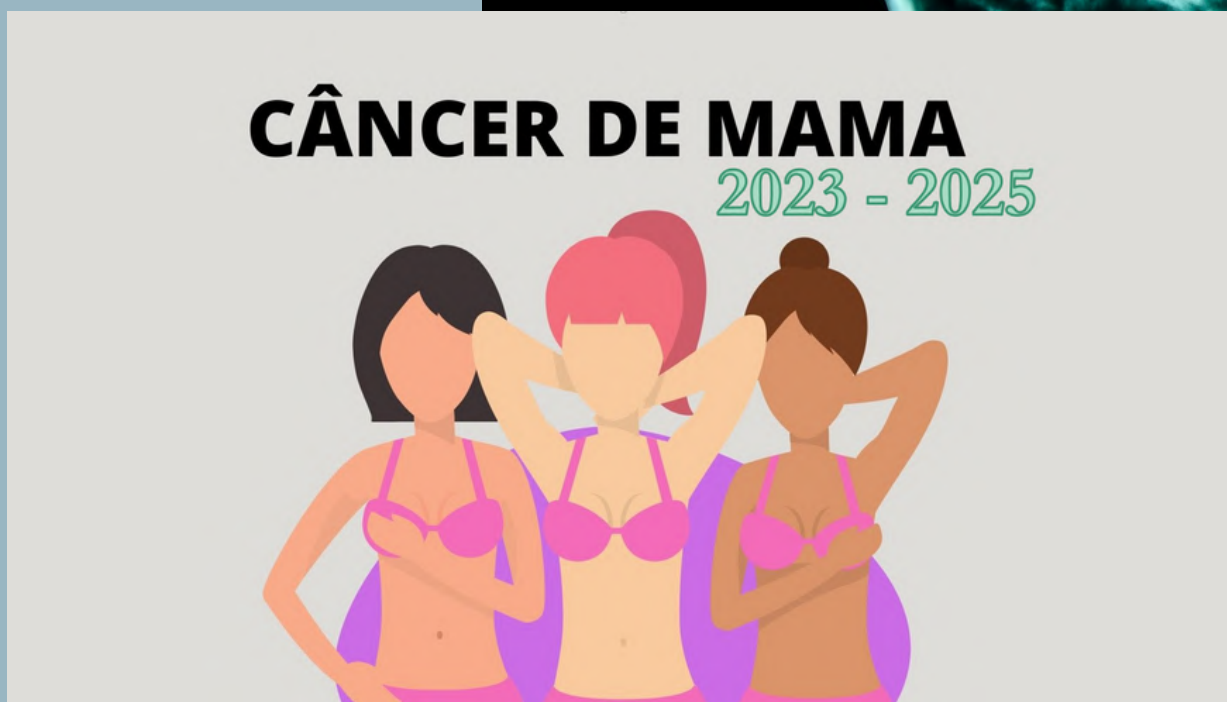
14. As estratégias de rastreamento propostas pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Mastologia são diferentes. Quais são as diferenças entre elas e em que cada uma se baseia para defender seu esquema proposto?

15. O BI-RADS é a sigla da expressão Breast Image Reporting and Data System, uma metodologia criada pelo Colégio Americano de Radiologia, em 1992 (Sofreu 5 atualizações, última em 2013) para padronizar os laudos de mamografia de forma a reduzir os riscos de má interpretação dos achados de imagem entre

diferentes médicos e serviços de saúde, e ainda favorecer a comparação de resultados.

Descreva os resultados possíveis dentro desta metodologia e seus significados.

clique e assista



UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino

Nome Completo do(a) paciente* Apellido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF Nacionalidade

Data de Nascimento* / / Idade* Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*

- Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*

- Sim Não Não sabe

* Risco elevado são:

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

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

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

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

Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*

- Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez?*

- Sim. Quando fez a última mamografia? Ano Não Não sabe

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*

- Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dutectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréola-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Não fez cirurgia	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita					Mama esquerda				
<input type="checkbox"/> Lesão papilar	Descarga papilar			<input type="checkbox"/> Cristalina	<input type="checkbox"/> Lesão papilar	Descarga papilar			<input type="checkbox"/> Cristalina
Nódulo:					Nódulo:				
Localização					Localização				
<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQlat	<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQlat
<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA
Espessamento:					Espessamento:				
Localização					Localização				
<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQlat	<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQlat
<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA
Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular					Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular				

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/>

7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

____ / ____ / ____

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[®])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado



teste

O QUE APRENDEU ATÉ AGORA COM
AS QUESTÕES DE RESIDÊNCIA

[CLICANDO AQUI](#)

INFERTILIDADE CONJUGAL

Estima-se que a infertilidade conjugal acometa entre 15 e 20% dos casais em idade fértil hoje no Brasil e no Mundo. Acredita-se que 30% de todos os casos de infertilidade conjugal esteja relacionado exclusivamente à causas masculinas; 35% à causas femininas; 20% a problemas em ambos os parceiros e 15% ainda permanece com etiologia obscura. A prevalência da infertilidade tende a aumentar nas próximas décadas, acompanhando a tendência global de postergar a maternidade.

OBJETIVO PRINCIPAL

Capacitar a identificação e investigação da infertilidade conjugal

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Conhecer as principais causas da infertilidade conjugal e dominar os recursos investigativos destas etiologias, tanto na anamnese quanto na avaliação das provas diagnósticas da qualidade do esperma, da monitorização da ovulação, da avaliação da cavidade uterina e perviedade tubária.



ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. Qual o conceito de infertilidade? Quando devemos iniciar a investigação de um casal que se considera infértil?

2. Cite as principais causas de infertilidade de causa feminina.

3. Cite os principais pontos da anamnese e do exame físico a serem avaliados em uma consulta ginecológica de investigação de infertilidade.

4. Cite os exames básicos a serem solicitados na avaliação do casal infértil.

5. Leia o caso clínico atendido no ambulatório e enviado em anexo. Sobre ele responda as seguintes questões:

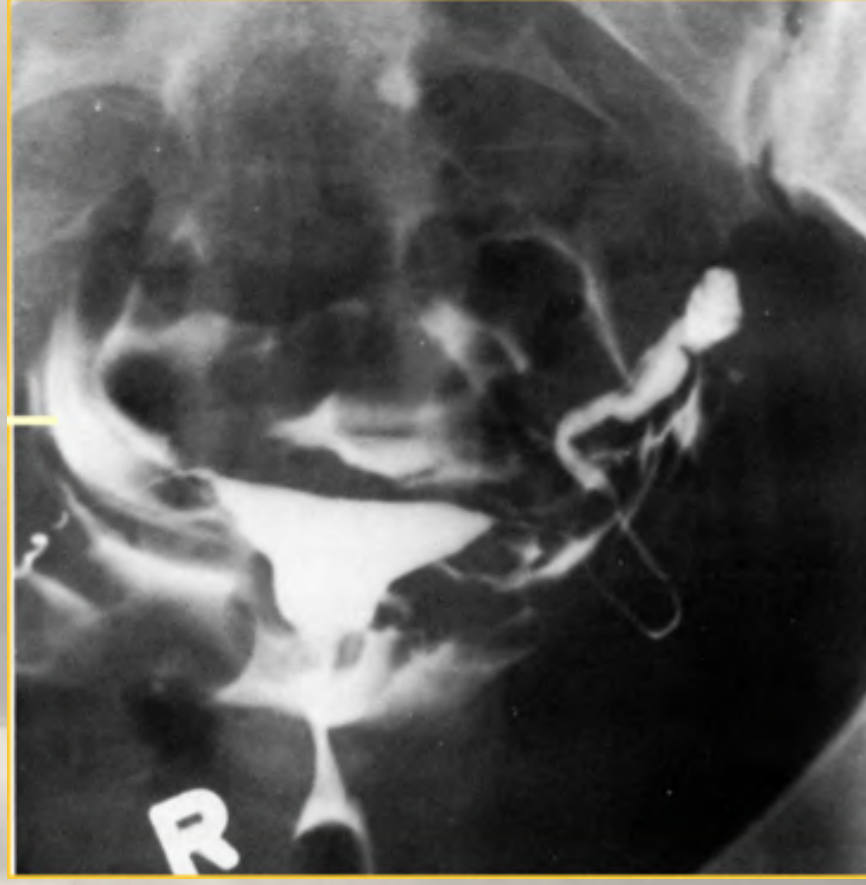
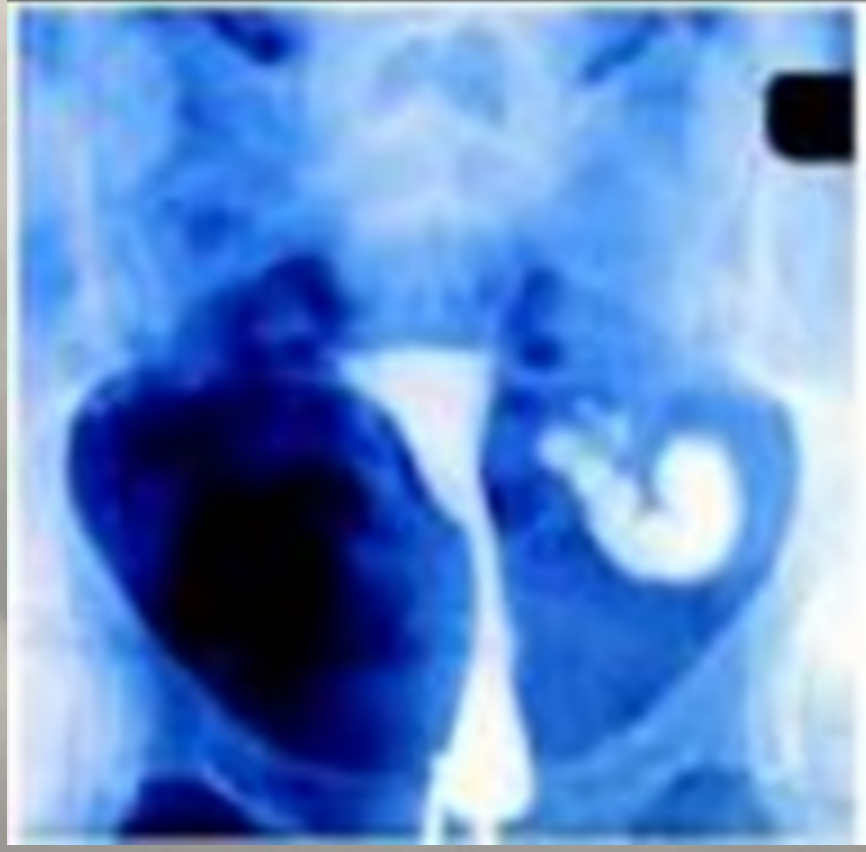
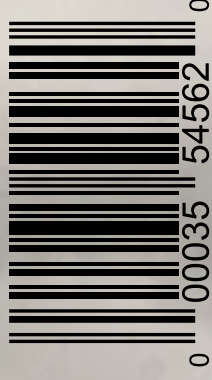
a) Falta um dado importante da anamnese. Qual?

b) Caso a paciente não tivesse trazido nenhum exame consigo, qual seria sua conduta neste momento?

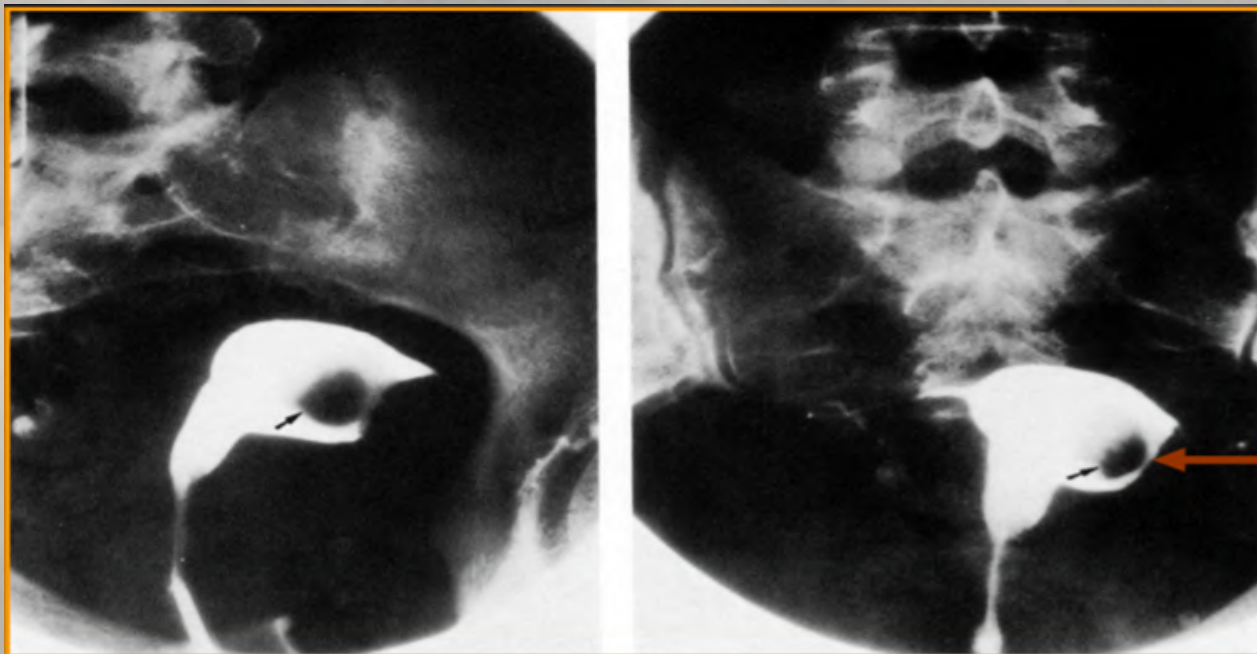
6. Avalie os exames a seguir, identificando-os e mostrando suas alterações quando houverem (tentem laudar os exames).



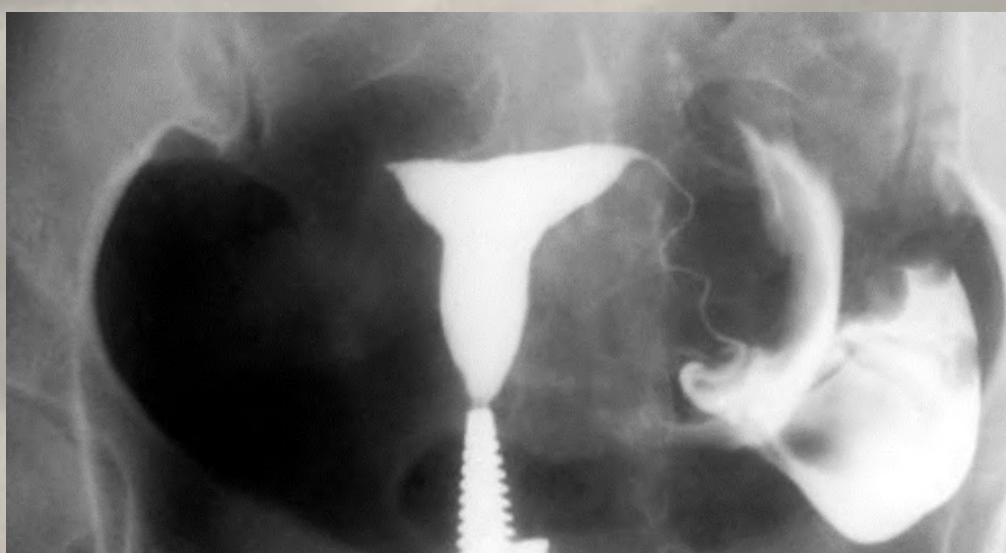
INFERTILIDADE CONJUGAL



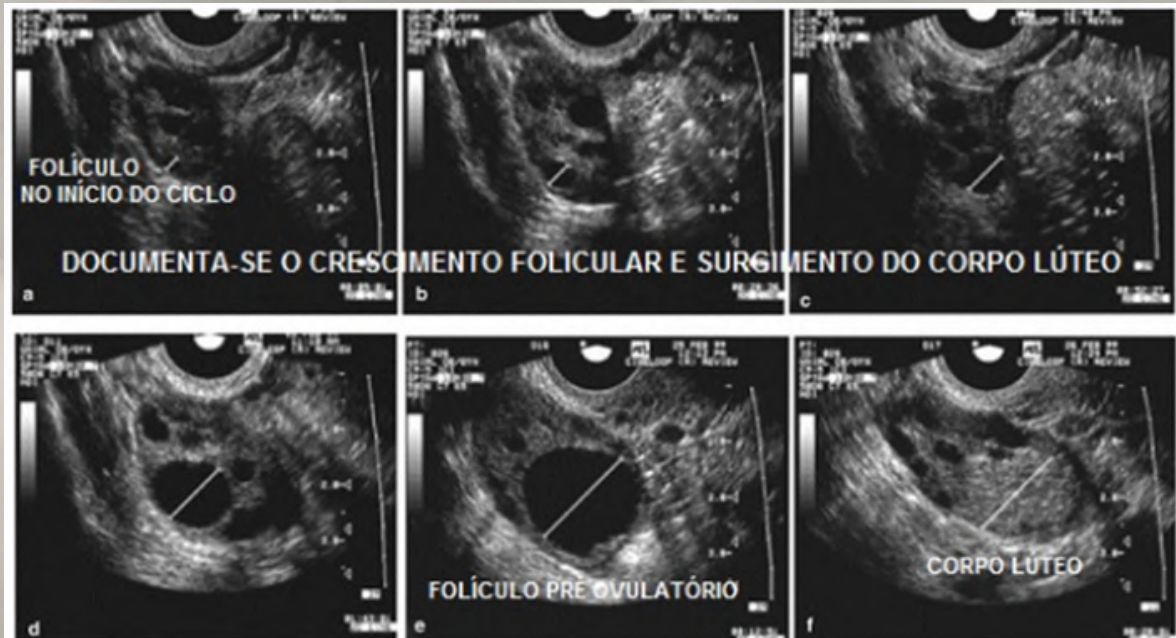
INFERTILIDADE CONJUGAL



INFERTILIDADE CONJUGAL



INFERTILIDADE CONJUGAL



Material : Esperma

Hora da coleta. : 06:45
 Tempo de Abstinência : 3 dias

Valores de Referência

Análise Macroscópica

Volume. : 3,0 mL
 Cor. : Branco pérola
 pH. : 7,5
 Liquefação. . . : 21' Completa
 Viscosidade . . : Normal

Análise Microscópica

N. de espermatozoides/mL. . . : 3.840.000 /mL
 N. de espermatozoides total . . : 11.520.000

Motilidade:

Grau A . : 0 % Grau B . : 0 % Grau C . : 30 % Grau D . : 70 %
 Grau A = Progressão linear rápida; Grau C = Movimentos sem progressão;
 Grau B = Progressão linear lenta; Grau D = Imóveis;

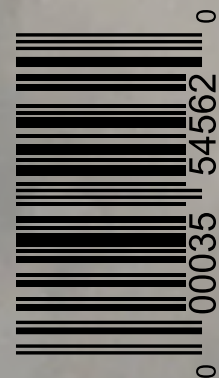
Vitalidade 70% de espermatozoides vivos

Morfologia:

Normais . : 32 %
 Anormais . : 68 %
 Kruger . . : 18 %

Células Redondas

400 Células/mm³
 600 Leucócitos/mm³ - Polimorfonucleares : . %
 - Mononucleares : . %

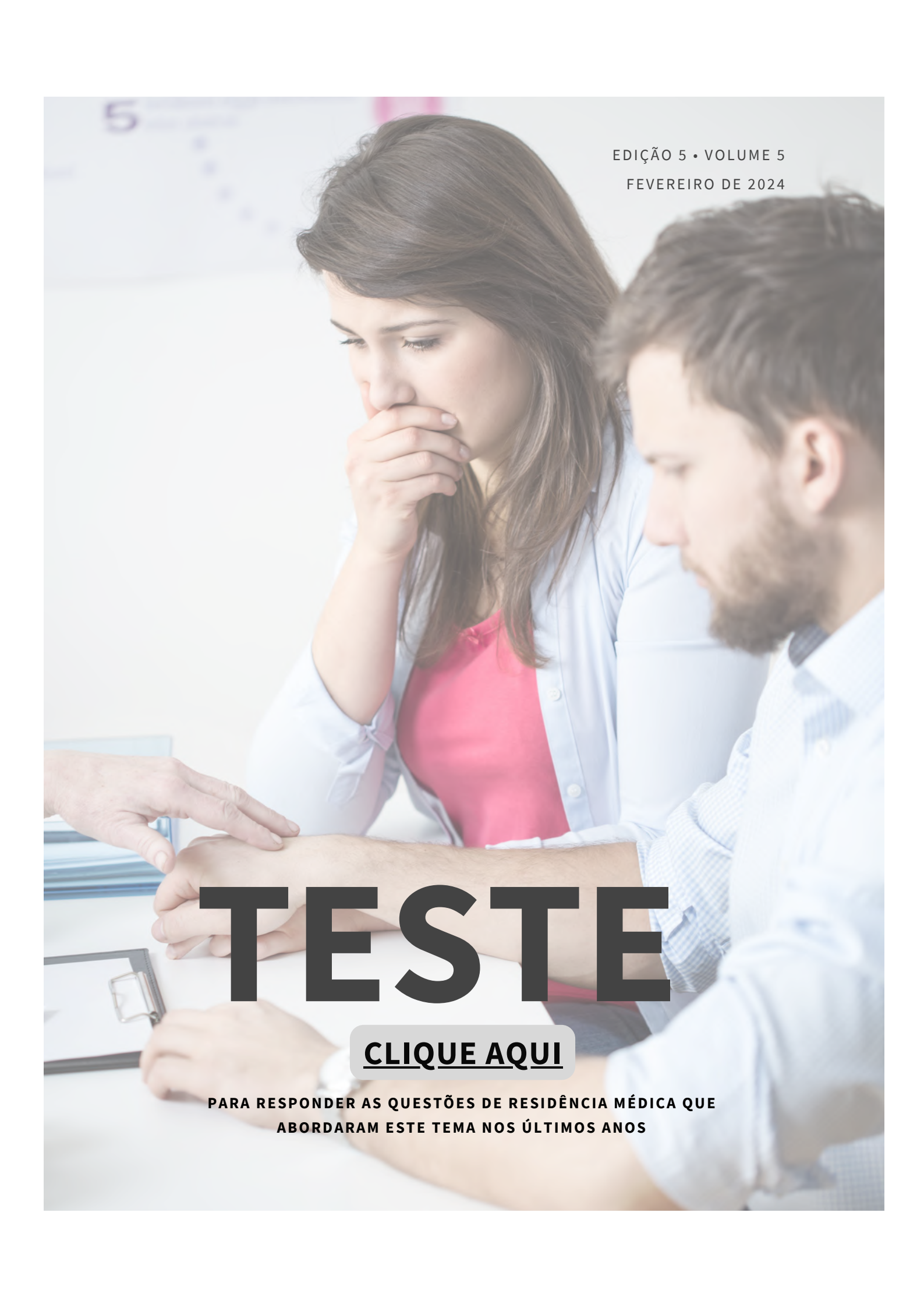


CLIQUE E ASSISTA



Propedêutica Básica do Casal Infértil





EDIÇÃO 5 • VOLUME 5

FEVEREIRO DE 2024

TESTE

[**CLIQUE AQUI**](#)

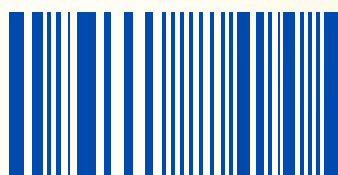
PARA RESPONDER AS QUESTÕES DE RESIDÊNCIA MÉDICA QUE
ABORDARAM ESTE TEMA NOS ÚLTIMOS ANOS

* ALTERAÇÕES

FISIOLÓGICAS DA *Gravidez*

O organismo materno se reorganiza durante a gravidez para manter um ambiente ideal de desenvolvimento ao conceito, promovendo adaptações físicas e metabólicas que levarão a um equilíbrio favorável para o binômio mãe-feto.

Conhecer as origens e repercussões destas adaptações nos permite distinguir – e até antever – a instalação de situações patológicas, já que estas adaptações podem descompensar doenças de base pré-existentes com fim potencialmente fatal. Este é o conceito de mortalidade materna indireta: a que resulta de doença que não foi causada pela gravidez, mas sim agravada por ela. Estima-se que no Brasil ela tenha sido a causa do óbito de cerca de 465 mulheres/ano.



ALTERAÇÕES

FISIOLÓGICAS DA *Grauidex*

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer as principais alterações fisiológicas que a gravidez induz do organismo materno e seus respectivos mecanismos etiológicos.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Apresentar a placenta não apenas como órgão de troca e sim com sua vasta função endócrina; compreender as modificações sofridas nos aparelhos circulatório, hematológico, respiratório, músculoesquelético e digestivo, além das alterações induzidas na pele, hipófise e metabolismo.

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. Cite as principais funções da placenta;
2. Sabemos que a placenta tem um papel endócrino fundamental na gestação. Quais os principais hormônios produzidos por ela?
3. Dentre os esteroides sexuais, qual o único não é produzido pela placenta?
4. Cite as principais funções da progesterona na gestação.
5. Cite as principais funções do estrogênio na gestação.
6. Sobre os sistemas cardiovascular, hematológico, digestório, respiratório e urinário, identifique qual a alteração sofrem (aumenta/diminui/se mantém) os seguintes itens:
 - a. Frequência cardíaca:
 - b. Débito cardíaco:
 - c. Volume cardíaco:

d. Resistência vascular periférica:
e. Pressão arterial:
f. Massa eritrocitária:
g. Demanda de ferro:
h. Concentração de hemoglobina:
i. Leucócitos:
j. Plaquetas:

k. Fatores de coagulação:
l. Proteínas de atividade inflamatória:
m. Frequência respiratória:
n. Volume corrente:
o. Fluxo glomerular:
p. Filtrado Glomerular:
q. Concentração da urina:
r. Frequência urinária:

CLIQUE e assista



Volume 5

Fevereiro de 2024

teste



seus
conhecimentos
com as questões
de residência

CLICANDO AQUI





A assistência pré-natal é o conjunto de medidas e intervenções com o objetivo de assegurar o nascimento de uma criança saudável reduzindo-se tanto quanto possível os riscos à mãe. Tem como objetivo identificar as mulheres que apresentem risco aumentado para complicações clínicas ou gestacionais e anomalias fetais. Já aprendemos como fazê-lo através da anamnese e exame físico, agora dedicaremos nossa atenção aos exames complementares da gestação.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer as principais patologias da gestação e os métodos de rastreamento das mesmas.

Objetivos Secundários: Ressaltar as diferenças entre os exames pré-natais propostos pelo Ministério da Saúde, pelos principais autores de obstetrícia e pelo governo do estado de Goiás; revisar cada uma das patologias investigadas na gravidez com breve resumo diagnóstico e terapêutico, incluindo a doença hemolítica perinatal, diabetes gestacional, anemia ferropriva, síndromes hipertensivas (brevemente, já que serão melhores discutidas em Habilidades Médicas VII), as síndromes de transmissão congênita e outras causas de malformações fetais.





Assistência pré-natal

As questões a seguir devem funcionar como um roteiro de estudo

1. Cite os exames que devem ser solicitados na primeira consulta pré-natal e quais são suas finalidades.

2. A secretaria de saúde do estado de Goiás através de uma parceria com a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) oferece a todas as gestantes rastreamento de patologias que podem causar deficiência intelectual no bebê em caso de transmissão vertical através de um exame conhecido como Teste da Mamãe (de primeira e segunda fase). Quando são solicitados e quais as sorologias os compõe?

3. Cite as particularidades do pré-natal de uma gestante Rh negativo.

4. Primigesta de 12s4d chega ao seu consultório com os resultados de exames que você solicitou, entre eles GJ de 98. Qual o diagnóstico?

5. Paciente G3P2n, 11s5d, chega aos seu consultório com os resultados de exames que você solicitou, entre eles GJ de 132. Qual o diagnóstico?

6. Paciente de 34 anos, G2P0A1, 28s4d, chega ao seu consultório com seguinte resultado do TOTG: 93/178/160. Qual o diagnóstico?

7. Gestante de 10s2d chega ao seu consultório com os seguintes resultados de sorologia para toxoplasmose: IgM Negativo IgG Negativo. Qual seu diagnóstico e conduta?

8. Se a mesma gestante do enunciado anterior tivesse apresentado os resultados IgM positivo e IgG negativo para toxoplasmose, qual seria seu diagnóstico e conduta?

9. Em uma terceira situação hipotética a mesma gestante apresentaria IgM e IgG positivos. Qual seu diagnóstico e conduta?

10. Se a mesma gestante IgM e IgG positivo para toxo com 10s2d trouxesse consigo um teste de avidéz de IgG de 64%, qual seria seu diagnóstico e conduta?



11. Enumere as recomendações que devem ser dadas à gestante suscetível à toxoplasmose.

12. Primigesta de DUM desconhecida, chega para a primeira consulta pré-natal após um teste de farmácia positivo. Teste rápido positivo para sífilis. Exame físico e ginecológico sem alterações. Qual seu diagnóstico e conduta?

13. Paciente de 32 anos, G3P2c, IG 21s6d, em segmento pré-natal de rotina. Queixa-se de surgimento de uma ferida na região vulvar. Ao examiná-la você constata uma úlcera rasa em grande lábio esquerdo, cerca de 1,0 cm no maior diâmetro, fundo limpo e brilhante, indolor. Qual seu diagnóstico e conduta?

14. Gestante de 14s6d com histórico vacinal desconhecido. Quais as vacinas você prescreveria a ela neste momento?

Clique e Assista





TESTE



TREINE COM
QUESTÕES
de residência médica
clikando aqui

ANAMNESE E EXAME OBSTÉTRICO

VOLUME 5 | FEVEREIRO 2024

£5.00



A anamnese obstétrica e o exame obstétrico também se distanciam um pouco daquele roteiro genérico e engessado que aprendemos no início da graduação, situação parecida com o que vimos na aula 2. Isso acontece pelos mesmos motivos discutidos anteriormente: muita coisa ganha ou perde relevância na abordagem da paciente gestante. Sinais e sintomas sugestivos de doenças deixam de ser patológicos; os critérios de normalidade do exame físico

são flexíveis de acordo com a idade gestacional, etc. A máxima do professor Celmo continua valendo: "Só se acha o que se procura e só se procura o que se conhece". Entraremos em um território novo e o faremos em 3 etapas: avaliando o mapa, o roteiro na nossa viagem (Aula 7 - A consulta obstétrica); avaliando as condições do terreno pelo qual passaremos (Aula 8 - Alterações fisiológicas da gestação) e nos precavendo contra possíveis acidentes e

perigos que possamos enfrentar (Aula 9 - Assistência pré-natal e Aula 10 - Abortamento). Ao fim desta viagem, a parte mais importante, A GRANDE TRAVESSIA (Aula 11 - Evolução clínica do parto). Aprenderemos ainda a registrar os eventos da travessia no diário de bordo do expedicionário (Aula 12 - O partograma) e no fim, (exaustos?) os cuidados que devemos ter para fechar o portal da travessia com chave de ouro (Aula 13 - Puerpério fisiológico e patológico).

ANAMNESE E EXAME OBSTÉTRICO



OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer as particularidades da anamnese e do exame físico na consulta obstétrica.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Conhecer os sinais de presunção, probabilidade e certeza da gravidez; Conhecer o cartão de pré-natal oferecido pelo SUS e seu correto preenchimento; aprender a estruturar a anamnese obstétrica e a correlacionar seus dados com o prognóstico da gestação atual; apresentar regras para o cálculo da idade gestacional e predição da data provável do parto; ilustrar os achados habituais do exame físico na gestante em todos os órgãos e aparelhos; ensinar fundamentos básicos do exame do abdome gravídico através das manobras de Leopold; introduzir os conceitos de estática fetal.

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

Paula Andrade Macena, 27 anos, assistente administrativa, casada. Procura o serviço de saúde para a primeira consulta pré-natal, pois acredita estar grávida. Queixa-se de náuseas e mastalgia, além de aumento do volume mamário. Data da última menstruação: 10/07/23
G1POA1. Nega tabagismo, etilismo, uso de medicações ou alergias medicamentosas. Refere um aborto espontâneo aos 18 anos de idade, sem necessidade de esvaziamento uterino. Nega cirurgias prévias.

ANAMNESE E EXAME OBSTÉTRICO

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

Ao exame físico: BEG, a.a.a, hidratada, normocorada

ACV: RCR, 2T, BNF, s/s. FC: 88 bpm

PA: 110 x 70 mmHg

Peso: 71,5 kg Alt: 1,66m

Mamas: Simétricas, contornos regulares, ausência de abaulamentos ou retrações, ausência de linfonodomegalias, dolorosas à palpação, sem nodulações ou áreas de condensação, sem descarga papilar.

ABD: plano, normotenso, normopalpável, ausência de visceromegalias.

Ao exame ginecológico: pilificação normal, vulva violácea.

Especular: Colo 100% epitelizado, violáceo, OEP, pequena quantidade de secreção liquefeita branca, sem cheiro.

Toque: útero móvel, amolecido, fundo palpável 1 cm acima da sínfise púbica ao toque bimanual.

BCF: +

Traz alguns exames que fez recentemente por solicitação do clínico geral:

(18/09/23): TS: A+

GJ: 83

TSH: 1,3

Hb: 12,3 Ht: 37% Leuc: 6700 sem desvio plaq: 240000

EAS: Normal

Urocultura: negativa

Anti HBs: Reagente

HIV 1 e 2: NR VDRL: NR Anti HCV:

NR HTLV: NR

Rubéola IgM: NR Rubéola IgG:

Reagente Toxo IgM: NR Toxo IgG: NR

CMV IgM: NR CMV IgG: Reagente

HBSag: NR Anti HBc Total: NR

Sorologia para Chagas: NR

Considerando a data da consulta de Paula o dia de hoje, 02/10/23, responda as seguintes questões:

1.Qual a idade gestacional de Paula?

2.Qual a data mais provável do parto?

3.Qual o período que compreenderia um parto a termo? Quais os sinais de presunção e probabilidade poderíamos encontrar na anamnese e no exame físico de Paula caso ela esteja certa em relação à gravidez?

4.Poderíamos identificar algum sinal de certeza de gravidez no exame físico de Paula?

5.Preencha o cartão de pré-natal de Paula.



ANAMNESE E EXAME OBSTÉTRICO

CLIQUE E ASSISTA



ANAMNESE OBSTÉTRICA E EXAME FÍSICO DA GESTANTE



TESTE

£5.00



Suas habilidades
adquiridas sobre o tema
com as questões de
residência

CLICANDO
AQUI

6 009800 461091 >

PRÉ- ECLÂMPSIA

EDIÇÃO 5 VOL. 5 | FEV DE 2024

R\$7000

PRÉ-ECLÂMPSIA

JÁ OUVIU FALAR?

PRÉ-ECLÂMPSIA

JÁ OUVIU FALAR?

PRÉ-ECLÂMPSIA

JÁ OUVIU FALAR?

PRÉ-ECLÂMPSIA

JÁ OUVIU FALAR?

OBJETIVO PRINCIPAL

Compreender a definição e principais aspectos da pré- eclampsia

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Explorar seus principais diagnósticos diferenciais e o manejo de cada um deles; treinar as maneiras de evitar os desfechos adversos destas patologias

PRÉ-ECLAMPSIA

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. Qual o conceito de pré-eclâmpsia (PE)?

2. Qual a incidência da PE no Brasil?

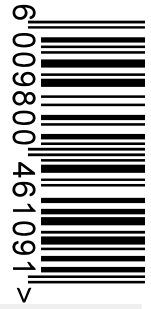
3. A classificação mais difundida estabelece a possibilidade de 4 formas de síndromes hipertensivas na gestação. Quais são elas e como se conceituam?

4. Quais são os principais fatores de risco para PE?

5. Várias teorias tentam há anos explicar a etiologia da PE, sendo a mais aceita hoje a de que fatores imunológicos contribuem para uma invasão trofoblástica deficiente. Sob a luz desta teoria, explique como se dá a instalação da PE.

6. Cite as ações cabíveis para a prevenção primária, secundária e terciária da PE.

7. Você está de plantão e acaba de receber uma paciente de 23 anos, G1P0, IG 33 semanas, PA: 150 x 100 mmHg encaminhada do interior por descontrole pressórico. Ao exame físico, além da pressão arterial, chama a atenção apenas o edema de MMII



PRÉ-ECLAMPSIA

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

e face, 3+/4. Quais os exames você solicitaria na admissão desta paciente? Justifique.

8. A profilaxia medicamentosa parece reduzir em 80 a 90% as formas graves de PE e a PE precoce. Sobre este assunto responda:

a) Quais os medicamentos recomendados pela RBEHG e a posologia?

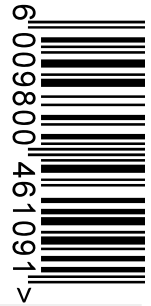
b) Quais as mulheres são elegíveis para esta profilaxia?

c) Quais são os fatores de alto risco e de risco moderado para PE?

9. Estima-se que a hemorragia cerebral seja a complicação com maior potencial de fatalidade da PE sendo a responsável direta por 60% de todas as mortes por esta doença. Por isso o manejo correto das drogas hipotensoras é fundamental para evitar desfechos como este. Cite as principais drogas e suas doses usadas no controle da PA na PE.

10. A eclampsia caracteriza-se pelo aparecimento de convulsões tônico clônicas generalizadas, excluindo-se aquelas de outras causas do SNC, em gestantes com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.

O tratamento consiste em estabilização materna e medidas de suporte à vida, além de controle das crises convulsivas. Qual o anticonvulsivante de escolha nestes casos e quais os esquemas de administração?

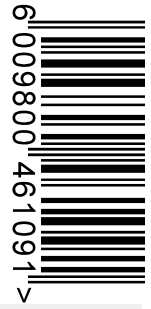


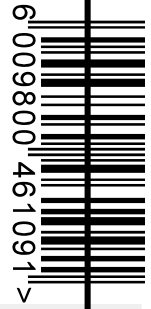
978-65-00-98004-6

11. A Síndrome HELLP é uma entidade clínica que pode se sobrepor à eclampsia ou à pré-eclâmpsia. Cursa com mortalidade materna de 24% e mortalidade perinatal entre 30 e 40%. Cite as alterações clínicas e laboratoriais que caracterizam esta síndrome e qual o tratamento proposto.

PRÉ- ECLAMPSIA

CLIQUE E ASSISTA





teste

PRÉ- ECLAMPSIA

FEV 2024 /
VOLUME 5

\$7000,0

Confira as questões
sobre o tema das
principais provas da
nossa região e do
Brasil

[CLICANDO AQUI](#)



ENDOMETRIOSE

Se trata de uma doença extremamente prevalente na população feminina em idade reprodutiva, acometendo até 10% desta população. Esta prevalência chega a 50% quando consideradas apenas as

mulheres com infertilidade e dor pélvica. É uma enfermidade com grande impacto sócio-econômico, já que reduz em 38% a capacidade de trabalho das portadoras, além da redução da qualidade de vida. Costuma ter diagnóstico tardio (variando de 6 até 12 anos após o início dos sintomas) já que dismenorreia e dispareunia são queixas frequentemente consideradas triviais pelos profissionais de saúde.

OBJETIVO PRINCIPAL

Reconhecer as manifestações clínicas clássicas, fisiopatologia e opções de tratamento da endometriose.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Elaborar diagnósticos diferenciais plausíveis, reconhecer fatores de risco e elencar exames adequados na investigação da doença. Ressaltar as complicações advindas do não diagnóstico e/ou não tratamento correto.



Endometriose

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS
CLIQUE E ASSISTA



1. Qual o conceito de endometriose?

2. Quais as três teorias que tentam explicar sua fisiopatologia?

3. Quais os locais mais comumente atingidos pela doença?

4. Quais os fatores de risco?

5. Quais os sintomas mais comuns?

6. Quais os achados mais comuns no exame físico?

7. Cite os exames complementares mais

utilizados neste diagnóstico.

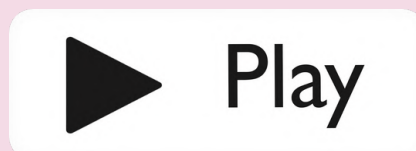
8. Cite os tratamentos clínicos possíveis para a endometriose.

9. Cite os critérios para indicação de tratamento cirúrgico para a endometriose.

ENDO METRIOSE

Julianna Rizzo

UNI FIMES
Centro Universitário de Minas



TESTE

ENDOMETRIOSE NAS PROVAS DE RESIDÊNCIA



Clique aqui

**e veja como o
tema foi abordado**

ABORTAMENTO

O **aborto espontâneo** é a complicação mais frequente da gravidez. Estima-se que até 20% de todas as gestações clinicamente diagnosticadas termine em aborto. Este índice pode chegar aos impressionantes 60% se levarmos em conta também as gestações bioquímicas. É sempre um evento catastrófico quando acomete gestações planejadas, com alto potencial de dano à autoestima da mulher e a seus relacionamentos.

Em contrapartida há mulheres que optam pelo **abortamento provocado** quando vivenciam uma gravidez indesejada, quase sempre o fazendo através de métodos inseguros e ilegais. A morbimortalidade decorrente destas complicações transforma o aborto ilegal em um problema de saúde pública; sua alta incidência ressalta a fragilidade dos programas de planejamento familiar, a inacessibilidade à informação e à métodos contraceptivos seguros.

OBJETIVO PRINCIPAL

Apresentar os principais aspectos do aborto espontâneo e provocado.



OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Discutir o conceito, as classificações e fatores de risco do aborto espontâneo; ressaltar as diferenças nas manifestações clínicas entre o aborto em curso, retido, infectado e ameaça de abortamento, individualizando a propedêutica e conduta frente a cada um dos casos; debater as situações passíveis de aborto legalizado no Brasil; apresentar dados estimados sobre a prevalência do aborto provocado e os dados oficiais sobre suas complicações, além de fatores de risco para a ocorrência do mesmo. Promover a reflexão sobre como métodos efetivos de contracepção podem ser a melhor ferramenta para a diminuição deste agravo de saúde materna.



ABORTAMENTO

AS QUESTÕES A SEGUIR DEVEM FUNCIONAR COMO UM ROTEIRO DE ESTUDOS



1. Qual a definição de abortamento segundo a OMS?

2. O aborto pode ser classificado quanto a intenção (espontâneo ou provocado) e pela cronologia, ou seja, pela idade gestacional (precoce ou tardio). Determine a idade gestacional das classificações precoces e tardias.

3. Sabemos pouco sobre os abortos ilegais no Brasil visto que os casos passíveis de notificação são só aqueles que apresentam alguma complicação capaz de colocar a mãe em contato com o serviço de saúde. Diante do que sabemos hoje, quais são os fatores de risco para abortos provocados?

4. Quais são os principais fatores de risco para abortamentos espontâneos?

Uma causa comum de perdas gestacionais no segundo trimestre é a incompetência istmo-cervical, ou apenas incompetência cervical. Nestes casos a mulher apresenta alguma incapacidade em manter o óstio fechado, evoluindo para perdas súbitas e indolores, geralmente entre 16 e 22 semanas. Sobre este assunto responda:

a) Como é feito o diagnóstico de IIC?

b) Quais os tratamentos propostos?

5. Diante de uma gestante que apresenta sangramento vaginal deve haver por parte do examinador a predição de alguns sinais e sintomas e sua correlação com o desfecho mais provável. Porém alguns destes casos só podem ser confirmados através de exames complementares, principalmente o USG transvaginal. Diante disso, descreva quais os principais aspectos clínicos e ultrassonográficos você esperaria em cada um dos casos abaixo, além da sua conduta:

a) Ameaça de abortamento:

b) Abortamento em curso:

c) Abortamento completo:

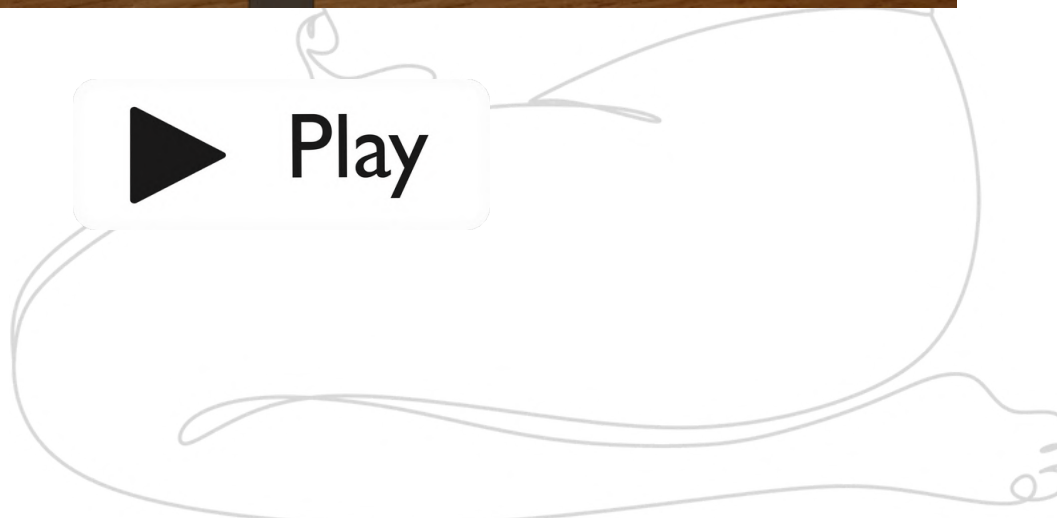
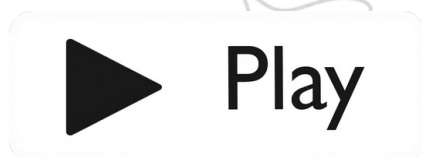
d) Abortamento incompleto:

e) Aborto retido:

f) Abortamento infectado:

ABORTAMENTO

CLIQUE E ASSISTA



TESTE

ESTE FOI O TEMA MAIS COBRADO NAS PROVAS DE RESIDÊNCIA DE

2022

[CLIQUE AQUI](#)





Conhecer as principais manifestações, etiologias e tratamentos adequados das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) nos permite intervir no curso de perpetuação da doença, na taxa de transmissão vertical e morbimortalidade. Sequelas de ISTs comuns no Brasil vão desde casos de infertilidade

feminina à desenvolvimento de neoplasias como carcinoma hepático e câncer de colo uterino.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer os aspectos gerais das principais ISTs no Brasil.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Apresentar o conceito de cervicite, seus principais agentes etiológicos, potencial de morbidade, discussão sobre rastreamento e seu tratamento correto; expor aspectos gerais, critérios diagnósticos e complicações da doença inflamatória pélvica; discutir as particularidades das diferentes ISTs causadoras de úlceras genitais; esclarecer as diferenças entre os testes treponêmicos e não treponêmicos utilizados no diagnóstico da sífilis e treinar a capacidade de distinção entre cicatrizes sorológicas e doença ativa através dos mesmos; relembrar aspectos gerais da condilomatose por HPV e a sua possível prevenção primária; citar as ISTs sistêmicas possivelmente assintomáticas.



infecções
**SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**



ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



1. Atualmente o termo DST (sigla para doenças sexualmente transmissíveis) tem caído em desuso. Por que?

2. Cite as principais ISTs assintomáticas.

3. Cite os principais agentes etiológicos das cervicites.

4. Cite 3 possíveis complicações de uma cervicite não tratada.

5. O diagnóstico clínico da doença inflamatória pélvica é feito através de critérios maiores, menores e elaborados. Quais são estes critérios?

6. Existem 5 ISTs de etiologias diferentes capazes de se manifestar com úlceras genitais. Cite cada uma delas, seu agente etiológico e principais características clínicas.

As verrugas genitais são a manifestação da IST mais comum no mundo: a parasitação pelo HPV. Sobre este assunto responda:

7. Quais os subtipos do HPV mais comumente causadores de verrugas genitais?

8. Qual a prevalência do vírus na população do Brasil?

9. Qual a cobertura de imunidade que a vacina quadrivalente oferece contra verrugas genitais?

10. Estima-se que uma parcela considerável da população brasileira vá apresentar condilomas por HPV em alguma fase da vida. Qual a porcentagem estimada?

infecções
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS

CLIQUE E ASSISTA





TESTE

SUAS HABILIDADES RECÉM ADQUIRIDAS

[CLICANDO AQUI](#)

October 2023

VULVO

v a g i n i t e s



A RELEVÂNCIA DOS CORRIMENTOS

"Corrimento" é provavelmente a queixa mais comum do consultório ginecológico.

Deve sempre ser avaliado durante a inspeção ginecológica (e quando possível em exame especular) já que boa parte das descargas vaginais que incomodam a paciente são fisiológicas.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer as características clínicas das vulvovaginites mais comuns no consultório ginecológico.



VULVO

v a g i n i t e s

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS



Conhecer os critérios diagnósticos, fatores de risco, manifestações clínicas e tratamentos de escolha para a vaginose bacteriana, candidíase, tricomoníase e vaginose citolítica.

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. Descreva as principais características da secreção vaginal fisiológica.
2. Descreva as principais características do corrimento causado pela vaginose bacteriana.

3. Cite os fatores de risco e os critérios diagnósticos para vaginose bacteriana

4. Cite os esquemas de tratamento para vaginose bacteriana.

5. Apenas um agente etiológico causador de corrimento vaginal demanda tratamento das parcerias sexuais. Qual?

6. Cite os sinais e sintomas da tricomoníase.

7. Qual o esquema de tratamento para tricomoníase?

8. Descreva os sinais e sintomas da vulvovaginite causada pela candidíase.



Fevereiro de 2024

VULVO

v a g i n i t e s

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS



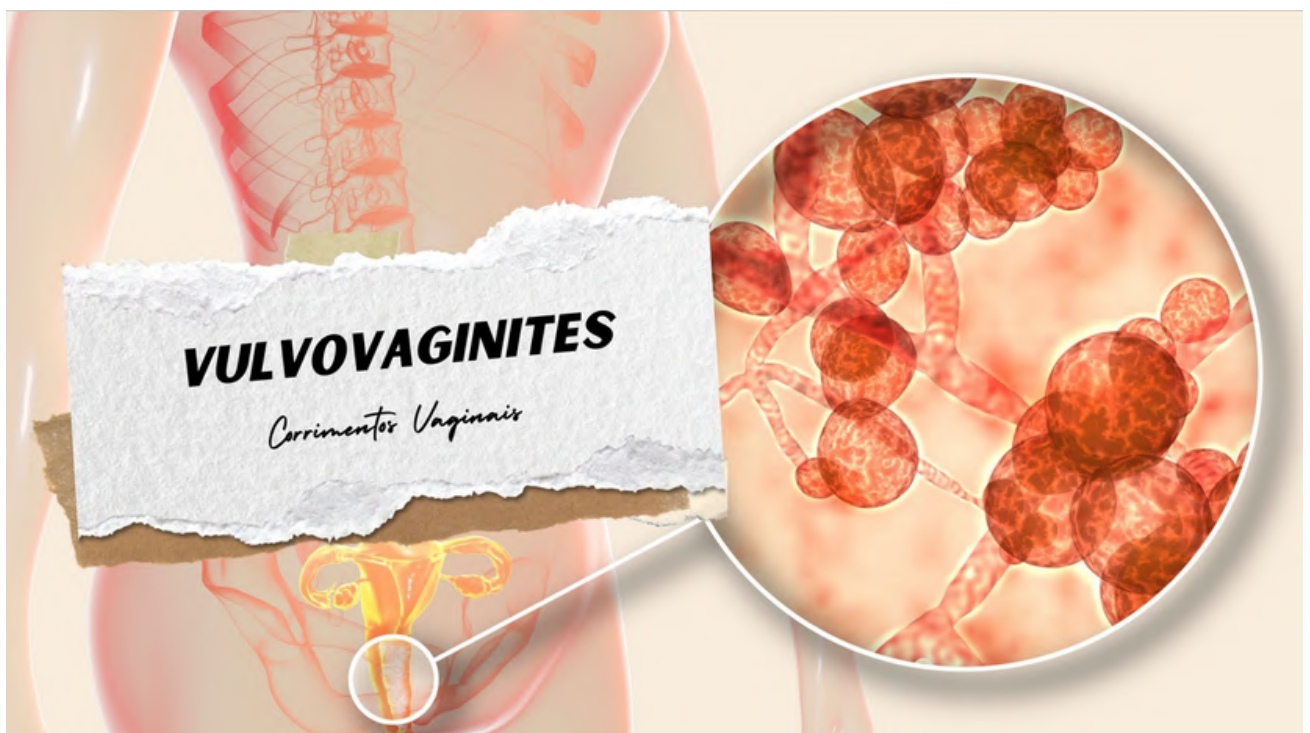
9. Cite os métodos diagnósticos da candidíase vulvovaginal.

10. Diferencie a candidíase vulvovaginal complicada da não complicada.

11. Quais os esquemas de tratamento da candidíase vulvovaginal?

12. A vaginose citolítica é uma entidade sub diagnosticada e muitas vezes confundida com a vulvovaginite por cândida. Estima-se que ela seja responsável entre 1 e 7% de todos os corrimentos vaginais. Explique a etiologia e sinais e sintomas desta vaginose.

Clique e assista



Fevereiro de 2024

TESTE

vulvovaginites

**PRATIQUE COM AS
QUESTÕES DE
RESIDÊNCIA**

[clikando aqui](#)



A Evolução Clínica do Parto

Durante toda a evolução da humanidade, o parto sempre foi um assunto de mulheres. A assistência prestada à parturiente vinha de poucas mulheres de confiança escolhidas pela mesma que tentavam construir um ambiente acolhedor, cercado de misticismo e religiosidade. O surgimento das parteiras profissionais foi a primeira fagulha de ciência (mesmo que empírica) a adentrar este cenário. O distanciamento da figura do médico se manteve até o início do século XIX e era explicado por duas grandes razões: as normas sociais que consideravam imorais este tipo de proximidade entre o médico e a mulher e o desprezo que a maioria deles nutria pela obstetrícia, considerando-a "uma prática vil e inferior associada à dor, ao sangue e às impurezas, sendo, portanto, um assunto a ser resolvido pelas próprias mulheres".

Vencida a barreira do pudor, começaram a surgir os tratados de obstetrícia do século XIX que descreviam os novos procedimentos médicos que combinavam conhecimentos anatômicos com o exame físico da mulher. **Alfred Velpeau** (figura abaixo) autor de *Traité Complet de l'Art des Accouchements* publicado entre 1830 e 1850 foi um grande defensor da "ciência obstétrica".

O médico insistia em chamar a atenção para as muitas complicações que envolviam o parto e puerpério e defendia que estas complicações necessitavam da assistência de alguém que fosse sobretudo conhecedor daquela anatomia.

Objetivo Principal:

Entender os mecanismos do parto eutócico

Objetivos Secundários:

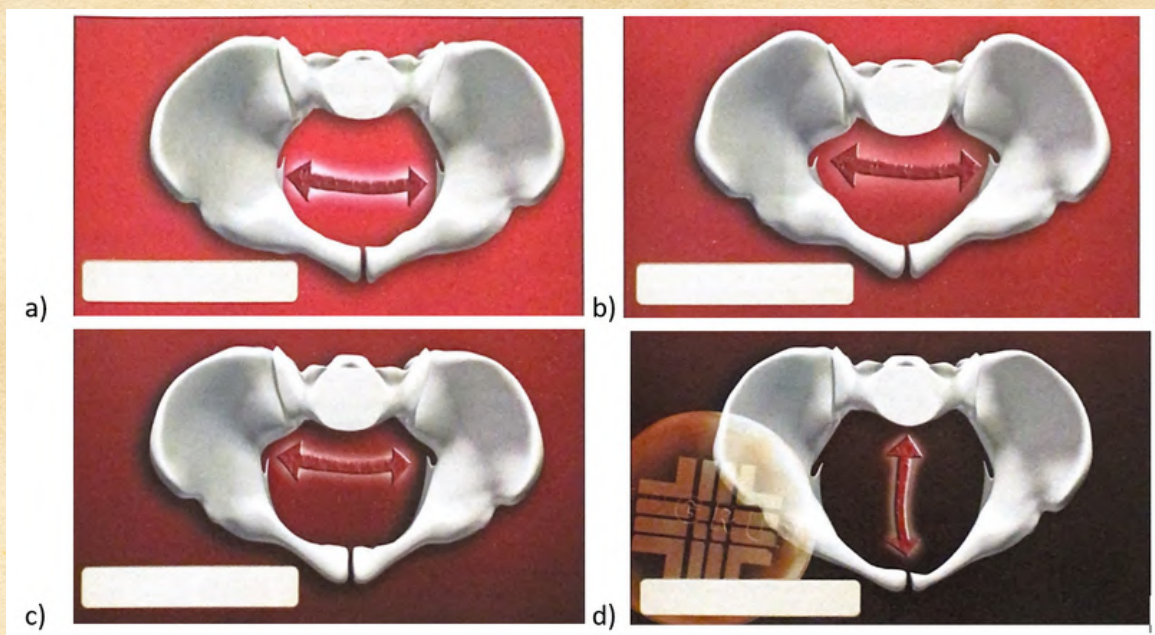
Promover o estudo do trajeto, da estática e do motor ressaltando a necessidade da perfeita sinergia entre eles para a ocorrência de um desfecho favorável.



A Evolução Clínica do Parto

As questões a seguir devem funcionar como um roteiro de estudos.

1. Identifique os tipos de bacia a seguir



2. Qual destas bacias tem o melhor e o pior prognóstico para partos vaginais?

3. A pequena bacia é a mais importante para o obstetra por constituir o canal ósseo por onde passa o feto durante o trabalho de parto. Sobre esta estrutura anatômica, responda:

- Quais são suas subdivisões?
- Quais são as subdivisões do diâmetro ântero-posterior do estreito superior e suas medidas?
- Qual destas medidas pode ser avaliada pela pelvimetria clínica?
- Qual a relação de tamanho entre a medida avaliada na pelvimetria clínica e a conjugada vera?
- Qual o diâmetro que estuda o estreito médio?
- Qual o diâmetro que estuda o estreito inferior?
- Qual o único diâmetro que altera suas medidas no trabalho de parto?
- Qual o plano de menor dimensão da pelve e onde se situa?

4. Os planos da bacia são planos imaginários que foram descritos com o intuito de facilitar a avaliação da altura da apresentação fetal na pelve feminina.

- Quais são estes planos?
- Como se subdividem (suas relações anatômicas)?



A Evolução Clínica do Parto

5. Sobre o trajeto mole, sabemos que o períneo engloba dois aglomerados musculares divididos em dois diafragmas. Quais são eles e quais estruturas os compõe?

6. Quais estruturas anatômicas são comumente lesadas em uma Episiotomia médio lateral direita?

7. Sobre a estática fetal, responda:

a) Quais as possíveis situações fetais?

b) Quais as possíveis apresentações fetais?

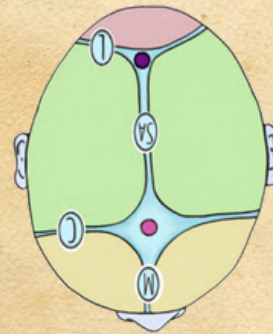
c) Quais as possíveis posições fetais?

8. O estudo do feto visa conhecer suas estruturas ósseas e seu papel na estática e no parto. Sobre as estruturas anatômicas fetais, seus diâmetros responda:

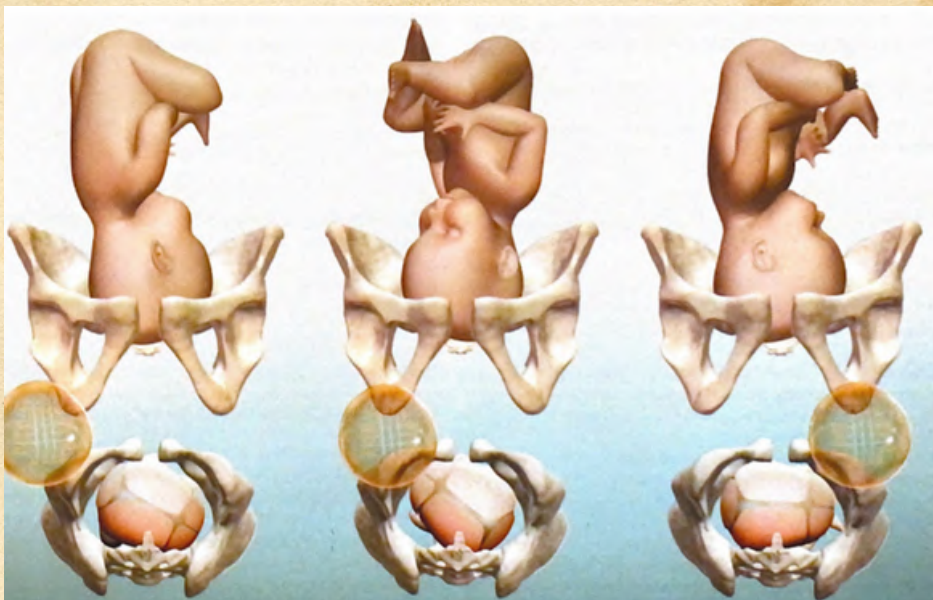
a) O nome das estruturas pela cor;

b) O nome das suturas pelos símbolos;

c) O nome das fontanelas pela cor.



9. Ainda sobre a estática fetal, identifique as variedades de posição apresentadas abaixo na figura:



A Evolução Clínica do Parto

10. Correlacione a primeira coluna com a segunda:

- | | |
|--|------------------------------|
| a) Mento | 1) Pélvica Simples |
| b) Sutura ságito-metópica | 2) Deflexão de segundo grau |
| c) Assinclitismo anterior | 3) Nagele |
| d) A mais comum é a longitudinal | 4) Deflexão de terceiro grau |
| e) O ponto de referência é representado pela letra N | 5) Deflexão de primeiro grau |
| f) Assinclitismo posterior | 6) Pélvica Completa |
| g) Córmica | 7) Posição |
| h) Apresentação pélvipodálica | 8) Variedade de apresentação |
| i) Apresentação agripina | 9) Litzmann |
| j) Definida pela segunda manobra de Leopold | 10) Situação |

11. A tabela abaixo enumera as possibilidades de situação, apresentação, pontos de referência, linhas de orientação e símbolos utilizados. Identifique corretamente as lacunas enumeradas com seus respectivos itens:

Situação	Apresentação		Ponto de referência	Linha de Orientação	Símbolo	
1	Cefálica	3	Vértice ou de occipital	9	14	19
		Defletida	4	Bregma	15	20
			5	10	16	21
			6	11	Linha facial	22
	7	12	17	S		
2	8	13	18	23		

12. Didaticamente, os tempos do mecanismo de parto podem ser esquematizados em 4 tempos principais e 4 acessórios. Quais são eles e como se relacionam entre si?



A Evolução Clínica do Parto

Clique e assista

EVOLUÇÃO CLÍNICA NO TRABALHO DE PARTO

Habilidades Médicas - Obstetrícia



TESTE

seus
conhecimentos
com as questões
de residência
médica sobre o
tema,

[CLIQUE AQUI](#)





2023

PARTO

E PARTOGRAMA

"A partir das últimas décadas do século XIX, o parto ingressou no âmbito da medicina e, aos poucos, foi se transformando em um evento completamente medicalizado. Esse processo histórico se ampliou fortemente no decorrer do século XX, em diversas regiões do globo, trazendo consigo importantes vantagens relacionadas, principalmente, à diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal. No entanto, a intensificação da medicalização dos nascimentos também aponta para problemas, à medida que a excessiva tecnologização tem gerado críticas e insatisfações principalmente no que concerne às consequências clínicas, físicas e emocionais do excesso de intervenções"

CARVALHO, BRUNO LEAL PASTOR DE. PARTO, NASCIMENTO E MORTALIDADE INFANTIS SÃO DESTAQUES EM NOVA EDIÇÃO DE PERIÓDICO CIENTÍFICO DE HISTÓRIA.





OBJETIVO PRINCIPAL

Capacitar para a distinção e adequada assistência às fases clínicas do parto.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Apresentar breve histórico da parturição no Brasil e do surgimento do Partograma; esclarecer as diferenças entre as 4 fases clínicas do parto; treinar o correto preenchimento do partograma;

compreender os métodos de avaliação da vitalidade fetal intraparto; reconhecer a etiologia, a apresentação gráfica e a conduta frente às desacelerações intrapartos; reconhecer as distócias mais comuns; promover a reflexão entre as divergências existentes entre os achados de Friedman (que fundamentaram a construção do Partograma como o conhecemos hoje) e as novas propostas de Zang na assistência ao parto vaginal.

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. Habitualmente o trabalho de parto ativo é dividido em três estágios, também chamados de “fases clínicas do parto”. Quais são essas fases e o que as caracteriza?

2. Segundo Friedman, o ginecologista que desenvolveu o partograma, o primeiro período do parto se divide em duas fases. Saber identificá-las é importante porque pode evitar internações antecipadas e intervenções desnecessárias na condução do parto. Quais são essas fases e qual a duração média de cada uma delas?

3. O esvaecimento (também chamado de apagamento) e a dilatação do colo cervical se dão de maneiras diferentes entre primíparas e múltiparas. Quais são estas diferenças?

O partograma é a representação gráfica da evolução do Trabalho de

Parto (TP). Através de sua marcação, podemos identificar as alterações do TP e instituir tratamento adequado. Sobre este assunto, responda as questões a seguir:

Maria José Almeida, 27 anos, G1P0, 39s2d. Admitida na maternidade às 10h da manhã em franco trabalho de parto. DU: 3/10'/40" BCF: 150 bpm. Ao toque: Colo centralizado, 90% apagado, 4cm de dilatação, apresentação cefálica, -2 de De Lee, Bolsa íntegra. A partir daí foi evoluída por um acadêmico e um R1, segundo estas anotações:

Às 11h: DU: 4/10'/40" BCF 140 bpm – Ao toque: Colo apagado 90%, 5 cm de dilatação, apresentação Cefálica, Bolsa íntegra, -1 de De Lee.

Às 12h: DU: 4/10'/45" BCF 150 bpm – Ao toque: Colo apagado 90%, 5 cm de dilatação, apresentação Cefálica, Bolsa íntegra, 0 de De Lee.

Às 14h: DU: 4/10'/45" BCF 140 bpm – Ao toque: Colo apagado 90%, 8 cm de dilatação, apresentação Cefálica em OET, Bolsa Rota, Líquido claro, +1 de De Lee.

Às 15h: DU: 4/10'/45" BCF 150 bpm – Ao toque: Colo apagado 90%,

9 cm de dilatação, apresentação Cefálica em OEA, Bolsa Rota, Líquido claro, +2 de De Lee.

4. Preencha corretamente o partograma de Maria José.

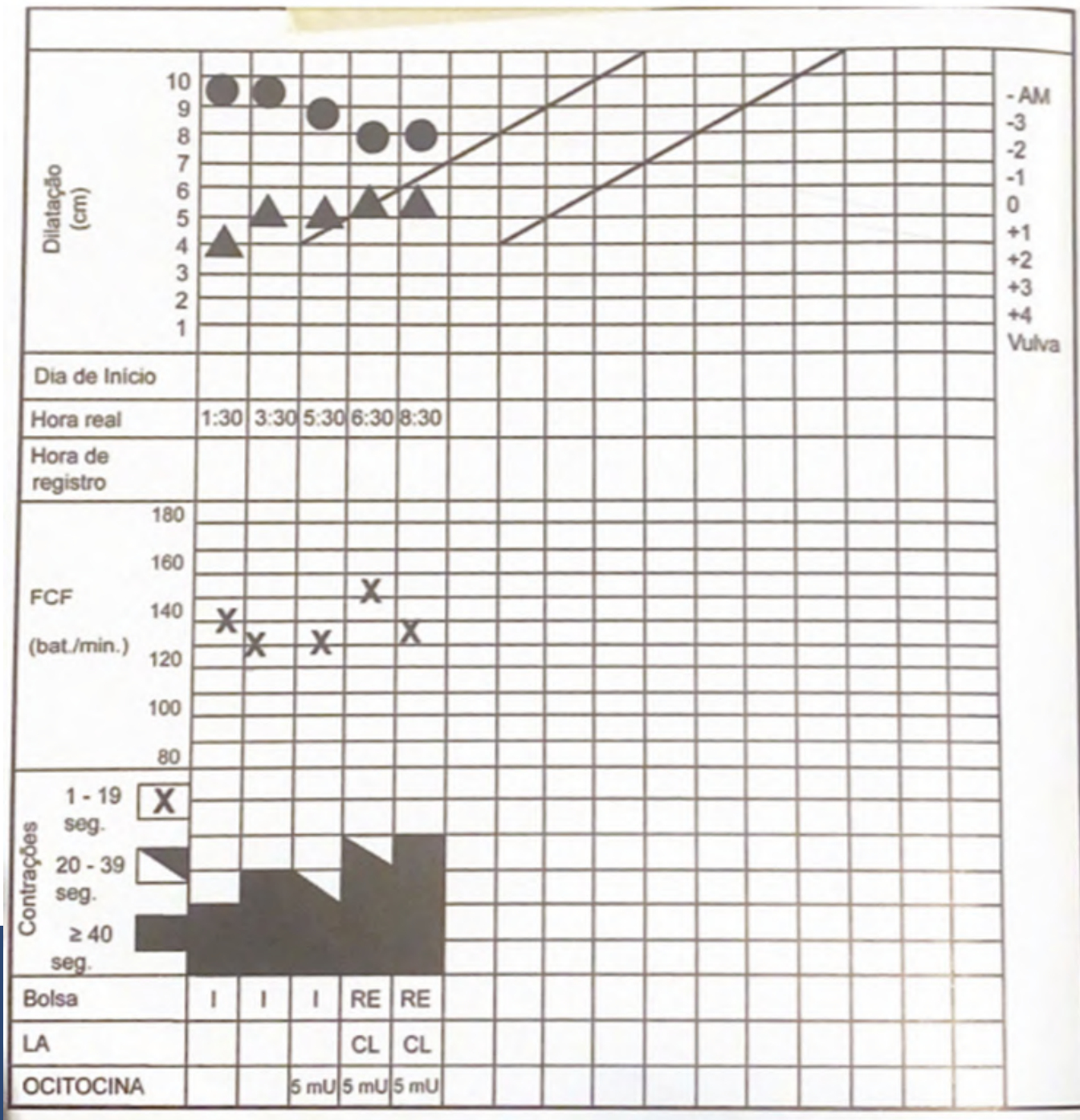
Cândida está grávida do seu terceiro filho. Se mostra muito preocupada com o parto, pois seu primeiro filho nasceu com 2450g de parto vaginal, mas no segundo refere que “não teve passagem”. Este segundo filho nasceu de cesariana após ficar mais de 8h na sala de parto “sentindo as dores” e pesou 3100g. Deseja saber se poderá tentar o parto normal, pois não gostou da cesariana e ficou muito debilitada após a cirurgia, enquanto que no parto vaginal já podia cuidar de seu bebê sozinha, tomar banho e se alimentar imediatamente ao parto. Na pelvimetria clínica, a conjugata diagonalis media 10,5 cm e o diâmetro biespinhas ciáticas media 9,0 cm.

5. Classifique a pelve de Cândida quanto ao prognóstico para parto normal.

Com 37s5d de gestação Cândida chega à maternidade em TP no meio da madrugada. Seu pré-natal transcorreu sem intercorrências. Ela deu entrada às 01:30 da manhã com

4 cm de dilatação apresentando boa atividade uterina. Você iniciou o partograma e passou o caso para seus colegas de plantão, que não foram alunos UNIFIMES, e foi descansar pois já era fim do seu horário noturno. Ao acordar às 8:30h você foi ao pré parto para ver como evoluiu o TP de Cândida, mas para a sua surpresa ela ainda estava lá e o partograma encontrava-se da seguinte forma:

(próxima página)



6. O que está errado no preenchimento do partograma de Cândida?

7. Faça o preenchimento correto do partograma de Cândida para ensinar os colegas do plantão que não tiveram boas aulas na graduação (em anexo, um partograma em branco em PDF).

8. Olhando seu partograma corretamente preenchido, qual seu diagnóstico e conduta às 8:30?

9. Na caracterização dos partos a identificação das distócias é feita pela observação da dilatação cervical e da descida da apresentação. Classicamente há 6 possíveis situações problemáticas identificadas. Quais são elas e como se caracterizam?

PARTO E PARTOGRAMA

Habilidades Médicas - Obstetrícia



CLIQUE E ASSISTA



TESTE

SEUS CONHECIMENTOS RECÉM ADQUIRIDOS
COM AS QUESTÕES DE RESIDÊNCIA MÉDICA

[CLICANDO AQUI](#)

PUERPÉRIO

FISIOLOGICO E PATOLOGICO

fevereiro de 2024

Foi a mais linda história de amor/Que me contaram e agora eu vou contar/Do amor do príncipe Shah-Jehan pela princesa Mumtaz Mahal/Do amor do príncipe Shah-Jehan pela princesa Nil Mahal/ Tê tê tê, têtêretê tê tê, têtêretê tê tê, têtêretê tê tê/ Taj Mahal, Taj Mahal"

Em 1972 Jorge Bem Jor lançou este clássico dançante da MPB que relembra a trágica origem de uma das sete maravilhas do mundo moderno, o mausoléu Taj Mahal. Ele foi edificado entre 1632 e 1653, em mármore branco e com a força de 20 mil homens a mando do imperador Shah-Jehan, desolado com a morte de sua esposa Arjumanda Banu (apelidada de Mumtaz Mahal, a "joia do palácio").



Ela faleceu após dar a luz ao seu décimo quarto filho vítima de uma grave hemorragia pós parto. Irrelevante do ponto de vista obstétrico porém não menos interessante do ponto de vista de cultura pop geral, Taj Mahal de Jorge Ben foi plagiada pelo astro britânico da música Rod Stewart, em sua canção "Da Ya Think I'm sexy?", escrita em 1978 depois de Rod passar o Carnaval no Brasil. Jorge processou o cantor pelo plágio e ganhou. A adição destas duas canções à playlist de vocês é fortemente recomendada.



PUERPÉRIO

FISIOLÓGICO E PATOLÓGICO

Esta história traz à tona uma intercorrência obstétrica que até hoje é **importante causa de mortalidade materna**, a hemorragia puerperal. Estima-se que ela seja a segunda principal causa de morte materna direta no Brasil e no mundo, ficando atrás apenas de doenças hipertensivas (como a pré-eclâmpsia) e a frente de causas infecciosas.

Objetivo Principal:

Compreender as manifestações

fisiológicas do puerpério e capacitar para o reconhecimento das patológicas.

Objetivos Secundários:

Apresentar as manifestações fisiológicas mais comuns do puerpério como eliminação de lóquios, eflúvio telógeno e blues puerperal; apresentar a etiologia, fatores de risco, quadro clínico e tratamento das complicações puerperais mais frequentes como a hemorragia, febre puerperal, mastites infecciosas e complicações tromboembólicas.

ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

1. Qual a definição de blues puerperal e como ele se diferencia da depressão pós parto?

2. Cite os principais métodos contraceptivos compatíveis com o aleitamento.

3. Cite as principais etiologias e fatores de risco para a hemorragia puerperal.

4. Cite as principais condutas frente à hemorragia puerperal.

5. Qual a definição de infecção puerperal?

6. Cite os principais fatores de risco e patógenos implicados.

7. Defina a etiopatogenia da mastite puerperal e aponte o principal agente etiológico.

8. Qual a conduta a ser tomada frente à uma mastite puerperal com e sem abscesso?

9. Cite as principais características do tromboembolismo venoso profundo no puerpério.

PUERPÉRIO

FISIOLÓGICO E PATOLÓGICO

CLIQUE E ASSISTA



TESTE

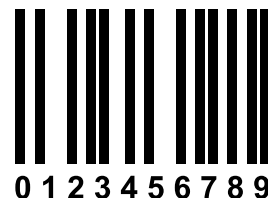
PUERPÉRIO FISIOLÓGICO E PATOLÓGICO



08

QUESTÕES SOBRE O TEMA

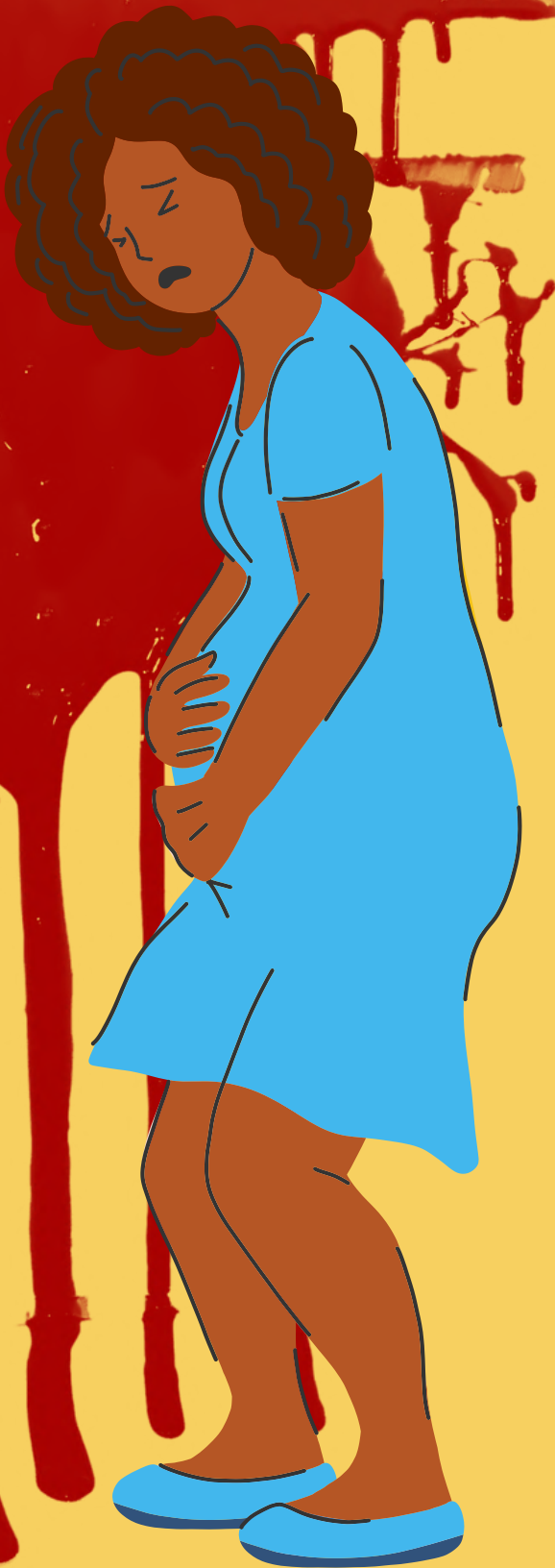
[CLICANDO AQUI](#)



AULA 9

HEMORRAGIAS

NA GESTAÇÃO



Os sangramentos na gestação são intercorrências frequentes que cursam com índices de morbimortalidade variáveis, a depender da etiologia. Podemos estar diante de uma simples ameaça de abortamento que não inspirará muitos cuidados até uma rotura uterina, com risco iminente de morte. A presunção das possíveis origens destes sangramentos deve partir de um importante ponto de consideração: A IDADE GESTACIONAL.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer as principais origens dos sangramentos na gestação.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Compartimentar as etiologias da primeira ou segunda metade da gestação; identificar os sinais clínicos típicos de cada patologia que cursa com sangramento e saber interpretar os resultados de exames a serem solicitados; dominar a conduta ideal frente a cada um destes casos distintos.



HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO

ATIVIDADES PREPARATORIAS

1. Quais as principais hipóteses diagnósticas diante de um sangramento na primeira metade da gestação?

2. Quais seriam estas hipóteses em caso de um sangramento da segunda metade da gravidez?

3. Quais os sinais clínicos esperados diante de um quadro de gravidez ectópica?

4. Cite os fatores de risco para gravidez ectópica.

5. Cite os tratamentos possíveis para a gravidez ectópica.

6. Quais os sinais clínicos você espera encontrar em um quadro de sangramento por doença trofoblástica gestacional?

7. Define-se placenta prévia como a presença de tecido placentário que recobre ou está muito próximo ao orifício interno do colo uterino após 28 semanas.

Cite os tipos de apresentação desta patologia e sua apresentação clínica característica.

8. Quais são os fatores de risco para placenta prévia?

9. O descolamento prematuro da placenta (DPP) é importante causa de morbimortalidade perinatal, sendo superior a 20% na maior parte dos levantamentos. Quais os sinais clínicos característicos?

10. Cite os principais fatores de risco para DPP.

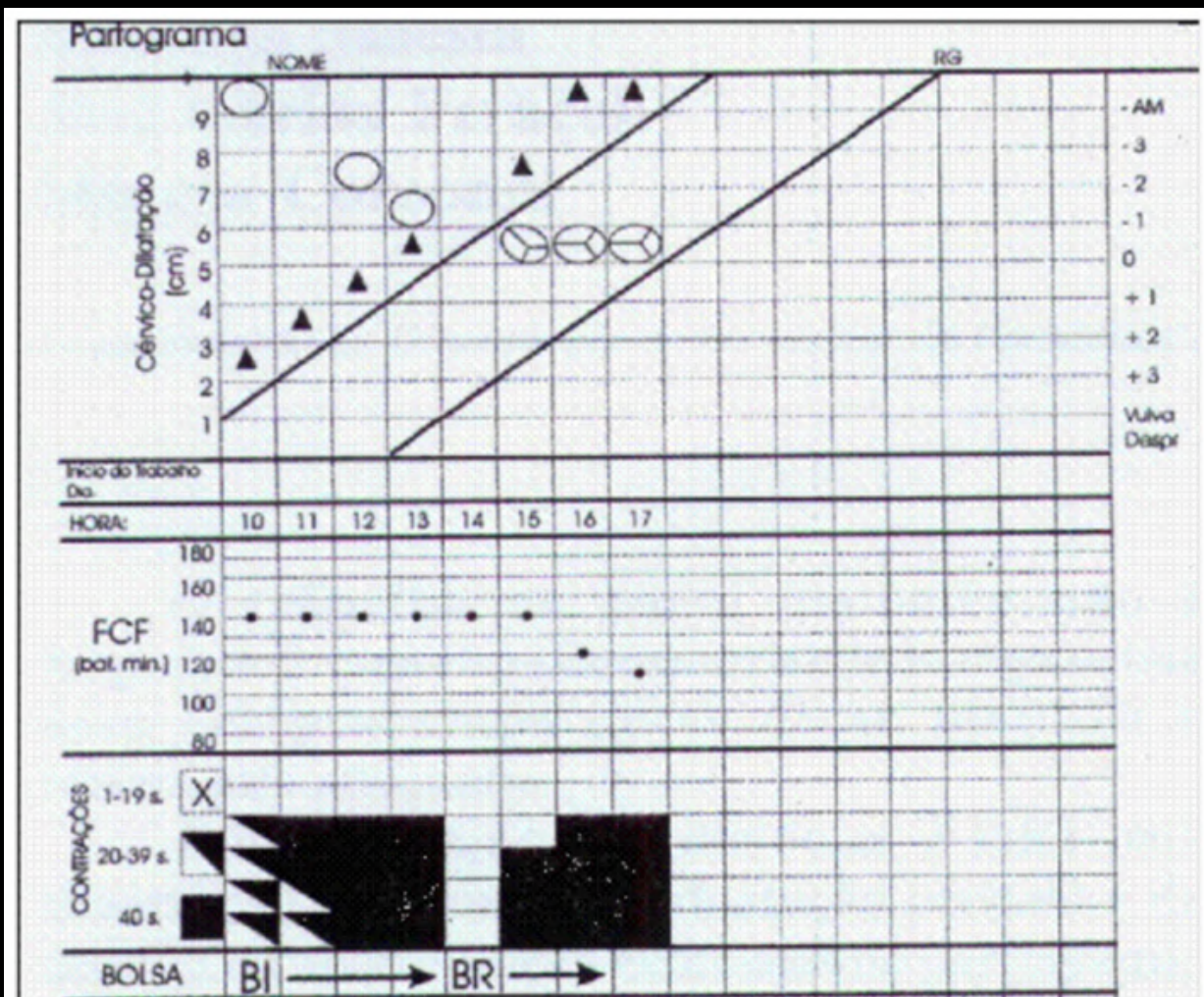
11. Você está de plantão e recebe uma paciente de 32 anos, G2P1n, 36s4d que sofreu um trauma abdominal em um acidente de carro. Ela apresenta intensa dor abdominal e sangramento vaginal de moderada intensidade. Você e o R1 não conseguiram auscultar os BCF. Quais as dois diagnósticos diferenciais possíveis neste caso?

HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO

ATIVIDADES PREPARATORIAS



12. Enquanto o R1 se paramenta para entrar na LE da paciente do trauma, você fica responsável por evoluir o parto de outra paciente que até então estava sob os cuidados de outros internos que não foram alunos UNIFIMES. Você chega às 19h, os colegas estavam tranquilos dizendo que o bebê estava demorando um pouco para descer, mas eles já iniciaram a ocitocina e aguardavam a evolução. Ao examinar a paciente você percebe a presença do sinal de Bandl-Frommel. Este é o partograma:



HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO

ATIVIDADES
PREPARATORIAS

13. Qual a distócia?

14. Comente a conduta dos colegas.

15. Qual a conduta a ser tomada agora? Por que?


CLIQUE E ASSISTA



Play

TESTE

SUAS HABILIDADES NO TEMA



COM QUESTÕES
DE RESIDÊNCIA
MÉDICA

**CLIQUE
AQUI**





PREMATURIDADE

e pós datismo

A prematuridade é a principal causa de morte em crianças até 5 anos no Brasil, vitimando cerca de 360 mil RN/ano, mais de mil por dia. Além do expressivo número dos desfechos fatais a prematuridade acarreta grande morbidade como atrasos do desenvolvimento, retardo mental, cegueira, surdez, etc. Sobre este assunto responda:

1. Sabe-se que boa parte dos casos de parto prematuro (PP) é de etiologia idiopática. Cite os principais fatores de risco para esta ocorrência.

2. São 4 os principais mecanismos que tentam explicar a deflagração do PP. Cite quais são eles e os explique.

3. Primigesta de 19 anos, 23s4d, ainda não realizou USG morfológico, estágio I da classificação de Hobbes para PP. Qual sua conduta frente a ela?

4. A mesma primigesta retorna no seu consultório com USG morfológico de hoje, IG 23s4d. Comprimento do colo 23 mm. Qual sua conduta?

5. Mesma paciente evolui para o estágio III com DU 3/10'/40" e dilatação do colo 2-3cm. Exame físico materno normal, CTG também normal. Descreva sua HD e sua prescrição para esta paciente.

6. Paciente de 24 anos, G2P0A1 (abortamento precoce), chega aos seu plantão com UG de 31s1d, DU 4/10'/35".

7. Colo dilatado 5 cm, apagado 50%, BCF+. Qual sua conduta?

8. Paciente de 32 anos, G2P1n, IG 28s4d, chega ao seu plantão com DU de 3/10'/30", colo dilatado 2 cm, apagado 60%, BCF 158 bpm, febril ao toque. Refere estar em tratamento para ITU com cefalexina há 4 dias. Qual sua conduta?

9. Cite os principais agentes tocolíticos e seus mecanismos de ação.

10. Cite os esquemas de corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

11. Cite os benefícios da corticoterapia nos resultados pós natais.

12. Defina pós datismo e gestação a termo.

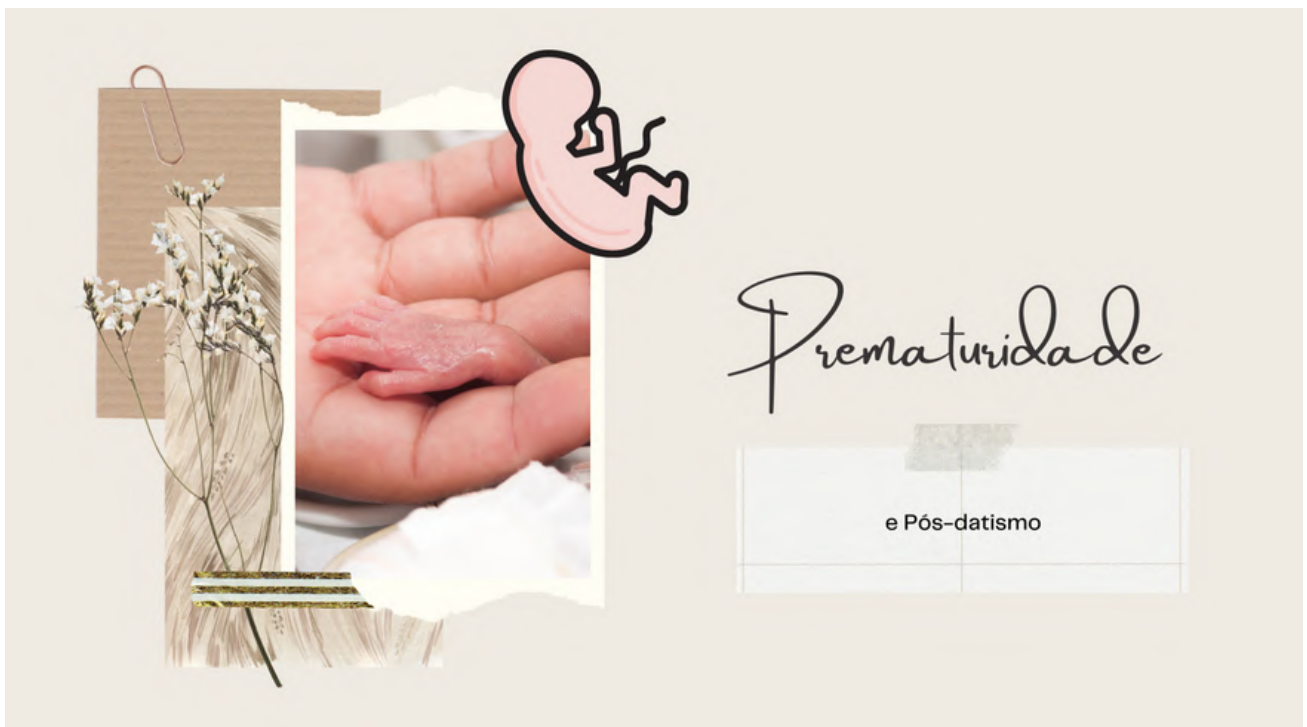
13. Cite os critérios avaliados no índice de Bishop? A partir de qual pontuação o parto pode ser induzido sem a necessidade de maturação cervical?

PREMATURIDADE

e pós datismo



Clique e Assista



Play

TESTE

AULA EXTRA1
ÚTEROS MAGAZINE
PRIMEIRA EDIÇÃO

Prematuridade e pós datismo nas provas

TREINE COMO

se sua prova fosse amanhã

**TUDO QUE VOCÊ
PRECISA SABER**



**SE LIGA EM
COMO ISSO CAI**

Clicando Aqui

HABILIDADES MÉDICAS IV E VII

OBRIGADA

a todos vocês pelo semestre juntos!
Espero que tenha sido muito proveitoso e torço para revê-los em breve!

ÚTEROS

Edição 5 Vol. 5



9812387

