

Curso de Saúde da Mulher



O curso online de **Saúde da Mulher** é uma formação profissional avançada desenvolvida para capacitar profissionais e estudantes das ciências médicas e da saúde. Diante da necessidade de uma abordagem integral, o programa aborda desde a fisiologia endócrina até as diretrizes mais recentes de rastreamento oncológico, obstetrícia de alto risco e climatério. A qualificação abrange tópicos essenciais para quem busca excelência no atendimento clínico, oferecendo embasamento técnico para a tomada de decisões seguras. Através de um conteúdo denso e atualizado, o aluno compreenderá as nuances das patologias ginecológicas mais prevalentes, as atualizações em contracepção e os protocolos de assistência à gestante. O foco central está na aplicação prática das evidências científicas, preparando o especialista para atuar de forma humanizada e resolutiva tanto na atenção primária quanto na alta complexidade. Com um mercado de trabalho cada vez mais exigente em relação à medicina baseada em evidências, este curso se destaca como um divisor de águas na carreira de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e demais profissionais que atuam diretamente na saúde feminina.

O QUE VOCÊ VAI APRENDER

- Compreender a fisiologia do ciclo menstrual e a complexa regulação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.
- Diagnosticar e conduzir clinicamente patologias ginecológicas prevalentes, como a endometriose e a síndrome dos ovários policísticos.

- Implementar os protocolos mais recentes de rastreamento para o câncer de colo de útero e o câncer de mama.
- Prescrever e manejar métodos contraceptivos de forma individualizada, considerando critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde.
- Realizar a assistência pré-natal completa, identificando precocemente sinais de alerta e fatores de risco em gestações de alto risco.
- Conduzir o manejo terapêutico dos sintomas do climatério e da menopausa, avaliando riscos e benefícios da terapia de reposição hormonal.
- Aplicar os princípios da propeleutica e da assistência em casos de urgências ginecológicas e infecções sexualmente transmissíveis.
- Desenvolver raciocínio clínico para a prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação da saúde pélvica e uroginecológica.

PÚBLICO-ALVO:

- Médicos generalistas, ginecologistas, obstetras e residentes que buscam atualização em protocolos clínicos baseados em evidências.
- Enfermeiros e obstetras que atuam na atenção primária, equipes de saúde da família ou em maternidades e centros obstétricos.
- Fisioterapeutas pélvicos que desejam aprofundar seus conhecimentos na fisiopatologia ginecológica para otimizar os planos de reabilitação.

- Estudantes de graduação das áreas de medicina, enfermagem e nutrição que pretendem seguir carreira na área de saúde reprodutiva.
 - Gestores de serviços de saúde que necessitam compreender as diretrizes assistenciais para a implementação de programas públicos de saúde da mulher.
-

MÓDULOS E AULAS

Módulo 1: Anatomia Estrutural e Fisiologia Endócrina do Sistema Reprodutor Feminino

Aula 1.1: Anatomia Aplicada da Pelve Feminina e Estruturas Adjacentes O entendimento detalhado da anatomia pélvica feminina constitui o pilar fundamental para qualquer intervenção clínica, cirúrgica ou fisioterapêutica na saúde da mulher. A pelve óssea, composta pelos ossos ilíacos, ísquios, pubis, sacro e cóccix, atua como uma estrutura de suporte para os órgãos reprodutores internos, a bexiga e o reto. O assoalho pélvico, formado principalmente pelo músculo levantador do ânus e pelos músculos coccígeos, desempenha um papel crítico na manutenção da continência urinária e fecal, além de sustentar as vísceras contra a pressão intra-abdominal. O conhecimento preciso da vascularização, capitaneada pelas artérias ilíacas internas e uterinas, assim como a inervação pelo plexo hipogástrico e pelo nervo pudendo, é indispensável para evitar iatrogenias durante procedimentos invasivos e exames físicos minuciosos. A aplicação prática desse conhecimento se traduz na capacidade do profissional de correlacionar queixas de dor pélvica crônica, prolapsos de órgãos e disfunções sexuais com possíveis lesões musculares ou compressões nervosas específicas. Um exemplo real envolve a avaliação

de pacientes no pós-parto vaginal, onde o estiramento excessivo ou a laceração do corpo perineal pode comprometer a função do esfíncter anal e do músculo bulbocavernoso. Na prática clínica diária, a palpação sistemática dessas estruturas permite identificar pontos de gatilho miofasciais que simulam dores viscerais. Um erro comum na abordagem inicial é negligenciar a integridade do assoalho pélvico ao avaliar sintomas urinários obstrutivos, focando apenas na urocultura e ignorando a hipertonia muscular. As boas práticas determinam que toda propedêutica ginecológica inclua o exame estático e dinâmico da musculatura perineal para guiar o manejo terapêutico adequado.

Aula 1.2: O Eixo Hipotálamo-Hipófise-Gonadal e a Regulação Hormonal A regulação do sistema reprodutor feminino é coordenada pelo complexo funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, que opera por meio de mecanismos refinados de retroalimentação positiva e negativa. O hipotálamo inicia essa cascata hormonal ao secretar de forma pulsátil o hormônio liberador de gonadotrofinas. Esses pulsos estimulam a hipófise anterior a sintetizar e liberar o hormônio folículo-estimulante e o hormônio luteinizante. O hormônio folículo-estimulante atua diretamente nos ovários, promovendo o recrutamento e o crescimento dos folículos ovarianos, os quais passam a produzir quantidades crescentes de estradiol. O aumento progressivo do estradiol exerce um efeito de retroalimentação positiva na hipófise, culminando em um pico abrupto de hormônio luteinizante, o qual deflagra o processo de ovulação e a subsequente formação do corpo lúteo, que passa a secretar progesterona. Na rotina clínica, a compreensão exata desse ritmo pulsátil e das flutuações hormonais é indispensável para a interpretação correta de exames laboratoriais e para o diagnóstico de distúrbios ovulatórios. Em termos operacionais, se os pulsos do hormônio liberador de gonadotrofinas sofrerem alterações de frequência devido a

estresse extremo, perda ponderal severa ou exercícios físicos extenuantes, a liberação de gonadotrofinas será suprimida, resultando em amenorreia hipotalâmica funcional. Um exemplo clássico de erro técnico é a coleta de dosagens de progesterona em dias aleatórios do ciclo para avaliar a função ovulatória; a boa prática exige que essa dosagem seja realizada especificamente na fase lútea média, idealmente sete dias antes da próxima menstruação prevista. O domínio dessa fisiologia endócrina evita diagnósticos equivocados de insuficiência ovariana prematura e direciona o uso racional de terapias de indução da ovulação.

Aula 1.3: Fases do Ciclo Menstrual e Modificações Endometriais O ciclo menstrual é uma manifestação cíclica de modificações anatômicas e histológicas que ocorrem no endométrio em resposta às oscilações dos esteroides ovarianos, dividindo-se didaticamente em fase proliferativa, fase secretora e fase menstrual. Durante a fase proliferativa, que coincide com a fase folicular ovariana, o estradiol estimula a reconstrução e a proliferação da camada funcional do endométrio, que havia sido descamada na menstruação anterior. Sob a influência estrogênica, as glândulas endometriais tornam-se retas e alongadas, e o estroma se expande. Após a ovulação, inicia-se a fase secretora, mediada pela progesterona produzida pelo corpo lúteo. Nessa etapa, o crescimento endometrial cessa, as glândulas tornam-se tortuosas e passam a secretar glicogênio, preparando o ambiente uterino para a eventual implantação de um blastocisto. Caso a fertilização não ocorra, a regressão do corpo lúteo provoca uma queda abrupta dos níveis de progesterona e estradiol, desencadeando isquemia tecidual, necrose focal e a descamação endometrial que caracteriza a fase menstrual. O contexto operacional exige que o profissional correlacione essas fases com os achados de exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal. Um endométrio

trilaminar, por exemplo, é um achado típico e esperado no período periovulatório, refletindo a ação estrogênica ideal. Um erro comum no ambiente assistencial é alarmar-se diante de um endométrio espessado e hiperecogênico em uma paciente em idade fértil sem avaliar em qual fase do ciclo o exame foi realizado, visto que esse padrão é perfeitamente normal na fase lútea tardia. A aplicação prática desse conceito permite identificar sangramentos uterinos disfuncionais decorrentes de ciclos anovulatórios, nos quais a ausência de progesterona deixa o endométrio exposto a uma estimulação estrogênica persistente e desgovernada, levando à hiperplasia por privação. As boas práticas recomendam a anamnese menstrual detalhada como ponto de partida para qualquer investigação diagnóstica na menacme.

Aula 1.4: Gametogênese Feminina e Reserva Ovariana A gametogênese feminina, ou ovogênese, possui características biológicas únicas que a diferenciam drasticamente da espermatogênese, destacando-se pelo fato de que a mulher já nasce com todo o seu estoque de oócitos para a vida inteira. Durante o desenvolvimento embrionário, as ovogônias multiplicam-se por mitose e iniciam a primeira divisão meiótica, sendo interrompidas na prófase um até que ocorra a puberdade. A partir da menarca, a cada ciclo menstrual, um grupo de folículos é recrutado, mas geralmente apenas um atinge a maturidade total e completa a primeira meiose, transformando-se em oócito secundário pronto para a ovulação. Esse processo de depleção contínua e progressiva define o conceito de reserva ovariana, a qual declina de forma mais acentuada a partir dos trinta e cinco anos de idade, impactando diretamente o potencial fértil da mulher. O impacto profissional desse conhecimento reflete-se diretamente na condução de investigações de infertilidade conjugal e no aconselhamento sobre planejamento reprodutivo reprodutivo tardio. Para avaliar o

panorama da reserva ovariana, a medicina utiliza marcadores biológicos como o hormônio antimülleriano e a contagem de folículos antrais por meio de ultrassonografia transvaginal realizada nos primeiros dias do ciclo menstrual. Um exemplo real de aplicação clínica é a triagem de pacientes candidatas ao congelamento de óvulos, onde níveis baixos de hormônio antimülleriano alertam para a necessidade de protocolos de estimulação ovariana mais robustos. Um erro frequente na prática médica é confundir a regularidade dos ciclos menstruais com a garantia de uma excelente qualidade oocitária, desconsiderando o fator etário como preditor isolado de aneuploidias. As boas práticas exigem uma abordagem proativa e informativa, permitindo que a paciente tome decisões respaldadas em dados concretos sobre sua longevidade reprodutiva.

Módulo 2: Propedêutica Ginecológica, Exame Físico e Rastreamento Oncológico

Aula 2.1: Técnicas de Anamnese e Exame Físico Ginecológico Estruturado Uma assistência de excelência em ginecologia inicia-se obrigatoriamente por uma anamnese minuciosa, conduzida em ambiente que garanta a privacidade e o acolhimento necessários para mitigar o desconforto inerente ao atendimento. A entrevista clínica deve investigar detalhadamente a história menstrual, a paridade, o uso atual e prévio de métodos anticoncepcionais, as práticas sexuais, o histórico de infecções sexualmente transmissíveis e os antecedentes familiares de neoplasias mamárias ou ginecológicas. O exame físico estruturado compreende a inspeção estática e dinâmica da genitália externa, seguida pelo exame especular detalhado, que permite a visualização do colo uterino, a avaliação do conteúdo vaginal e a coleta de material citológico. O toque vaginal bimanual encerra a propedêutica física, fornecendo dados cruciais

sobre a mobilidade, o tamanho e a consistência do útero, bem como a presença de massas ou dor à palpação dos anexos. O contexto operacional exige sensibilidade técnica extrema para identificar alterações sutis, como úlceras herpéticas iniciais, condilomas ou abaulamentos sugestivos de cisto de Bartholin. Na aplicação prática, o profissional deve explicar previamente cada etapa do exame à paciente, reduzindo a ansiedade e promovendo o relaxamento da musculatura pélvica, o que viabiliza um exame mais acurado e menos doloroso. Um erro comum de conduta é a introdução do espéculo lubrificado com substâncias que possam interferir na análise citopatológica ou na interpretação do teste de Schiller durante a colposcopia. A boa prática determina o uso exclusivo de água morna ou, quando estritamente necessário, uma quantidade mínima de gel hidrossolúvel na face externa das lâminas do espéculo, sem tocar o colo uterino, preservando a celularidade da amostra coletada e assegurando a fidedignidade dos resultados laboratoriais.

Aula 2.2: Diretrizes de Rastreamento do Câncer de Colo de Útero O rastreamento do câncer de colo de útero fundamenta-se na detecção precoce de lesões precursoras causadas pela infecção persistente por subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano. De acordo com as diretrizes vigentes do Ministério da Saúde e de órgãos internacionais, a coleta do exame citopatológico, conhecido amplamente como Papanicolau, deve ser oferecida a mulheres e pessoas com colo do útero na faixa etária de vinte e cinco a sessenta e quatro anos que já iniciaram a atividade sexual. O intervalo recomendado entre os exames é de três anos, após dois resultados anuais consecutivos normais. A técnica de coleta exige a obtenção de material tanto da ectocérvice, por meio da espátula de Ayre, quanto da endocérvice, utilizando a escova endocervical, garantindo a representação das células da zona de

transformação, local onde a maioria das neoplasias se desenvolve. O impacto profissional desse rastreamento reside na drástica redução da incidência e da mortalidade por carcinoma espinocelular e adenocarcinoma uterino através da intervenção precoce em lesões de alto grau. Um exemplo real de manejo clínico envolve a conduta diante de um laudo citológico que indica células escamosas atípicas de significado indeterminado, onde a conduta preconizada varia entre a repetição do exame em seis a doze meses ou o encaminhamento direto para colposcopia, a depender da idade da paciente. Um erro operacional crônico é a realização do rastreamento em pacientes fora da faixa etária recomendada ou sem histórico de atividade sexual, gerando sobrediagnóstico e intervenções desnecessárias em lesões que regrediriam espontaneamente. As boas práticas preconizam a busca ativa de pacientes faltosas e a educação continuada sobre a vacinação contra o vírus antes do início da vida sexual como estratégias complementares de prevenção primária.

Aula 2.3: Rastreamento e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama O câncer de mama representa a neoplasia maligna mais frequente na população feminina mundial, excetuando-se os tumores de pele não melanoma, o que torna as estratégias de rastreamento ferramentas indispensáveis na redução da mortalidade. A mamografia convencional ou digital é o único método de triagem que demonstrou eficácia populacional em ensaios clínicos controlados, sendo recomendada bienalmente para mulheres entre cinquenta e sessenta e nove anos por diretrizes governamentais, embora sociedades de especialidades médicas recomendem o início anual a partir dos quarenta anos. O exame baseia-se na aplicação de compressão radiológica nas incidências craniocaudal e mediolateral oblíqua, permitindo a identificação de microcalcificações

pleomórficas agrupadas, nódulos espiculados e distorções arquiteturais do parênquima mamário antes que se tornem palpáveis. A aplicação prática dos achados mamográficos baseia-se estritamente no sistema de padronização de laudos conhecido como Breast Imaging Reporting and Data System. Em termos operacionais, diante de um laudo categorizado como categoria zero, o profissional deve providenciar exames complementares como a ultrassonografia ou a compressão localizada para elucidação diagnóstica. Um erro comum e grave na condução clínica é a subestimação de um nódulo palpável pelo fato de a mamografia recente ter apresentado resultado normal ou benigno, visto que mamas densas podem mascarar lesões malignas. A boa prática exige que qualquer alteração clínica palpável suspeita seja investigada por meio de biópsia por agulha grossa, independentemente do padrão radiológico, assegurando que o diagnóstico histopatológico não seja postergado e o tratamento cirúrgico ou quimioterápico seja instituído precocemente.

Aula 2.4: Ultrassonografia Transvaginal e Marcadores Tumorais em Ginecologia A ultrassonografia transvaginal consolida-se como a modalidade de imagem de primeira linha na avaliação da anatomia pélvica, fornecendo detalhes de alta resolução sobre a morfologia uterina e anexial. O exame permite aferir com precisão a espessura do endométrio, discriminar a natureza sólida ou cística de massas ovarianas e mapear a localização de miomas subserosos, intramurais ou submucosos. Diante do achado de uma massa anexial suspeita, a propedêutica é complementada pela dosagem sérica de marcadores tumorais, sendo o antígeno de câncer cento e vinte e cinco o mais extensamente utilizado na prática clínica para auxiliar na diferenciação entre processos benignos e neoplasias malignas epiteliais do ovário. O contexto operacional exige cautela extrema na interpretação desses dados

biológicos combinados. Um exemplo real envolve pacientes na pré-menopausa que apresentam massas anexiais associadas a níveis moderadamente elevados do antígeno de câncer cento e vinte e cinco; em muitos desses casos, a elevação decorre de condições benignas comuns, como endometriose profunda, adenomiose ou doença inflamatória pélvica, e não de um processo maligno. Um erro comum é indicar laparotomias intempestivas baseando-se unicamente em elevações discretas desse marcador inflamatório sem aplicar os critérios de análise morfológica do grupo International Ovarian Tumor Analysis. As boas práticas determinam que a conduta diante de cistos ovarianos seja pautada pela estratificação de risco ultrassonográfica, reservando abordagens invasivas para lesões com critérios nítidos de malignidade, como septos espessos, projeções papilíferas internas ou fluxo vascular de alta resistência ao mapeamento Doppler.

Módulo 3: Distúrbios Endócrinos, Síndrome dos Ovários Policísticos e Endometriose

Aula 3.1: Fisiopatologia e Diagnóstico da Síndrome dos Ovários Policísticos A Síndrome dos Ovários Policísticos configura o distúrbio endócrino mais prevalente entre as mulheres em idade reprodutiva, caracterizando-se por uma disfunção multifatorial de base genética e forte influência ambiental. A fisiopatologia da síndrome envolve intrinsecamente uma alteração na pulsatilidade do hormônio liberador de gonadotrofinas, resultando em uma secreção preferencial de hormônio luteinizante em detrimento do hormônio folículo-estimulante. Esse desequilíbrio estimula as células da teca ovariana a produzirem androgênios em excesso, o que compromete o desenvolvimento folicular e gera anovulação crônica. Paralelamente, a resistência à insulina atua como um cofator central, onde

a hiperinsulinemia compensatória suprime a síntese hepática da globulina transportadora de hormônios sexuais, elevando as frações livres de testosterona e agravando as manifestações de hiperandrogenismo clínico, como hirsutismo, acne severa e alopecia androgênica. O diagnóstico definitivo deve seguir rigorosamente os Consensos internacionais, baseando-se na presença de pelo menos dois dos três critérios estabelecidos: anovulação ou oligoovulação crônica, sinais clínicos ou laboratoriais de hiperandrogenismo e imagem ultrassonográfica demonstrando morfologia de ovários policísticos. Um erro comum no manejo operacional é firmar o diagnóstico baseando-se de forma exclusiva no achado ultrassonográfico de múltiplos folículos antrais, desconsiderando que esse padrão pode ser fisiológico em adolescentes normais. Na aplicação prática, o profissional deve excluir rigorosamente outras patologias miméticas, como a hiperplasia adrenal congênita não clássica, disfunções tireoidianas e hiperprolactatemia. As boas práticas exigem uma triagem metabólica ampla, incluindo o teste de tolerância oral à glicose e o perfil lipídico, visando prevenir complicações a longo prazo, como o diabetes mellitus tipo dois e a doença cardiovascular precoce.

Aula 3.2: Abordagem Terapêutica Multidisciplinar na Síndrome dos Ovários Policísticos O tratamento da Síndrome dos Ovários Policísticos deve ser rigorosamente individualizado, pautando-se nos objetivos reprodutivos atuais da paciente, na gravidade dos sintomas dermatológicos e no perfil de risco metabólico apresentado. Para mulheres que não desejam engravidar a curto prazo, os anticoncepcionais orais combinados contendo progestágenos com atividade antiandrogênica, como a ciproterona ou a drospirenona, constituem a terapia de primeira linha, atuando na regularização dos ciclos menstruais, na supressão do LH hipofisário e no controle do hirsutismo. Quando a resposta cutânea é

insuficiente após seis meses de uso, a associação de espironolactona pode ser instituída devido ao seu bloqueio direto nos receptores androgênicos periféricos. Para as pacientes cujo foco principal é a fertilidade, o letrozol ou o citrato de clomifeno são utilizados como indutores da ovulação de primeira escolha. O impacto profissional de uma condução terapêutica bem-sucedida reside na compreensão de que o manejo farmacológico isolado é ineficaz se não houver uma mudança estrutural no estilo de vida da paciente. Um exemplo real envolve o manejo de pacientes obesas com a síndrome, onde a perda ponderal de apenas cinco a dez por cento do peso corporal total é frequentemente suficiente para restaurar a ciclicidade ovulatória e reduzir os níveis de insulina circulante. A introdução de sensibilizadores de insulina, como a metformina, apresenta indicações precisas, voltadas para a intolerância à glicose documentada. Um erro comum é prescrever anticoncepcionais indefinidamente sem orientar sobre os riscos de trombose venosa profunda em pacientes com comorbidades metabólicas graves. As boas práticas preconizam a integração com nutricionistas e educadores físicos, abordando a síndrome como uma condição crônica que demanda vigilância contínua do status metabólico.

Aula 3.3: Endometriose: Aspectos Etiopatogênicos e Formas de Apresentação Clínica A endometriose constitui uma doença inflamatória crônica estrogênio-dependente caracterizada pela presença de tecido estromal e glandular endometrial fora da cavidade uterina. Embora a teoria da menstruação retrógrada de Sampson permaneça como uma das mais aceitas, a etiopatogenia atual engloba disfunções do sistema imunológico que falham em clarear as células endometriais na cavidade peritoneal, além de fatores genéticos, epigenéticos e processos de metaplasia celômica. Os implantes endometrióticos ectópicos respondem às

flutuações hormonais do ciclo menstrual, sofrendo sangramentos microscópicos que desencadeiam uma reação inflamatória intensa, fibrose local e formação de aderências anatômicas complexas. A doença manifesta-se clinicamente por meio de uma constelação de sintomas álgicos, incluindo dismenorreia severa, dor pélvica crônica não cíclica, dispareunia profunda, disúria e disquezia catameniais, além de estar fortemente associada à infertilidade. A aplicação prática do manejo da endometriose requer a compreensão de que existem três fenótipos principais bem definidos: a endometriose peritoneal superficial, a endometriose ovariana com formação de endometriomas e a endometriose infiltrativa profunda, que acomete estruturas retroperitoneais a uma profundidade maior que cinco milímetros, incluindo os ligamentos uterossacos, o reto-sigmoide, a bexiga e o apêndice. O diagnóstico padrão-ouro evoluiu de laparoscopias invasivas para exames de imagem avançados com protocolos específicos, tais como a ressonância magnética da pelve e a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal prévio. Um erro comum no contexto assistencial é negligenciar as queixas de dismenorreia em adolescentes, rotulando-as erroneamente como dores fisiológicas, o que atrasa o diagnóstico em média por sete a dez anos. As boas práticas exigem alto índice de suspeição clínica e encaminhamento precoce para centros especializados quando detectados sinais de infiltração profunda.

Aula 3.4: Estratégias de Tratamento Clínico e Cirúrgico da Endometriose

O manejo da endometriose visa primordialmente o controle álgico, a preservação do potencial de fertilidade e a restauração da qualidade de vida da paciente, visto que a cura definitiva da doença permanece indescritível. O tratamento clínico inicial fundamenta-se no bloqueio da produção estrogênica e na indução de um estado de amenorreia estável,

utilizando progestágenos isolados como o acetato de medroxiprogesterona, o dienogeste, implantes subdérmicos de etonogestrel ou o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. Os análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas são reservados para casos refratários devido aos efeitos colaterais de hipoestrogenismo severo, exigindo a instituição da terapia de adição para mitigar a perda de massa óssea e os sintomas vasomotores. O impacto profissional e operacional do tratamento cirúrgico ganha relevância quando há falha documentada no controle da dor com o tratamento clínico, obstrução de vias urinárias ou intestinais, ou endometriomas ovarianos de grandes dimensões com suspeita de malignidade associada. A abordagem de escolha é a videolaparoscopia ou a cirurgia robótica, focando na excisão completa de todos os focos fibróticos e na lise de aderências, evitando-se a mera ablação superficial por cauterização, que apresenta altas taxas de recorrência dos sintomas. Um erro clássico de conduta é a realização de cirurgias repetidas e incompletas, as quais promovem a redução drástica da reserva ovariana devido à manipulação excessiva do tecido são e aumentam o risco de dor crônica neuropática secundária. As boas práticas preconizam a discussão de casos complexos em juntas médicas multidisciplinares, envolvendo cirurgiões colorretais e urologistas, e priorizando abordagens minimamente invasivas que poupem ao máximo as estruturas nervosas pélvicas.

Módulo 4: Contraceção, Planejamento Familiar e Critérios Médicos de Elegibilidade

Aula 4.1: Anticoncepção Hormonal Combinada e Progestágenos Isolados
A anticoncepção hormonal revolucionou a autonomia reprodutiva feminina, dividindo-se fundamentalmente em métodos combinados, que associam

um estrogênio a um progestágeno, e métodos compostos exclusivamente por progestágenos. Os métodos combinados, disponíveis nas formas de pílulas orais, anéis vaginais, adesivos transdérmicos e injeções mensais, atuam primordialmente através da supressão do pico do hormônio luteinizante, bloqueando consistentemente a ovulação. Por outro lado, os métodos baseados apenas em progestágenos, como as mini-pílulas, pílulas de desogestrel ou drospirenona, injeções trimestrais e implantes subdérmicos, exercem seu efeito anticonceptivo principal por meio do espessamento do muco cervical, tornando-o impermeável aos espermatozoides, além de induzirem a atrofia do endométrio. O contexto operacional exige que o prescritor conheça minuciosamente as diferentes gerações de progestágenos e seus perfis de afinidade pelos receptores de progesterona, androgênios e glicocorticoides. Um exemplo real de aplicação clínica envolve a escolha do anticonceptivo para uma paciente com queixas associadas de retenção hídrica crônica; nesses cenários, a drospirenona sobressai-se devido ao seu efeito antiminerlocorticoide benéfico. Um erro comum na rotina médica é prescrever anticoncepcionais hormonais combinados para mulheres tabagistas com mais de trinta e cinco anos de idade, ignorando o risco exponencialmente aumentado de eventos tromboembólicos venosos e arteriais. As boas práticas determinam que a escolha do método anticonceptivo seja precedida de aferição rigorosa da pressão arterial e investigação de antecedentes cardiovasculares, garantindo a máxima segurança farmacológica no manejo terapêutico.

Aula 4.2: Dispositivos Intrauterinos de Cobre, Prata e Sistemas Liberadores de Levonorgestrel Os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação, representados pelos dispositivos intrauterinos e sistemas intrauterinos, ganharam proeminência nas diretrizes globais devido às

suas taxas de eficácia teórica e prática praticamente idênticas, uma vez que eliminam a dependência da adesão diária ou mensal da usuária. O dispositivo intrauterino de cobre atua produzindo uma reação inflamatória estéril local de caráter citotóxico que inativa os espermatozoides e impede a fertilização, mantendo a ciclicidade hormonal natural da mulher. As variações contendo prata visam diminuir a fragmentação do cobre e mitigar o aumento do fluxo menstrual. Em contrapartida, os sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel promovem a liberação contínua intrauterina de progestágeno, resultando em intensa atrofia endometrial e espessamento do muco cervical, o que frequentemente induz a oligomenorreia ou amenorreia de forma segura. A aplicação prática da inserção desses dispositivos requer treinamento técnico rigoroso para a realização correta da histerometria prévia, minimizando riscos de perfuração uterina ou mau posicionamento do dispositivo na cavidade. Um erro operacional frequente é contraindicar o uso desses dispositivos para mulheres nulíparas baseando-se no mito ultrapassado de que causariam doença inflamatória pélvica crônica ou infertilidade futura. A boa prática baseia-se em evidências científicas que demonstram que o risco de infecção está associado à exposição a infecções sexualmente transmissíveis no momento da inserção, recomendando-se a triagem prévia quando indicada. O monitoramento pós-inserção por meio de exame físico e, se disponível, ultrassonografia assegura o correto posicionamento fúndico do dispositivo e otimiza a eficácia clínica do método.

Aula 4.3: Aplicação Prática dos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS
Os Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos, desenvolvidos e atualizados periodicamente pela Organização Mundial da Saúde, constituem a diretriz máxima de segurança que orienta os

profissionais de saúde na indicação ou contra-indicação de métodos anticoncepcionais para mulheres que apresentam condições médicas preexistentes. O sistema divide as situações clínicas em quatro categorias distintas de risco: a categoria um indica uma condição para a qual não há restrições ao uso do método; a categoria segundo aponta que as vantagens superam os riscos teóricos ou provados; a categoria três estabelece que os riscos teóricos ou provados superam as vantagens, contra-indicando o método a menos que não haja alternativas; e a categoria quatro define uma condição que representa um risco inaceitável à saúde se o método for utilizado. O impacto profissional do domínio dessa ferramenta reflete-se na prevenção direta de iatrogenias graves no ambiente assistencial. Um exemplo real envolve o atendimento de uma paciente portadora de lúpus eritematoso sistêmico com presença confirmada de anticorpos antifosfolídeos; a aplicação rigorosa dos critérios da organização classifica os métodos anticoncepcionais combinados orais na categoria quatro devido ao risco altíssimo de trombose arterial ou venosa, direcionando o profissional a indicar opções seguras como o dispositivo de cobre, categorizado como categoria um. Um erro comum é suspender métodos contraceptivos hormonais em pacientes com varizes superficiais simples por confusão teórica com a trombose venosa profunda. Seguir as diretrizes garante uma prescrição baseada em evidências, resguardando a saúde da paciente de eventos adversos graves e prevenindo gestações indesejadas em populações de alto risco.

Aula 4.4: Contracepção de Emergência e Métodos Definitivos Cirúrgicos A anticoncepção de emergência destina-se estritamente à prevenção da gravidez após relações sexuais desprotegidas, falhas comprovadas de métodos contraceptivos regulares ou em casos de violência sexual,

operando primordialmente por meio do levonorgestrel em dose única ou fracionada, cujo mecanismo consiste no bloqueio ou retardo da ovulação se administrado antes do pico do hormônio luteinizante. Caso a ovulação já tenha ocorrido, o método perde significativamente sua eficácia clínica, não possuindo propriedades abortivas. Paralelamente, os métodos cirúrgicos definitivos, como a laqueadura tubária bilateral e a vasectomia, representam intervenções permanentes reguladas por legislações específicas que exigem consentimento formal livre e esclarecido, além de prazos mandatórios entre a manifestação da vontade e a execução do procedimento. O contexto operacional da laqueadura tubária envolve técnicas cirúrgicas como a salpingectomia bilateral total, que atualmente é preferida em relação à mera ligadura ou cauterização devido ao seu impacto adicional comprovado na redução drástica do risco futuro de carcinoma seroso de alto grau do ovário, cuja origem frequentemente se localiza nas fímbrias tubárias. Um erro comum e grave no acolhimento de urgência é postergar a administração da anticoncepção de emergência sob a justificativa de aguardar exames de imagem ou laboratoriais; a boa prática preconiza que a eficácia é inversamente proporcional ao tempo decorrido, devendo a primeira dose ser disponibilizada de imediato, idealmente dentro das primeiras vinte e quatro a setenta e duas horas. O aconselhamento pós-evento deve focar na transição imediata para um método contraceptivo regular e de alta eficácia.

Módulo 5: Assistência Pré-Natal, Fisiologia da Gestação e Partograma

Aula 5.1: Diagnóstico de Gravidez e Modificações Fisiológicas Maternas O diagnóstico precoce da gestação constitui o marco inicial para a instituição de uma assistência pré-natal de qualidade, fundamentando-se na

detecção laboratorial da fração beta do hormônio gonadotrofina coriônica humana no soro ou na urina, e na confirmação por imagem através da ultrassonografia transvaginal, que possibilita a visualização do saco gestacional a partir da quinta semana de amenorreia. A evolução da gravidez impõe ao organismo materno uma magnitude de modificações fisiológicas adaptativas mediadas por hormônios placentários e esteroides. No sistema cardiovascular, ocorre um aumento expressivo do débito cardíaco e do volume plasmático circulante, acompanhado por uma redução inicial da resistência vascular periférica que induz à queda fisiológica da pressão arterial nos dois primeiros trimestres. No sistema hematológico, a expansão plasmática supera o incremento da massa de eritrócitos, culminando na anemia dilucional fisiológica da gestação. A aplicação prática desse conhecimento exige que o profissional diferencie com precisão as adaptações orgânicas normais de sinais precoces de patologias. Um exemplo real envolve a interpretação do leucograma da gestante, onde uma leucocitose moderada sem desvio à esquerda e sem sintomas infecciosos associados constitui um achado puramente fisiológico induzido pelo estresse grávidico. Um erro comum na conduta clínica é iniciar suplementações de ferro em doses terapêuticas excessivas diante de uma hemoglobina sutilmente reduzida que preenche os critérios de anemia dilucional normal, provocando intolerância gastrointestinal desnecessária. As boas práticas determinam que as modificações respiratórias, como a hiperventilação compensatória que gera alcalose respiratória leve, sejam reconhecidas para evitar diagnósticos errôneos de distúrbios de ansiedade ou pneumopatias no ambiente de triagem obstétrica.

Aula 5.2: Protocolo Clínico de Consultas e Exames no Pré-Natal de Baixo Risco O acompanhamento pré-natal de baixo risco deve seguir um

cronograma estruturado de consultas periódicas, idealmente mensais até a vigésima oitava semana, quinzenais até a trigésima sexta e semanais até o parto, garantindo a vigilância contínua do binômio mãe-feto. O protocolo laboratorial mínimo obrigatório estabelecido pelas diretrizes nacionais divide-se em três trimestres consecutivos. No primeiro trimestre, realiza-se tipagem sanguínea com fator Rh, pesquisa de anticorpos irregulares se indicado, hemograma, glicemia de jejum, urocultura com antibiograma, além de sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e toxoplasmose. Os testes de rastreamento de infecções devem ser repetidos no terceiro trimestre, juntamente com a pesquisa da colonização pelo Estreptococo do grupo B através de swab retovaginal coletado entre a trigésima quinta e trigésima sétima semana de gestação. O contexto operacional exige rigor metodológico na execução de exames clínicos repetidos a cada consulta, incluindo a aferição padronizada da pressão arterial, o monitoramento do ganho de peso materno, a mensuração da altura uterina e a ausculta dos batimentos cardíofetais através do sonar Doppler. Um erro técnico frequente é datar a idade gestacional baseando-se unicamente na data da última menstruação informada pela paciente, mesmo quando esta apresenta ciclos irregulares; a boa prática preconiza que a ultrassonografia realizada no primeiro trimestre, especificamente através da medida do comprimento cabeça-nádega, é o parâmetro mais fidedigno para estabelecer a idade gestacional definitiva. O registro sistemático desses dados no cartão da gestante assegura a continuidade da assistência no momento do parto em ambiente hospitalar.

Aula 5.3: Mecanismos e Fases Clínicas do Trabalho de Parto O trabalho de parto é um processo dinâmico e coordenado que culmina no nascimento do feto e na expulsão dos anexos ovulares, sendo didaticamente dividido em quatro períodos clínicos sucessivos. O primeiro

período, ou fase de dilatação, inicia-se com contrações uterinas regulares e rítmicas que promovem o esvaecimento e a dilatação progressiva do colo uterino, subdividindo-se em fase latente e fase ativa. O segundo período, ou período expulsivo, estende-se desde a dilatação cervical completa até o nascimento do concepto, caracterizando-se pelos puxos involuntários e pela progressão do feto através do canal de parto por meio de movimentos de insinuação, descida, rotação interna e extensão. O terceiro período compreende o secundamento ou dequitação placentária, no qual ocorre o descolamento e a expulsão da placenta, seguido pelo quarto período, que envolve a primeira hora pós-parto, fase crítica para a homeostase e prevenção de hemorragias. O impacto profissional de uma assistência obstétrica baseada em evidências reside na capacidade de monitorar essa progressão sem intervir de forma intempestiva em processos fisiológicos normais. Na aplicação prática, o profissional deve estar apto a realizar a palpação abdominal pelas manobras de Leopold para identificar a estática fetal e a avaliar o plano de descida através dos pontos de referência anatômicos das espinhas isquiáticas, definidos como os planos de De Lee. Um erro comum no ambiente assistencial é a realização rotineira de amniotomia precoce ou infusão contínua de ocitocina sintética na fase latente do trabalho de parto com o objetivo artificial de acelerar o nascimento, conduta que eleva os riscos de sofrimento fetal e infecção amniótica. As boas práticas determinam o estímulo à deambulação livre, métodos não farmacológicos de alívio da dor e a vigilância intermitente da frequência cardíaca fetal durante as contrações.

Aula 5.4: Interpretação e Manejo Clínico do Partograma O partograma configura-se como uma representação gráfica do trabalho de parto que permite registrar de forma sistemática a evolução da dilatação cervical, a

descida da apresentação fetal nos planos pélvicos, a frequência e intensidade das contrações uterinas, a dinâmica dos batimentos cardíacos e o aspecto do líquido amniótico ao longo do tempo. A construção do gráfico inicia-se obrigatoriamente quando a paciente entra na fase ativa do trabalho de parto, definida por contrações eficientes e dilatação cervical de pelo menos quatro a cinco centímetros. O gráfico possui duas linhas de referência diagonais essenciais: a linha de alerta, traçada imediatamente no início da fase ativa, e a linha de ação, posicionada habitualmente quatro horas à direita da linha de alerta, servindo como guias críticos para a tomada de decisões clínicas. Em termos operacionais, se a curva de dilatação ultrapassar a linha de alerta ou atingir a linha de ação, o profissional é alertado sobre desvios da normalidade que exigem reavaliação imediata da estática fetal, da contratilidade uterina e da bacia materna. Um exemplo real envolve o diagnóstico de distúrbio funcional por hipocontratilidade uterina, onde a curva do partograma assume um padrão horizontalizado de parada secundária da dilatação; nesse cenário, após descartar desproporção cefalopélvica, a instituição de ocitocina em doses tituladas ou a amniotomia corretiva encontram-se indicadas. Um erro frequente de interpretação é abrir o partograma na fase latente do trabalho de parto, gerando falsos diagnósticos de trabalho de parto prolongado e culminando em taxas desnecessárias de cesarianas. As boas práticas exigem o uso do partograma como ferramenta de segurança e documentação legal legível em toda assistência ao parto.

Módulo 6: Intercorrências Obstétricas, Síndromes Hipertensivas e Hemorragias

Aula 6.1: Síndromes Hipertensivas da Gestação e Pré-Eclâmpsia As síndromes hipertensivas representam uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no mundo, manifestando-se sob diferentes espectros clínicos que exigem diagnóstico diferencial rigoroso. A hipertensão arterial crônica refere-se à pressão arterial elevada pré-existente ou diagnosticada antes da vigésima semana de gestação. Em contrapartida, a pré-eclâmpsia caracteriza-se pelo surgimento de hipertensão arterial após a vigésima semana associada à proteinúria significativa ou, na ausência desta, a disfunções orgânicas maternas, como insuficiência renal, lesão hepática, distúrbios neurológicos ou plaquetopenia. A fisiopatologia da pré-eclâmpsia está intimamente ligada a uma falha na segunda onda de invasão trofoblástica das artérias espiraladas uterinas, resultando em isquemia placentária e liberação de fatores antiangiogênicos na circulação materna que promovem disfunção endotelial sistêmica. A aplicação prática do manejo da pré-eclâmpsia grave envolve a prevenção imediata de convulsões e o controle rigoroso dos níveis tensionais para evitar acidentes vasculares encefálicos. O sulfato de magnésio constitui o fármaco padrão-ouro para a profilaxia e tratamento das convulsões da eclâmpsia, devendo ser administrado em esquemas de ataque e manutenção sob estrita vigilância clínica. Um erro operacional grave e comum na administração do sulfato de magnésio é a falta de monitoramento dos sinais de toxicidade, que incluem a abolição do reflexo patelar, a depressão respiratória com frequência inferior a doze incursões por minuto e a oligúria severa. As boas práticas determinam que o gluconato de cálcio a dez por cento esteja prontamente disponível à beira do leito como antídoto imediato, e que a terapia anti-hipertensiva com hidralazina intravenosa ou labetalol seja instituída sempre que a pressão arterial atingir níveis críticos de crise hipertensiva.

Aula 6.2: Complicações Graves: Síndrome HELLP e Eclâmpsia A evolução descontrolada da pré-eclâmpsia pode culminar em quadros de extrema gravidade, como a Síndrome HELLP e a eclâmpsia, emergências médicas que demandam intervenção imediata em ambiente de terapia intensiva. A Síndrome HELLP constitui uma complicação hematológica e hepática grave caracterizada pela tríade laboratorial de hemólise microangiopática, demonstrada por esquizócitos no esfregaço de sangue periférico e elevação da desidrogenase láctica, níveis elevados de enzimas hepáticas decorrentes de necrose celular periportal, e plaquetopenia severa decorrente do consumo periférico induzido pela lesão endotelial. A eclâmpsia, por sua vez, define-se pela ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas em uma paciente com pré-eclâmpsia, não atribuíveis a outras causas neurológicas. O contexto operacional assistencial diante dessas complicações exige uma abordagem sistemática focada na estabilização hemodinâmica materna antes de qualquer decisão sobre a interrupção da gestação. Um exemplo real envolve a paciente com a síndrome que apresenta dor epigástrica intensa em barra, sinal iminente de hematoma subcapsular hepático expansivo com risco de ruptura espontânea. Um erro clínico frequente é indicar a realização de cesariana imediata em uma paciente com eclâmpsia em atividade convulsiva ou instabilidade hemodinâmica, conduta que eleva drasticamente a morbidade cirúrgica e anestésica. A boa prática preconiza estabilizar a via aérea, garantir oxigenação adequada, infundir o sulfato de magnésio e, após o controle do quadro agudo materno, planejar a via de parto de forma segura, priorizando a estabilidade do binômio.

Aula 6.3: Hemorragias do Primeiro Trimestre: Abortamento e Gravidez Ectópica As hemorragias do primeiro trimestre de gestação constituem queixas frequentes nos serviços de emergência obstétrica, sendo o

abortamento e a gravidez ectópica as principais entidades clínicas investigadas. O abortamento refere-se à interrupção da gestação antes da vigésima a vigésima segunda semana ou com feto pesando menos de quinhentos gramas, apresentando-se em formas clínicas como ameaça de abortamento, abortamento incompleto, retido ou infectado. A gravidez ectópica ocorre quando a implantação do blastocisto se processa fora da cavidade endometrial, localizando-se majoritariamente nas trompas de Falópio, e apresenta risco iminente de ruptura tubária com hemoperitônio maciço e choque hipovolêmico subsequente. O impacto profissional do diagnóstico diferencial baseia-se na correlação precisa entre os níveis séricos quantitativos da gonadotrofina coriônica humana e os achados da ultrassonografia transvaginal. Em termos operacionais, se os níveis hormonais estiverem acima da zona discriminatória de mil e quinhentos a duas mil unidades internacionais e a ultrassonografia não demonstrar saco gestacional intrauterino, a suspeita de gravidez ectópica torna-se mandatória. Um erro comum na abordagem inicial é realizar a curetagem uterina de forma intempestiva em casos de sangramento discreto sem afastar a viabilidade de uma gestação inicial ou sem confirmar a localização ectópica, destruindo uma gravidez viável. As boas práticas recomendam, em casos de abortamento incompleto ou retido terapeuticamente elegíveis, o uso do esvaziamento por aspiração manual intrauterina devido às menores taxas de perfuração uterina e sinéquias em comparação com a curetagem convencional.

Aula 6.4: Hemorragias do Terceiro Trimestre: Descolamento Prematuro de Placenta e Placenta Prévia As hemorragias do terceiro trimestre de gestação são eventos agudos associados a altos índices de prematuridade e mortalidade perinatal, destacando-se o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia como os principais

diagnósticos. O descolamento prematuro de placenta define-se pela separação intempestiva da placenta normalmente implantada antes do nascimento do feto, desencadeando sangramento que pode ficar oculto retroplacentariamente, gerando hipertonia uterina dolorosa, sofrimento fetal agudo e risco de coagulação intravascular disseminada. A placenta prévia caracteriza-se pela implantação do tecido placentário total ou parcialmente sobre o orifício interno do colo uterino, manifestando-se tipicamente por sangramento vaginal indolor, de início súbito, com sangue rutilante e repetição espontânea. A aplicação prática exige que o profissional diferencie as duas condições através do exame físico imediato, sem jamais realizar o toque vaginal bimanual diante de suspeita de placenta prévia, uma vez que a palpação digital do colo pode romper seios vasculares placentários e provocar hemorragia cataclísmica. Um erro comum no ambiente de urgência é aguardar a confirmação ultrasonográfica em um caso com quadro clínico exuberante de descolamento prematuro de placenta e feto vivo; o diagnóstico dessa patologia é estritamente clínico e a conduta preconizada é a realização imediata de cesariana de emergência para salvar a vida materna e fetal. As boas práticas determinam a instituição imediata de acesso venoso calibroso, monitoramento de parâmetros de coagulação e reserva de hemoderivados para manejo do choque hemorrágico.

Módulo 7: Ginecologia Endócrina na Maturidade, Climatério e Menopausa

Aula 7.1: Fisiopatologia da Transição Menopausal e Manifestações Clínicas O climatério compreende a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher, tendo como marco definitivo a menopausa, a qual é estabelecida retrospectivamente após doze meses

consecutivos de amenorreia decorrente da exaustão folicular ovariana. A fisiopatologia desse período inicia-se com o declínio progressivo da contagem de folículos antrais, levando a uma diminuição na produção de inibina B e subsequente elevação compensatória dos níveis do hormônio folículo-estimulante. Com a cessação completa da atividade folicular, os níveis circulantes de estradiol despencam drasticamente, enquanto a estrona, derivada da conversão periférica de androgênios adrenais no tecido adiposo, passa a ser o estrogênio predominante. O impacto profissional desse hipoestrogenismo sistêmico manifesta-se clinicamente através de uma constelação de sintomas que afetam a qualidade de vida. O sintoma vasomotor, caracterizado por fogachos e sudorese noturna excessiva, decorre de uma disfunção no centro termorregulador hipotalâmico induzida pela privação estrogênica. Adicionalmente, instala-se a síndrome geniturinária da menopausa, manifestada por atrofia do epitélio vaginal, secura vaginal severa, dispareunia de intróito e aumento da frequência de infecções urinárias baixas pela alteração do pH local. Um erro comum na abordagem clínica do climatério é iniciar propedêuticas hormonais baseando-se em dosagens isoladas de gonadotrofinas em mulheres acima de quarenta e cinco anos com quadro clínico típico de irregularidade menstrual e fogachos; o diagnóstico da transição menopausal é eminentemente clínico e a flutuação hormonal laboratorial nessa fase torna os exames de sangue pouco resolutivos. As boas práticas determinam a avaliação integral dos riscos e do impacto dos sintomas na rotina diária da paciente.

Aula 7.2: Indicações e Contraindicações da Terapia de Reposição Hormonal A Terapia de Reposição Hormonal constitui a intervenção farmacológica mais eficaz para o alívio dos sintomas vasomotores moderados a graves e para a prevenção da perda de massa óssea em

mulheres na pós-menopausa. A indicação ideal baseia-se no conceito da janela de oportunidade terapêutica, que compreende mulheres com menos de sessenta anos de idade ou com menos de dez anos de tempo de menopausa, período no qual os benefícios cardiovasculares e sintomáticos superam amplamente os riscos potenciais. O esquema terapêutico exige a associação de um progestágeno ao estrogênio em mulheres com útero intacto com o objetivo mandatório de prevenir a hiperplasia e o carcinoma de endométrio induzidos pela estimulação estrogênica isolada. O contexto operacional exige a triagem rigorosa das contraindicações absolutas antes do início de qualquer esquema hormonal. Condições como histórico prévio de câncer de mama, neoplasias estrogênio-dependentes conhecidas, sangramento vaginal de causa indeterminada, doença coronariana ou cerebrovascular ativa, tromboembolismo venoso agudo ou trombofilias conhecidas e doença hepática descompensada contraindicam formalmente o uso da terapia sistêmica. Um erro frequente de conduta é a recusa em prescrever estrogênio tópico vaginal para pacientes com atrofia urogenital severa devido ao medo infundado de absorção sistêmica significativa; a terapia local apresenta absorção mínima e é considerada segura mesmo para muitas pacientes com contraindicações à terapia oral ou transdérmica. As boas práticas recomendam a prescrição da menor dose eficaz pelo menor tempo necessário, revisada anualmente.

Aula 7.3: Opções Não Hormonais e Manejo Terapêutico Alternativo no Climatério Para as mulheres que apresentam contraindicações formais à terapia de reposição hormonal ou que optam por não utilizar esteroides sexuais, o manejo dos sintomas climatéricos deve basear-se em alternativas farmacológicas e não farmacológicas de eficácia comprovada por ensaios clínicos. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina,

como a paroxetina e a escitalopram, e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, como a venlafaxina, atuam diretamente no centro termorregulador hipotalâmico, modulando as vias de neurotransmissão e reduzindo a frequência e a intensidade dos fogachos. Outra opção não hormonal viável é a gabapentina, um análogo do ácido gama-aminobutírico que demonstra taxas significativas de melhora nos sintomas vasomotores em subgrupos específicos de pacientes, como sobreviventes de câncer de mama. A aplicação prática dessas alternativas exige o ajuste minucioso de doses e o monitoramento rigoroso dos efeitos colaterais inerentes a cada classe de medicamento, como sonolência, náuseas e disfunções sexuais secundárias. Um erro comum no manejo assistencial é a prescrição indiscriminada de fitoterápicos, como as isoflavonas de soja ou o cimicífuga racemosa, como se fossem isentos de riscos ou possuísem eficácia equivalente à terapia hormonal para sintomas graves, desconsiderando a falta de padronização dos extratos e a escassez de dados robustos sobre a segurança endometrial a longo prazo. As boas práticas determinam que o manejo não hormonal inclua modificações dietéticas, práticas de exercícios físicos regulares e terapia cognitivo-comportamental, que auxilia substancialmente no controle da ansiedade e distúrbios do sono associados.

Aula 7.4: Osteoporose na Pós-Menopausa: Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento A osteoporose representa uma consequência crônica grave do hipoestrogenismo da pós-menopausa, caracterizando-se pela deterioração microarquitetural do tecido ósseo e consequente aumento da fragilidade esquelética e do risco de fraturas por fragilidade. O estrogênio desempenha um papel protetor crítico ao inibir a atividade dos osteoclastos e promover a sobrevivência dos osteoblastos; com a sua privação, a taxa de reabsorção óssea supera a de formação. O

rastreamento diagnóstico baseia-se na realização da densitometria óssea por dupla emissão de raios X na coluna lombar e no fêmur proximal, sendo indicada para todas as mulheres com sessenta e cinco anos ou mais, ou em mulheres na pós-menopausa mais jovens que apresentem fatores de risco adicionais, como tabagismo, uso crônico de glicocorticoides ou histórico familiar de fratura de quadril. O contexto operacional diagnóstica baseia-se na classificação do escore T, onde valores iguais ou inferiores a menos dois inteiros e cinco décimos de desvios padrão definem a presença de osteoporose. O tratamento medicamentoso envolve o uso de agentes antirresorptivos, sendo os bisfosfonatos orais, como o alendronato e o risedronato, os fármacos de primeira escolha, atuando na indução da apoptose dos osteoclastos. Um erro comum na prática clínica é iniciar a terapia farmacológica para osteoporose sem corrigir previamente deficiências de vitamina D e sem garantir a ingestão diária adequada de cálcio, elementos fundamentais para a mineralização óssea correta. As boas práticas recomendam a utilização de ferramentas de cálculo de risco de fratura, como o algoritmo FRAX, para guiar a decisão terapêutica em pacientes com osteopenia, otimizando as intervenções antes da ocorrência do primeiro evento de fratura.

Módulo 8: Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vulvovaginites e Doença Inflamatória Pélvica

Aula 8.1: Diagnóstico e Manejo das Vulvovaginites Prevalentes As vulvovaginites configuram as causas mais frequentes de consulta ginecológica na atenção primária, manifestando-se por alterações no conteúdo vaginal normal decorrentes do desequilíbrio da microbiota local, onde os lactobacilos de Döderlein perdem a dominância. A vaginose bacteriana caracteriza-se pela proliferação de microrganismos

anaeróbios, como a *Gardnerella vaginalis*, cursando com corrimento fluido de odor fétido que se acentua após o coito ou menstruação. A candidíase vaginal, de etiologia fúngica associada majoritariamente à *Candida albicans*, manifesta-se por prurido vulvar intenso, hiperemia, disúria e corrimento grumoso aderente. A tricomoníase, uma infecção sexualmente transmissível causada por um protozoário flagelado, apresenta corrimento bolhoso, esverdeado, associado a colpíte focal em aspecto de framboesa. A aplicação prática do diagnóstico diferencial requer a realização do exame a fresco do conteúdo vaginal e a aplicação dos critérios de Amsel para vaginose bacteriana, os quais exigem a presença de pelo menos três das seguintes condições: corrimento homogêneo, pH vaginal superior a quatro inteiros e cinco décimos, teste do odor positivo com hidróxido de potássio a dez por cento e presença de células-alvo ao microscópio. Um erro operacional comum é a prescrição empírica e repetida de cremes vaginais antifúngicos para pacientes com vaginose bacteriana ou citólise vaginal, prolongando o sofrimento da paciente devido ao erro diagnóstico. As boas práticas determinam que o tratamento da tricomoníase seja realizado por via oral sistêmica e inclua obrigatoriamente o tratamento simultâneo do parceiro sexual, suspendendo as relações até a cura clínica completa.

Aula 8.2: Abordagem Síndrome das Úlceras Genitais e Protocolos do Ministério da Saúde O manejo das úlceras genitais na saúde da mulher exige agilidade clínica devido ao potencial de transmissão epidemiológica e ao impacto na qualidade de vida, sendo a sífilis, o herpes genital e o cancro mole as principais etiologias investigadas. Diante da dificuldade de isolamento laboratorial imediato dos patógenos nos serviços de saúde de rotina, o Ministério da Saúde preconiza a utilização da abordagem sindrômica, na qual o tratamento medicamentoso é instituído

imediatamente com base nas características morfológicas das lesões observadas e nos fluxogramas estabelecidos, garantindo a interrupção precoce da cadeia de transmissão sem aguardar resultados de sorologias ou culturas complexas. Em termos operacionais, o tratamento da sífilis primária ou secundária diagnosticada ou suspeitada na abordagem baseia-se na administração intramuscular de penicilina G benzatina em dose única de dois milhões e quatrocentas mil unidades internacionais. O herpes genital recorrente ou primário é manejado com antivirais orais como o aciclovir, focando na redução do tempo de excreção viral e cicatrização das vesículas dolorosas. Um erro comum no manejo assistencial é realizar o tratamento incompleto de casais sexuais em casos de sífilis na gestação, gerando taxas inaceitáveis de reinfecção materna e sífilis congênita no recém-nascido. As boas práticas exigem a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites em todas as pacientes que se apresentam com úlceras genitais, associando ações educativas de prevenção primária.

Aula 8.3: Infecção pelo HPV, Lesões Precursoras e Conduta Clínica A infecção pelo Papilomavírus Humano é a infecção viral mais comum do trato reprodutivo, estando estabelecido que subtipos de alto risco oncogênico, nomeadamente o dezesseis e o dezoito, são os agentes causais necessários para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. A maioria das infecções por HPV é transiente e eliminada pelo sistema imunológico em até vinte e quatro meses; contudo, a persistência viral pode induzir alterações genéticas nas células basais do epitélio cervical, evoluindo para neoplasias intraepiteliais cervicais classificadas histologicamente em graus um, dois ou três, dependendo da espessura do epitélio acometido por atipias celulares. A aplicação prática diante de um resultado citopatológico ou colposcópico alterado exige o seguimento

estrito das diretrizes de conduta. Pacientes com diagnóstico histopatológico de lesão de alto grau devem ser submetidas a procedimentos de excisão da zona de transformação por cirurgia de alta frequência, visando diagnosticar focos de microinvasão e tratar a lesão precursora de forma definitiva. Um erro operacional frequente é indicar tratamentos cirúrgicos destrutivos ou excisionais para lesões de baixo grau em pacientes jovens nulíparas, uma vez que a taxa de regressão espontânea dessas lesões nesta faixa etária supera setenta por cento. As boas práticas determinam o uso da vacinação quadrivalente ou nonavalente como prevenção primária eficaz e o acompanhamento citológico e colposcópico conservador para lesões de baixo grau, minimizando intervenções iatrogênicas que possam comprometer a competência cervical futura.

Aula 8.4: Fisiopatologia e Manejo da Doença Inflamatória Pélvica A Doença Inflamatória Pélvica constitui uma síndrome clínica aguda decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior para o trato genital superior, comprometendo o endométrio, as trompas de Falópio, os ovários e as estruturas peritoneais adjacentes. A etiologia é polimicrobiana, envolvendo patógenos sexualmente transmissíveis primários, como a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, associados a uma microbiota mista aeróbia e anaeróbia da própria vagina. A inflamação purulenta das trompas gera salpingite, edema tecidual e risco de formação de abscesso tubo-ovariano, evoluindo para aderências pélvicas densas conhecidas no quadrante superior direito como Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis quando há perihepatite associada. O contexto operacional assistencial baseia-se na aplicação de critérios diagnósticos definidos por diretrizes internacionais, que incluem critérios maiores como dor na palpação hipogástrica, dor à mobilização do colo uterino e dor à

palpação anexial, associados a critérios menores como febre, leucocitose ou comprovação laboratorial de infecção cervical por clamídia ou gonococo. Um erro clínico comum e grave é postergar o início da antibioticoterapia ambulatorial ou hospitalar enquanto se aguardam exames de imagem complexos, conduta que eleva de forma exponencial o risco futuro de infertilidade por fator tubário, dor pélvica crônica e gravidez ectópica. As boas práticas determinam que o esquema terapêutico inicial inclua cobertura ampla para anaeróbios e gram-negativos, associando ceftriaxona, doxycycline e metronidazol, reservando a abordagem cirúrgica laparoscópica para casos de ruptura de abscesso tubo-ovariano ou falha terapêutica em quarenta e oito a setenta e duas horas de tratamento intravenoso estável.

Módulo 9: Uroginecológica, Disfunções do Assoalho Pélvico e Uroginecologia

Aula 9.1: Fisiopatologia e Tipos de Incontinência Urinária Feminina A incontinência urinária configura uma disfunção de alta prevalência com profundo impacto psicossocial e na qualidade de vida da mulher, caracterizando-se por qualquer perda involuntária de urina. Fisiopatologicamente, divide-se em três tipos principais bendefinidos: incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista. A incontinência de esforço decorre da hipermobilidade do colo vesical e da uretra devido ao enfraquecimento do tecido conjuntivo e dos músculos do assoalho pélvico, ou por deficiência esfíncteriana intrínseca, resultando em perda de urina ao tossir, espirrar ou realizar atividade física. A incontinência de urgência, manifestação clínica da síndrome da bexiga hiperativa, é mediada por contrações involuntárias não inibidas do músculo detrusor da bexiga durante a fase

de enchimento vesical. A aplicação prática do diagnóstico diferencial requer uma anamnese detalhada apoiada pela aplicação do diário miccional de três dias e pelo exame físico ginecológico focado, no qual realiza-se o teste do esforço com a bexiga confortavelmente cheia para documentar a perda objetiva de urina. Um erro operacional comum é indicar cirurgias corretivas de esforço baseando-se unicamente em queixas vagas de perda urinária, sem realizar o estudo urodinâmico prévio quando há suspeita de componente de hiperatividade do detrusor associado. A boa prática baseia-se na correta interpretação da cistometria e do estudo fluxo-pressão, garantindo que pacientes com incontinência urinária de urgência pura recebam tratamento estritamente clínico e comportamental, evitando procedimentos cirúrgicos iatrogênicos que agravariam substancialmente a sintomatologia obstrutiva ou de urgência.

Aula 9.2: Abordagem Terapêutica da Incontinência Urinária de Esforço O tratamento da incontinência urinária de esforço deve seguir uma abordagem escalonada, iniciando-se por medidas conservadoras antes da indicação de procedimentos cirúrgicos invasivos. A fisioterapia pélvica focada no treinamento dos músculos do assoalho pélvico constitui a terapia de primeira linha para casos leves a moderados, baseando-se no ganho de força, resistência e coordenação muscular através de exercícios programados, biofeedback e eletroestimulação pélvica direcionada. Para as pacientes que não obtêm melhora satisfatória com as medidas conservadoras e que apresentam hiper mobilidade uretral com impacto severo na rotina, a cirurgia de suspensão uretral com uso de fitas sintéticas por via retropúbica ou transobturatória consolida-se como o tratamento cirúrgico padrão-ouro de alta eficácia. O contexto operacional da aplicação das fitas exige precisão técnica extrema para evitar complicações como perfuração vesical intraoperatória, erosão crônica da malha sintética na

mucosa vaginal ou retenção urinária pós-operatória por hipercorreção. Um erro frequente de conduta é a indicação intempestiva dessas cirurgias em mulheres obesas sem antes orientar e intervir na perda de peso; a redução do índice de massa corporal diminui significativamente a pressão intra-abdominal crônica exercida sobre o assoalho pélvico, potencializando os resultados de qualquer intervenção subsequente. As boas práticas determinam que a cistoscopia intraoperatória seja realizada rotineiramente durante o procedimento por via retropúbica para assegurar a integridade da parede vesical, resguardando a paciente de fístulas ou litíases urinárias futuras.

Aula 9.3: Manejo Clínico e Farmacológico da Bexiga Hiperativa A síndrome da bexiga hiperativa caracteriza-se por urgência miccional, com ou sem incontinência urinária de urgência, habitualmente acompanhada de polaciúria e noctúria na ausência de infecção urinária ou outras patologias metabólicas locais detectáveis. O manejo inicial baseia-se estritamente em terapia comportamental, englobando a reeducação vesical com horários programados para micção, restrição do consumo de irritantes vesicais como cafeína, álcool e adoçantes artificiais, e controle da ingestão hídrica no período noturno. Quando as medidas comportamentais isoladas são insuficientes para o controle dos sintomas, institui-se o tratamento farmacológico adjuvante. As opções farmacológicas dividem-se em duas classes principais de atuação: os antimuscarínicos, como a oxibutinina, a tolterodina e a solifenacina, que atuam bloqueando os receptores muscarínicos M2 e M3 no músculo detrusor, inibindo as contrações involuntárias; e os agonistas dos receptores beta-três adrenérgicos, representados pela mirabegrona, que promovem o relaxamento do detrusor durante a fase de enchimento, aumentando a capacidade de armazenamento vesical. Um erro comum no

ambiente assistencial é prescrever antimuscarínicos para pacientes idosas com disfunções cognitivas preexistentes, negligenciando os efeitos colaterais centrais e a carga anticolinérgica total que agrava quadros de demência ou constipação severa. As boas práticas recomendam o uso preferencial de agonistas beta-três em populações geriátricas devido ao seu excelente perfil de segurança cognitiva e ausência de efeitos de boca seca acentuados.

Aula 9.4: Diagnóstico e Tratamento dos Prolapsos de Órgãos Pélvicos O prolapso de órgãos pélvicos define-se pelo descenso anatômico de um ou mais segmentos das paredes vaginais e do útero através do hiato genital, decorrente da falha dos mecanismos de sustentação ligamentar e suspensão fascial pélvica, associado a fatores de risco como multiparidade por parto vaginal, envelhecimento tecidual, obesidade e constipação crônica. A classificação estandardizada internacional utilizada na prática clínica é o sistema Pelvic Organ Prolapse Quantification, que afere de forma milimétrica pontos anatômicos específicos na parede vaginal anterior, parede posterior e ápice vaginal em relação ao plano do hímen durante a manobra de Valsalva máxima. O impacto profissional do estadiamento preciso reside no direcionamento terapêutico correto, que varia desde abordagens conservadoras com o uso de pessários vaginais de silicone até cirurgias reconstrutivas pélvicas complexas, como a colpoplastia anterior e posterior, a histerectomia vaginal com fixação de cúpula no ligamento sacroespinhoso ou a sacrocolpopexia por via laparoscópica. Um erro comum de diagnóstico é confundir um prolapso de parede vaginal anterior com uma incontinência urinária de esforço oculta; grandes prolapsos podem angular a uretra e mascarar a incontinência, a qual se manifesta apenas após a redução anatômica do prolapso. As boas práticas determinam a realização do teste do prolapso reduzido antes da

cirurgia para planejar a necessidade de colocação concomitante de uma fita suburetral, prevenindo o surgimento de incontinência urinária de esforço de início recente no período pós-operatório.

Módulo 10: Urgências Ginecológicas, Abdome Agudo e Violência Sexual

Aula 10.1: Diagnóstico Diferencial do Abdome Agudo Ginecológico O abdome agudo ginecológico configura uma situação de urgência médica caracterizada por dor pélvica ou abdominal de início súbito e evolução progressiva que exige diagnóstico diferencial rápido para discriminar entre etiologias hemorrágicas, infecciosas ou isquêmicas. As principais patologias envolvidas incluem a gravidez ectópica rota, a torção anexial, a ruptura de cisto ovariano hemorrágico e a doença inflamatória pélvica em estágio avançado com abscesso roto. A condução inicial requer avaliação hemodinâmica rigorosa, anamnese focada no histórico menstrual e reprodutivo, além de exames laboratoriais imediatos, incluindo hemograma completo e a dosagem da fração beta da gonadotrofina coriônica humana. A aplicação prática baseia-se no uso complementar da ultrassonografia transvaginal à beira do leito para identificar a presença de líquido livre na cavidade peritoneal, sugerindo hemoperitônio ou coleções purulentas, e para avaliar a integridade do fluxo vascular ovariano ao Doppler colorido diante de suspeita de torção de ovário ou trompa. Um erro operacional frequente na triagem de urgência é atribuir a dor pélvica aguda exclusivamente a causas ginecológicas em pacientes com apendicite aguda ou diverticulite em estágio inicial, ou vice-versa, atrasando a abordagem cirúrgica correta. As boas práticas preconizam a manutenção de alto índice de suspeição e a estabilização volêmica imediata com infusão de cristaloides e reserva de concentrado de

hemácias enquanto se define a indicação de laparoscopia exploradora de urgência.

Aula 10.2: Torção Anexial e Cistos Ovarianos Rotos com Instabilidade Hemodinâmica A torção anexial e a ruptura de cistos ovarianos com hemoperitônio maciço representam emergências ginecológicas críticas que põem em risco a viabilidade reprodutiva e a vida da paciente, demandando alta resolutividade da equipe cirúrgica. A torção anexial envolve a rotação parcial ou completa do ovário, da trompa ou de ambos em torno de seu pedículo vascular, comprometendo inicialmente o retorno venoso e linfático, evoluindo para edema severo, isquemia arterial secundária e necrose hemorrágica do parênquima. A ruptura de cistos ovarianos, especialmente de cistos lúteos ou endometriomas, pode causar sangramento profuso para o peritônio, mimetizando quadros de choque hipovolêmico. Em termos operacionais, o tratamento da torção anexial evoluiu drasticamente; a boa prática atual determina a destorção laparoscópica do anexo com avaliação da perfusão tecidual após o reposicionamento anatômico, mesmo diante de um ovário de aspecto cianótico ou congestivo, abandonando a prática antiga e iatrogênica de salpingo-ooforectomia sistemática imediata por medo infundado de embolismo. Um erro comum no manejo do cisto roto é indicar cirurgias em pacientes estáveis hemodinamicamente com sangramento peritoneal autolimitado e discreto visível à ultrassonografia; nesses casos, o manejo deve ser estritamente conservador com analgesia e monitoramento seriado do hematócrito. A intervenção cirúrgica com cistectomia ovariana poupadora de parênquima saudável deve ser reservada para os casos de instabilidade hemodinâmica documentada ou queda progressiva nos níveis de hemoglobina.

Aula 10.3: Protocolo de Atendimento Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual O acolhimento e o atendimento médico-hospitalar de mulheres em situação de violência sexual constituem uma obrigação legal e ética dos serviços de urgência, devendo ser pautados pelo respeito à dignidade, garantia de sigilo absoluto e humanização do cuidado, sem exigência de apresentação de boletim de ocorrência para a instituição da assistência à saúde. O protocolo profilático deve ser iniciado o mais precocemente possível, idealmente dentro das primeiras setenta e duas horas após a agressão, focando na prevenção da gravidez decorrente do estupro e na profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis bacterianas e virais. O contexto operacional assistencial determina o fornecimento imediato da anticoncepção de emergência por meio de levonorgestrel e a instituição da profilaxia antirretroviral para HIV utilizando a associação de tenofovir, lamivudina e dolutegravir por vinte e oito dias consecutivos. Paralelamente, administra-se a profilaxia para ISTs bacterianas com azitromicina oral em dose única para clamídia, ceftriaxona intramuscular para gonococo e penicilina G benzatina para sífilis, além de avaliar o status vacinal contra hepatite B e tétano, ofertando vacina e imunoglobulina se indicado. Um erro comum e grave de conduta é submeter a paciente a exames físicos repetidos e invasivos por múltiplos profissionais não capacitados, gerando revitimização tecidual e psicológica. As boas práticas exigem a documentação fotográfica e médica legível das lesões corporais e genitais com o consentimento expresso da paciente, encaminhando-a para seguimento em serviços de saúde mental e assistência social integrados.

Aula 10.4: Aspectos Legais, Notificação Obrigatória e Seguimento Pós-Violência A assistência à mulher vítima de violência sexual engloba responsabilidades legais e sanitárias mandatárias que o profissional de

saúde deve cumprir com rigor técnico. A violência sexual contra a mulher é uma condição de notificação compulsória imediata às autoridades de saúde pública através do preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, devendo ser encaminhada em até vinte e quatro horas aos órgãos de vigilância epidemiológica relevantes para fins de estatística e formulação de políticas públicas de proteção e saúde. A aplicação prática do seguimento exige o agendamento de consultas de retorno em duas semanas, seis semanas e seis meses após o atendimento inicial de urgência, visando monitorar a adesão e os efeitos colaterais da profilaxia antirretroviral, repetir testes rápidos de triagem para sífilis, HIV e hepatites B e C, e avaliar a saúde mental da paciente. Um erro comum no ambiente assistencial é o desconhecimento por parte da equipe sobre as normativas vigentes que regulam o aborto legal por gestação decorrente de violência, gerando barreiras institucionais e burocráticas injustificadas que atrasam a realização do procedimento seguro garantido por lei. As boas práticas preconizam o treinamento continuado das equipes de emergência sobre os fluxos de abortamento previsto em lei, garantindo o direito à saúde integral e à autonomia reprodutiva da paciente em ambiente livre de julgamentos morais.

Módulo Extra

Fontes de referência sugeridas para estudos complementares

- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Diretrizes e Manuais de Conduta em Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: FEBRASGO, atualizações e consensos periódicos.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico de Pré-Natal

de Parceiro e Assistência ao Parto Seguro. Brasília: Ministério da Saúde, atualizações vigentes.

- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO, atualizações e complementos operacionais.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletins and Clinical Guidelines on Women's Health Care. Washington: ACOG, consensos internacionais.
- Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, consensos de triagem oncológica.