

PLANTÃO TEGO

FRANCILBERTO SOUZA

 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



DIS SECA NDO

a prova





PERFIL DA PROVA

TEGO

Quais as diferenças para uma prova de R1/R4?

“O passo a mais”

Imagens e exames

Algumas especificidades



SÍFILIS



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Resumão da sífilis

Diagnóstico → TT + TNT

Gestante: Iniciar o tratamento e confirmar

Sífilis 1ª, 2ª ou Latente → Recente (< 1 ano)
Sífilis 3ª ou Latente → Tardia (> 1 ano)

Sífilis Recente = 2,4 M PB (dose única)
Sífilis Tardia = 7,2 M PB (3 doses/7-9 dias)

Gestante: Tratar com PB ou Dessensibilizar

Seguimento → TNT trimestral

Gestante: Mensal

Retratamento
Não cair 2 diluições em 6m (Recente)
ou 12m (tardia) ou Subir 2 diluições
ou Sinais/Sintomas

Tratar parceria, investigar IST,
vacinar e notificar



1. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Gestante relata que teve sífilis com 16 semanas e foi tratada com o parceiro com penicilina benzatina (gestante = 7200.000UI e parceiro = 2400.000UI). Hoje, com 36 semanas de gravidez, retorna à consulta de pré-natal e os resultados dos exames pós-tratamento estão demonstrados na tabela. A hipótese diagnóstica e conduta são:

- A. Aumento não significativo da titulação do VDRL e continuar o acompanhamento pré-natal.
- B. Reinfecção, tratar novamente a paciente e o parceiro com penicilina benzatina.
- C. Reinfecção, tratar novamente a paciente e o parceiro com penicilina cristalina.
- D. Aumento não significativo da titulação, realizar FTABS para confirmar necessidade de tratamento.

Idade Gestacional (semanas)	Titulação de VDRL
16	1/64
20	1/64
24	1/32
28	1/16
32	1/8
36	1/16



OUTRAS INFECÇÕES

HEPATITE B, DENGUE E MALÁRIA



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Manejo da hepatite B no pré-natal

HBsAg +

Solicitar CV-HBV, HBeAg e ALT

- Id > 30 anos E HBeAg+
OU - CV-HBV ≥ 20.000
UI/mL e ALT > 1,5x LSN

Iniciar **tratamento**
com TDF

- HBeAg+ OU - CV-HBV
 ≥ 200.000 UI/mL

Iniciar **profilaxia** com
TDF entre 24-28
semanas de gestação

HBeAg NR
OU CV-HBV
< 200.000 UI/mL

Aplicar em RN expostos vacina hepatite B e IGHAHB nas primeiras 12 horas



Malária na gestação

Plasmodium vivax:

Mais prevalente no Brasil/quadros mais brandos

Plasmodium falciparum:

Formas graves e complicadas da doença

Plasmodium malariae e *Plasmodium ovale:*

Ocorrências menos frequentes

Tratamento

Malária complicada (geralmente por *P. falciparum*):

Anemia grave, icterícia, insuficiência renal, convulsões, coma (malária cerebral), síndrome do desconforto respiratório agudo, choque

Malária por *P. vivax*:

- Cloroquina (gestação) + Primaquina (após o parto, risco de hemólise em fetos deficientes de G6PD)

Malária por *P. falciparum*:

- Artemeter + Lumefantrina (terapia combinada com artemisinina — ACT) é segura na gestação, inclusive no primeiro trimestre.
- Esquemas alternativos podem incluir quinina + clindamicina, conforme a sensibilidade local

Casos graves:

- Artemisinina intravenosa (ou artesunato IV) — tratamento de escolha para malária grave em gestantes, com excelente perfil de segurança



Dengue na gestação

SUSPEITA DE DENGUE EM GESTANTES E PUÉRPERAS

Relato de febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, apresentando as seguintes alterações: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbitária e petéquias; prova do laço positiva e leucopenia.

NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO DE DENGUE

NÃO

Tem sinal de alarme ou gravidade?

SIM

Pesquisar sangramento espontâneo de pele ou induzido pela prova do laço, condição clínica, risco social ou comorbidades.

NÃO

SIM

GRUPO A

Dengue em não gestante, sem sinais de alarme, risco especial ou comorbidades

GRUPO B*

Dengue em gestantes e puérperas até o 14º dia após o parto, sem sinais de alarme, podendo ou não apresentar comorbidades

GRUPO C

Sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes

- Dor abdominal intensa e contínua.
- Vômitos persistentes.
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Hipotensão postural e/ou lipotímia.
- Hepatomegalia >2 cm abaixo do rebordo costal.
- Sangramento de mucosa.
- Letargia e/ou irritabilidade.
- Aumento progressivo do hematócrito, acima de 10%.
- Plaquetas < 50.000/mm³.

GRUPO D

Dengue grave

- Extravasamento grave de plasma levando ao choque evidenciado por taquicardia, extremidades frias, pulso fraco e filiforme, enchimento capilar > 2 segundos, pressão arterial convergente (<20 mmHg), taquipneia, oligúria (<1,5 mL/kg/h), hipotensão arterial, cianose, insuficiência respiratória por retenção hídrica.
- Sangramento grave.
- Comprometimento grave de órgãos.



GRUPO A

Acompanhamento
Ambulatorial

Exames complementares
A critério médico

GRUPO B*

Acompanhamento da gestante
Em leito de observação até resultado de exames

O hemograma para controle basal é obrigatório em gestantes

GRUPO C

Acompanhamento
Em leito de internação até estabilização – mínimo de 48h.

- Exames complementares**
- **Obrigatórios:** hemograma completo, dosagem de albumina e transaminases
 - **Recomendados:** raio X de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e USG de abdome.
 - **Outros exames conforme necessidade:** glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, Tpa e ecorcargiograma.
 - **Exames específicos** para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta clínica.

GRUPO D

Acompanhamento
Em leito de UTI até estabilização – mínimo de 48h.



2. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Gestante, na 27a semana, com HBsAg reagente, HBeAg não reagente, CV-HBV = 100.000 UI/ml. Qual a conduta neste momento e a profilaxia para o recém-nascido?

- A. Monitorar a CV-HB, administrar imunoglobulina anti-hepatite B e vacina para hepatite B no recém-nascido.
- B. Prescrever Tenofovir até um mês pós-parto, administrar imunoglobulina anti-hepatite B e vacina para hepatite B no recém-nascido.
- C. Monitorar a CV-HBV, administrar interferon, administrar vacina para hepatite B no recém-nascido.
- D. Prescrever Tenofovir até o parto, administrar imunoglobulina anti-hepatite B no recém-nascido.



CIRCULAÇÃO FETAL



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



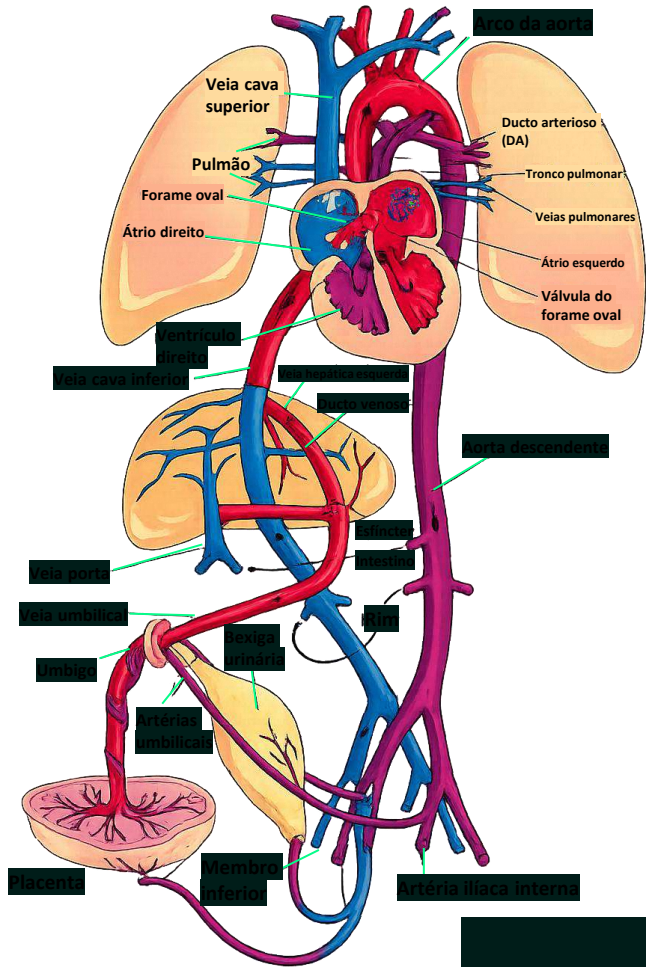
Circulação fetal

ESTRUTURAS CHAVE

- Veia umbilical
- Ducto arterioso (DA)
- Ducto venoso
- Artéria umbilical
- Forame oval

Saturação de oxigênio do sangue

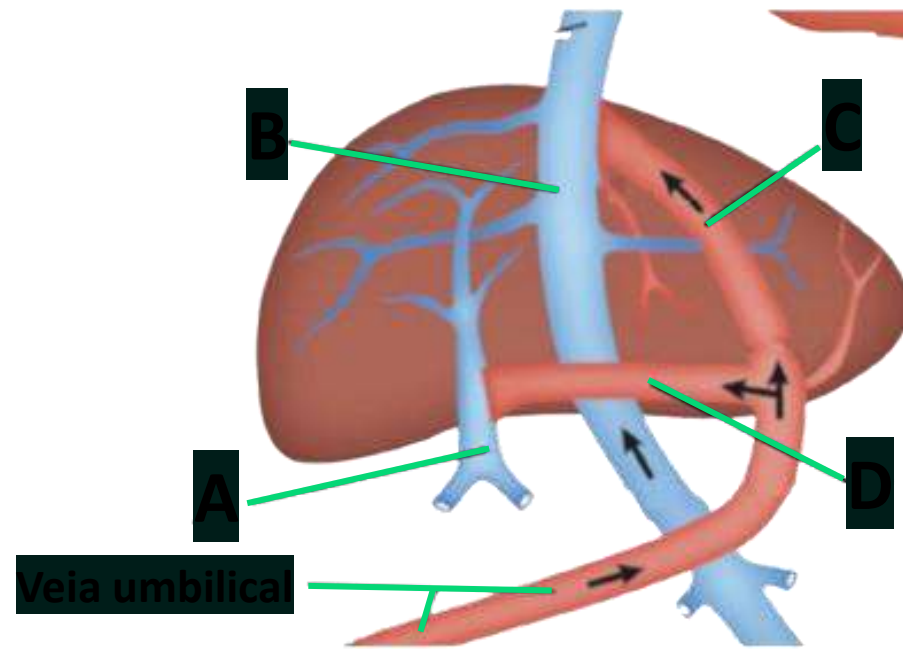
-  Alto teor de oxigênio
-  Médio teor de oxigênio
-  Baixo teor de oxigênio





3. (FEBRASGO 2025 TEGO) - A imagem a seguir representa a circulação fetal no território hepático. Assinale a alternativa cuja letra indica a interconexão existente na circulação fetal que, na restrição de crescimento fetal grave, apresenta alterações de fluxo que indicam aumento da pressão em ventrículo direito do coração.

- A. A.
- B. B.
- C. C.
- D. D.





HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

MANEJO





Esquema dos 4 Ts

Tônus

Útero de consistência amolecida após a dequitação placentária

Inversão uterina: lembrar em caso de tração intempestiva do cordão e compressão uterina

Tecido

- Retenção de tecido trofoblástico
- **Retenção placentária (> 30-45 minutos), variações placentárias, espectro da placenta acreta, DPPNI**

Trauma

Hematomas, lacerações de colo, prolongamento da episiotomia ou da histerotomia

**Parto vaginal após cesárea:
Lembrar da Rotura uterina
(Sinal de Bandl-Frommel)**

Trombina

Deve ser suspeitada em casos de:

- ↓ Fibrinogênio (< 300mg/dL)
- ↓ Plaquetas (< 100,000/mm³)
- ↑ TP ou INR

Coagulopatia já reconhecida OU Perda de fibrinogênio pelas outras causas de HPP



Abordagem

- **QUAL A CONDUTA IMEDIATA?**

1

Iniciar ocitocina 20Ui + Ácido tranexâmico 1g

2

Iniciar expansão volêmica: cristaloides aquecidos

3

Colher exames: hemograma, fibrinogênio, coagulograma, reserva sangue

4

Rever resposta

5

Manter ocitocina ou iniciar metilergometrina (0,2mg IM)/ misoprostol (800mcg VR)

6

Avaliar outras causas ou rever anatomia perineal

Próximas condutas:

- Balão de tamponamento intrauterino
- Suturas compressivas (B-Lynch) ou hemostáticas (ligaduras vasculares)
- Histerectomia



4. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Primigesta, obesa, com 37 semanas de gestação, internou para indução de trabalho de parto após diagnóstico de pré-eclâmpsia, sem sinais de gravidade. Com 8 cm de dilatação, foi submetida a parto cesáreo por alteração do bem estar fetal e evoluiu com atonia uterina. Para o tratamento desta condição está contraindicado o uso de:

- A. Uterotônico, sendo indicado uso do balão intrauterino como primeira conduta.
- B. Uterotônico, sendo indicado a realização do B-Lynch como primeira conduta.
- C. Ácido tranexâmico, pelo risco de tromboembolismo, sendo indicado a realização de B- Lynch.
- D. Metilergometrina, pelo risco cardiovascular, podendo manter uso dos demais uterotônicos.



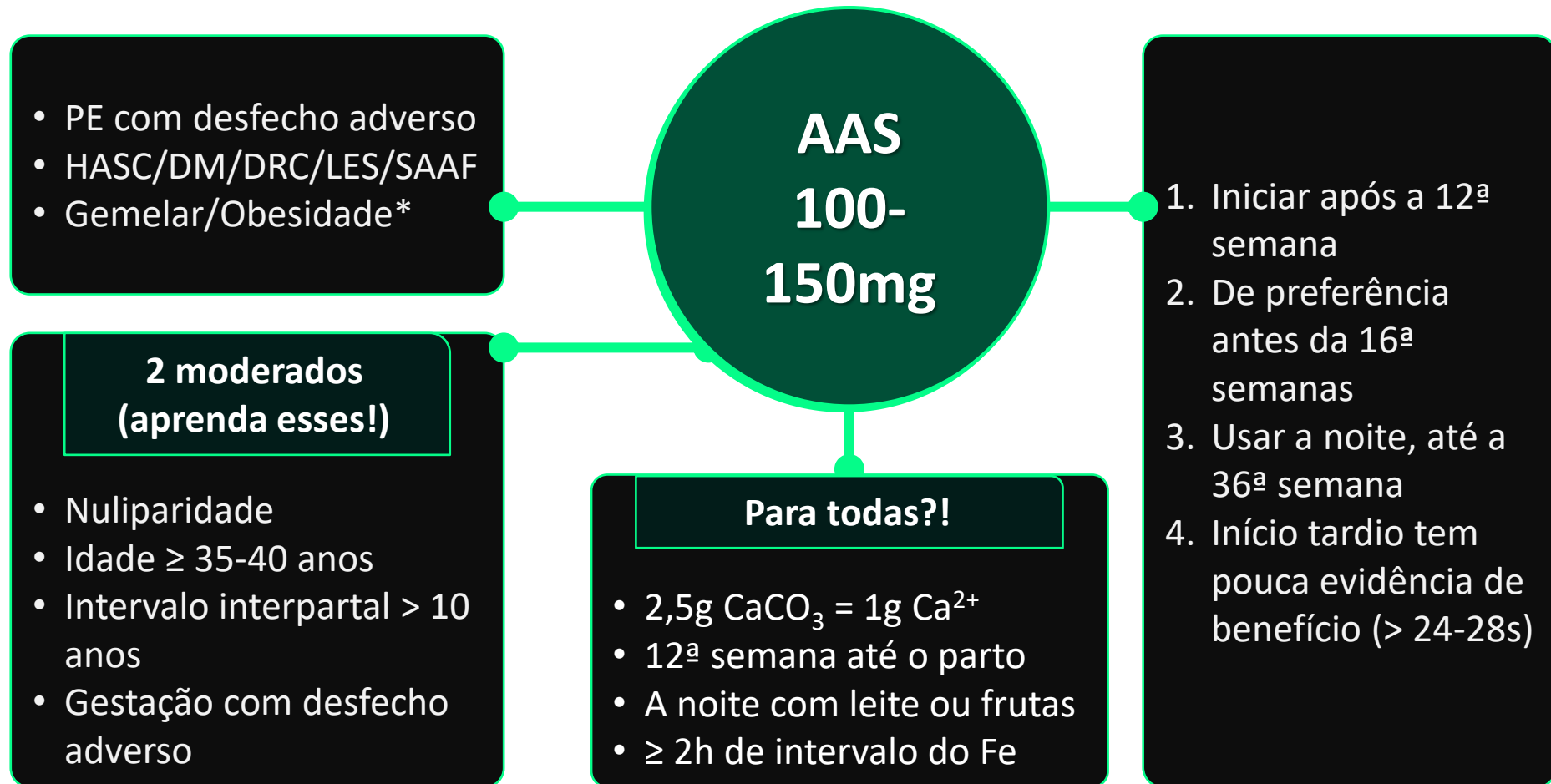
PROFILAXIA DA PRÉ-ECLÂMPSIA



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Resumo infalível!





5. (FEBRASGO 2024 TEGO) - Primigesta, 41 anos de idade, IMC pré-gestacional de 35 Kg/m², inicia pré-natal no ambulatório de Alto Risco na 15ª semana de gestação. A ultrassonografia realizada com 12 semanas mostrou Doppler de artérias uterinas sugerindo baixo risco para pré-eclâmpsia. Nesse caso, considerando a prevenção da pré-eclâmpsia, qual a conduta a ser adotada?

- A. Prescrever AAS e heparina.
- B. Prescrever vitamina D e ômega-3.
- C. Recalcular o risco de pré-eclâmpsia no Doppler de segundo trimestre.
- D. Prescrever AAS e cálcio.



CARDIOTOCOGRAFIA



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Variabilidade

Reduzida ($\leq 5\text{bpm}$)

Acidose / Sono

Saltatória ($\geq 25\text{bpm}$)

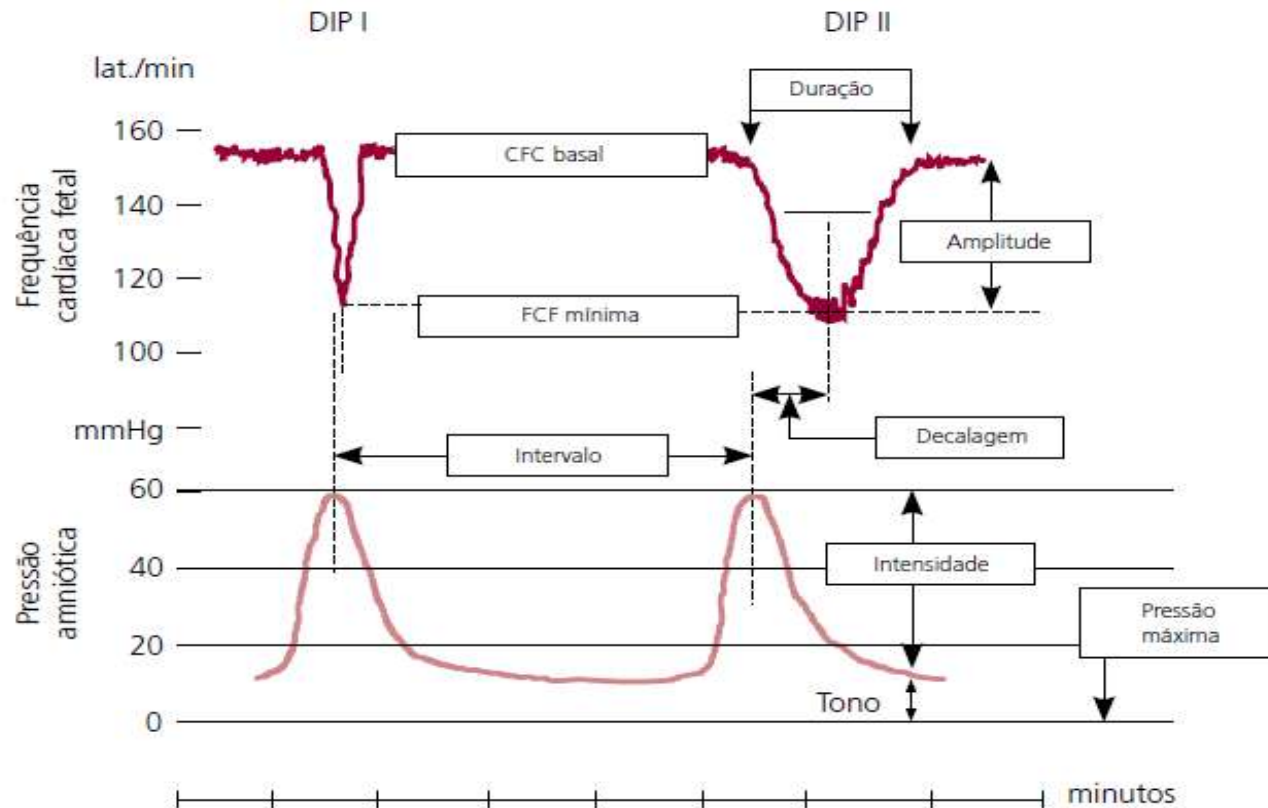
Movimentação fetal / Acidose

Sinusoidal (ondas)

Hemorragia feto-materna
(DHPN, DPP)



DIP 1 x DIP 2



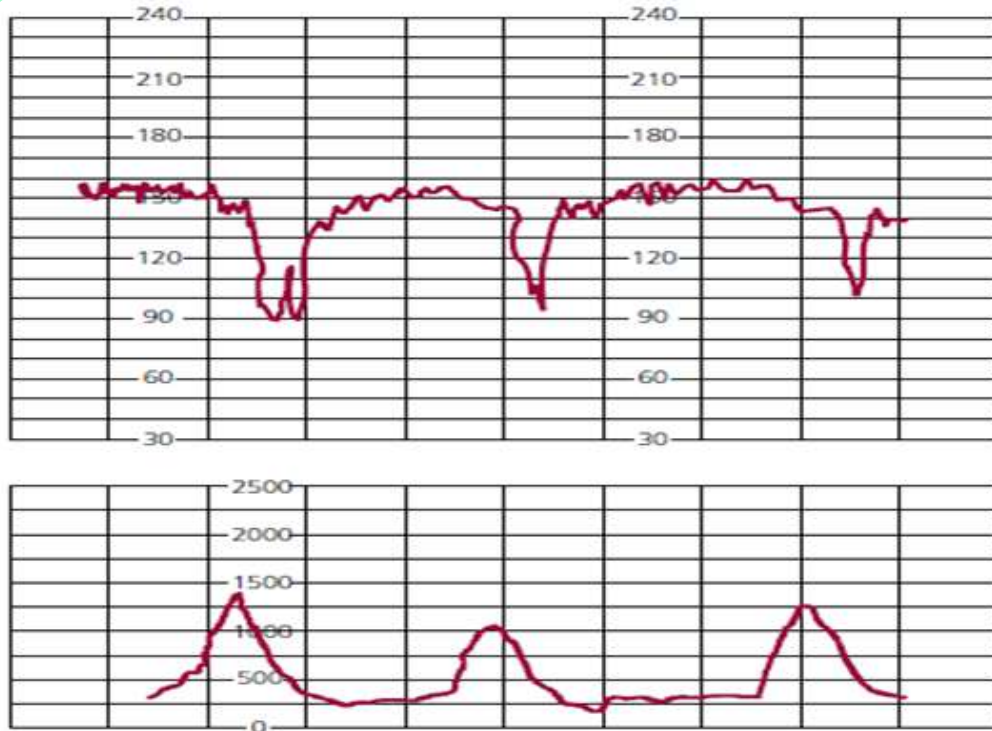
Taquicardia associada

Forma em “V” e “U”

Decalagem



DIP 3



Cordão umbilical

Compressão do cordão umbilical



Freitas. Rotinas em Obstetrícia. 6ª Edição. Artmed, 2011

DIP tipo 3/ Funicular/ Variável

Pode ser patológico

Compressão funicular



Categorias

- CTG

Categorias da FCF

CATEGORIA I

Todos os critérios

- FCF basal: 110-160 bpm
- Variabilidade moderada (6-25 bpm)
- Ausência de desaceleração variável/tardia
- Desaceleração precoce ausente/presente
- Aceleração presente/ausente

CATEGORIA II

Crítérios não
enquadrados em I/III

CATEGORIA III

Qualquer um
dos critérios

1. Variabilidade ausente e qualquer um dos seguintes
 - Desacelerações tardias repetidas ($\geq 50\%$)
 - Desacelerações variáveis repetidas ($\geq 50\%$)
2. Padrão sinusoide



Categorias

- CTG

Categorias da FCF

CATEGORIA I

Todos os critérios

Conduta de rotina
Ausculta intermitente

CATEGORIA II

CrITÉrios não
enquadrados em I/III

**Com aceleração
e variabilidade?**

CATEGORIA III

Qualquer um
dos critérios

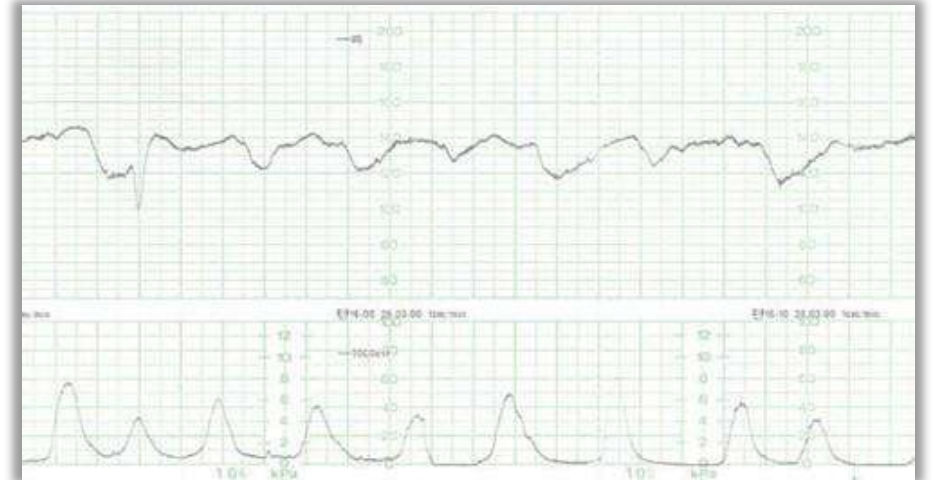
Preparar para o parto
Reanimação
Ausência de melhora = parto

**Não: Reanimação Ausência de melhora
= parto**



6. (FEBRASGO 2022 TEGO) - Parturiente, primigesta, 40 semanas, feto único e vivo. No início da fase ativa, apresenta a cardiotocografia conforme imagem a seguir. Ao exame de toque, o colo é médio, pérvio para 5 cm, apresentação cefálica, plano -2 e bolsa íntegra. Nesse caso, qual a conduta para o melhor resultado materno e fetal?

- A. Acompanhar o trabalho de parto com cardiotocografia contínua.
- B. Acompanhar o trabalho de parto com mudança de decúbito.
- C. Realizar a amniotomia para verificar o aspecto do líquido amniótico.
- D. Realizar a cesárea de emergência pelo risco de comprometimento fetal.





TIREOIDEOPATIAS NA GESTAÇÃO

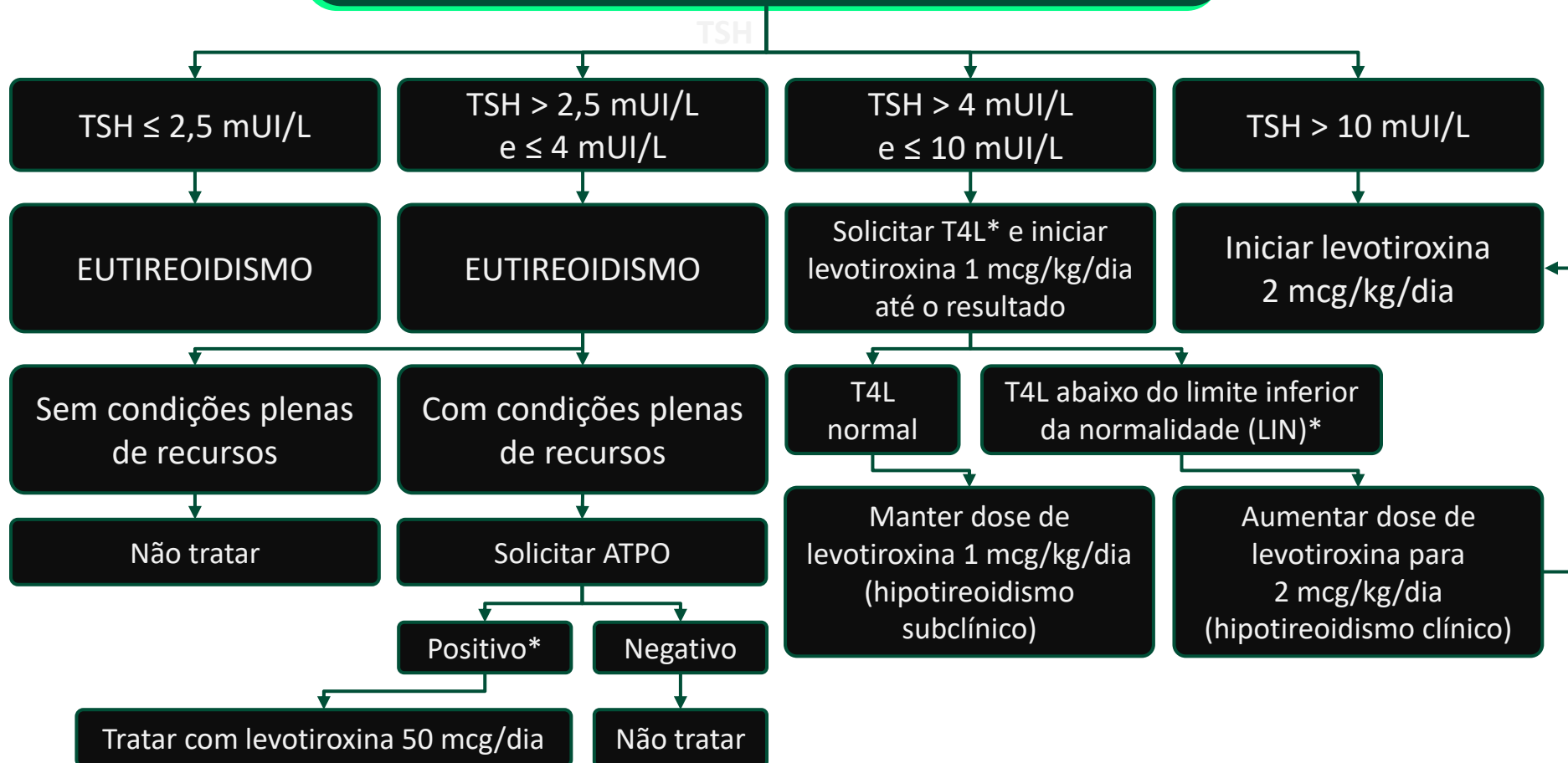


GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Hipotireoidismo

CONDUTA NO HIPOTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO



- **TSH:** Hormônio Estimulante da Tireóide.
- **T4L:** Tiroxina livre.
- **LIN:** Limite Inferior de Normalidade.
- **ATPO:** Antitireoperoxidase.
- **ATPO positivo*:** valor acima do limite superior da referência do laboratório.



Hipertireoidismo

HIPERTIREOIDISMO – TRATAMENTO

GESTAÇÃO

Hipertireoidismo Subclínico

Tireotoxicose Transitória Gestacional

Acompanhamento | Evitar medicações | Não utilizar DAT

Caso haja desconforto
causado pela taquicardia

Propranolol 20 mg, 3x ao dia
Dose máxima diária: 80 mg

Alta após normalização dos exames

Doença de Graves ou Outras Etiologias

Acompanhamento | Evitar medicações | Não utilizar DAT

Caso haja desconforto
causado pela taquicardia

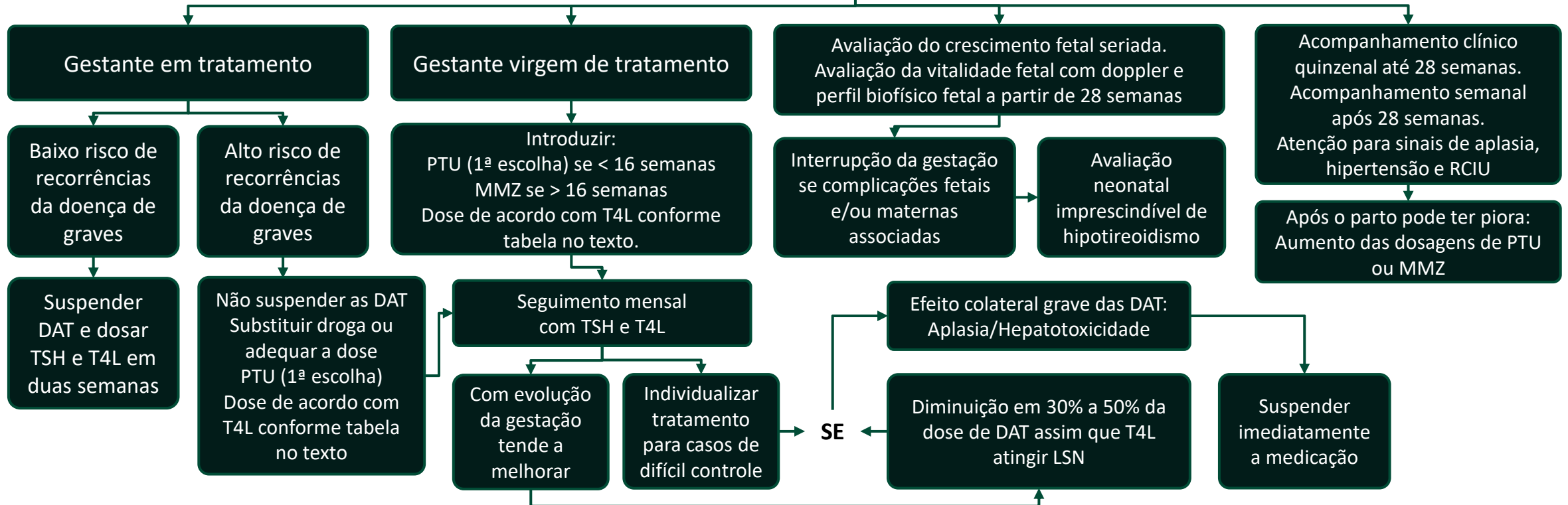
Propranolol 20 mg, 3x ao dia
Dose máxima diária: 80 mg

Monitorização com TSH e T4L na gestação e puerpério



Hipertireoidismo Clínico

GESTAÇÃO



Recomendações sobre DAT

- Dose máxima recomendada:
 - **PTU:** < 600 mg/dia
 - **MMZ:** < 40 mg/dia
- PTU: dividir a dose diária em 2 a 3 tomadas.
- MMZ: administrar em dose única diária.
- Intolerância gástrica ou não adaptação: substituir PTU por MMZ (cada 100 mg de PTU = 5 mg de MMZ).
- Se sintomas gripais, febre alta e odinofagia: solicitar leucograma.
- Se acolia fecal, colúria e dor abdominal: solicitar enzimas hepáticas e canaliculares.

CrITÉRIOS de risco para recorrência

- Níveis elevados de TRAb.
- Uso de DAT por tempo < 6 meses.
- TSH suprimido com uso de DAT.
- Bócio volumoso.
- Oftalmopatia de Graves.
- Necessidade de doses > 5–10 mg de MMZ e/ou 50–200 mg de PTU.



7. (FEBRASGO 2025 TEGO) - Gestante com sete semanas comparece à consulta pré-natal de alto risco por diagnóstico de doença de Graves há um ano. Nega queixas atuais. Está em uso de metimazol 20 mg/dia e folato. Deseja suspender a medicação antitireoidiana por ter conhecimento sobre os riscos fetais associados. Traz exames recentes de função tireoidiana: TSH = 0,08 mU/L (referência: 0,6-4,0); T4 total = 14 mcg/dL (referência: 5,4-10,1); T4 livre = 2,8 ng/dL (referência: 0,8-1,2); TRAb = 6 UI/L (referência: 0-1,5). Ao exame físico, apresenta: PA = 116 × 78 mmHg; FC = 105 bpm. A recomendação apropriada nesse momento é:

- A. Manter doses metimazol e repetir testes em quatro semanas.
- B. Suspender metimazol e repetir os testes laboratoriais em quatro a seis semanas.
- C. Suspender metimazol e iniciar propiltiouracil; repetir testes em quatro semanas.
- D. Reduzir dose metimazol e associar propiltiouracil; repetir testes em quatro a seis semanas.



CAD E HIPERÊMESE GRAVÍDICA



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Parâmetro	Valor
Glicemia	> 200 mg/dL (na gestante, > 180 mg/dL já é alerta)
pH arterial	< 7,3
Bicarbonato sérico	< 15 mEq/L
Ânion gap	> 12
Cetonemia	Positiva (β -hidroxibutirato $\geq$ 3 mmol/L)
Cetonúria	Positiva



Cetoacidose diabética na gestação

Ocorre com glicemias mais baixas
($> 180\text{--}200\text{ mg/dL}$ já podem desencadear cetose)

Quadro Clínico

- Poliúria, polidipsia, polifagia
- Náuseas, vômitos, dor abdominal (pode simular abdome agudo obstétrico)
- Taquipneia (respiração de Kussmaul)
- Hálito cetônico
- Alteração do nível de consciência
- Sinais de desidratação
- Redução dos movimentos fetais ou taquicardia fetal sustentada ($> 160\text{ bpm}$)
 - pode ser o primeiro sinal



Cetoacidose diabética na gestação

- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (ADA 2025):

Parâmetro | Valor

pH arterial $< 7,3$

Glicemia > 200 mg/dL (na gestante, > 180 mg/dL já é alerta)

Bicarbonato sérico < 15 mEq/L

Ânion gap > 12

Cetonemia Positiva

Cetonúria Positiva

A cetonemia é o marcador mais fidedigno na gestação, já que a cetonúria pode ocorrer fisiologicamente no jejum gestacional



Cetoacidose diabética na gestação

Reposição Volêmica (PRIMEIRO PASSO — antes da insulina)

Expansão inicial	1.000–1.500 mL na 1ª hora	SF 0,9% (NaCl 0,9%)	15–20 mL/kg/h
Reposição seguinte	250–500 mL/h conforme déficit	SF 0,9%	Até corrigir 50% do déficit nas primeiras 8h
Troca para SG 5%	Quando glicemia < 200–250 mg/dL	SG 5% + insulina	Para evitar hipoglicemia

Insulinoterapia Endovenosa

Iniciar SOMENTE APÓS iniciar a hidratação (a insulina sem volume agrava o choque).

Dose de ataque (bolus)	0,1–0,2 U/kg EV (apenas se glicemia > 250 mg/dL) — na gestante, usar 0,1 U/kg para evitar hipoglicemia fetal súbita
Infusão contínua	0,1 U/kg/h — iniciar após o bolus



Cetoacidose diabética na gestação

Correção de Potássio (K^+)

A insulinoterapia SEMPRE reduz o K^+ sérico (insulina desloca K^+ para dentro da célula).

K^+ sérico (mEq/L)	Conduta
> 5,2	Não repor. Monitorar
3,3–5,2	Adicionar 20–30 mEq/L de KCl ao SF
< 3,3	PARAR insulina temporariamente e repor 40–60 mEq/h até K^+ > 3,3, depois reiniciar

Objetivo: Manter K^+ entre 4,0–5,0 mEq/L.

Bicarbonato de Sódio

Não usar de rotina!
O uso de bicarbonato na CAD é controversa e reservada para:

- pH < 6,9 (gestante)
- Acidose láctica grave associada

Situação	Conduta
Feto saudável, mãe respondendo ao tratamento	Manter conduta clínica. O parto não é indicado
Sofrimento fetal ▲ após estabilização materna	Considerar parto de urgência
CAD refratária (não responde após 4–6h de tratamento)	Avaliar parto como terapêutica adjuvante



Cetoacidose diabética na gestação

Decisão de parto

Situação	Conduta
Feto saudável, mãe respondendo ao tratamento	Manter conduta clínica. O parto não é indicado
Sofrimento fetal → após estabilização materna	Considerar parto de urgência
CAD refratária (não responde após 4–6h de tratamento)	Avaliar parto como terapêutica adjuvante

Corticoides para maturação pulmonar

Se há risco de parto prematuro, evitar betametasona durante a CAD — a betametasona eleva glicemia e piora a cetose

Preferir esperar resolução da CAD para administrar corticoterapia

Se inevitável: dobrar a dose de insulina e monitorizar glicemia de hora em hora



Hiperêmese gravídica

Quadro clínico

- Vômitos incoercíveis / alterações do equilíbrio acidobásico e hidroeletrolítico, desidratação e perda de peso.
- Alterações hepáticas, renais, cerebrais e hemorragia retiniana.

Casos graves

- Desnutrição e deficiência de vitaminas.
- Em fases mais avançadas:
- Alucinações e síndrome de Korsakoff: alterações do comportamento associadas à perda de memória (amnésia retrógrada) e do aprendizado (amnésia anterógrada).
- Síndrome de Wernicke: Tríade confusão mental, alterações oculares e ataxia.
- Atenção: Cuidado com longo período de hidratação venosa à base de solução glicosilada e sem suplementação de tiamina (vitamina B1).

Coma e óbito



Hiperêmese gravídica

Tratamento



- Hidratação glicofisiológica + Vitaminas complexo B (atenção para B1)
- Correção hidroeletrolítica e acidobásica
- Aporte nutricional adequado (Jejum 24-48h com progressão dietética)
 - Preferir a nutrição enteral, em caso de insucesso.

Terapia Medicamentosa



- Metoclopramida, Dimenidrinato, Prometazina, Ondansetrona*,
- Sedativos: Levomepromazina, Benzodiazepínicos
- Corticosteroides para casos graves e refratários

Psicoterapia



8. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Gestante de 16 anos chega em coma trazida pela SAMU, idade gestacional desconhecida, sem cartão pré-natal e sem acompanhante. Ao exame apresenta altura uterina de 28 cm e BCF de 110 bpm; PA: 90/56 mmHg, Fc: 115 bpm, Tax: 36 Fr: 24 irpm, SpO₂ 98%. Teste de glicemia capilar de 300 mg/dl. Instalada infusão IV rápida de NaCl 0,9% 1L/h e sonda vesical de demora. Coletadas culturas, hemograma, gasometria arterial e eletrólitos. Gasometria inicial: pH 7,15, K: 5,0 mEq/L, Na: 140 mEq/L, HCO₃: 18mEq/L, Cl: 100 mEq/L, Lactato: 1 mmol/L, creatinina: 0,8, ânion gap: 22 mmol/L. O manejo inicial, além do controle diurese, medida de glicemia capilar h/h e eletrólitos a cada 1 - 2 horas, deve contemplar:

- A. Infusão de 1,5 L NaCl 0,9% IV + KCl 20 mEq e insulina regular IV contínua em bomba de infusão 1 unidade/hora na 1a hora. Iniciar SG 5% quando glicemia capilar $\leq$ 200 mg/dL.
- B. Infusão de 1,5 L NaCl 0,9% IV e insulina regular IV contínua em bomba de infusão 1 unidade/hora na 1a hora. Considerar corticoide para maturação pulmonar fetal quando glicemia capilar $<$ 200 mg/dL.
- C. Infusão de 1 L SG 5% + KCL 20 mEq e insulina regular IV contínua em bomba de infusão 3 unidades/hora na 1ª hora. Iniciar SG 5% quando glicemia capilar $\leq$ 200 mg/dL.
- D. Infusão de 1 L de ringer IV e insulina regular SC 3 unidades/hora na 1a hora. Considerar corticoide para maturação pulmonar fetal quando glicemia capilar $\leq$ 200 mg/dL.



MEDICINA FETAL



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Bloqueio cardíaco congênito

Autoimune → Autoanticorpos maternos anti-Ro/SSA e anti-La/SSB

Geralmente entre 18 e 28 semanas + bradicardia fetal persistente (frequência entre 50 e 70 bpm).

Conduta

- Acompanhamento especializado
- Beta-agonistas (aumento da frequência cardíaca fetal)
- Corticoide materno
 - Se bloqueio parcial ou início recente.
 - Bloqueio completo estabelecido não reverte com corticoide.



Bloqueio cardíaco congênito



Característica	BAV 1º grau	BAV 2º grau	BAV 3º grau
Condução A→V	Presente, atrasada	Intermitente	Ausente
Relação A-V	1:1	Variável (2:1, 3:2, etc.)	Dissociação completa
Sincronia	Mantida com atraso ?	Parcial	Nenhuma
Frequência ventricular	Normal	Normal ou reduzida	Reduzida (escape)
Ao Doppler	A-V prolongado, mas 1:1	Ondas A sem V ocasionais	Ondas A e V sem relação



Obstrução intestinal fetal



Alças intestinais dilatadas, com conteúdo hiperecogênico e aspecto de “rosário” → Íleo meconial.

Pode ser isolada ou associada a fibrose cística

Achado isolado a conduta é expectante



Avaliação seriada por USG a cada 3–4 semanas.

Não há indicação de investigação genética imediata nem de parto cesáreo eletivo



Atresia duodenal



Obstrução alta mais comum do intestino fetal

Sinal da “dupla bolha”

- Duas estruturas anecoicas contíguas no abdome superior (estômago e duodeno proximal distendidos)
- Polidrâmnio

Investigar anomalias associadas: aneuploidias (especialmente T21, presente em até ~30%), cardiopatias congênitas e outras atresias

O parto segue indicação obstétrica

Diferenciais ultrassonográficos

- Hérnia diafragmática (conteúdo abdominal no tórax, mediastino desviado),
- Dilatações biliares/colédococele (cisto único na topografia hepática)
- Cardiopatias como coarctação (alterações cardíacas e de fluxos, não imagem abdominal).



Translucência nucal (TN)



Medida entre 11–13+6 semanas

Se $\geq 2,5$ mm → associa-se a aneuploidias (T21, T18, T13, monossomia X), malformações estruturais (especialmente cardiopatias) e alguns distúrbios genéticos

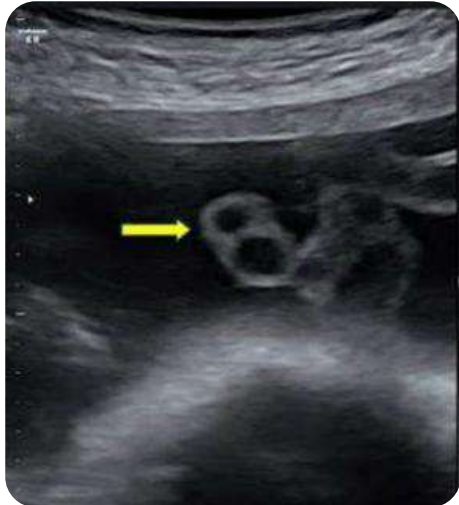
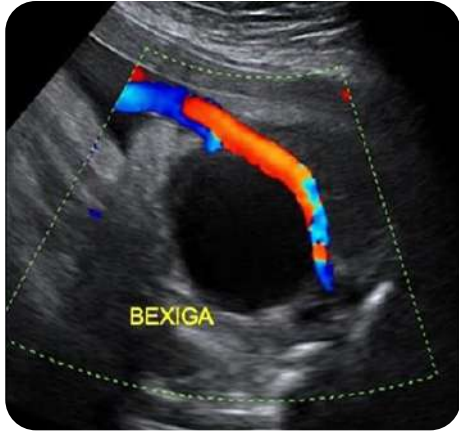
Diante de TN aumentada:

Até 14 semanas: Biópsia de vilo coriônico (BVC) + cariótipo/CGH-array rapidamente

A partir de 16 semanas: amniocentese



Artéria umbilical única



Apenas uma artéria contorna a bexiga, ou no cordão (dois vasos)

Ministério da Saúde (MS)/ISUOG/ACOG

AUU isolada (sem outras alterações estruturais)

Associação com PIG/RCF e parto pré-termo

Se houver outras malformações

Ampliar a investigação com ecocardiografia fetal e estudo genético.

Realizar avaliação morfológica detalhada do feto entre 18–24 semanas (coração, rins, SNC e parede abdominal)

- Risco de aneuploidia é baixo e não se indica teste invasivo de rotina;
- Outras instituições (ACOG/ISUOG) → pelo menos, um ecocardiograma fetal.



Defeitos da parede abdominal



Característica	Onfalocele	Gastrosquise
Local do defeito	Linha média (umbigo)	Lateral à direita
Cobertura	Membrana presente (saco)	Sem membrana
Inserção do cordão	No ápice do saco	Na parede, separado
Conteúdo típico	Intestino + fígado	Só intestino
Malformações associadas	Frequentes (cardíacas, cromossômicas)	Raras



9. (FEBRASGO 2021 TEGO) - Gestante de 26 semanas, assintomática, foi encaminhada à unidade básica de saúde por apresentar bradicardia fetal. O exame físico e obstétrico era normal, exceto pela frequência cardíaca fetal mantida em 50 a 55 bpm. Exames laboratoriais revelam: hemograma normal, TSH = 1,25 mU/L e anti-Ro = 25 U/ml (reagente). O exame ultrassonográfico não demonstrou anormalidades estruturais no feto e a avaliação da contração cardíaca fetal está demonstrada na imagem a seguir. Nesse caso, qual é o diagnóstico da anormalidade fetal e orientação de conduta?

- A. Bloqueio cardíaco de primeiro grau; conduta expectante.
- B. Bloqueio cardíaco de segundo grau, prescrever glicocorticoide.
- C. Bloqueio cardíaco de terceiro grau; prescrever beta-agonista.
- D. Fibroelastose endocárdica; indicar interrupção da gestação.





MEDICAÇÕES NA GESTAÇÃO

PÉROLAS DO TEGO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Medicações e gestação

- OCITOCINA

Atividade antidiurética

Maior risco: altas doses e/ou diluída em soluções hipotônicas (como glicosada a 5%)

Pode rapidamente precipitar encefalopatia hiponatrêmica: cefaleia intensa, náuseas/vômitos, letargia, convulsões e coma

Conduta imediata: suspender ocitocina e líquidos hipotônicos, acesso venoso, coleta de eletrólitos/gasometria, oxigênio, benzodiazepínico para cessar a crise se necessário, e correção com solução salina hipertônica 3%



Medicações e gestação

- **VARFARINA**

Anticoagulante antagonista da vitamina K

Embriopatia varfarínica: exposição entre a 6ª e a 12ª semana de gestação

Principais alterações: hipoplasia nasal, epífises punteadas (condrodysplasia punctata), hipoplasia de extremidades e retardo de crescimento

Uso tardio de varfarina: pode causar lesões do sistema nervoso central (hemorragia ou atrofia cerebral), independentemente da dose

O risco aumenta com doses elevadas (>5 mg/dia)

Deve ser substituída por heparina (preferencialmente heparina de baixo peso molecular) durante a gestação



Medicações e gestação

- **ANTICONVULSIVANTES**

Monoterapia na menor dose eficaz e suplementação de ácido fólico em dose elevada

Levetiracetam/Lamotrigina → menor risco teratogênico, primeira linha em idade fértil/gestação

Valproato tem associação forte a defeitos de tubo neural e prejuízo neurodesenvolvimental e deve ser evitado



10. (FEBRASGO 2022 TEGO) - Primigesta, 39 semanas, com óbito fetal, está recebendo, por via intravenosa, ocitocina diluída em solução glicosada, 40 mUI/min, para indução do trabalho de parto. Apresenta cefaleia importante, náuseas, vômitos e convulsão tipo grande mal. Nesse caso, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Hiponatremia.
- B. Hipoglicemia.
- C. Rotura uterina.
- D. Embolia de líquido amniótico.





CÂNCER DE COLO UTERINO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Rastreio

RASTREIO E POPULAÇÃO-ALVO



MÉTODO: DNA-HPV
dos 25 – 64 anos
(com atividade sexual
atual ou prévia)



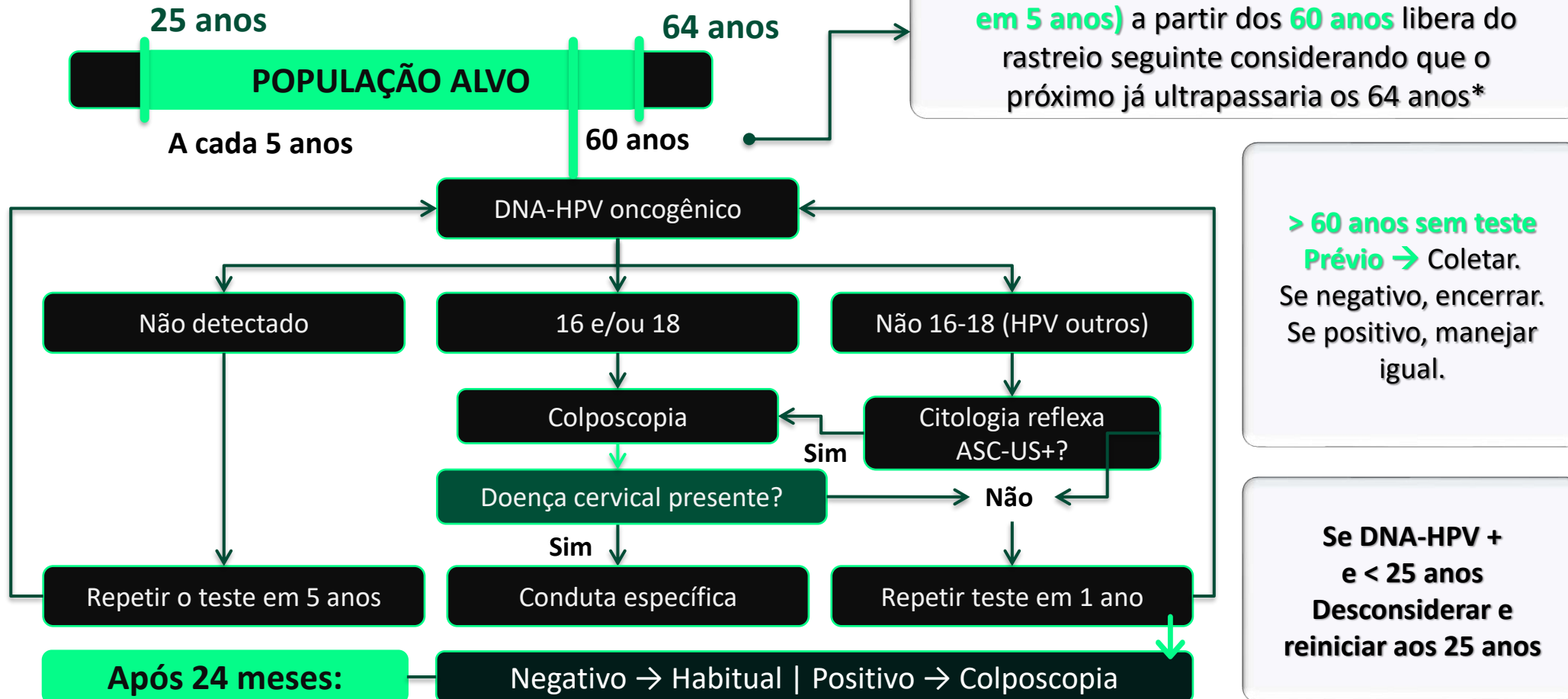
**HPV oncogênico –
Genotipagem parcial
ou Estendida**
AR: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45,
51, 52, 56, 58 e 59, 68*, 66**

Independente do status vacinal



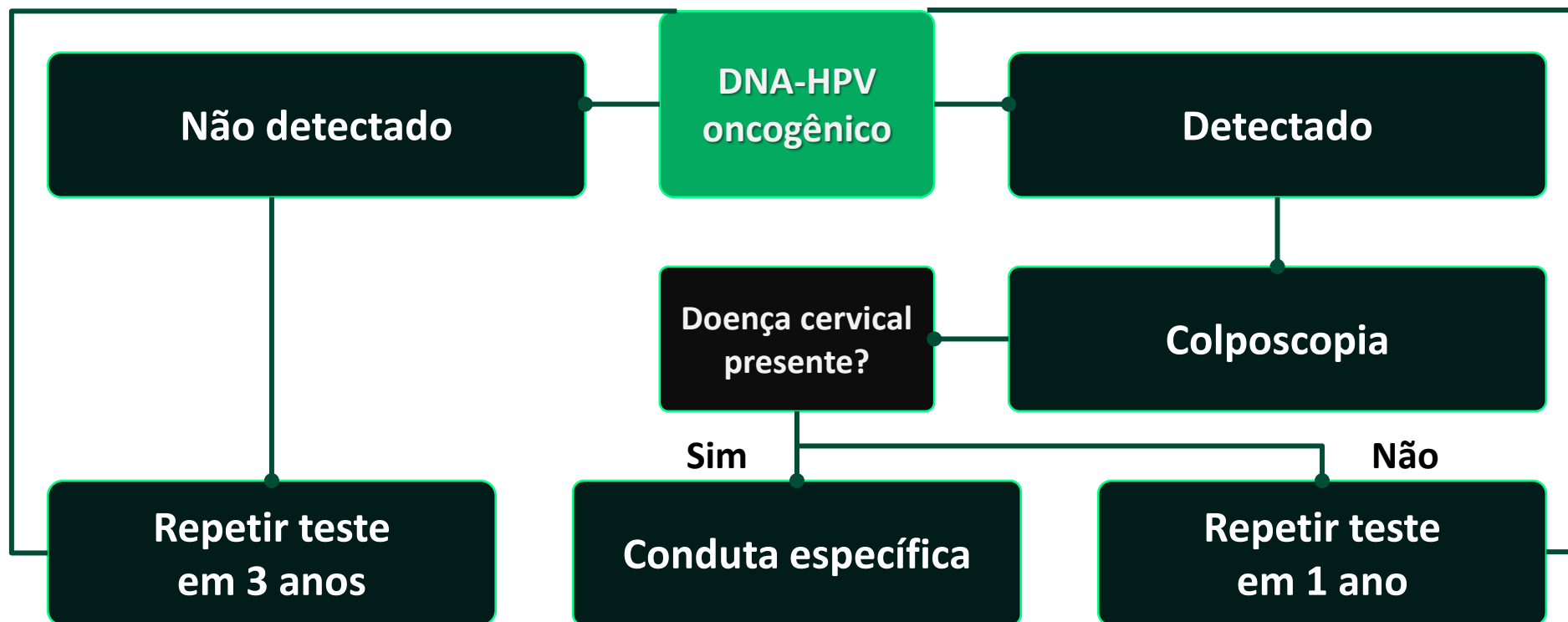
Nova diretriz do MS

- (PUBLICADA EM 18/08/2025)





Imunossuprimidos



Iniciar após o início da atividade sexual e não suspender



Rastreio



- Gestante é igual, pode coletar para regularizar
- Não é o momento ideal, pode aguardar o puerpério



- HT por doença benigna → Excluídas
- HT por doença precursora/ maligna → + 25 anos ou indefinidamente



Homens-trans: Mesmas Indicações



11. (EMR 2026) - Um município do interior de Pernambuco prepara a transição do rastreio do câncer de colo baseado em colpocitologia oncótica para o modelo baseado em DNA-HPV, segundo diretriz do Ministério da Saúde do Brasil. Durante o treinamento da equipe de saúde, o médico palestra sobre alguns pontos importantes para o adequado funcionamento do novo modelo. Quais das alternativas abaixo trazem uma informação corretamente abordada pelo médico?

- A. Em caso de citologia oncótica já realizada anteriormente e com indicação definida de colposcopia, deve-se reiniciar a investigação com solicitação de DNA-HPV.
- B. A coleta do material cervical deve ser exclusivamente realizada pelos médicos e, a partir dele, solicitado simultaneamente citologia e DNA-HPV.
- C. Testes de DNA-HPV positivos em pacientes menores de 25 anos para os subtipos 16/18 devem ser referenciados imediatamente para a colposcopia.
- D. Mulheres acima de 60 anos que nunca realizaram teste DNA-HPV devem coletá-lo pelo menos uma vez antes de serem excluídas da população-alvo do rastreio, caso esse teste seja negativo.



AMENORREIAS

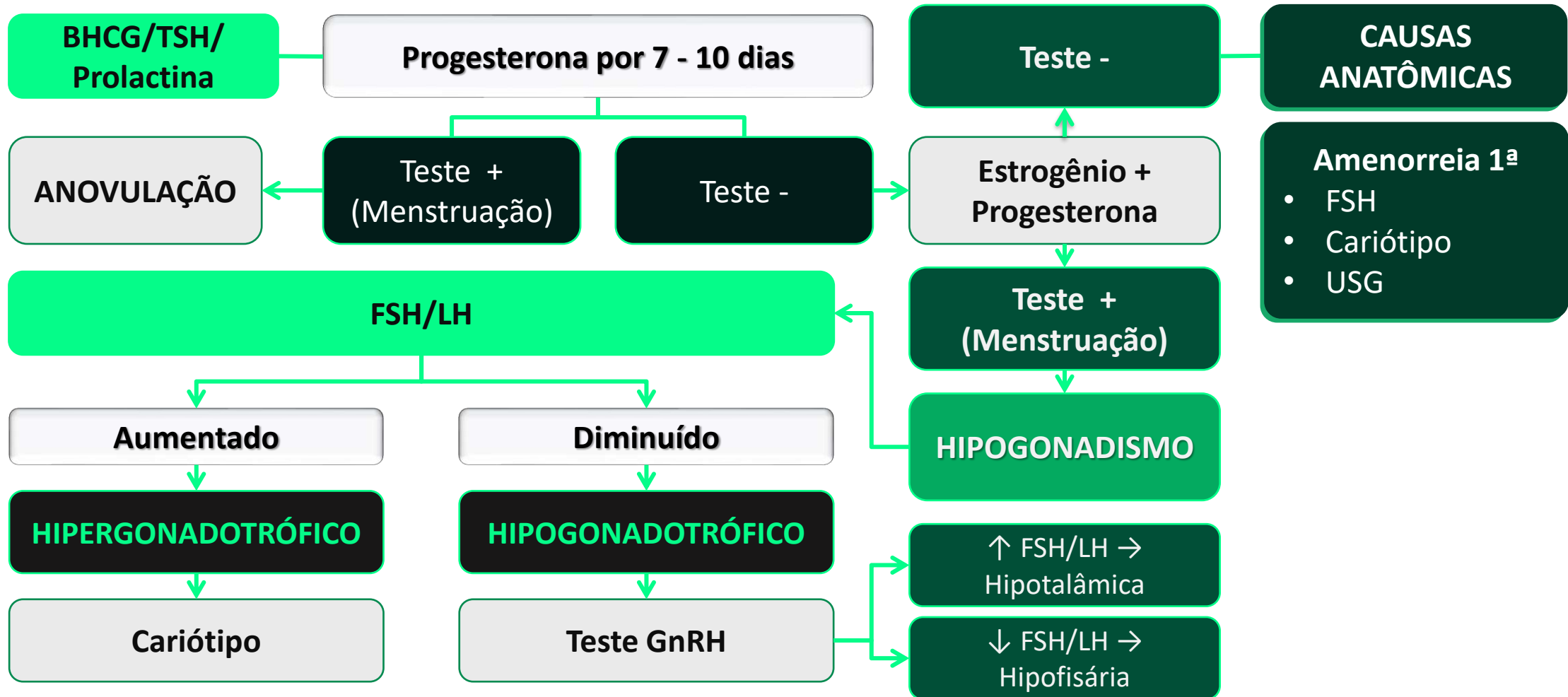
INVESTIGAÇÃO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Resumo da investigação





Sd. Rokitansky X Sd. Morris

Amenorreia primária + Ausência de útero
(Fenótipo feminino com vagina curta)

CARIÓTIPO XX

Presença de pelos
Gônada (ovário) tópico

Sd. Rokitansky

CARIÓTIPO XY

Ausência de pelos
Gônada (testículo) criptoquirdíco

Sd. Morris

Infantilismo
genital + FSH ↑



Disgenesias gonadais

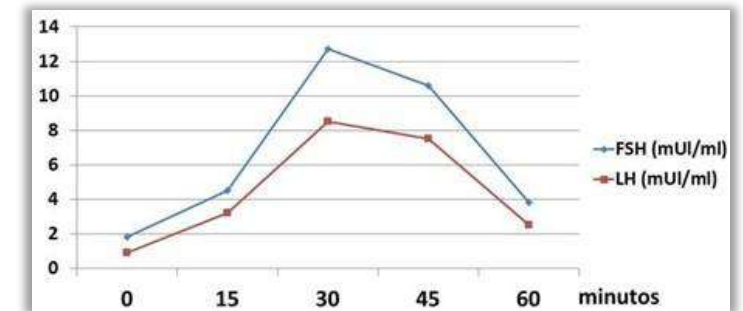


SwYer - XY
Turner – X0
XX



12. (FEBRASGO 2021 TEGO) - Mulher de 25 anos de idade, nuligesta, refere que não menstrua há dois anos. Informa menarca aos 12 anos de idade, seguida de ciclos regulares por cinco anos, depois evoluiu com ciclos irregulares e fluxo reduzido. É atleta de alta performance e treina oito horas por dia. Ao exame físico: PA = 100x70 mmHg; FC = 68 bpm; IMC = 17,5 Kg/m²; 11,8% de gordura corporal. Exame ginecológico: mucosa vaginal pálida, com pregueamento reduzido, sem outras alterações. Resultados de exames complementares: FSH = 2,0 mUI/mL (VN 2,8 a 10,5 mUI/mL); Prolactina = 10,7 ng/mL (VN < 25 ng/mL); TSH = 2,9 mUI/mL (VN 0,4 a 4,0 mUI/mL). A figura a seguir representa o gráfico do teste de estímulo realizado com infusão de GnRH. A ultrassonografia pélvica revelou: útero de 28 cm³ em anteversoflexão, eco endometrial de 2 mm; ovário esquerdo de 1,9 cm³; ovário direito de 1,3 cm³; sem folículos visíveis e sem massas anexiais. A respeito desse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O teste de estímulo realizado com GnRH evidencia a natureza hipofisária da condição clínica dessa paciente.
- B. A redução do volume ovariano, bem como a ausência de folículos antrais iniciais na ultrassonografia sugerem uma etiologia ovariana para o quadro.
- C. A supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano decorre do padrão de composição corporal dessa paciente com elevação dos níveis de CRH.
- D. Apenas com a história clínica e o exame físico não é possível a identificação do status estrogênico dessa paciente.





ANTICONCEPÇÃO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



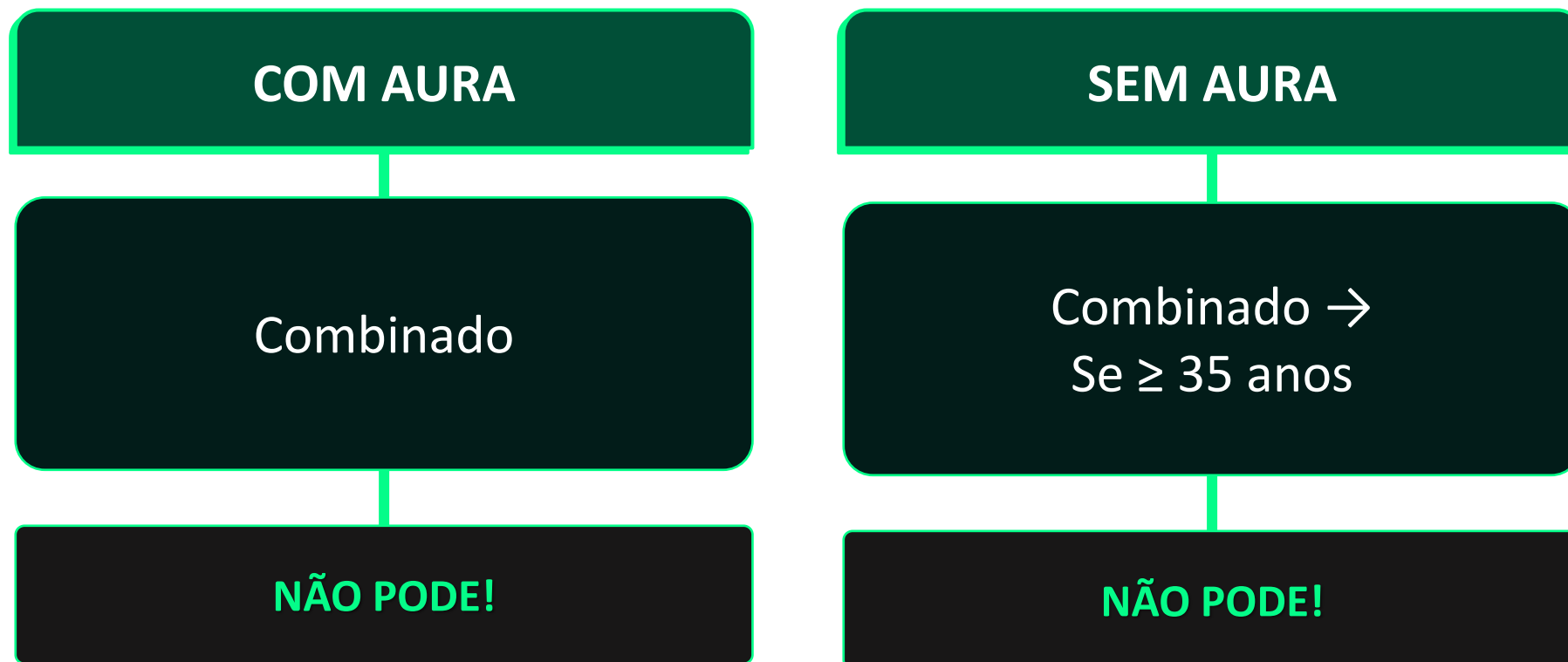
Pós-parto

COMBINADO	Amamentando < 6 meses	NÃO PODE!
	Sem amamentar < 21 dias	NÃO PODE!
TRIMESTRAL (AMDP)	Amamentando < 6 SEM (2)	AGORA PODE!
	Sem amamentar	PODE SEMPRE!
DIUs	48H a 4 SEMANAS	NÃO PODE!

O QUE PODE?
Os demais de progesterona desde o 1º dia pós-parto (2)



Enxaqueca





HASC



Combinado

HASC < 160X100
ou Controlada (3)
HASC ≥ 160X100 (4)

NÃO PODE!

AMDP (TRIMESTRAL)

Se HASC ≥ 160x100

NÃO PODE!



Tabagismo

COMBINADO

Tabagismo + ≥ 35 anos

NÃO PODE!



≥ 15 cigarros/dia (4) e < 15 cig/dia (3)



ANTICONVULSIVANTES



RIFAMPICINA



- Fenitoína
- Carbamazepina
- Barbitúricos
- Primidona
- **Lamotrigina**
- Topiramato
- Oxcarbamazepina

Ácido Valpróico
PODE!

Combinado
→ **NÃO PODE!**

SÓ progesterona
→ **NÃO pode ORAL!**

Lamotrigina
PODE!





Trombose/AVE/IAM/Trombofilias





Anticoncepção

Tuberculose pélvica + DIU

NÃO pode!

Varizes ou TVS

**NÃO tem!
(CHC cat 2)**

**HIV
(exceção: estágio 3/4 para DIU → Cat 3)**

NÃO tem!!

Biliar

Sintomática ou em tratamento
medicamentoso

NÃO PODE COMBINADOS



Anticoncepção

Hepatite viral aguda ou flare

NÃO pode combinado!

Colestase induzida por CHC

NÃO pode combinado!

Cirrose grave/descompensada

Nada hormonal!

Tumores hepáticos malignos ou
Benigno (hepatocelular)

Nada hormonal!



Anticoncepção

Obesidade
(atenção: Bariátrica x Oral)

NÃO tem!

Paridade

NÃO tem!

Idade

NÃO tem!!

DM

Complicações ou
> 20 anos de doença

**NÃO PODE
COMBINADOS E AMDP**



13. (FEBRASGO 2024 TEGO) - Paciente de 16 anos vem à consulta ginecológica, pois pretende iniciar atividade sexual. Faz uso de carbamazepina e lamotrigina há dois anos. Entre as opções contraceptivas abaixo, qual a mais indicada de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS?

- A. Pílula etinilestradiol + Gestodeno.
- B. Adesivo etinilestradiol + Norelgestromina.
- C. Pílula progestagênio isolado.
- D. Medroxiprogesterona de depósito.



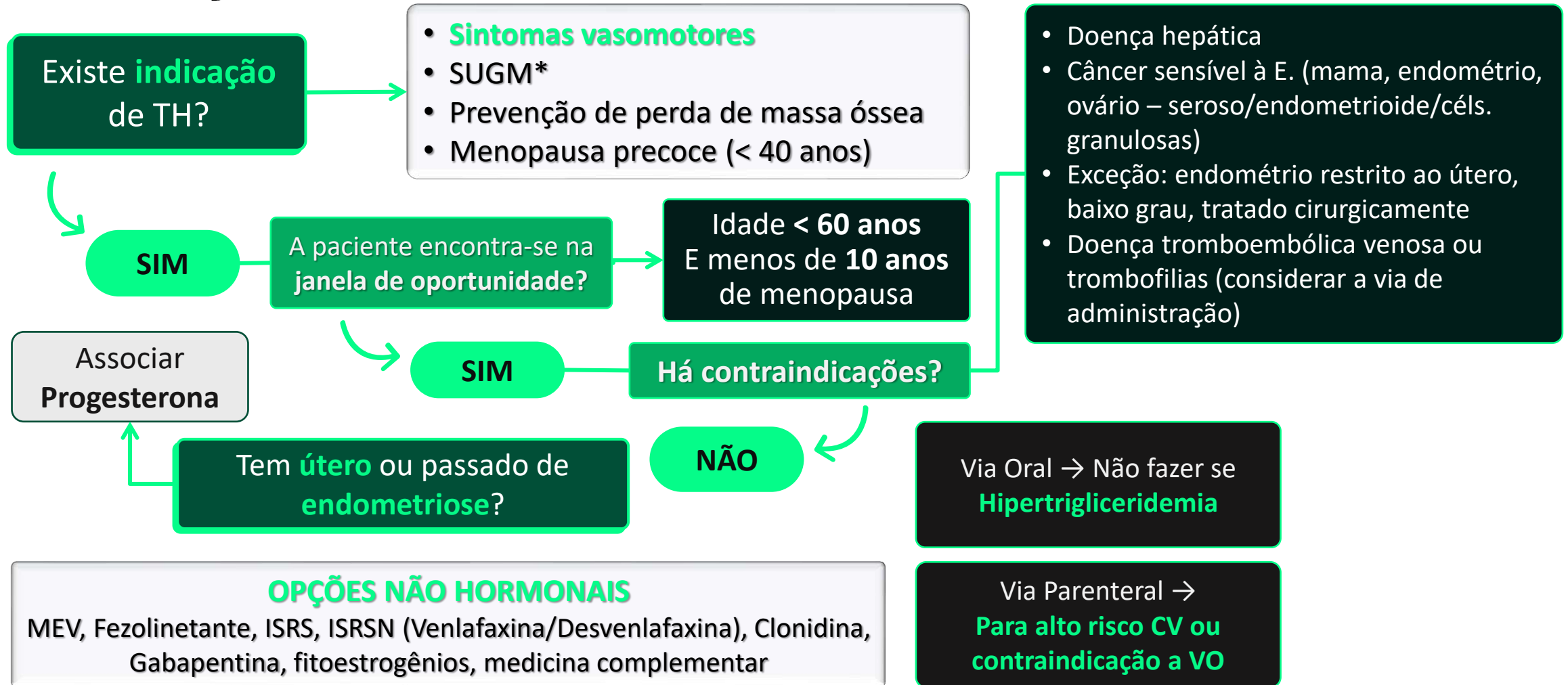
TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Manejo TRH





14. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Mulher de 55 anos, menopausada, apresenta hipertensão, hipercolesterolemia e sobrepeso, vem à consulta médica em uso de terapia hormonal devido a fogachos intensos, com a seguinte composição: estradiol 1 mg e acetato de noretisterona 0,5 mg, ambos por via oral. Em relação à terapia hormonal, qual a melhor conduta?

- A. Substituir por estradiol transdérmico e progesterona micronizada.
- B. Manter o esquema terapêutico atual.
- C. Trocar a noretisterona por acetato de medroxiprogesterona.
- D. Suspender a terapia hormonal.



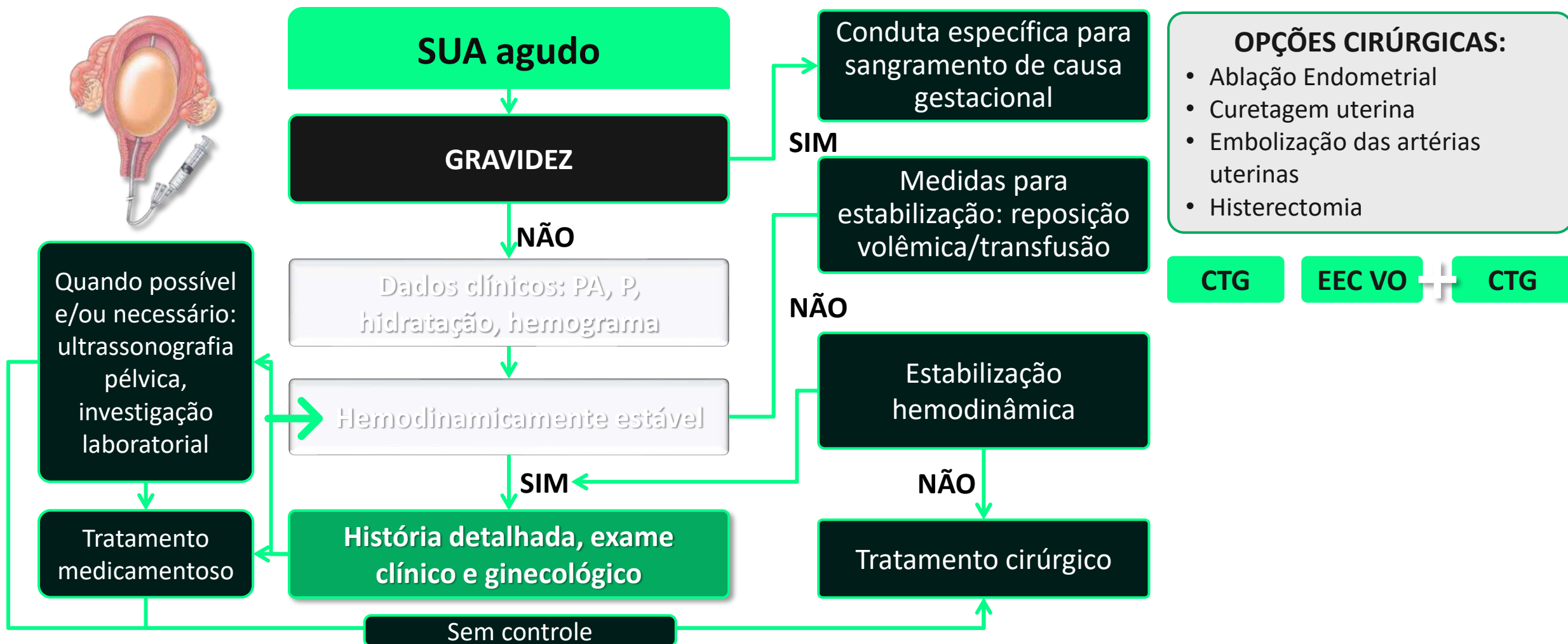
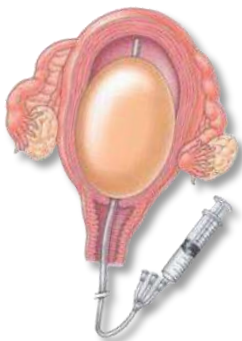
SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL AGUDO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Sangramento uterino agudo





15. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Mulher de 49 anos, atendida na emergência com quadro de sangramento uterino anormal intenso há dois dias. Ciclos menstruais irregulares com intervalo de 90-120 dias e fluxo intenso de 12-14 dias há um ano. História pessoal de tromboembolismo venoso há 18 meses após ter iniciado pílula anticoncepcional para regularizar o ciclo menstrual. Exame clínico ginecológico e ultrassonografia transvaginal sem alterações. PA = 90x60 mmHg. Pulso: 100 bpm. Além da estabilização clínica, a conduta é prescrever:

- A. Estradiol oral 2 mg de 12 em 12 horas por 21 dias; após, associar acetato de medroxiprogesterona 10 mg/dia por mais 10 dias.
- B. Etinilestradiol 30 mcg associado a gestodeno 75 mcg de 8 em 8 horas por 7 dias; após, 1 comprimido ao dia por 14 dias.
- C. Inserir o sistema intrauterino com levonorgestrel e reavaliar após seis meses.
- D. Ácido tranexâmico oral 250 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas por 5 dias.



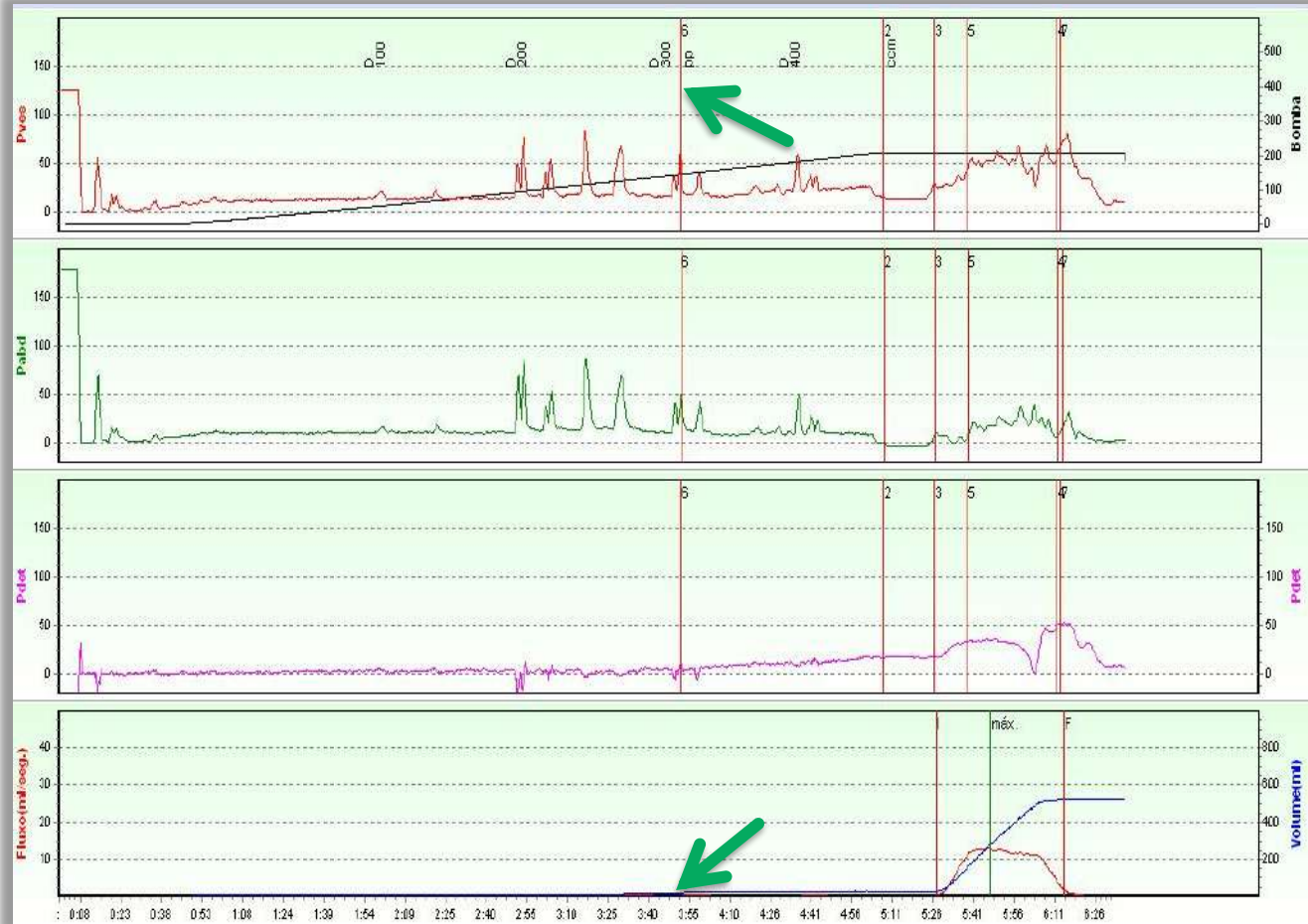
INCONTINÊNCIA URINÁRIA



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Estudo urodinâmico (EUD)



A partir do PPE

- Hipermobilidade do colo vesical: PPE > 90cm H₂O
 - Deficiência esfinteriana intrínseca: PPE < 60cm H₂O
- ** PPE entre 60-90cm H₂O → Zona cinza



Tratamento

Modificações do estilo de vida

- **1ª Linha**
- Tratar constipação
- Perder peso
- Evitar levantar peso excessivo
- Cessar tabagismo

Fisioterapia do assoalho pélvico

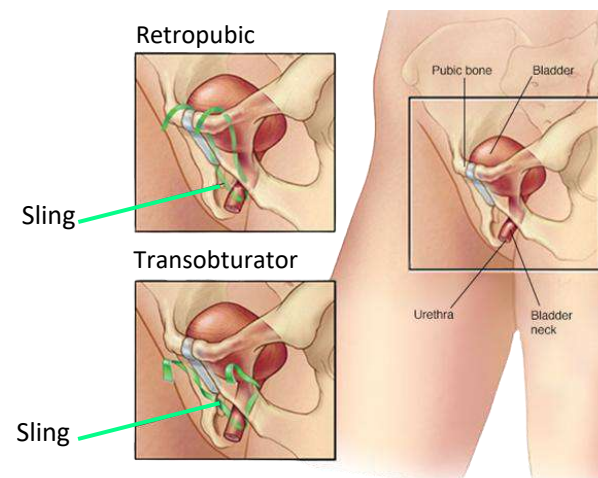
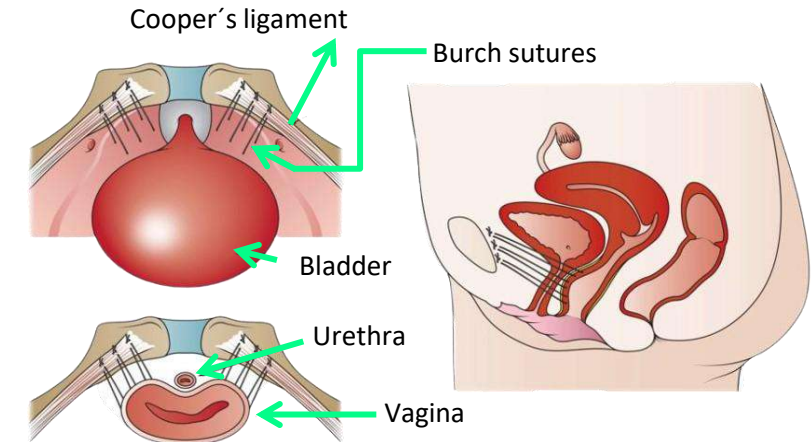
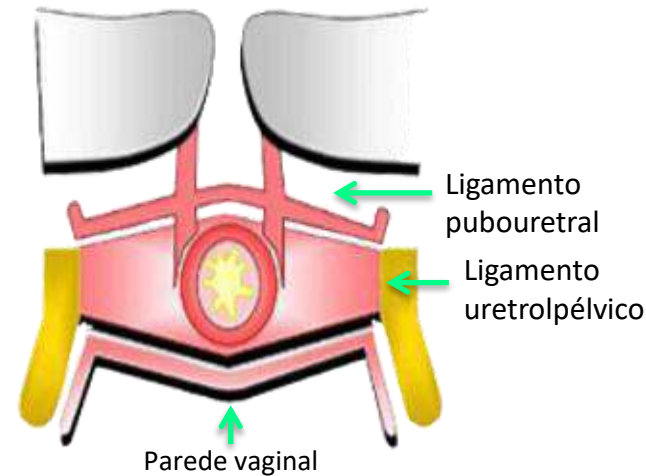
- **1ª Linha**
- Exercícios de Kegel
- Cones vaginais
- Biofeedback
- Eletroestimulação



Tratamento

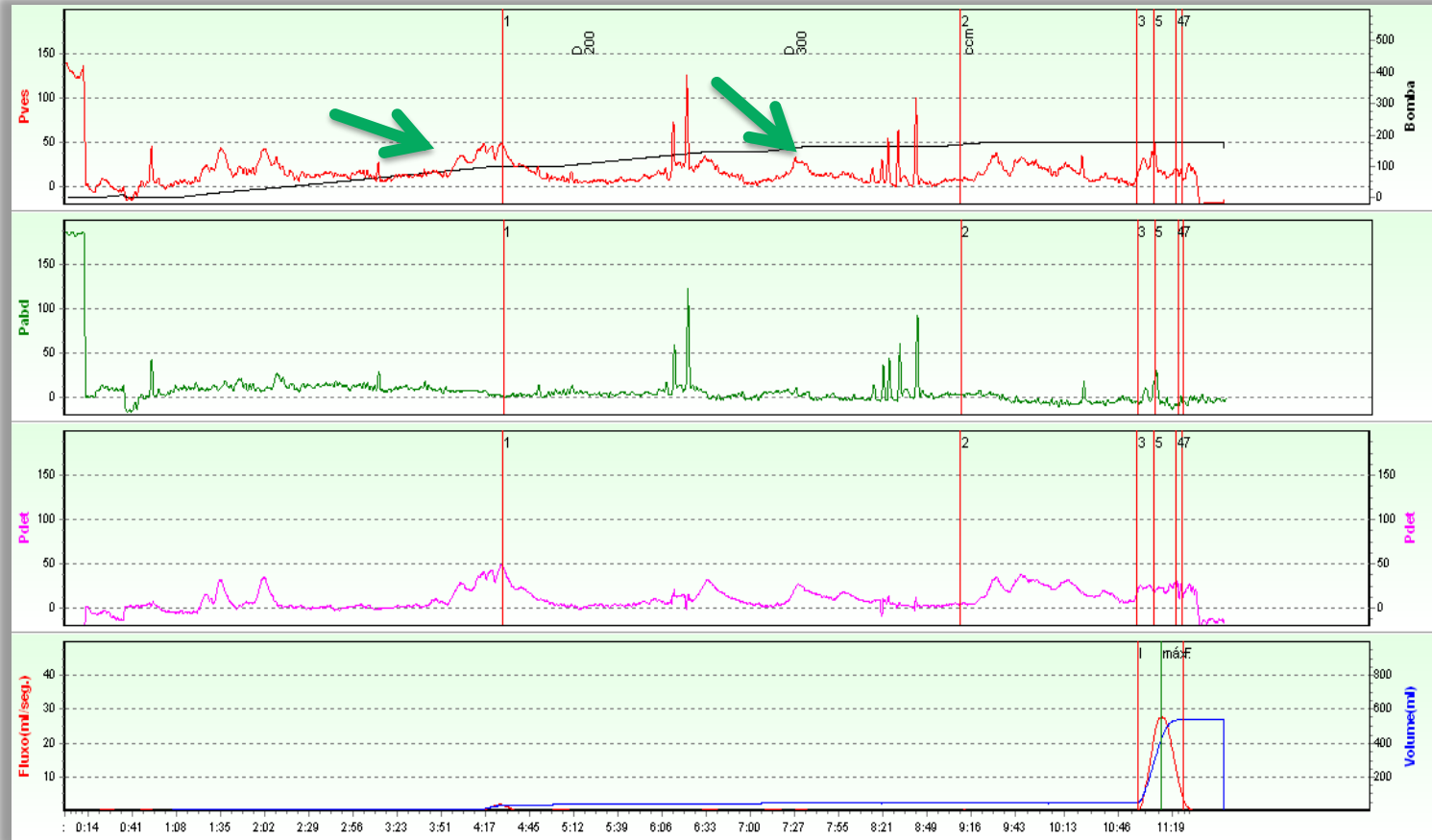
Cirúrgico

- Sling Transobturador (TOT) → via vaginal → forames obturatórios
- **Hipermobilidade do colo vesical**
- Sling Retropúbico (TVT) + Cistoscopia → via vaginal → região retropúbica → **Deficiência esfinteriana intrínseca**
- Colposuspensão Retropúbica ("Burch"): elevação e fixação da fáscia pubocervical ao ligamento ileopectíneo ("ligamento de Cooper")





Contração involuntária





Tratamento

1ª LINHA

1. Mudanças do Estilo de Vida:

- Perder peso
- Controle da ingesta hídrica diária
- Cessar tabagismo

2. Terapia comportamental/ Treinamento Vesical:

- Diminuir Irritantes vesicais
- Treinar micções programadas voluntárias
- Técnicas de controle da urgência miccional

3. Fisioterapia do assoalho pélvico:

- Exercícios de Kegel
- Cones vaginais
- Biofeedback
- Eletroestimulação

4. Estrogênio vaginal

2ª LINHA

Fármacos

1. **Anticolinérgicos** (Anti-Parassimpático) **Efeitos colaterais:** boca e olhos secos, constipação
2. **Agonistas** Beta3- adrenérgicos (Pró-Simpático)
3. Antidepressivos Tricíclicos (Imipramina)

Mirabregona

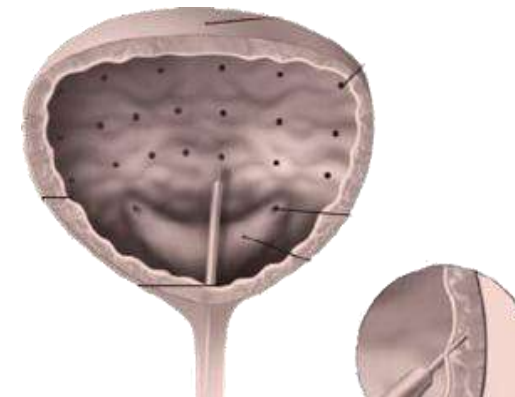
3ª LINHA

- Toxina botulínica (cistoscopia)
- Neuromodulação sacral

- Oxibutinina
- Tolterodina
- Darifenacina
- Solifenacina

Cuidado em idosos →
Demência → **Usar mais seletivo/ Não passe a BHE**

Cloreto de Tróspio





16. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Mulher de 54 anos, G1P1C1, menopausa há 2 anos, vem realizando tratamentos para incontinência urinária de urgência há 8 anos. Apresenta polaciúria e noctúria. Não apresenta disúria ou dispareunia. Já realizou cirurgia de sling transobturador (TOT) há 6 anos. Não apresenta prolapsos nem perda de urina na manobra de Valsalva. Na avaliação urodinâmica apresentou desejo miccional inicial com 50 ml, uma capacidade vesical total de 300 mL, presença de contrações involuntárias e não houve perda de esforço. Já realizou fisioterapia e utilizou oxibutinina e solifenacina, sem sucesso. Qual a conduta?

- A. Realizar cirurgia de sling retropúbico.
- B. Injetar toxina botulínica vesical.
- C. Realizar colpoperineoplastia.
- D. Instilar heparina vesical.



CÂNCER DE MAMA

PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



BRCA

- Mulheres → **Mama e Ovário**
- Homens → **Mama e Próstata**
- Outros: **Pâncreas e Melanoma**

Mulheres sem mastectomia:
Rastreio alto risco

**Mastectomia redutora de risco
+ SOB redutora de risco**
(BRCA1 35-40/BRCA2
40-45 anos + prole definida)

Mulheres sem SOB: USTV e CA-
125 6/6m a partir dos 30-35 anos
Ou 10 anos antes do caso mais
jovem (falta evidência)

Homens: Exame físico e MMG (principalmente BRCA2)
aos 50 anos ou 10 anos antes do caso familiar



Redução do risco do câncer de mama

SERM (Tamoxifeno,
Raloxifeno) → Risco
Endometrial!

Opções: Inibidores da
aromatase (anastrozol,
letrozol, exemestano)

Mulheres sem ovário
ou menopausada

INDICAÇÕES

Prevenção do Câncer de Mama
(HDA, CLIS, Alto risco pessoal/ familiar)
→ 5 anos

Tratamento do Câncer de Mama
Hormônio-Responsivo → 5 a 10 anos

Tratamento do Carcinoma
Ductal *In Situ* (CDIS) → 5 anos

Uso em Homens → 5 a 10 anos



Câncer de mama

- TRATAMENTO

Tumores iniciais
(I, IIA e parte do IIB)
(até $\leq 5\text{cm}$, LFN axilar, ipsilateral e móvel)

**Cirurgia $\pm$ Rt +
Adjuvância?**

Conservadora + Rt SEMPRE!!!!
(Segmentectomia/Quadrantectomia)

Adjuvância - quando indicar?

RE/RP + $\rightarrow$ Hormonioterapia
(Tamoxifeno ou Danazol/
Anastrozol)

Se $> 2\text{cm}$, G2 ou G3,
LFN + $\rightarrow$ + Qt

HER2 + ($> 1\text{cm}$) $\rightarrow$
Trastuzumabe

Triplo negativos
($> 0,5\text{cm}$) $\rightarrow$ Qt



Câncer de mama

- TRATAMENTO

Localmente avançados
(parte do IIB e IIIA-C)
(> 5cm, outros LFN, sem metástase (MO))



**Neoadj + Cirurgia +
Adjuvância**

Neoadjuvância
(Qt ± Trastuzumabe)

- Localmente avançados
- Iniciais (triplo negativos ou HER2+)



Câncer de mama

- TRATAMENTO

Metastático (IV)
(Metástases à distância (M1))



Tratamento sistêmico

Depende do Status hormonal

RE/RP+ e HER2 -
→ Hormonioterapia + Qt
em casos graves

RE/RP+ e HER2 +
→ Trastuzumabe + Hormonioterapia ou
Qt (incerto)

Triplo negativos → Qt

RE/RP- e HER2+
→ Trastuzumabe + Qt



17. (FEBRASGO 2024 TEGO) - Paciente de 48 anos apresentou, em imagem de rotina, nódulo irregular de 1 cm, laudada como BI-RADS 4c. A análise histológica mostrou tratar-se de um carcinoma ductal invasor, do tipo não especial, grau nuclear 3, com imunohistoquímica negativa para receptores hormonais e HER2, Ki-67 de 70%. Mamas de grande volume e axila clinicamente negativa. A abordagem terapêutica mais adequada é:

- A. Quadrantectomia associada à biópsia do linfonodo sentinela.
- B. Mastectomia associada a esvaziamento axilar níveis I e II.
- C. Quimioterapia neoadjuvante.
- D. Setorectomia com quimioterapia adjuvante.



EXAME A FRESCO/GRAM DO CONTEÚDO VAGINAL





Exame normal



Exame a fresco

- Predomínio de lactobacilos (bastonetes) dispersos ou aderidos a células epiteliais
- Células epiteliais escamosas em quantidade moderada
- Raros leucócitos (0–4 por campo de alta ampliação, se presentes)
- Fundo limpo, sem debris excessivos



Achados na coloração de Gram

- Bastonetes Gram-positivos (*Lactobacillus* spp.) como flora dominante
- Células epiteliais escamosas com superfície lisa ou com lactobacilos aderidos
- Ausência ou raríssimos cocobacilos Gram-variáveis



Candidíase vulvovaginal

Achados no exame a fresco

- Leveduras em brotamento (blastocónídios) - células ovaladas 3–5 μm
- Pseudohifas (filamentos alongados com constrictões nos septos) - típicas de *Candida albicans*
- Hifas verdadeiras (menos comuns)
- Leucócitos em quantidade variável (geralmente aumentados)
- Fundo limpo ou com debris celulares



Achados na coloração de Gram

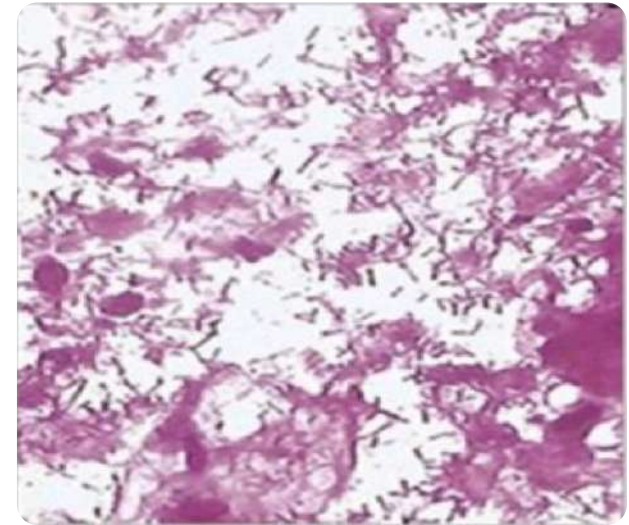
- Leveduras Gram-positivas (coram irregularmente, podendo parecer Gram-positivas fracas)
- Pseudohifas e/ou hifas Gram-positivas, septadas
- Flora lactobacilar pode estar normal ou reduzida



Vaginite citolítica

Achados no exame a fresco

- Lactobacilos em excesso (muito além do normal)
- Citolise - fragmentação das células epiteliais (citoplasma rompido, núcleos nus)
- Núcleos nus (células epiteliais destruídas, restando apenas núcleos)
- Ausência de clue cells, pseudohifas, leveduras ou tricomonas
- Leucócitos ausentes ou escassos
- pH: 3,5–4,0 (muito ácido)



Achados na coloração de Gram

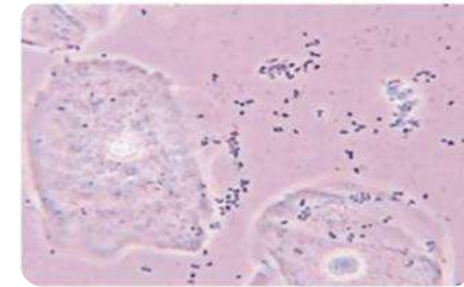
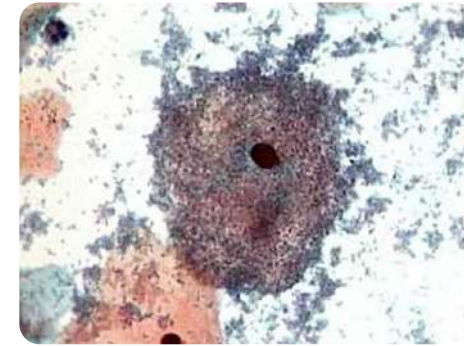
- Quantidade maciça de bastonetes Gram-positivos (lactobacilos hiperabundantes)
- Células epiteliais fragmentadas, núcleos nus entre os lactobacilos
- Sem flora mista, sem clue cells, sem leveduras



Vaginose bacteriana (VB)

Achados no exame a fresco

- Clue cells (células-alvo/células-guia) - células epiteliais com bordas obscurecidas por aderência maciça de cocobacilos
- Redução ou ausência de lactobacilos
- Flora bacteriana mista e abundante (cocobacilos finos)
- Leucócitos geralmente ausentes ou escassos



Achados na coloração de Gram (padrão-ouro): Critérios de Nugent (escore 0–10)

- Escore 7–10 → VB
- Predomínio de cocobacilos Gram-variáveis/Gram-negativos (*Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp.)
- Ausência ou raríssimos lactobacilos (bastonetes Gram-positivos retos)
- Clue cells visíveis na lâmina



Tricomoníase (*Trichomonas vaginalis*)

Achados no exame a fresco (padrão-ouro para diagnóstico)

- Trofozoítos móveis - organismos ovais/piriformes (7–23 μm , geralmente maiores que leucócitos)
- Movimentação típica característica e rapidamente progressiva
- Flagelos visíveis em boa preparação
- Leucócitos em grande quantidade (polimorfonucleares)
- Fundo com debris
- pH: > 4,5 (geralmente 5,0–6,0)



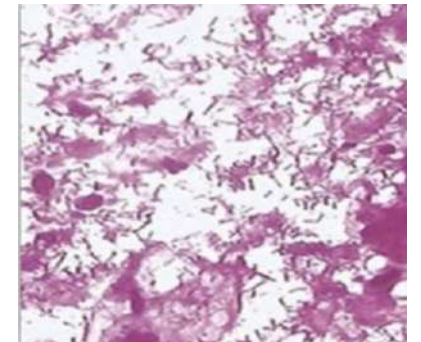
Achados na coloração de Gram

- Menos sensível que o fresco - os trofozoítos podem não ser identificados
- Quando visíveis: organismos ovais com núcleo excêntrico e flagelos



18. (FEBRASGO 2023 TEGO) - Mulher de 30 anos, compareceu para consulta ginecológica referindo "corrimento vaginal" com ardor e leve prurido, sem odor, principalmente no período pré-menstrual. A microscopia a fresco e a coloração pelo GRAM estão representadas na figura. Qual o diagnóstico e a conduta?

- A. Vaginite descamativa clindamicina 2% creme vaginal.
- B. Vaginite por cândida nistatina creme vaginal.
- C. Vaginose citolitica ducha vaginal com bicarbonato de sódio.
- D. Vaginose bacteriana metronidazol gel vaginal.





CIRURGIA EM GO

COMPLICAÇÕES



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Perfuração

- **HISTEROSCOPIA**

Perfurações por instrumento mecânico (dilatador, histeroscópio) sem uso de energia + paciente estável:

- Conduta é conservadora: interromper o procedimento, retirar o instrumental, monitorizar, analgesia e observação
- Investigar, se houver: sinais de hemorragia/lesão visceral

Perfuração com eletrocirurgia/ laser (risco de lesão térmica), sangramento significativo, instabilidade hemodinâmica, suspeita de lesão de bexiga/ intestino ou extravasamento de grande volume de meio distensor:

Laparoscopia/laparotomia



Perfuração

- DIU

Risco mais grave da inserção do DIU

Quadro clínico

Dor desproporcional persistente e reação vagal

Ultrassonografia confirma que o dispositivo não está na cavidade endometrial, mas invadindo o miométrio (perfuração parcial) ou fora do útero

Riscos

Perda de eficácia, causa dor/sangramento, além do risco de migração completa para a cavidade abdominal

Conduta: remoção

- Fios visíveis no exame especular (perfurações parciais baixas ou recentes) → retirada por tração suave
- Fios não visíveis → histeroscopia
- Reposicionamento imediato é contraindicado: risco de trajeto falso ou infecção



Lesões intestinais acidentais

Lesões térmicas ou lacerações pequenas (≤ 1 cm) diagnosticadas no intraoperatório, com bordas vitais e sem contaminação grosseira:

- Enterorrafia primária em dois planos (mucosa-submucosa e seromuscular) ou plano total extramucoso
- Transversa ao eixo da alça (evitar estenose)

Lesões extensas, múltiplas ou com comprometimento vascular

Ressecções ou estomas



19. (FEBRASGO 2022 TEGO) - Em procedimento de histeroscopia cirúrgica para polipectomia em paciente de 68 anos de idade, após a dilatação do colo uterino com velas de Hegar até número 9, foi introduzido o ressectoscópio e visualizada a cavidade uterina, conforme imagem a seguir. Qual deve ser a conduta a ser adotada nesse caso?

- A. Laparoscopia imediata.
- B. Aplicação local de vasopressina.
- C. Administração intravesical de azul de metileno.
- D. Retirada do instrumental.





LEGISLAÇÃO EM GO



GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



Reprodução assistida

- RESOLUÇÃO CFM 2.320/2022

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Idade da paciente: até 50 anos
(com exceções fundamentadas)

Possibilidade razoável
de sucesso

Saúde física e mental adequada

Baixo risco para paciente
e descendente

TCLE

O que fazer em casos de dissolução da união



Reprodução assistida

- O QUE É PERMITIDO



Criopreservação de espermatozoides, oócitos, embriões e tecidos gonadais



Registro de características fenotípicas dos doadores



Doação compartilhada

Doadora e receptora compartilham material biológico quanto dos custos financeiros



Gestação compartilhada em união homoafetiva feminina

Oócito fecundado de uma mulher é implantado na parceira



Reprodução assistida

- O QUE É PERMITIDO



Doação de gametas:
18-37 anos (mulheres) e 18-45 anos (homens)



Embriões: os excedentes serão criopreservados



Se há diagnóstico genético: até 02 embriões euploides



Mulheres < 37 anos: implantar até 02 embriões



Mulheres ≥ 37 anos: até 3 embriões

**Idade da
doadora do
oócito**



Reprodução assistida

- O QUE É PROIBIDO



Selecionar o sexo ou
outra característica

Exceto para evitar doenças
no descendente



Fecundação de oócitos que não seja com
a finalidade de reprodução humana



Redução embrionária



Doadores e receptores se conhecerem



Reprodução assistida

- **GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO**

Sem caráter lucrativo

Cedente deve ter ao menos um filho vivo



**Aprovação do
companheiro/ cônjuge**

Parentesco de até 4º grau (primos, evitando consanguinidade) ou autorização do CRM

Avaliação de saúde física e mental

O contratante deve garantir assistência à saúde à cedente do útero até o puerpério



Publicidade médica

Resolução CFM nº 2.336/2023
(em vigor desde 03/2024)

Comunicação ao público em que exista participação ou anuência do médico

Moderniza e flexibiliza regras de publicidade médica

Uso ético das redes sociais

Repostagem ou compartilhamento: o conteúdo é do médico

Divulgação de preços e autorretratos permitida

"Antes e depois" permitido em casos de estética, com consentimento do paciente



Requisitos obrigatórios

Em conteúdos temporários ou não

Nome e CRM
do médico

Especialidade e RQE
ou área de atuação

Palavra MÉDICO

Para instituições

Nome e CRM do diretor técnico



Publicidade médica

• O QUE É PERMITIDO



Divulgação de autorretratos, da equipe, do local de trabalho, dos equipamentos disponíveis

- Anunciar serviços de profissionais de áreas correlatas
- Anunciar formas de marcação de consultas ou local de atendimento



Divulgação de preços e condições de pagamento

Anunciar abatimentos, campanhas promocionais



Postagens educativas e campanhas informativas



Publicidade médica

- O QUE É PROIBIDO



Prometer resultados ou
usar termos comparativos



Divulgar especialidade
sem registro



Publicidade enganosa ou
sensacionalista



Venda casada



Induzir garantia de
resultados ou confusão
entre especialidades



Realizar consultas durante
atividades educativas



Publicidade médica

• O QUE É PROIBIDO



Portar-se de forma autopromocional

Conferir a si ou ao serviço qualidades privilegiadas



Praticar concorrência desleal

- Promover acesso a "descobertas milagrosas" pela obtenção de dados pessoais ou pagamento
- Dirigir-se de forma desrespeitosa ou sem mencionar o patrocinador



Praticar sensacionalismo

- Enaltecer sua atuação como médico ou de sua clínica
- Utilizar imagens ou informações de forma sedutora ou que causa intranquilidade na população



Imagens de pacientes



Imagens com textos educativos

- Não pode haver manipulação da imagem
- Em tempo real: com autorização do paciente e em eventos destinados a médicos ou estudantes
- Indicações, evoluções satisfatórias ou não, complicações, quando procurar atendimento médico etc.
- Filmagem: apenas partos, com anuência do médico



Banco de dados

- De terceiros: direitos autorais
- Próprio: Autorização do paciente, garantia de anonimato, pudor e privacidade



20. (FEBRASGO 2024 TEGO) - A Resolução nº 2320/22 do Conselho Federal de Medicina regulamenta a utilização de técnicas de reprodução assistida no Brasil. Com base nessa resolução, podemos dizer que:

- A. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, determina-se que, no caso de embriões euploides ao diagnóstico genético, podem ser transferidos no máximo dois embriões, independentemente da idade da paciente.
- B. Nos casos em que se fará o diagnóstico genético pré-implantacional para screening de aneuploidias, pode-se realizar a escolha do sexo do embrião, já que a biopsia não foi feita exclusivamente para esse fim.
- C. A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de reprodução assistida é de 45 anos.
- D. A doação de gametas pode ser realizada a partir da maioridade civil, sendo a idade limite de 30 anos para a mulher e de 60 anos para o homem.



Gabarito

1	A	11	D
2	A	12	C
3	C	13	D
4	D	14	A
5	D	15	D
6	D	16	B
7	C	17	C
8	A	18	C
9	C	19	D
10	A	20	A