

Winnye Marques Ferreira
Beatriz Lemos Baptista
Gabriel Oliveira Azevedo
Laura Medeiros Costa
Maria Laura Figueiredo Severiano Alves
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio
Ana Luiza de Alencar Amaral
Ana Laura Canesi Santos
Brenda Queiroz Gama
Ana Elisa Pato Salgado

GINECOLOGIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E DISCUSSÕES



SÃO PAULO | 2025

Winnye Marques Ferreira
Beatriz Lemos Baptista
Gabriel Oliveira Azevedo
Laura Medeiros Costa
Maria Laura Figueiredo Severiano Alves
Giovanna Amábil Xavier Borges Dorázio
Ana Luiza de Alencar Amaral
Ana Laura Canesi Santos
Brenda Queiroz Gama
Ana Elisa Pato Salgado

GINECOLOGIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E DISCUSSÕES



SÃO PAULO | 2025

1.ª edição

Autores

**Winny Marques Ferreira
Beatriz Lemos Baptistela
Gabriel Oliveira Azevedo
Laura Medeiros Costa
Maria Laura Figueiredo Severiano Alves
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio
Ana Luíza de Alencar Amaral
Ana Laura Canesi Santos
Brenda Queiroz Gama
Ana Elisa Pato Salgado**

**GINECOLOGIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS
E DISCUSSÕES**

ISBN 978-65-6054-233-4



Autores

Winnye Marques Ferreira
Beatriz Lemos Baptistela
Gabriel Oliveira Azevedo
Laura Medeiros Costa
Maria Laura Figueiredo Severiano Alves
Giovanna Amábilé Xavier Borges Dorázio
Ana Luíza de Alencar Amaral
Ana Laura Canesi Santos
Brenda Queiroz Gama
Ana Elisa Pato Salgado

**GINECOLOGIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E
DISCUSSÕES**

1.^a edição

SÃO PAULO
EDITORAR ARCHÉ
2025

Copyright © dos autores e das autoras.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY- NC 4.0).



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

G492 Ginecologia na prática médica [livro eletrônico]: diagnóstico, condutas e discussões / Winnye Marques Ferreira... [et al.]. – 1. ed. – São Paulo, SP: Editora Arché, 2025. 73 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-6054-233-4

1. Ginecologia. 2. Diagnóstico clínico. 3. Terapêutica. 4. Saúde da mulher. I. Ferreira, Winnye Marques II. Baptista, Beatriz Lemos. III. Azevedo, Gabriel Oliveira. IV. Costa, Laura Medeiros. V. Alves, Maria Laura Figueiredo Severiano. VI. Dorázio, Giovanna Amábilé Xavier Borges. VII. Amaral, Ana Luíza de Alencar. VIII. Santos, Ana Laura Canesi. IX. Gama, Brenda Queiroz. X. Salgado, Ana Elisa Pato. XI. Título.

CDD 618.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.

São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br>

[contato@periodicorease.pro.br](mailto: contato@periodicorease.pro.br)

1^a Edição- *Copyright*® 2025 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria da Lima n.º 1.384 — Jardim Paulistano.
CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br/rease>

contato@periodicorease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos

Ilustrações: Ana Cláudia Néri Bastos, Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos e Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EDITORA- CHEFE

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciências Sociais - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubirailze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciencias Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaetê de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinham- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Fajardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albardonedo, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrade Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.º 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 01	13
ABORDAGEM CLÍNICA DAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS COMUNS	
Beatriz Lemos Baptista	
Gabriel Oliveira Azevedo	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 02	32
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: DIAGNÓSTICO E CONDUTA AMBULATORIAL	
Laura Medeiros Costa	
Maria Laura Figueiredo Severiano Alves	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 03	40
SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: AVALIAÇÃO E TRATAMENTO	
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio	
Ana Luíza de Alencar Amaral	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 04	47
MIOMATOSE UTERINA: INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	
Ana Laura Canesi Santos	
Brenda Queiroz Gama	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 05	54
ABORDAGEM INICIAL DA DOR PÉLVICA CRÔNICA NA MULHER	
Ana Elisa Pato Salgado	
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio	
Winnye Marques Ferreira	

CAPÍTULO 06	61
PLANEJAMENTO FAMILIAR: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA	
PRÁTICA CLÍNICA	
Ana Elisa Pato Salgado	
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio	
Winnye Marques Ferreira	
ÍNDICE REMISSIVO	68

INTRODUÇÃO

A obra Ginecologia na Prática Médica: Diagnóstico, Condutas e Discussões nasce da necessidade de oferecer um material técnico, objetivo e atualizado voltado para o enfrentamento das situações mais recorrentes no cotidiano da prática clínica e da assistência à mulher. Com linguagem acessível, porém cientificamente fundamentada, este livro reúne temas centrais da Ginecologia, apresentando-os de forma aplicada à realidade dos serviços de saúde, com foco na tomada de decisão clínica.

O principal objetivo desta publicação é consolidar conhecimentos práticos, oferecendo ao leitor um suporte teórico que o auxilie na condução segura e eficiente de casos ginecológicos. Buscamos, com este conteúdo, facilitar a integração entre a teoria acadêmica e a vivência prática, valorizando a abordagem centrada na paciente, o raciocínio clínico e a conduta baseada em evidências.

O público-alvo deste livro comprehende estudantes de medicina, médicos em formação, residentes e demais profissionais da saúde interessados em aprofundar sua atuação na área da saúde da mulher. A escolha dos temas reflete uma curadoria técnico-científica voltada para os principais desafios enfrentados nos atendimentos ginecológicos ambulatoriais e hospitalares. Cada capítulo aborda uma situação clínica frequente ou de relevância epidemiológica, trazendo aspectos diagnósticos, manejo inicial e condutas recomendadas.

A orientação científica de toda a obra ficou a cargo da Dra. Winnye Marques Ferreira, médica formada pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, em 2022, atualmente residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG, com término

previsto para 2026. Sua atuação prática na área, aliada ao compromisso com a formação médica de qualidade, garantiu consistência técnica e alinhamento com a realidade dos serviços de saúde, além de promover o desenvolvimento acadêmico dos participantes do projeto.

Cada capítulo contou com a contribuição de três coautores, médicos recém-formados, que participaram ativamente da construção dos textos sob a supervisão direta da orientadora. Essa colaboração favoreceu a troca de experiências e a formação científica, sem comprometer o rigor técnico e a uniformidade do conteúdo apresentado.

A estrutura dos capítulos foi padronizada para oferecer uma leitura fluida, com linguagem objetiva e aplicada, permitindo que o leitor compreenda os principais aspectos clínicos e conduza suas decisões com base no raciocínio médico e no cuidado centrado na paciente. Ao final de cada capítulo, são apresentadas referências atualizadas, com predominância de literatura nacional.

Acreditamos que esta obra será uma aliada valiosa no processo de aprendizagem, atualização e atuação segura na assistência à saúde da mulher. Desejamos uma excelente leitura e que este material contribua para uma prática médica cada vez mais ética, técnica e humanizada.

CAPÍTULO 01

ABORDAGEM CLÍNICA DAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS COMUNS

Beatriz Lemos Baptista
Gabriel Oliveira Azevedo
Winnye Marques Ferreira

ABORDAGEM CLÍNICA DAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS COMUNS

Beatrix Lemos Baptistela¹
Gabriel Oliveira Azevedo²
Winnye Marques Ferreira³

INTRODUÇÃO

As queixas ginecológicas estão entre os motivos mais frequentes de procura por atendimento médico, tanto na atenção primária quanto em serviços especializados. Essas manifestações variam desde sintomas leves, como corrimentos e desconforto genital, até quadros mais complexos, como dor pélvica crônica e sangramentos anormais. A diversidade de causas possíveis exige do profissional de saúde não apenas conhecimento técnico, mas também escuta qualificada, raciocínio clínico estruturado e sensibilidade diante da experiência da paciente.

No cotidiano da prática médica, é fundamental reconhecer que muitas dessas queixas têm causas benignas e autolimitadas, enquanto outras podem indicar condições mais graves, como doença inflamatória pélvica, miomatose uterina, endometriose ou até neoplasias ginecológicas. A abordagem correta começa pela anamnese detalhada e dirigida, seguida de exame físico criterioso e, quando necessário, exames complementares que ajudem na definição diagnóstica.

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma visão clínica

¹Graduada em Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

²Graduado em Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

³Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG

integrada sobre as principais queixas ginecológicas relatadas na prática — com destaque para corrimento vaginal, dor pélvica, alterações menstruais e dispureunia — oferecendo subsídios teóricos e práticos para a condução diagnóstica e terapêutica. A proposta é unir os fundamentos da literatura médica com a realidade do atendimento à mulher, promovendo um cuidado resolutivo, ético e centrado na paciente.

CORRIMENTO VAGINAL: AVALIAÇÃO INICIAL E PRINCIPAIS CAUSAS

O corrimento vaginal é uma das queixas mais prevalentes na prática ginecológica, tanto em atendimentos ambulatoriais quanto em serviços de urgência. Embora muitas vezes represente uma variação fisiológica do ciclo hormonal da mulher, ele também pode estar associado a infecções, distúrbios hormonais, reações alérgicas ou doenças sexualmente transmissíveis. A anamnese detalhada e o exame físico criterioso são fundamentais para diferenciar situações fisiológicas de condições patológicas.

A avaliação clínica deve começar pela caracterização do corrimento: cor, odor, consistência, volume, duração, relação com o ciclo menstrual e presença de sintomas associados como prurido, ardor, dor pélvica ou dispureunia. Também é relevante investigar o uso de antibióticos, anticoncepcionais, duchas vaginais, produtos de higiene íntima, além da presença de múltiplos parceiros sexuais ou histórico de infecções prévias.

Em condições normais, a secreção vaginal é clara ou esbranquiçada, inodora, não causa desconforto e varia ao longo do ciclo

menstrual, sendo mais abundante no período periovulatório. Alterações nesse padrão, principalmente acompanhadas de sintomas como prurido e odor desagradável, sugerem infecções vaginais.

As três causas infecciosas mais comuns de corrimento vaginal patológico são: candidíase vulvovaginal, vaginose bacteriana e tricomoníase. Juntas, essas condições representam a maioria dos casos atendidos em consultórios ginecológicos e unidades básicas de saúde. A diferenciação entre elas pode ser feita clinicamente, embora exames complementares como pH vaginal, teste das aminas e microscopia direta possam auxiliar no diagnóstico.

A candidíase vulvovaginal é geralmente causada por *Candida albicans* e se manifesta com prurido vulvar intenso, hiperemia, ardência e corrimento branco, espesso e grumoso, muitas vezes comparado a “nata de leite”. A doença é favorecida por situações de imunossupressão, uso de antibióticos, diabetes mellitus mal controlado, gravidez e uso de anticoncepcionais hormonais. O tratamento é feito com antifúngicos tópicos ou orais, como o fluconazol.

A vaginose bacteriana resulta de um desequilíbrio da flora vaginal, com redução da *Lactobacillus spp.* e proliferação de bactérias anaeróbias, como *Gardnerella vaginalis*. O corrimento é acinzentado, homogêneo, de odor fétido, especialmente após a relação sexual. O diagnóstico pode ser confirmado pelo teste das aminas (odor de peixe ao adicionar hidróxido de potássio) e pela presença de células-guia na microscopia. O tratamento de escolha é o metronidazol, por via oral ou intravaginal.

Já a tricomoníase é causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, sendo uma infecção sexualmente transmissível. O corrimento é abundante, de coloração amarelo-esverdeada, com odor forte e pode estar associado a sinais inflamatórios importantes, como edema vulvar e colpite. A confirmação diagnóstica pode ser feita por exame a fresco, cultura ou testes moleculares, quando disponíveis. O tratamento é com metronidazol, devendo abranger também os parceiros sexuais.

Outras causas menos frequentes de corrimento patológico incluem cervicites por *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*, que podem provocar secreção mucopurulenta e complicações como doença inflamatória pélvica. Essas infecções exigem abordagem rápida, sobretudo em mulheres jovens sexualmente ativas, pelo risco de sequelas tubárias e infertilidade.

Além das causas infecciosas, é importante lembrar que corpos estranhos (como absorventes internos esquecidos), alergias a preservativos ou produtos de higiene íntima, e até mesmo neoplasias podem causar alterações nas secreções vaginais. A atenção clínica deve estar voltada também à faixa etária da paciente, ao uso de hormônios e à presença de comorbidades que possam alterar o equilíbrio vaginal.

O exame físico é essencial e deve incluir inspeção da vulva, avaliação com espéculo e coleta de material quando indicado. Em casos suspeitos de infecção, a coleta de conteúdo vaginal para exame a fresco e pH vaginal pode fornecer dados importantes em tempo real. A coleta de colpocitologia oncotica (Papanicolau) e exames para ISTs também podem

ser indicados, especialmente em casos recorrentes ou de difícil diagnóstico.

Na prática clínica, nem sempre os exames complementares estão disponíveis de imediato. Por isso, o profissional deve estar familiarizado com o diagnóstico sindrômico, que permite iniciar o tratamento com base nas características clínicas do corrimento. Essa conduta, embora mais imprecisa, é fundamental em contextos de baixa complexidade e deve sempre ser acompanhada de orientação adequada à paciente.

A abordagem terapêutica deve ser individualizada, considerando a causa provável, a gravidade dos sintomas e o risco de recorrência. Além do tratamento específico, é essencial promover orientação sobre hábitos de higiene íntima, uso racional de duchas vaginais e cuidados com roupas íntimas. A educação em saúde é uma ferramenta potente na prevenção de episódios recorrentes.

Outro ponto importante é o impacto psicológico do corrimento patológico, especialmente quando associado a vergonha, medo de infecções sexualmente transmissíveis ou alterações na vida sexual da paciente. O profissional deve atuar com escuta empática, esclarecendo dúvidas, desfazendo mitos e incentivando o autocuidado responsável.

Em casos de recorrência frequente, o seguimento a longo prazo deve incluir reavaliação do diagnóstico inicial, investigação de fatores predisponentes (como resistência fúngica ou disbiose crônica), exclusão de infecções mistas e, se necessário, tratamento prolongado ou supressivo.

Por fim, é importante ressaltar que o corrimento vaginal, apesar de muitas vezes benigno, pode ser o primeiro sinal de infecções graves ou até

de câncer ginecológico, especialmente em mulheres pós-menopáusicas. A atenção aos sinais de alarme e o encaminhamento oportuno são fundamentais para a detecção precoce de doenças mais sérias.

DOR PÉLVICA AGUDA E CRÔNICA: COMO ABORDAR

A dor pélvica é uma das queixas mais desafiadoras na prática ginecológica, tanto pela diversidade de causas quanto pela complexidade da abordagem. Ela pode apresentar-se de forma aguda, com início súbito e intensa repercussão clínica, ou de forma crônica, caracterizada por dor contínua ou recorrente com duração superior a seis meses. A distinção entre essas duas apresentações é essencial, pois determina estratégias diagnósticas e terapêuticas distintas.

A dor pélvica aguda costuma estar associada a condições que requerem atenção imediata, como gravidez ectópica, torção de ovário, ruptura de cisto ovariano, apendicite ou doença inflamatória pélvica aguda. Já a dor crônica tende a estar relacionada a processos mais complexos e multifatoriais, como endometriose, aderências pélvicas, síndrome do intestino irritável, disfunção do assoalho pélvico e causas psicogênicas.

A anamnese é o primeiro passo na avaliação da dor pélvica e deve ser minuciosa. Na dor aguda, o tempo de início, a localização precisa, a irradiação e a associação com sintomas como sangramento vaginal, febre, náuseas ou vômitos são informações cruciais. Já na dor crônica, é importante explorar o padrão da dor ao longo do ciclo menstrual, o impacto na qualidade de vida, a associação com o ato sexual, com o hábito intestinal e com o estresse emocional.

Na dor aguda, sinais como instabilidade hemodinâmica, palidez, taquicardia, febre ou dor à mobilização do colo uterino indicam necessidade de encaminhamento urgente ou investigação imediata. Nesses casos, o exame físico detalhado deve ser realizado com cautela, incluindo avaliação abdominal, pélvica e toque vaginal, respeitando os limites da dor da paciente.

A gravidez ectópica é uma das principais emergências ginecológicas e deve ser considerada em toda mulher em idade fértil com dor pélvica e atraso menstrual. O diagnóstico envolve a dosagem seriada de beta-hCG e ultrassonografia transvaginal. Quando não identificada precocemente, pode levar à ruptura tubária e hemorragia interna, com risco de vida.

A torção de ovário, por sua vez, é uma condição aguda que requer intervenção cirúrgica imediata. Apresenta-se com dor pélvica intensa, de início súbito, geralmente unilateral, acompanhada de náuseas e vômitos. A ultrassonografia com Doppler auxilia no diagnóstico, mas a confirmação é muitas vezes intraoperatória. O tratamento é cirúrgico, com destorção do anexo e preservação do ovário sempre que possível.

A ruptura de cisto ovariano pode causar dor súbita, geralmente autolimitada, mas em alguns casos evolui com hemoperitônio. O diagnóstico é clínico e ultrassonográfico. A conduta depende da estabilidade clínica da paciente e do volume de sangramento.

A doença inflamatória pélvica (DIP) é outra causa comum de dor pélvica aguda, geralmente relacionada a infecções por *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*. Pode cursar com dor pélvica

progressiva, corrimento purulento, febre e dor à mobilização do colo uterino. A abordagem envolve antibioticoterapia empírica imediata e acompanhamento clínico rigoroso.

Na dor pélvica crônica, o raciocínio clínico deve ser mais abrangente. A endometriose é uma das principais causas, especialmente em mulheres jovens, nulíparas e com dor cíclica. A dor pode ser acentuada durante a menstruação (dismenorreia), o ato sexual (dispareunia profunda), ou mesmo contínua. O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico e exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal ou ressonância magnética.

As aderências pélvicas, sequela comum de cirurgias abdominais ou processos inflamatórios prévios, também são causa frequente de dor crônica. Embora o diagnóstico seja difícil por imagem, a videolaparoscopia pode ser indicada tanto para diagnóstico quanto para tratamento.

Outras condições não ginecológicas devem ser lembradas na investigação da dor crônica, como a síndrome do intestino irritável, cistite intersticial e mialgia do assoalho pélvico. Esses quadros exigem avaliação multiprofissional e abordagem integrada, que pode incluir fisioterapia, acompanhamento psicológico e, em alguns casos, manejo com medicamentos neuromoduladores.

A avaliação da dor pélvica crônica deve incluir também aspectos emocionais e psicossociais. É comum que mulheres com esse quadro apresentem histórico de abuso sexual, ansiedade, depressão ou conflitos

relacionais. Assim, a escuta empática e o acolhimento são ferramentas fundamentais no processo terapêutico.

O uso de escalas de dor, diário menstrual, exame físico dirigido e exames laboratoriais e de imagem contribuem para mapear o perfil da paciente e construir uma hipótese diagnóstica sólida. Em muitos casos, o tratamento será multidisciplinar, com o envolvimento de ginecologista, psicólogo, fisioterapeuta pélvico e nutricionista.

É importante que a conduta não se baseie apenas em exames, mas na valorização da queixa da paciente. A banalização da dor crônica ou sua rotulação como “psicogênica” sem investigação adequada pode resultar em sofrimento prolongado, baixa adesão ao tratamento e piora da qualidade de vida.

Por fim, tanto na dor aguda quanto na crônica, o profissional deve manter uma postura ativa, investigativa e empática. A dor pélvica é uma manifestação complexa que exige sensibilidade clínica, conhecimento técnico e, acima de tudo, respeito à mulher em sua totalidade.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL: CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma queixa ginecológica comum e, muitas vezes, angustiante para as pacientes. Ele pode comprometer a qualidade de vida, gerar anemia, afetar a sexualidade e provocar medo de doenças graves, como o câncer. Na prática clínica, o SUA é definido como qualquer alteração no padrão, na duração ou no volume do sangramento menstrual que se afaste do ciclo menstrual regular da mulher, em idade reprodutiva.

A regularidade do ciclo menstrual é uma importante referência clínica. Considera-se normal um ciclo com intervalo entre 24 e 38 dias, duração do fluxo entre 4 e 8 dias e perda sanguínea inferior a 80 mL. Alterações fora desses parâmetros, como sangramento intermenstrual, fluxo intenso, menstruações prolongadas, sangramento pós-coito ou ausência de menstruação, devem ser investigadas cuidadosamente, especialmente se forem de início recente ou acompanhadas de sintomas sistêmicos.

Para orientar o diagnóstico do SUA, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs, em 2011, a classificação PALM-COEIN, que divide as causas em estruturais (PALM: pólipos, adenomiose, leiomiomas, malignidades) e não estruturais (COEIN: coagulopatias, disfunções ovulatórias, endometriais, iatrogênicas e causas não classificadas). Essa classificação ajuda a sistematizar a investigação e organizar as condutas clínicas.

Os pólipos endometriais são comuns e geralmente benignos. Podem causar sangramentos intermenstruais ou pós-menopausa, muitas vezes sem outros sintomas. O diagnóstico é feito por histeroscopia ou ultrassonografia transvaginal, preferencialmente na fase folicular do ciclo. O tratamento é cirúrgico, com polipectomia.

A adenomiose é caracterizada pela presença de glândulas endometriais dentro do miométrio, causando útero aumentado, dor pélvica e sangramento aumentado. O diagnóstico pode ser suspeitado clinicamente e confirmado com ultrassonografia ou ressonância magnética. O

tratamento pode ser clínico, com contraceptivos hormonais, ou cirúrgico, nos casos refratários.

Os leiomiomas (miomas) são tumores benignos do útero, muito frequentes, e podem provocar menorragia, dor e infertilidade, dependendo do tamanho e da localização. Miomas submucosos são os mais associados ao sangramento. A ultrassonografia transvaginal é o principal exame diagnóstico. O tratamento pode variar entre o manejo clínico com hormônios, embolização ou cirurgia, como miomectomia ou histerectomia.

As causas malignas ou pré-malignas, como hiperplasia endometrial e câncer de endométrio, devem sempre ser consideradas, especialmente em mulheres com sangramento pós-menopausa ou com fatores de risco como obesidade, anovulação crônica e histórico familiar. Nesses casos, é essencial a investigação com ultrassonografia e biópsia endometrial.

No grupo COEIN, as coagulopatias são particularmente importantes em adolescentes com menorragia desde a menarca. Doença de von Willebrand e outras desordens hemorrágicas podem ser responsáveis por sangramentos intensos e de repetição. A história pessoal e familiar de sangramentos anormais é fundamental para levantar essa suspeita.

As disfunções ovulatórias são uma das causas mais frequentes de SUA, especialmente em adolescentes, mulheres em perimenopausa e portadoras da síndrome dos ovários policísticos. A ausência de ovulação leva à produção contínua de estrogênio sem contraposição da progesterona, resultando em proliferação endometrial desorganizada e

sangramentos imprevisíveis. O tratamento hormonal cíclico costuma ser eficaz.

As alterações endometriais idiopáticas, por sua vez, são diagnosticadas por exclusão. Representam pacientes com sangramento intenso sem alteração estrutural visível e com ovulação preservada. A resposta positiva ao uso de anti-inflamatórios, antifibrinolíticos ou progestágenos pode ajudar tanto no controle quanto na confirmação diagnóstica.

As causas iatrogênicas são frequentemente associadas ao uso de anticoncepcionais hormonais, dispositivos intrauterinos, anticoagulantes ou reposição hormonal. Nesse caso, o ajuste do método ou a troca do fármaco pode resolver o problema. É importante lembrar que o sangramento de escape é comum nos primeiros meses de uso de métodos hormonais combinados e deve ser explicado à paciente.

Por fim, existem causas não classificadas, que incluem condições pouco comuns ou mal compreendidas, como malformações vasculares do útero. Essas situações exigem investigação mais detalhada e, muitas vezes, acompanhamento especializado.

A abordagem do SUA deve começar pela exclusão de gravidez, seguida da avaliação clínica detalhada e da solicitação de exames laboratoriais e de imagem conforme a suspeita diagnóstica. Ultrassonografia transvaginal, histeroscopia e biópsia endometrial são ferramentas essenciais para elucidar a causa e guiar o tratamento.

O manejo pode ser clínico ou cirúrgico, e deve sempre considerar a idade da paciente, desejo reprodutivo, gravidade dos sintomas e riscos

envolvidos. Entre os tratamentos clínicos estão os anti-inflamatórios não esteroidais, antifibrinolíticos como o ácido tranexâmico, contraceptivos hormonais combinados ou isolados, dispositivos intrauterinos com levonorgestrel e análogos do GnRH.

Nos casos em que o tratamento clínico falha, ou quando há lesões estruturais significativas, a abordagem cirúrgica pode ser indicada. Procedimentos como curetagem, ablação endometrial, miomectomia, polipectomia ou histerectomia devem ser indicados com cautela e individualizados conforme o caso.

A comunicação clara com a paciente, o respeito à sua autonomia e o acompanhamento longitudinal são fundamentais em todo o processo. O sangramento uterino anormal não deve ser banalizado e exige uma abordagem cuidadosa, baseada em evidências, com foco na melhora da qualidade de vida e no bem-estar da mulher.

DISPAREUNIA: DIAGNÓSTICO CLÍNICO E ACOLHIMENTO DA PACIENTE

A disparesunia, definida como dor genital persistente ou recorrente associada ao ato sexual, é uma queixa frequente nos consultórios ginecológicos, embora frequentemente subnotificada. Por envolver aspectos íntimos e sensíveis, muitas mulheres sentem-se constrangidas em relatar esse sintoma, o que reforça a importância de uma abordagem empática, não julgadora e acolhedora por parte do profissional de saúde.

A dor pode ocorrer em diferentes momentos da relação sexual: antes da penetração (dor antecipatória), durante a penetração (disparesunia superficial) ou em profundidade (disparesunia profunda). Identificar o

padrão da dor é o primeiro passo para guiar a avaliação diagnóstica. Além disso, é necessário compreender o contexto em que ela ocorre: frequência, intensidade, duração, fatores desencadeantes e impacto emocional ou relacional.

Dispareunia não é uma condição única e isolada, mas sim um sintoma multifatorial, que pode ser causado por alterações anatômicas, processos infecciosos, condições hormonais, distúrbios musculares ou fatores psicológicos. Dessa forma, a investigação deve ser ampla e personalizada, com foco tanto nas causas orgânicas quanto nos aspectos emocionais.

As causas infecciosas estão entre as mais comuns, principalmente infecções vulvovaginais como candidíase, vaginose bacteriana, tricomoníase ou infecções sexualmente transmissíveis como clamídia e gonorreia. Nessas situações, a dor geralmente está associada a sintomas como prurido, corrimento, ardência e disúria, e melhora com o tratamento adequado.

A atrofia vaginal, especialmente em mulheres no climatério, é outra causa importante de dispareunia superficial. A queda na produção de estrogênio leva ao afinamento do epitélio vaginal, redução da lubrificação e aumento da fragilidade da mucosa. Nesses casos, o tratamento com estrogênios locais, associados ou não a lubrificantes e hidratantes vaginais, pode proporcionar melhora significativa dos sintomas.

Alterações musculares do assoalho pélvico, como o vaginismo e a hipertonia, podem causar dor intensa à penetração, mesmo sem alterações infecciosas ou anatômicas. O exame físico cuidadoso pode revelar

contração involuntária dos músculos do períneo, sensibilidade aumentada e resistência ao toque. Nesses casos, a fisioterapia pélvica tem papel central no tratamento, associada ao suporte psicológico quando necessário.

A endometriose é uma das principais causas de dispareunia profunda. Nessa condição, a dor costuma estar relacionada ao ciclo menstrual e é descrita como incômodo em pontadas ou sensação de peso durante a relação sexual. O diagnóstico pode ser suspeitado pela história clínica e confirmado com exames de imagem específicos, como ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal ou ressonância magnética.

Condições como miomas submucosos, retroversão uterina acentuada, aderências pélvicas e infecções pélvicas crônicas também podem gerar dispareunia profunda. Esses casos exigem investigação por imagem e, em algumas situações, abordagem cirúrgica para alívio da dor.

Além das causas orgânicas, a dispareunia pode estar relacionada a fatores emocionais ou psicossociais. Estresse, depressão, ansiedade, abuso sexual prévio, conflitos conjugais ou experiências traumáticas podem se manifestar por meio da dor sexual. Por isso, o profissional deve manter uma escuta sensível, evitando julgamentos e respeitando os limites da paciente durante a consulta.

A abordagem clínica da dispareunia deve ser abrangente, iniciando com uma anamnese detalhada e respeitosa, seguida de exame físico cuidadoso, incluindo inspeção da vulva, avaliação com espéculo e toque vaginal leve. O uso de espéculos menores, a presença de acompanhante e

a explicação clara dos procedimentos ajudam a reduzir o desconforto da paciente.

Exames complementares como culturas vaginais, exames para ISTs, dosagens hormonais e exames de imagem pélvica devem ser solicitados conforme a suspeita clínica. Quando necessário, o encaminhamento para fisioterapia, psicologia ou terapia sexual deve ser feito de forma integrada, garantindo um cuidado multidisciplinar.

O tratamento da dispareunia depende da causa identificada. Em muitos casos, a combinação de intervenções locais (como estrogênios ou lubrificantes), exercícios de relaxamento do assoalho pélvico e apoio emocional pode trazer excelentes resultados. É importante que o tratamento respeite o tempo da paciente e seja conduzido com paciência e acompanhamento próximo.

Além da abordagem clínica, a educação da paciente tem papel fundamental. Muitas mulheres desconhecem a fisiologia da resposta sexual feminina, e a orientação adequada pode desmistificar crenças, reduzir a ansiedade e promover maior autonomia sobre o próprio corpo.

Cabe ao profissional criar um ambiente acolhedor, no qual a mulher se sinta segura para compartilhar suas dificuldades sem medo de ser desvalorizada. O vínculo de confiança é determinante para o sucesso terapêutico e para a retomada da qualidade de vida e da sexualidade saudável.

Em resumo, a dispareunia deve ser compreendida como um sintoma complexo, com múltiplas causas possíveis, que exige uma abordagem clínica ampla, técnica e humana. Mais do que resolver um

sintoma, o profissional deve buscar escutar, compreender e acolher a mulher, respeitando sua história e sua individualidade.

CONCLUSÃO

As queixas ginecológicas mais comuns — corrimento vaginal, dor pélvica, sangramento uterino anormal e dispareunia — representam grande parte da demanda na prática clínica e exigem atenção especial por parte do profissional de saúde. Embora muitas dessas manifestações estejam associadas a condições benignas e facilmente tratáveis, sua abordagem inadequada pode resultar em diagnósticos tardios, tratamentos ineficazes e sofrimento prolongado para a paciente.

A condução clínica eficaz dessas queixas envolve escuta ativa, anamnese detalhada, exame físico respeitoso e a utilização criteriosa de exames complementares. É essencial que o profissional reconheça os limites entre o fisiológico e o patológico, saiba identificar sinais de alerta e conduza cada atendimento de maneira individualizada, respeitando as particularidades biológicas, emocionais e sociais da mulher.

Mais do que dominar o conteúdo técnico, o ginecologista deve cultivar uma postura acolhedora e empática, contribuindo para a promoção da saúde integral da paciente. Com conhecimento, sensibilidade e ética, é possível transformar um momento de dor e desconforto em uma oportunidade de cuidado qualificado, prevenção de complicações e fortalecimento do vínculo terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde sexual e reprodutiva: protocolo clínico para a atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças ginecológicas benignas: diagnóstico e tratamento na atenção básica.** Caderno de Atenção Básica n.º 31. Brasília: MS, 2016.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S.; OLIVEIRA, R. A. **Ginecologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientações: Sangramento Uterino Anormal.** São Paulo: FEBRASGO, 2021.

PINTO-NETO, A. M. et al. **Ginecologia Baseada em Evidências.** São Paulo: Atheneu, 2018.

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. **Classificação PALM-COEIN das causas de sangramento uterino anormal.** Tradução adaptada pela FEBRASGO. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/>. Acesso em: maio de 2025.

CAPÍTULO 02

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: DIAGNÓSTICO E CONDUTA AMBULATORIAL

Laura Medeiros Costa
Maria Laura Figueiredo Severiano Alves
Winnye Marques Ferreira

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: DIAGNÓSTICO E CONDUTA AMBULATORIAL

Laura Medeiros Costa⁴

Maria Laura Figueiredo Severiano Alves⁵
Winnye Marques Ferreira⁶

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica causada pela ascensão de micro-organismos do trato genital inferior para os órgãos pélvicos superiores, incluindo útero, tubas uterinas, ovários e peritônio pélvico. Trata-se de uma condição relevante em saúde pública, devido à sua alta incidência, morbidade significativa e potencial para gerar complicações reprodutivas a longo prazo, como infertilidade, dor pélvica crônica e gravidez ectópica.

O diagnóstico da DIP continua sendo um desafio na prática clínica, especialmente nos estágios iniciais, em que os sintomas podem ser inespecíficos ou de baixa intensidade. Por isso, a anamnese cuidadosa e o exame físico detalhado são ferramentas fundamentais, permitindo o início precoce do tratamento mesmo diante de suspeita clínica, antes da confirmação laboratorial ou por imagem. Essa abordagem precoce é

⁴Graduada em Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

⁵Graduada em Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

⁶Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

recomendada para reduzir os riscos de sequelas irreversíveis nas estruturas reprodutivas.

Neste capítulo, abordaremos os principais aspectos relacionados ao diagnóstico e ao manejo ambulatorial da Doença Inflamatória Pélvica, com foco na identificação clínica, na estratificação de gravidade e na escolha adequada da terapêutica empírica. Serão discutidas também as condutas de seguimento, orientações à paciente e critérios de encaminhamento para atenção especializada ou internação hospitalar, sempre com base nas diretrizes nacionais e nas melhores evidências disponíveis.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: DIAGNÓSTICO E CONDUTA AMBULATORIAL

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma condição infecciosa do trato genital superior feminino, geralmente resultante da ascensão de micro-organismos da flora vaginal e endocervical para o útero, tubas uterinas, ovários e estruturas adjacentes. É mais frequente em mulheres sexualmente ativas, especialmente na faixa etária de 15 a 25 anos, e está frequentemente associada a infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, embora agentes anaeróbios e microrganismos da flora vaginal também possam estar envolvidos.

A infecção geralmente se inicia de forma silenciosa, com sintomas inespecíficos que dificultam o diagnóstico precoce. Em muitos casos, a mulher se apresenta com dor pélvica de início insidioso, bilateral, associada a corrimento vaginal anormal, dispareunia, dor à mobilização do colo uterino e, eventualmente, febre. A apresentação clínica varia

amplamente, e nem sempre todos os sinais estão presentes, o que reforça a necessidade de alta suspeição clínica.

A anamnese é o primeiro passo para o reconhecimento da DIP. Devem ser investigados fatores de risco como múltiplos parceiros sexuais, ausência de uso de preservativos, história prévia de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), início precoce da atividade sexual, uso recente de dispositivos intrauterinos e episódios anteriores de DIP. Esses elementos ajudam a compor um quadro clínico sugestivo, mesmo na ausência de exames complementares iniciais.

O exame físico é essencial e deve incluir inspeção da vulva e vagina, avaliação do conteúdo vaginal, exame especular e toque bimanual. A dor à palpação do hipogástrio, sensibilidade uterina e dor à mobilização do colo uterino são sinais clássicos. A presença de febre, descarga purulenta ou dor anexial intensa pode sugerir um quadro mais avançado da infecção.

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o diagnóstico da DIP deve ser baseado na presença de um ou mais dos seguintes achados mínimos: dor à mobilização do colo uterino, dor uterina ou dor anexial à palpação. Quando presentes, esses sinais já justificam o início da antibioticoterapia empírica, dada a gravidade das possíveis complicações do atraso no tratamento.

Além dos critérios mínimos, achados adicionais podem reforçar o diagnóstico, como febre acima de 38°C, secreção mucopurulenta cervical, leucocitose, elevação de proteína C reativa, presença de leucócitos na secreção vaginal ou endocervical e exames de imagem sugestivos de

inflamação pélvica. A ultrassonografia transvaginal, quando disponível, pode ajudar na avaliação de abscessos tubo-ovarianos, líquido livre em fundo de saco e espessamento tubário, embora nem sempre esteja alterada nas fases iniciais.

A maioria dos casos de DIP pode ser manejada em regime ambulatorial, desde que a paciente esteja hemodinamicamente estável, sem sinais de sepse, sem abscesso pélvico e consiga aderir ao tratamento e ao seguimento. Pacientes com sintomas leves a moderados, sem vômitos ou intolerância medicamentosa, são boas candidatas ao tratamento fora do ambiente hospitalar.

O esquema terapêutico empírico recomendado ambulatorialmente combina cobertura para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e anaeróbios. Uma das opções mais utilizadas é a associação de ceftriaxona 500 mg intramuscular em dose única, doxiciclina 100 mg via oral de 12/12h por 14 dias e metronidazol 500 mg via oral de 12/12h por 14 dias. É fundamental orientar a paciente quanto à importância de completar todo o tratamento, mesmo na ausência de sintomas após os primeiros dias.

O acompanhamento da paciente deve ocorrer em até 72 horas após o início do tratamento, com reavaliação clínica dos sintomas e dos sinais de melhora. Persistência ou piora do quadro indica falha terapêutica e necessidade de reavaliação, podendo incluir internação hospitalar e exames adicionais. A não adesão ao tratamento, a intolerância medicamentosa e a exclusão de diagnósticos diferenciais também devem ser considerados nessa etapa.

Durante o tratamento, é imprescindível orientar a suspensão das relações sexuais até o término completo da terapia e a resolução total dos sintomas. Além disso, os parceiros sexuais das últimas semanas devem ser avaliados e tratados empiricamente para ISTs, mesmo na ausência de sintomas, para evitar reinfecção e disseminação da doença.

A DIP pode deixar sequelas importantes, como infertilidade tubária, dor pélvica crônica e risco aumentado de gravidez ectópica. O número de episódios está diretamente relacionado à gravidade das complicações. Por isso, a educação em saúde, a promoção do uso de preservativos e o rastreamento de ISTs em mulheres jovens sexualmente ativas são estratégias fundamentais na prevenção.

Diagnósticos diferenciais devem ser sempre considerados, especialmente em casos atípicos ou refratários. Apendicite, gravidez ectópica, torção de ovário, endometriose, cistite e diverticulite são algumas das possibilidades que podem mimetizar a DIP, principalmente quando a dor abdominal é a queixa principal. Testes como beta-hCG, ultrassonografia abdominal ou transvaginal e exames laboratoriais auxiliam na exclusão dessas hipóteses.

Nos casos em que há falha do tratamento ambulatorial, presença de abscesso tubo-ovariano, sinais de sepse, gravidez concomitante ou impossibilidade de adesão ao esquema terapêutico, a internação hospitalar está indicada. Nesses cenários, a antibioticoterapia intravenosa e, eventualmente, abordagem cirúrgica podem ser necessárias.

O vínculo entre profissional e paciente também desempenha um papel importante. Muitas mulheres com DIP vivem em contextos de

vulnerabilidade, têm dificuldade de acesso à saúde ou enfrentam barreiras culturais para o cuidado ginecológico. Uma abordagem acolhedora e informativa pode garantir maior adesão ao tratamento e prevenir recorrências.

Em suma, a Doença Inflamatória Pélvica é uma condição séria, porém amplamente tratável quando diagnosticada precocemente. A valorização dos sinais clínicos, a adoção do tratamento empírico imediato e o acompanhamento adequado são pilares para a redução das complicações e para a preservação da saúde reprodutiva da mulher.

CONCLUSÃO

A Doença Inflamatória Pélvica é uma condição de alta relevância clínica e epidemiológica, frequentemente negligenciada nos estágios iniciais devido à sua apresentação variável e, por vezes, discreta. O reconhecimento precoce dos sinais clínicos e a adoção de uma abordagem terapêutica empírica e imediata são fundamentais para reduzir o risco de complicações a longo prazo, como infertilidade, dor pélvica crônica e gravidez ectópica.

O manejo ambulatorial da DIP é seguro e eficaz na maioria dos casos, desde que a paciente esteja hemodinamicamente estável, sem sinais de complicações ou contraindicações ao tratamento oral. A escolha adequada do esquema antibiótico, o acompanhamento clínico nas primeiras 72 horas e a orientação clara quanto à adesão ao tratamento e cuidados com o parceiro sexual são medidas indispensáveis para o sucesso terapêutico.

Por fim, a DIP não deve ser vista apenas como uma infecção ginecológica aguda, mas como um marcador de vulnerabilidade e de necessidade de cuidado integral. A atuação do profissional de saúde deve ir além do diagnóstico e prescrição, englobando prevenção, acolhimento e educação em saúde, com foco na preservação da fertilidade e na promoção do bem-estar físico e emocional da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021**. Adaptado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2021.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Ginecologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

PINTO-NETO, A. M. et al. **Ginecologia Baseada em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2018.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Doença Inflamatória Pélvica: Condutas Atualizadas**. São Paulo: FEBRASGO, 2022.

CAPÍTULO 03

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio
Ana Luíza de Alencar Amaral
Winnye Marques Ferreira

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio⁷

Ana Luíza de Alencar Amaral⁸

Winnye Marques Ferreira⁹

INTRODUÇÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma das endocrinopatias mais prevalentes entre mulheres em idade reprodutiva, com impacto significativo sobre a saúde metabólica, reprodutiva e emocional das pacientes. Estima-se que até 10% das mulheres nessa faixa etária apresentem critérios para o diagnóstico, que envolve uma combinação variável de hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, disfunção ovulatória e morfologia policística dos ovários ao ultrassom.

A complexidade da SOP reside na sua apresentação heterogênea. Algumas mulheres buscam atendimento por irregularidade menstrual, outras por acne, hirsutismo ou dificuldade para engravidar, e há aquelas que sequer apresentam sintomas evidentes, sendo diagnosticadas durante investigação de infertilidade ou alterações metabólicas. Essa diversidade exige uma abordagem clínica individualizada, que vá além do diagnóstico sindrômico, contemplando os objetivos terapêuticos e o contexto de vida da paciente.

⁷Graduada em Medicina. Centro Universitário IMEPAC. Araguari, MG.

⁸Graduada em Medicina. Centro Universitário IMEPAC. Araguari, MG.

⁹Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma abordagem prática e atualizada da Síndrome dos Ovários Policísticos, incluindo os critérios diagnósticos reconhecidos, principais manifestações clínicas e opções terapêuticas baseadas nas diretrizes nacionais e internacionais. Serão discutidos ainda os riscos metabólicos associados à síndrome e estratégias para manejo multidisciplinar, sempre com foco no cuidado centrado na paciente.

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

A Síndrome dos Ovários Policísticos é caracterizada por um desequilíbrio hormonal que compromete a função ovariana e afeta diversos sistemas do organismo. A base fisiopatológica envolve hiperandrogenismo e resistência à insulina, os quais contribuem para o desenvolvimento dos sinais clínicos e complicações associadas. A diversidade de sintomas torna a SOP uma síndrome de difícil padronização, exigindo avaliação clínica ampla.

A apresentação clínica da SOP pode variar amplamente. As pacientes frequentemente relatam ciclos menstruais irregulares ou amenorreia, acne persistente, hirsutismo e, em alguns casos, ganho de peso de difícil controle. Em contextos de infertilidade, a anovulação é uma das principais causas, motivando a procura por avaliação médica.

A investigação diagnóstica da SOP exige a exclusão de outras patologias que cursam com quadro semelhante, como hiperplasia adrenal congênita, tumores secretores de androgênio, hiperprolactinemia e disfunções tireoidianas. Portanto, a avaliação hormonal deve incluir

dosagem de TSH, prolactina, 17-OH-progesterona, testosterona total, androgênios livres e, em alguns casos, SHBG e DHEA-S.

O ultrassom transvaginal é utilizado para avaliar a morfologia ovariana. Considera-se ovário policístico aquele que apresenta mais de 20 folículos com diâmetro entre 2 e 9 mm ou volume ovariano acima de 10 cm³. A presença dessa característica, associada a disfunção ovulatória ou sinais clínicos de hiperandrogenismo, confirma o diagnóstico segundo os critérios de Rotterdam.

A resistência insulínica é uma comorbidade frequente e relevante na SOP, mesmo em mulheres não obesas. Por isso, exames como glicemia de jejum, insulina, HOMA-IR, hemoglobina glicada e perfil lipídico são úteis para a avaliação metabólica. A presença de obesidade, acantose nigricans e histórico familiar de diabetes mellitus tipo 2 deve aumentar a suspeita clínica.

O tratamento da SOP deve ser orientado conforme o principal objetivo da paciente: controle de sintomas clínicos, regulação menstrual, prevenção de comorbidades ou desejo de gestação. O manejo deve começar com modificações no estilo de vida, como reeducação alimentar, atividade física regular e perda de peso, especialmente em mulheres com sobrepeso ou obesidade.

Para controle dos sintomas hiperandrogênicos e regulação menstrual, os anticoncepcionais hormonais combinados são o tratamento de escolha. Preferem-se formulações com progestagênios de menor ação androgênica, como a drospirenona e a ciproterona. Além de controlar o

ciclo menstrual, esses medicamentos auxiliam no tratamento da acne e do hirsutismo.

Nos casos de hirsutismo importante ou acne severa, pode-se considerar o uso de antiandrogênicos como espironolactona ou acetato de ciproterona, sempre com o devido monitoramento. É essencial garantir o uso concomitante de método contraceptivo eficaz devido ao risco teratogênico dessas medicações.

Para pacientes com resistência insulínica e obesidade, a metformina tem papel importante. Além de melhorar o perfil glicêmico e o metabolismo dos carboidratos, ela pode contribuir para a regularização dos ciclos menstruais e a indução da ovulação, sendo uma opção valiosa para pacientes que não toleram anticoncepcionais hormonais.

Nas pacientes que desejam engravidar, a indução da ovulação é o foco principal. O citrato de clomifeno foi por muito tempo a primeira escolha, mas atualmente a letrozol (inibidor de aromatase) tem demonstrado melhores taxas de ovulação e gestação, especialmente em pacientes obesas. Em casos refratários, o uso de gonadotrofinas ou laparoscopia com drilling ovariano pode ser indicado, sempre com cuidado para evitar hiperestimulação ovariana.

A abordagem multidisciplinar é altamente recomendada, com envolvimento de ginecologista, endocrinologista, nutricionista e psicólogo, quando necessário. Transtornos de imagem corporal, depressão e ansiedade são mais prevalentes em mulheres com SOP e devem ser reconhecidos e tratados como parte do cuidado integral.

O acompanhamento de longo prazo é indispensável, especialmente nos casos com risco aumentado de diabetes, dislipidemias e síndrome metabólica. Monitoramento periódico com exames laboratoriais e orientação contínua sobre hábitos saudáveis são fundamentais para minimizar as complicações futuras.

A adolescência e o climatério apresentam desafios específicos. Em adolescentes, o diagnóstico é mais difícil pela sobreposição de características normais da puberdade com os critérios da SOP. Já em mulheres próximas à menopausa, o foco passa a ser a prevenção das comorbidades cardiovasculares e o impacto da disfunção metabólica acumulada ao longo dos anos.

Apesar de não haver cura definitiva para a SOP, a maioria das pacientes responde bem ao tratamento, especialmente quando orientado de forma individualizada e contínua. O reconhecimento precoce da síndrome e a promoção de um plano terapêutico realista são essenciais para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos é uma condição multifacetada que exige olhar atento e abordagem individualizada. A variabilidade de sintomas, a sobreposição com outras condições e a influência de fatores ambientais e genéticos tornam o diagnóstico e o tratamento desafiadores, porém viáveis com planejamento adequado.

O manejo eficaz da SOP envolve não apenas controle hormonal e indução da ovulação, mas também vigilância sobre aspectos metabólicos e

psicológicos. A atuação integrada entre especialidades e a educação da paciente sobre sua condição são pilares para o sucesso terapêutico.

Com diagnóstico precoce, orientação clara e cuidado longitudinal, é possível oferecer às pacientes com SOP uma vida reprodutiva saudável, melhora da autoestima e prevenção de complicações de longo prazo, consolidando uma abordagem médica ética, técnica e acolhedora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TEDE, L. A.; AZEVEDO, M. F.; BARACAT, E. C. **Síndrome dos Ovários Policísticos**. In: BEZERRA, L. R. A. et al. *Ginecologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome dos Ovários Policísticos**. Brasília: MS, 2018.

PINTO-NETO, A. M. et al. **Ginecologia Baseada em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2018.

TEDE, L. A. et al. **Síndrome dos Ovários Policísticos: Diretrizes da FEBRASGO**. São Paulo: FEBRASGO, 2020.

ROTTERDAM ESHRE/ASRM-SPC. **Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome**. *Fertil Steril*, 2004.

CAPÍTULO 04

MIOMATOSE UTERINA: INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO

Ana Laura Canesi Santos
Brenda Queiroz Gama
Winnye Marques Ferreira

MIOMATOSE UTERINA: INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO

Ana Laura Canesi Santos¹⁰

Brenda Queiroz Gama¹¹

Winnye Marques Ferreira¹²

INTRODUÇÃO

Os miomas uterinos, também chamados de leiomiomas, são tumores benignos originados do músculo liso uterino e representam a neoplasia ginecológica benigna mais comum em mulheres em idade reprodutiva. Embora nem sempre causem sintomas, podem ser responsáveis por sangramentos uterinos anormais, dor pélvica, infertilidade e compressão de órgãos adjacentes. Sua prevalência é alta, especialmente entre mulheres negras, e sua manifestação clínica está relacionada ao número, tamanho e localização das lesões.

A abordagem clínica da miomatose uterina deve ser orientada pela presença e intensidade dos sintomas, desejo reprodutivo, idade da paciente e resposta ao tratamento clínico. O manejo pode incluir desde o acompanhamento expectante até a intervenção cirúrgica, sendo fundamental uma avaliação individualizada. A decisão terapêutica deve

¹⁰Graduada em Medicina. Universidade de Uberaba – UNIUBE. Uberaba, MG.

¹¹Graduada em Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

¹²Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

considerar não apenas a anatomia dos miomas, mas também o impacto na qualidade de vida da paciente.

Neste capítulo, serão discutidas as principais características clínicas dos miomas, os exames indicados para diagnóstico e acompanhamento, e as opções de tratamento clínico e cirúrgico disponíveis. O objetivo é oferecer um panorama prático sobre quando tratar, como tratar e qual a melhor estratégia para cada perfil de paciente, com base em diretrizes atualizadas e na prática médica baseada em evidências.

INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO

A miomatose uterina é uma condição frequentemente encontrada na prática ginecológica, podendo variar desde achados assintomáticos em exames de rotina até quadros clínicos complexos e sintomáticos que exigem intervenção. Os miomas são tumores benignos, hormônio-dependentes, compostos por fibras musculares lisas e tecido conjuntivo, e sua evolução está diretamente relacionada aos níveis de estrogênio e progesterona circulantes. Costumam regredir após a menopausa, mas durante o período reprodutivo podem crescer progressivamente.

Do ponto de vista anatômico, os miomas são classificados conforme sua localização: subserosos (na parte externa do útero), intramurais (na parede uterina) e submucosos (projetados para a cavidade endometrial). Essa classificação é essencial, pois influencia diretamente na apresentação clínica e na escolha do tratamento. Os submucosos, por

exemplo, estão mais associados a sangramento uterino anormal e infertilidade.

A apresentação clínica mais comum é a menorragia, ou seja, sangramento menstrual excessivo e prolongado. Esse sintoma é mais frequente nos miomas submucosos e pode levar à anemia ferropriva e a comprometimento da qualidade de vida. Outros sintomas incluem sensação de peso ou massa abdominal, dor pélvica, dispareunia e sintomas urinários ou intestinais por compressão de órgãos vizinhos.

A infertilidade também pode estar associada à presença de miomas, especialmente aqueles que distorcem a cavidade uterina. Além disso, miomas podem estar relacionados a abortamentos de repetição, falhas de implantação embrionária e aumento do risco de complicações obstétricas. A decisão de tratá-los com finalidade reprodutiva deve ser tomada após avaliação criteriosa do impacto anatômico e da história clínica da paciente.

O diagnóstico é geralmente feito por ultrassonografia transvaginal, que permite avaliação do número, tamanho e localização dos miomas. Em casos selecionados, a histerossalpingografia ou a ressonância magnética podem ser úteis, especialmente quando há suspeita de miomas submucosos ou planejamento cirúrgico mais detalhado.

A escolha do tratamento depende de múltiplos fatores: presença e intensidade dos sintomas, localização dos miomas, desejo reprodutivo, idade da paciente, comorbidades e preferência pessoal. Em pacientes assintomáticas com miomas pequenos, o acompanhamento clínico periódico é geralmente suficiente, com monitoramento por exame de imagem e avaliação clínica regular.

O tratamento clínico visa o controle dos sintomas, sobretudo o sangramento uterino anormal. Anticoncepcionais hormonais combinados, progestagênicos isolados e dispositivos intrauterinos com levonorgestrel são frequentemente utilizados com bons resultados em casos leves a moderados. Em mulheres com sangramento intenso, os antifibrinolíticos (como ácido tranexâmico) também podem ser indicados de forma pontual.

Outra opção medicamentosa são os análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), que promovem hipogonadismo temporário e redução do volume dos miomas. No entanto, seu uso é limitado pelo custo, efeitos colaterais (como sintomas climatéricos) e perda óssea com uso prolongado. Costumam ser utilizados como tratamento pré-operatório ou em situações específicas, como contraindicação cirúrgica.

A embolização das artérias uterinas é uma alternativa minimamente invasiva que consiste na obstrução seletiva dos vasos que nutrem os miomas, levando à sua involução. É indicada principalmente em mulheres que não desejam engravidar, com miomas sintomáticos e desejo de evitar cirurgia. Os resultados são satisfatórios em termos de controle de sintomas, mas podem estar associados a dor pós-procedimento e risco de falência ovariana em mulheres mais próximas da menopausa.

Do ponto de vista cirúrgico, a miomectomia é a opção preferencial para pacientes que desejam preservar a fertilidade. Pode ser realizada por histeroscopia (para miomas submucosos), laparoscopia ou laparotomia, conforme o número, tamanho e localização das lesões. É um procedimento conservador, mas que apresenta risco de recorrência em longo prazo.

A histerectomia, por outro lado, é o tratamento definitivo e indicado para pacientes que não desejam engravidar e apresentam sintomas importantes ou falha de outras terapias. Pode ser realizada por via abdominal, vaginal ou laparoscópica, a depender das características clínicas. Embora eficaz, trata-se de uma cirurgia de maior porte e com maior tempo de recuperação.

Em todas as abordagens, é fundamental discutir com a paciente as vantagens e limitações de cada método, além dos riscos envolvidos. A decisão terapêutica deve respeitar o perfil e os desejos da mulher, sendo baseada em evidências, mas também centrada na pessoa.

O acompanhamento após o tratamento varia conforme a opção escolhida. Em casos de tratamento clínico, deve-se monitorar a eficácia na redução dos sintomas e a possível progressão dos miomas. Após cirurgia conservadora, recomenda-se acompanhamento ultrassonográfico periódico. Já após a histerectomia, o seguimento é voltado à saúde geral da mulher, sem necessidade de rastreamento específico para recidiva.

A abordagem da miomatose uterina deve, portanto, ser individualizada, considerando não apenas a anatomia do útero, mas também os impactos funcionais, reprodutivos e emocionais. A escuta qualificada, a valorização da queixa da paciente e o diálogo sobre as opções disponíveis são fundamentais para o sucesso terapêutico.

CONCLUSÃO

A miomatose uterina é uma condição ginecológica frequente e multifacetada, que pode impactar significativamente a saúde e a qualidade

de vida da mulher. Apesar de benignos, os miomas podem causar sintomas expressivos e interferir na fertilidade, exigindo avaliação criteriosa e abordagem terapêutica personalizada.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, e deve considerar a gravidade dos sintomas, o desejo de engravidar, a idade e a expectativa da paciente. O manejo ideal é aquele que respeita as particularidades de cada caso, utilizando-se de forma racional os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis.

Com uma abordagem baseada em evidências, diálogo claro e acompanhamento contínuo, é possível oferecer às mulheres com miomatose uterina um cuidado eficaz, humanizado e alinhado com seus objetivos de saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S.; OLIVEIRA, R. A. *Ginecologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

PINTO-NETO, A. M. et al. *Ginecologia Baseada em Evidências*. São Paulo: Atheneu, 2018.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Miomas Uterinos – Diretrizes FEBRASGO*. São Paulo: FEBRASGO, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica – Saúde da Mulher*. Brasília: MS, 2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas*. ACOG Practice Bulletin, 2021.

CAPÍTULO 05

ABORDAGEM INICIAL DA DOR PÉLVICA CRÔNICA NA MULHER

Ana Elisa Pato Salgado
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio
Winnye Marques Ferreira

ABORDAGEM INICIAL DA DOR PÉLVICA CRÔNICA NA MULHER

Ana Elisa Pato Salgado¹³
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio¹⁴
Winnye Marques Ferreira¹⁵

INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica é um desafio frequente e complexo na prática ginecológica, representando uma queixa comum entre mulheres em idade reprodutiva e um motivo significativo de procura por atendimento médico. Caracteriza-se como dor localizada na pelve, com duração superior a seis meses, que pode ser contínua ou intermitente, e frequentemente interfere nas atividades diárias, na sexualidade e na qualidade de vida da paciente.

Ao contrário das dores agudas, em que há uma causa geralmente evidente e resolutiva, a dor pélvica crônica envolve múltiplos fatores, podendo ter origem ginecológica, urológica, gastrointestinal, musculoesquelética ou psicogênica. A sobreposição de condições e a interconexão entre aspectos físicos e emocionais tornam a avaliação clínica uma tarefa minuciosa, que exige escuta atenta, empatia e abordagem multidisciplinar.

Este capítulo propõe uma visão prática e integrativa da abordagem inicial da dor pélvica crônica na mulher, com ênfase na investigação

¹³Graduada em Medicina. Universidade de Uberaba - UNIUBE. Uberaba, MG.

¹⁴Graduada em Medicina. Centro Universitário IMEPAC. Araguari, MG.

¹⁵Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

diagnóstica, nas principais etiologias ginecológicas, na construção de vínculo com a paciente e nas estratégias terapêuticas iniciais. A proposta é orientar o profissional para um atendimento resolutivo, acolhedor e tecnicamente fundamentado, priorizando o cuidado centrado na mulher.

ABORDAGEM INICIAL DA DOR PÉLVICA CRÔNICA NA MULHER

A dor pélvica crônica é definida como uma dor persistente ou recorrente localizada na pelve, de duração superior a seis meses, não exclusivamente associada ao ciclo menstrual, ao coito ou à gestação. Trata-se de uma condição multifatorial, que pode envolver estruturas ginecológicas, urinárias, gastrointestinais, musculoesqueléticas e até neuropsicológicas, exigindo do profissional uma abordagem ampla, investigativa e empática.

O primeiro passo na avaliação da dor pélvica crônica é a anamnese detalhada, que deve explorar a natureza da dor (tipo, localização, irradiação, intensidade, duração), fatores de piora e alívio, relação com o ciclo menstrual, com o ato sexual, com a evacuação ou micção, histórico de cirurgias abdominais, infecções prévias, traumas e impacto emocional. O uso de escalas visuais de dor e diários de sintomas pode auxiliar na quantificação e monitoramento clínico.

Além da história da dor, é essencial investigar sintomas associados como dismenorreia, dispareunia, sangramentos anormais, alterações urinárias ou intestinais, distúrbios do sono e do humor. Muitas pacientes apresentam histórico de consultas repetidas e múltiplos tratamentos,

muitas vezes sem diagnóstico definido, o que pode gerar frustração, desconfiança e sofrimento emocional.

As causas ginecológicas são frequentemente as primeiras a serem consideradas. A endometriose é uma das principais, com dor pélvica cíclica, dismenorreia intensa e dispareunia profunda. Miomas uterinos subserosos ou intramurais volumosos, aderências pélvicas pós-cirúrgicas, síndrome da congestão pélvica e doença inflamatória pélvica crônica também devem ser consideradas.

No exame físico, além da inspeção abdominal e da palpação profunda, o toque vaginal deve ser realizado de forma cuidadosa, observando a presença de dor à palpação uterina, mobilização do colo, palpação de anexos ou áreas de espessamento. A dor à palpação do assoalho pélvico, especialmente nos músculos levantadores do ânus, pode indicar disfunção miofascial, uma causa relativamente comum, mas subdiagnosticada.

Exames complementares devem ser solicitados conforme a hipótese clínica. A ultrassonografia transvaginal é o exame inicial mais utilizado, especialmente para avaliação de endometriose profunda, miomas, cistos ovarianos e alterações anatômicas uterinas. Quando há suspeita de endometriose não detectada na ultrassonografia, pode-se considerar a ressonância magnética pélvica com preparo intestinal.

Em alguns casos, a videolaparoscopia diagnóstica pode ser indicada, sobretudo quando há suspeita de endometriose ou aderências não visíveis por imagem, e quando o tratamento clínico falha. Embora

invasiva, a laparoscopia pode ser decisiva para diagnóstico e tratamento de condições específicas, promovendo alívio significativo da dor.

Causas não ginecológicas devem ser lembradas durante a investigação. Síndrome do intestino irritável, constipação funcional, cistite intersticial, aderências intestinais e alterações musculoesqueléticas da coluna lombo-sacra podem provocar dor referida à pelve. A sobreposição de condições é frequente, e a dor pode ser agravada por fatores emocionais e psicossociais.

A dor pélvica crônica frequentemente compromete a qualidade de vida, impactando negativamente as relações interpessoais, a produtividade no trabalho, a saúde mental e a sexualidade da mulher. A paciente deve ser acolhida em sua dor, sem queixas minimizadas ou interpretadas como exagero. O vínculo terapêutico é uma das ferramentas mais poderosas para o sucesso do cuidado.

O tratamento inicial deve ser baseado nas hipóteses diagnósticas mais prováveis. Analgésicos, anti-inflamatórios, anticoncepcionais hormonais combinados, progestagênicos, antidepressivos tricíclicos e moduladores neurológicos como a gabapentina podem ser utilizados de forma isolada ou associada, conforme o perfil da paciente e os sintomas predominantes.

A fisioterapia pélvica tem papel cada vez mais reconhecido, principalmente nos casos de disfunção miofascial do assoalho pélvico, disparesunia associada e dor sem causa anatômica evidente. Exercícios de fortalecimento e relaxamento, técnicas manuais e biofeedback são ferramentas eficazes na reabilitação.

O suporte psicológico ou psicoterapêutico também deve ser considerado, especialmente quando há sinais de sofrimento emocional associado à dor. Transtornos de ansiedade, depressão e histórico de abuso sexual são mais prevalentes nesse grupo de pacientes e devem ser investigados de forma sensível e cuidadosa.

Casos refratários, de difícil controle ou sem diagnóstico definido após investigação básica, devem ser encaminhados a centros especializados em dor pélvica, onde é possível realizar abordagem multidisciplinar integrada com ginecologia, urologia, coloproctologia, fisioterapia, nutrição e psicologia.

A abordagem da dor pélvica crônica deve priorizar o acolhimento e a continuidade do cuidado. Muitas vezes, não há solução imediata ou definitiva, mas o acompanhamento próximo e o plano terapêutico construído junto à paciente promovem melhora progressiva, redução do impacto da dor e restauração da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A dor pélvica crônica é uma condição multifatorial, complexa e desafiadora, que exige escuta atenta, investigação sistematizada e, acima de tudo, empatia. O profissional deve buscar compreender não apenas a origem física da dor, mas também o impacto emocional e social que ela representa na vida da mulher.

A abordagem inicial deve ser centrada na paciente, priorizando medidas diagnósticas e terapêuticas viáveis e acessíveis. A formação de vínculo terapêutico, o envolvimento de equipe multidisciplinar e a

individualização do cuidado são fundamentais para alcançar resultados positivos.

Com conduta ética, atualizada e acolhedora, é possível oferecer um cuidado que respeite a singularidade de cada mulher e promova o alívio do sofrimento, mesmo nos casos em que a cura não seja plenamente alcançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Ginecologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

ABRAMS, L. C. et al. **Dor Pélvica Crônica na Mulher: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Mulher: dor pélvica crônica**. Brasília: MS, 2016.

PINTO-NETO, A. M. et al. **Ginecologia Baseada em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Chronic Pelvic Pain**. ACOG Practice Bulletin, 2020.

CAPÍTULO 06

PLANEJAMENTO FAMILIAR: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Ana Elisa Pato Salgado
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio
Winnye Marques Ferreira

PLANEJAMENTO FAMILIAR: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Ana Elisa Pato Salgado¹⁶
Giovanna Amábile Xavier Borges Dorázio¹⁷
Winnye Marques Ferreira¹⁸

INTRODUÇÃO

O planejamento familiar é um direito reprodutivo fundamental e um componente essencial da atenção integral à saúde da mulher. Ele oferece às pessoas e aos casais a possibilidade de decidir livremente se desejam ter filhos, quando tê-los e em que intervalo, contribuindo para o bem-estar físico, emocional e social das famílias. Dentro desse contexto, o acesso a métodos contraceptivos seguros, eficazes e variados é indispensável para a autonomia reprodutiva.

Na prática clínica, o aconselhamento contraceptivo deve ser individualizado, considerando idade, condição de saúde, histórico reprodutivo, hábitos de vida, preferências pessoais e expectativas da paciente. A escolha do método mais adequado envolve não apenas aspectos médicos, mas também sociais, culturais e psicológicos, sendo necessária uma abordagem humanizada, livre de julgamentos e baseada em evidências.

¹⁶Graduada em Medicina. Universidade de Uberaba - UNIUBE. Uberaba, MG.

¹⁷Graduada em Medicina. Centro Universitário IMEPAC. Araguari, MG.

¹⁸Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

Este capítulo tem como objetivo apresentar os principais métodos contraceptivos disponíveis na prática clínica, suas indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens. Serão discutidos também aspectos práticos do aconselhamento contraceptivo e a importância da escuta ativa, com foco na promoção do direito à escolha informada e na construção de um cuidado reprodutivo respeitoso e qualificado.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA PRÁTICA CLÍNICA

A contracepção é uma ferramenta essencial no planejamento reprodutivo e deve ser parte integrante do cuidado ginecológico. A escolha do método ideal exige conhecimento técnico por parte do profissional de saúde e deve ser feita de forma compartilhada com a paciente, respeitando sua individualidade, condições clínicas e contexto de vida. A consulta de aconselhamento é um momento-chave, onde a escuta ativa e a transmissão de informações claras fortalecem o vínculo e promovem escolhas conscientes.

Os métodos contraceptivos são classificados em temporários e definitivos, hormonais e não hormonais, de curta e longa duração. Entre os métodos reversíveis de uso contínuo, destacam-se os anticoncepcionais orais combinados, progestagênios isolados, dispositivos intrauterinos (DIUs), implantes subdérmicos, adesivos, injetáveis e anéis vaginais. Métodos de barreira, como preservativos masculinos e femininos, e métodos comportamentais, como tabelinha e coito interrompido, também fazem parte das opções, embora com eficácia inferior.

Os anticoncepcionais orais combinados (estrogênio + progestagênio) são amplamente utilizados por sua eficácia e regularidade na administração. São indicados para mulheres sem contraindicações ao uso de estrogênio, como hipertensão não controlada, tabagismo após os 35 anos e história de trombose venosa. Além do efeito contraceptivo, oferecem benefícios adicionais, como controle do ciclo, melhora da acne e redução da dismenorreia.

Os progestagênios isolados são indicados para mulheres que não podem ou não desejam usar estrogênio. São oferecidos em formulações orais diárias, injetáveis trimestrais e implantes subdérmicos. Esses métodos são bastante eficazes e apresentam vantagens como menor risco tromboembólico e possibilidade de uso durante a amamentação. Contudo, podem causar sangramentos irregulares, o que deve ser abordado no momento do aconselhamento.

Os dispositivos intrauterinos são métodos de longa duração altamente eficazes. O DIU de cobre atua por ação espermicida local e pode ser usado por até 10 anos. Já o DIU hormonal (levonorgestrel) libera progestagênio de forma contínua, promovendo espessamento do muco cervical e atrofia endometrial, podendo ser usado por até 5 a 8 anos. Ambos são seguros, reversíveis e recomendados inclusive para nulíparas, desde que bem indicados e com orientação adequada.

O implante subdérmico de etonogestrel é outro método de longa duração (até 3 anos), com elevada eficácia e poucas contraindicações. É uma opção interessante para mulheres que desejam evitar falhas relacionadas ao uso irregular de métodos de curta duração. Deve ser

inserido e removido por profissional capacitado, com explicações claras sobre seus efeitos e possíveis alterações menstruais.

Os métodos de barreira, como preservativos, são os únicos que oferecem proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Embora tenham menor eficácia contraceptiva isoladamente, são fundamentais na abordagem multiproteção. O uso associado de preservativo com outro método (duplo método) é recomendado especialmente para adolescentes e mulheres com múltiplos parceiros.

Métodos comportamentais, como a tabelinha, o método Billings e o coito interrompido, apresentam eficácia limitada e dependem de disciplina rigorosa. São indicados para casais altamente motivados, com conhecimento sobre o próprio corpo e o ciclo menstrual. Sua aplicação prática exige acompanhamento e educação reprodutiva contínua.

Os métodos contraceptivos de emergência, como o levonorgestrel em dose única ou o uso do DIU de cobre até cinco dias após a relação desprotegida, são recursos pontuais e não devem ser usados como método regular. Sua eficácia é maior quanto mais precocemente forem utilizados. A orientação clara sobre sua função e limitações é essencial para evitar usos inadequados.

A contracepção definitiva, representada pela laqueadura tubária e vasectomia, é indicada para pessoas que não desejam mais filhos e estão cientes da natureza irreversível do procedimento. A legislação brasileira exige critérios específicos para sua realização, como idade mínima ou número de filhos vivos, além de consentimento livre e esclarecido, respeitando a autonomia reprodutiva.

O aconselhamento contraceptivo deve ser conduzido de forma ética, livre de coerções, com fornecimento de informações acessíveis e linguagem compreensível. O profissional deve esclarecer eficácia, riscos, benefícios e efeitos colaterais de cada método, permitindo que a paciente participe ativamente da decisão.

É importante considerar que as necessidades contraceptivas podem mudar ao longo da vida da mulher. Adolescência, pós-parto, amamentação, climatério, presença de doenças crônicas e novas relações afetivas influenciam essa escolha. Assim, o planejamento familiar deve ser um tema presente em consultas regulares, com reavaliação constante.

A disponibilidade de métodos no sistema público de saúde também deve ser discutida. Muitos métodos são oferecidos pelo SUS, como DIU de cobre, preservativos e anticoncepcionais orais e injetáveis. A ampliação do acesso e a formação de profissionais para inserção de métodos de longa duração são estratégias fundamentais para garantir equidade e efetividade.

O cuidado centrado na mulher implica respeitar suas escolhas, crenças e desejos. Não há método ideal universal, e sim o método mais adequado para cada mulher, em determinado momento de sua vida. A escuta sensível e o acolhimento fortalecem o vínculo terapêutico e promovem maior adesão ao método escolhido.

CONCLUSÃO

O planejamento familiar é um componente essencial da saúde reprodutiva e da autonomia das mulheres. Cabe ao profissional de saúde oferecer informações claras, acesso ampliado e acompanhamento contínuo

para garantir que cada paciente possa exercer seu direito de escolha de forma segura e consciente.

A diversidade de métodos contraceptivos disponíveis permite que cada mulher encontre a opção mais adequada às suas necessidades, desde que receba orientação qualificada. O foco deve estar sempre na escuta, no respeito à individualidade e na construção de um cuidado compartilhado.

Com conhecimento técnico, empatia e compromisso com os direitos sexuais e reprodutivos, o profissional de saúde se torna um agente fundamental na promoção do planejamento familiar e na proteção da saúde da mulher em todas as fases da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: MS, 2013.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Contracepção. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. Ginecologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

PINTO-NETO, A. M. et al. Ginecologia Baseada em Evidências. São Paulo: Atheneu, 2018.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos. Genebra: OMS, 2015.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem, 28

Aconselhamento, 63

Adjacentes, 47

Ambulatoriais, 10

Ambulatorial, 33

Antibióticos, 15

Ascensão, 32

Atendimento, 40

Autolimitadas, 13

Avaliação, 19, 24

B

Banalização, 21

Benignas, 13

C

Cavidade, 49

Científica, 10

Complexo, 54

Componente, 61

Comunicação, 25

Condutas, 10

Contraceptivo, 65

Contraceptivos, 25

D

Desequilíbrio, 15

Diagnóstica, 14

Diagnóstico, 19, 20, 34

Diagnósticos, 10

Disfunção, 42

Disponíveis, 62

Dispositivos, 50

Distúrbios, 26

E

Emergência, 64

Emocional, 38

Envolvimento, 58

Epidemiológica, 10	Hipóteses, 36
Específico, 17	História, 23
Espesso, 15	Hormonais, 26, 43
Estágios, 37	Hospitalares, 10
Evacuação, 55	Humanizada, 61
Evidências, 52	I
F	Imprecisa, 17
Fertilidade, 38	Indispensável, 44
Formação, 10	Indução, 44
Fragilidade, 26	Inespecíficos, 32
Frequente, 54	Infecção, 16
G	Infertilidade, 23, 41
Ginecologia, 10	Inflamatória, 18
Ginecológico, 37	Instabilidade, 19
Gravidade, 24	Instituto, 10
Grumoso, 15	Integração, 10
H	Integrada, 20
Hábitos, 61	Intensa, 26
Hemodinamicamente, 37	Investigação, 20, 26

Involuntária, 27	P
Irregularidade, 40	Pacientes, 21
Irritável, 20, 57	Palpação, 34
L	Patológico, 17
Linguagem, 10	Pélvica, 14
M	Persistente, 25
Medicamentos, 20	Preservação, 19, 38
Mobilização, 20, 34	Prevalentes, 14, 40
Monitoramento, 55	Primária, 13
Mulher, 38	Procedimento, 50
Multidisciplinar, 21	Profissional, 17, 55
Musculares, 26	Progressiva, 58
N	Publicação, 10
Necessidade, 10	Q
Negligenciada, 37	Qualidade, 11, 21
O	R
Obstetrícia, 10	Raciocínio, 13, 20
Ovulatória, 40	Realidade, 10
	Relevância, 10

Residente, 10	Superiores, 32
Residentes, 10	Supervisão, 11
Retroversão, 27	Supressivo, 17
S	T
Sangramento, 23	Técnico, 10
Seguro, 37	Tratamento, 37
Sensibilidade, 27	U
Sexualidade, 57	Unilateral, 19
Síndrome, 20	V
Sintomas, 13, 35	Variável, 37
Sintomáticos, 50	

GINECOLOGIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E DISCUSSÕES

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.
São Paulo- SP.
Telefone: +55(11) 5107- 0941
<https://periodicorease.pro.br>
contato@periodicorease.pro.br

GINECOLOGIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E DISCUSSÕES

ISBN: 978-65-6054-233-4

90



9 786560 542334