Internato 2026

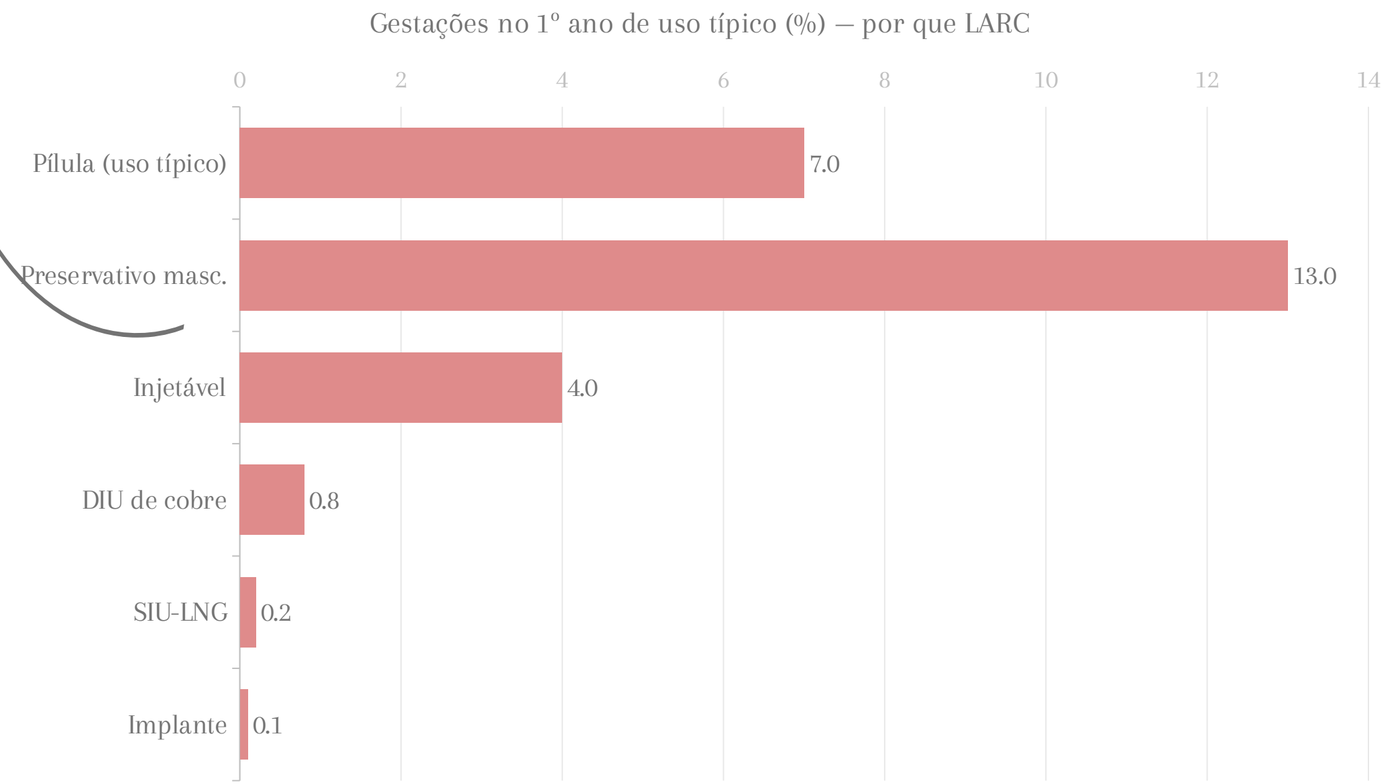
Anticoncepção, SOP, SUA e Climatério

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Anticoncepção: critérios de elegibilidade da OMS, LARC e emergência
2. Síndrome dos ovários policísticos: diagnóstico (2023) e tratamento por objetivo
3. Sangramento uterino anormal: PALM-COEIN, agudo e crônico
4. Amenorreias: primária e secundária em dois algoritmos
5. Climatério: quem recebe terapia hormonal, como e até quando

EPIDEMIOLOGIA | POR QUE ESSA AULA



55%

das gestações no Brasil não foram planejadas (Nascer no Brasil) — 121 milhões por ano no mundo (UNFPA 2022)

8–13%

das mulheres em idade reprodutiva têm SOP; até 70% permanecem sem diagnóstico

1 em 3

mulheres terá sangramento uterino anormal na vida; 80% das mulheres têm fogachos no climatério

Fontes: Viellas EF et al., Cad Saúde Pública 2014 (Nascer no Brasil); UNFPA, State of World Population 2022; Teede HJ et al., International PCOS Guideline 2023; CDC, US MEC/SPR 2024 (Trussell).

QUESTÃO | DIU NA NULÍPARA

Uma paciente de 32 anos, nulípara, procura o consultório desejando um método contraceptivo de longa duração. Ela leu na internet que o DIU não é indicado para mulheres que nunca engravidaram. Com base nas diretrizes do FDA e da OMS, qual é a conduta correta?

A Solicitar obrigatoriamente uma citologia e rastreamento de IST antes da inserção.

B Contraindicar o DIU devido ao alto risco de infertilidade futura em nulíparas.

C Indicar o uso do DIU, pois a nuliparidade não é contraindicação para o método.

D Indicar apenas métodos de barreira até que a paciente tenha o primeiro filho.

QUESTÃO | DIU NA NULÍPARA

Uma paciente de 32 anos, nulípara, procura o consultório desejando um método contraceptivo de longa duração. Ela leu na internet que o DIU não é indicado para mulheres que nunca engravidaram. Com base nas diretrizes do FDA e da OMS, qual é a conduta correta?

A Solicitar obrigatoriamente uma citologia e rastreamento de IST antes da inserção.

B Contraindicar o DIU devido ao alto risco de infertilidade futura em nulíparas.

C Indicar o uso do DIU, pois a nuliparidade não é contraindicação para o método.

D Indicar apenas métodos de barreira até que a paciente tenha o primeiro filho.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | OMS 2015 / CDC 2024

Categoria 1

Sem restrição ao uso.
Ex.: DIU de cobre na nulípara de 25 anos; ACO na mulher saudável de 20 anos.

Categoria 2

Benefícios superam os riscos: pode usar.
Ex.: DIU em nulípara < 20 anos; ACO em tabagista < 35 anos; ACO na obesa (IMC ≥ 30).

Categoria 3

Riscos superam os benefícios: evitar, só se não houver alternativa, com acompanhamento.
Ex.: ACO em tabagista ≥ 35 anos < 15 cig/dia; ACO em HAS controlada; ACO 6 sem–6 m amamentando.

Categoria 4

Risco inaceitável: contraindicado.
Ex.: ACO com enxaqueca com aura, TEV prévio, tabagista ≥ 35 anos ≥ 15 cig/dia, PA ≥ 160/100, câncer de mama atual; DIU na DIP atual.

Fontes: OMS, Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5ª ed. 2015; CDC, US MEC 2024.

ELEGIBILIDADE | O QUE A PROVA PERGUNTA

Condição	Combinado (ACO, anel, adesivo)	Só progestagênio (pílula, implante, injetável)	DIU Cu / SIU-LNG
Tabagismo ≥ 35 anos	< 15 cig/dia: 3 · ≥ 15: 4	1	1
Hipertensão	Controlada: 3 · ≥ 160/100: 4	1–2 (injetável 3 se grave)	1
Enxaqueca com aura	4	2 (continuar: 3)	1 / 2
TEV prévio ou trombofilia	4	2	1 / 2
Amamentação	< 6 sem: 4 · 6 sem–6 m: 3 · > 6 m: 2	1–2 (< 6 sem: 2)	< 48 h: 1 · 48 h–4 sem: 3 · > 4 sem: 1
Pós-parto sem amamentar	< 21 d: 4 · 21–42 d: 3 com risco de TEV	1	idem acima
Câncer de mama atual	4	4	Cu 1 · LNG 4
DIP / cervicite atual	1	1	Iniciar: 4 · continuar: 2
Nuliparidade / < 20 anos	1	1	2
Diabetes com vasculopatia	3 / 4	2 (injetável 3)	1 / 2

Fontes: OMS MEC 2015; CDC US MEC 2024. Números = categoria.

LARC | A REVOLUÇÃO SILENCIOSA

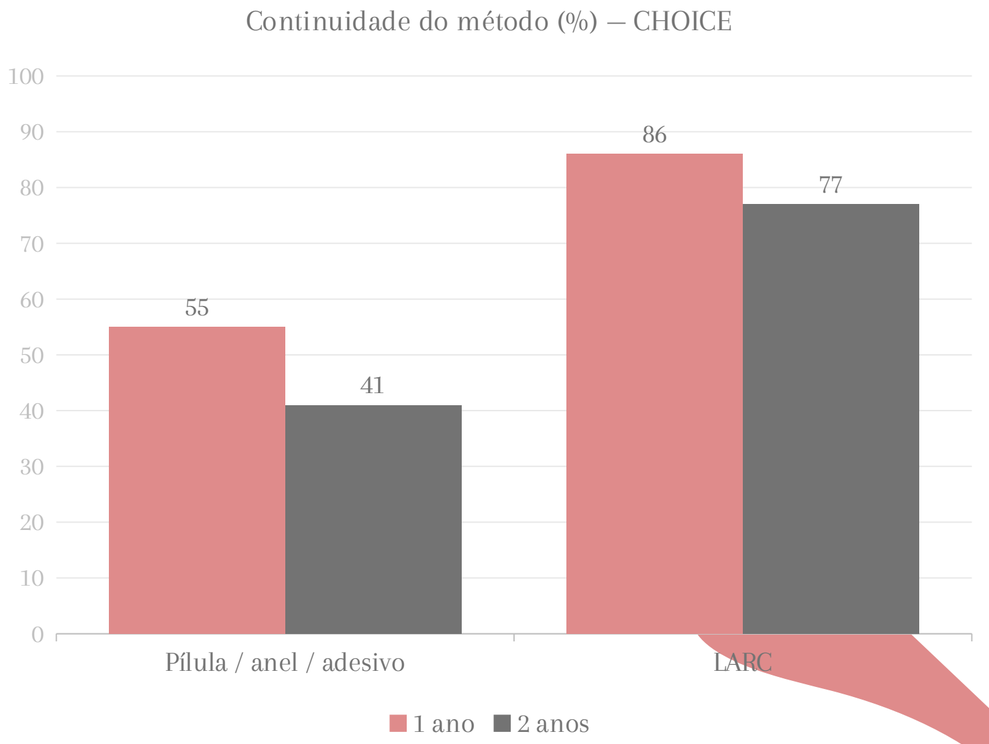
O que são métodos reversíveis de longa duração que não dependem da usuária: DIU de cobre (10 anos), SIU-LNG 52 mg (8 anos), implante de etonogestrel (3 anos). Falha < 1% — igual à laqueadura.

CHOICE (NEJM 2012) 9.256 mulheres: quem usou pílula, adesivo ou anel teve 22 vezes mais falha que quem usou LARC; abaixo dos 21 anos, o dobro disso. Satisfação e continuidade em 1 ano: > 80% no LARC × 55% nos demais.

Mitos derrubados nulípara pode (categoria 2 abaixo dos 20 anos, 1 depois); não causa infertilidade; não precisa de exame preventivo ou rastreio de IST antes da inserção se assintomática; pode inserir em qualquer dia do ciclo se gravidez razoavelmente excluída.

SIU-LNG reduz o fluxo em 90%, trata SUA, adenomiose e dismenorreia; 20% ficam em amenorreia. É 1ª linha no sangramento aumentado.

No SUS DIU de cobre e implante (desde 2024 para grupos prioritários: 18–19 anos, usuárias de drogas, em situação de rua, HIV, pós-aborto, vulnerabilidade) — SIU-LNG em expansão.

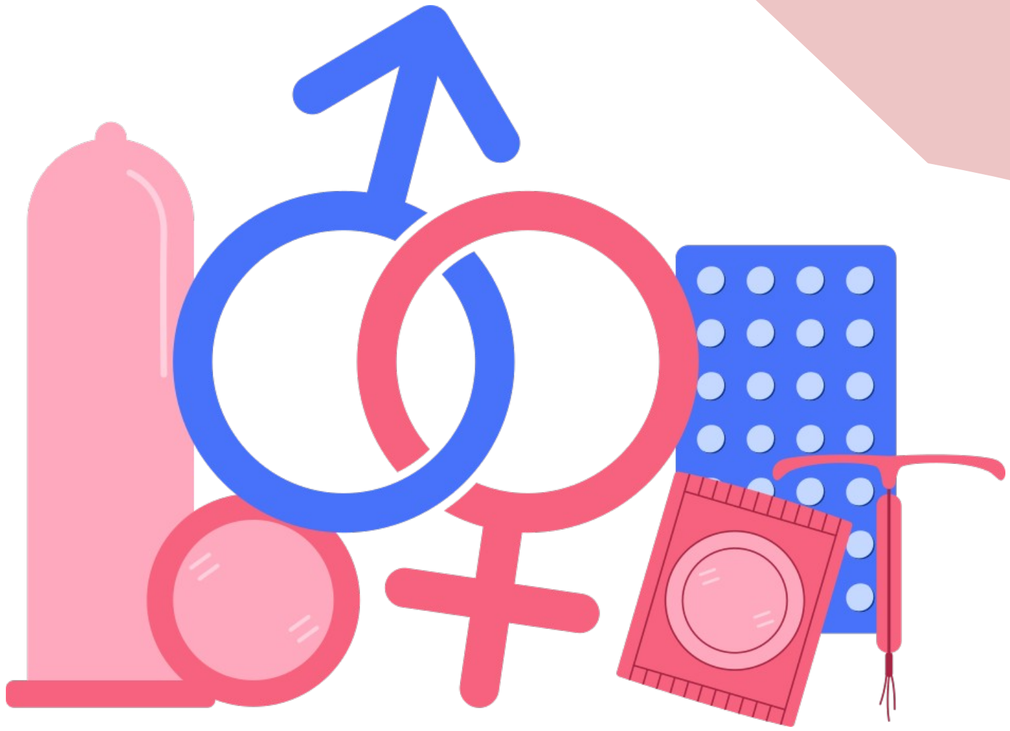


Fontes: Winner B et al., NEJM 2012;366:1998-2007; Peipert JF et al., Obstet Gynecol 2011; Ministério da Saúde, Nota Técnica implante 2024.

CASO 1 | 'QUERO A PÍLULA'

Rosângela, 38 anos, G3P3, diarista.

Quer 'a pílula' porque a amiga usa. Fuma 20 cigarros/dia há 20 anos. Hipertensa em uso de losartana, PA hoje 150/95. IMC 33. Enxaqueca 'com luzes antes' duas vezes por mês.
Última gestação há 4 anos, parto normal; não quer mais filhos, 'mas o marido não deixa operar'. Ciclos regulares, fluxo intenso com coágulos, Hb 10,8.
Exame ginecológico normal. Preventivo há 1 ano: normal.



Pode pílula? O que ela pode usar? E a laqueadura?

CASO 1 | RESOLUÇÃO

Combinado: categoria 4 por três motivos.

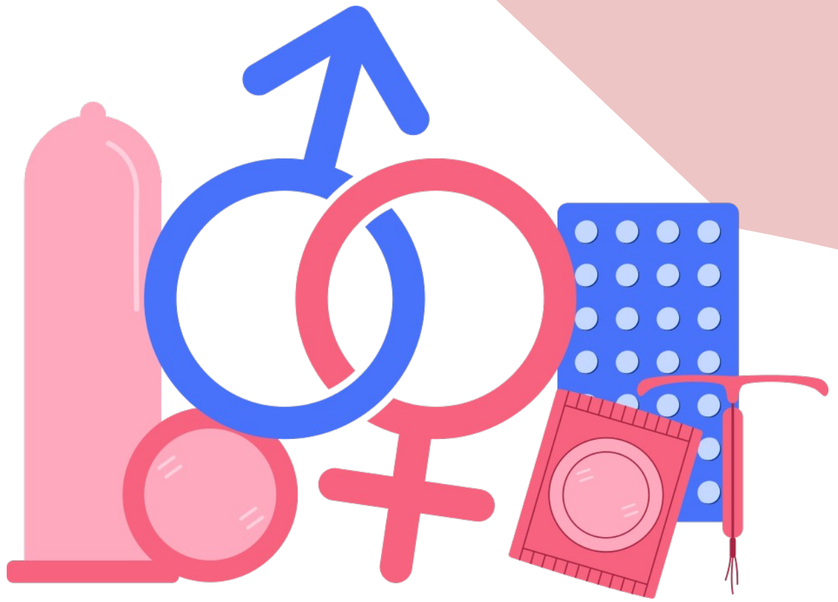
Tabagista ≥ 35 anos com ≥ 15 cigarros/dia (4), enxaqueca com aura (4), hipertensão não controlada (3–4). Qualquer um basta. Risco de AVC e IAM.

O que pode: SIU-LNG (categoria 1–2) é a melhor escolha — resolve o fluxo intenso e a anemia. Implante e DIU de cobre também são categoria 1 (o cobre pioraria o fluxo).

Injetável trimestral: categoria 3 na hipertensa grave e na vasculopatia — não é a primeira opção aqui.

Laqueadura (Lei 14.443/2022): ≥ 21 anos OU 2 filhos vivos; NÃO precisa mais do consentimento do cônjuge; pode ser feita no parto; 60 dias entre a manifestação da vontade e a cirurgia.

Promoção de saúde: cessação do tabagismo, controle pressórico, investigar o fluxo (USTV, ferritina) e tratar a anemia.



Combinado: categoria 4

SIU-LNG: categoria 1–2

Laqueadura sem o marido

Tratar a anemia

Fontes: OMS MEC 2015; Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 (altera a Lei 9.263/96).

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Levonorgestrel 1.5 mg

Dose única, o quanto antes: eficácia de 95% em 24 h, 58% em 72 h; aceita até 5 dias.
Age inibindo ou atrasando a ovulação — não interrompe gravidez estabelecida.
Sem contraindicação absoluta. Pode repetir no mesmo ciclo. Obesidade (IMC > 30) reduz a eficácia: dobrar a dose é opção.
No SUS: qualquer UBS, sem receita, sem idade mínima.

DIU de cobre

O mais eficaz: falha < 0,1% se inserido até 5 dias da relação (ou da ovulação).
Vantagem: já sai com contracepção de longo prazo.
Contraindicações: as do DIU (DIP atual, cervicite purulenta, gravidez).

Ulipristal 30 mg

Modulador do receptor de progesterona; eficaz até 5 dias, melhor que LNG entre 72 e 120 h.
Não disponível no Brasil para esse uso (apenas 5 mg para mioma).
Yuzpe (ACO em dose alta) ficou para a história: mais vômito, menos eficácia.

Fontes: Ministério da Saúde, Protocolo de Anticoncepção de Emergência; FSRH Guideline Emergency Contraception 2017 (atual. 2023); Glasier A et al., Lancet 2010.

PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO | O QUE PODE QUANDO

Sala de parto / até 48 h

DIU de cobre ou SIU-LNG pós-placentário: categoria 1–2 (expulsão 10–20%, mais que a inserção tardia).
Implante: categoria 1–2, mesmo amamentando.
Laqueadura no parto: permitida pela Lei 14.443.

48 h a 4 semanas

DIU: categoria 3 (perfuração/expulsão) — esperar 4 semanas.
Combinado: 4 (TEV) em todas; amamentando, 4 até 6 semanas.
Pílula de progestagênio e injetável: liberados; o injetável trimestral após 6 semanas se amamentar (OMS 3 antes disso).

Depois de 6 semanas

Amamentando: progestagênio isolado (desogestrel 75 µg, implante, SIU) — categoria 1; combinado 3 até 6 meses (OMS), 2 depois.
LAM: só vale se amenorreia + aleitamento exclusivo + < 6 meses — os três.
Não amamentando: combinado liberado após 21 dias sem fatores de risco de TEV; 42 dias com fatores.

Fontes: OMS MEC 2015; CDC US MEC 2024; FEBRASGO, Anticoncepção no puerpério.

Síndrome dos ovários policísticos

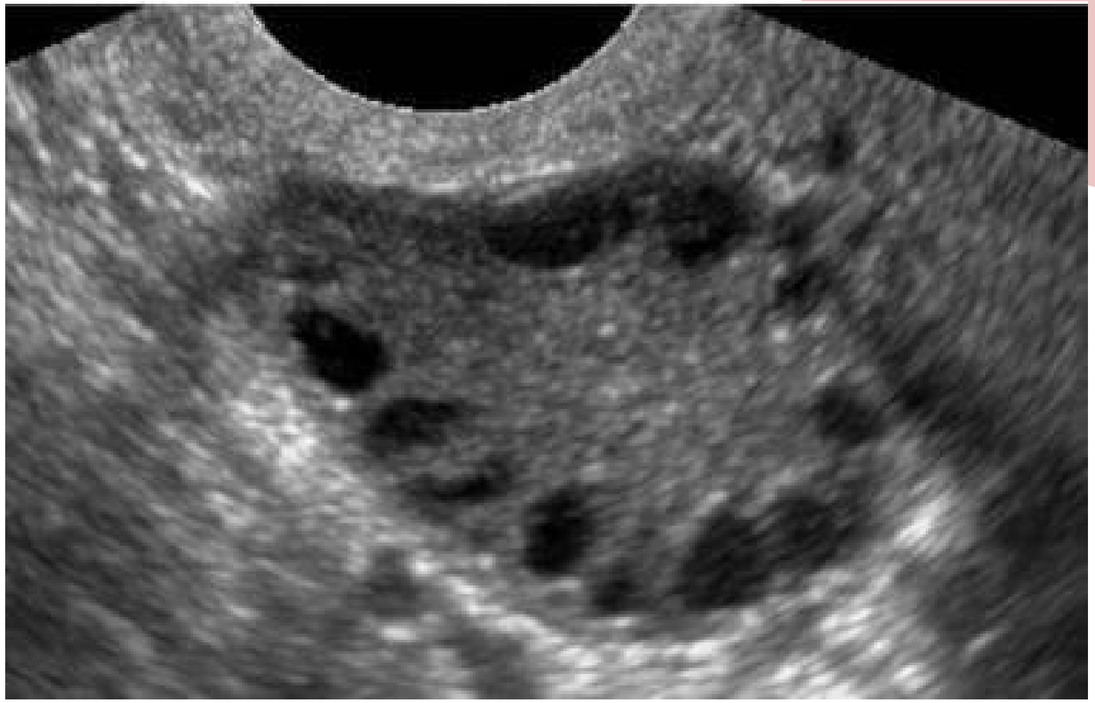
ou PMOS — síndrome ovariana poliendócrino-metabólica, o novo nome proposto em 2025



CASO 2 | 'MINHA MENSTRUAÇÃO SOME'

Larissa, 24 anos, universitária, G0.

Ciclos de 45 a 90 dias desde a menarca (aos 12). Pelos no queixo e no abdome inferior que precisa depilar toda semana; acne no mento. Ganhou 12 kg em 3 anos. Mãe diabética. IMC 31, circunferência abdominal 96 cm, acantose nigricans no pescoço. PA 128/84. Sem galactorreia. Tireoide normal.
Exames: TSH 2,1; prolactina 14; 17-OH-progesterona 1,2 ng/mL; testosterona total 78 ng/dL (ref < 48); glicemia de jejum 98; TOTG 2 h 152 mg/dL; triglicerídeos 190; HDL 38. USTV ao lado.



USTV: ovário com múltiplos folículos periféricos ('colar de pérolas')

É SOP? Precisava do ultrassom? Qual o objetivo do tratamento dela?

Imagem: acervo da aula.

SOP | DIAGNÓSTICO (DIRETRIZ INTERNACIONAL 2023)

Rotterdam: 2 de 3

1. Oligo ou anovulação: ciclos < 21 ou > 35 dias, ou < 8 ciclos/ano
2. Hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, Ferriman-Gallwey ≥ 4–6; acne grave; alopecia) ou laboratorial (testosterona total/livre elevada)
3. Morfologia policística: ≥ 20 folículos de 2–9 mm ou volume ≥ 10 mL (transvaginal, sondas ≥ 8 MHz) — ou AMH elevado, que pode substituir o USG na adulta

Se 1 + 2 presentes: não precisa de USG nem AMH.

Sempre excluir

TSH (hipo/hipertireoidismo)
Prolactina (hiperprolactinemia)
17-OH-progesterona (hiperplasia adrenal congênita não clássica — se > 2 ng/mL, teste do ACTH)
Cushing, acromegalia, tumor produtor de androgênio: só se clínica sugerir (virilização rápida, testosterona > 150–200 ng/dL)
Amenorreia hipotalâmica (FSH/LH baixos, IMC baixo, atleta)

Na adolescente

Só os critérios 1 + 2 — USG e AMH não valem até 8 anos após a menarca (ovário multifolicular é fisiológico).
Irregularidade: > 1 ano pós-menarca, ciclos < 21 ou > 45 dias; > 3 anos, < 21 ou > 35 dias.
Se só um critério: 'em risco de SOP' — reavaliar; tratar os sintomas.

Fonte: Teede HJ et al. International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of PCOS 2023. J Clin Endocrinol Metab 2023;108:2447-69.

SOP | O QUE AVALIAR DEPOIS DO DIAGNÓSTICO

Metabólico TOTG 75 g (1 em 3 tem intolerância; diabetes 2 é 4x mais frequente), perfil lipídico, PA, IMC e circunferência abdominal — repetir a cada 1–3 anos. HbA1c é alternativa inferior.

Risco cardiovascular SOP aumenta risco de doença cardiovascular independentemente da obesidade (diretriz 2023). Apneia do sono: perguntar.

Endométrio anovulação crônica = estrogênio sem oposição = hiperplasia e câncer de endométrio (risco 2–6x). Garantir ao menos 4 sangramentos por ano.

Saúde mental depressão e ansiedade são 2–3x mais prevalentes; imagem corporal e transtorno alimentar: rastrear ativamente.

Fertilidade a maioria engravida com indução; orientar que SOP não é infertilidade — é subfertilidade tratável. Perder 5–10% do peso já restaura ovulação em muitas.

O novo nome consenso internacional (2025) propõe 'síndrome ovariana poliendócrino-metabólica' — porque 'cisto' confunde e o problema é endócrino-metabólico. Ainda sem adoção oficial pela CID.

Fontes: Teede HJ et al. 2023; consenso internacional sobre a renomeação da SOP, 2025.

SOP | TRATAMENTO POR OBJETIVO

Objetivo	1ª linha	Alternativas e observações
Todas	Mudança de estilo de vida: dieta hipocalórica, 150–250 min/semana de exercício, sono — perda de 5–10% do peso	Análogos de GLP-1 e tirzepatida: eficazes para peso, mas suspender ≥ 2 meses antes de engravidar; com ACO oral, usar barreira (absorção)
Ciclo irregular + hirsutismo / acne	Contraceptivo combinado em dose baixa (20–30 µg EE); qualquer progestagênio — ciproterona só na falha e por tempo limitado (TEV)	Hirsutismo: espironolactona 50–100 mg/dia após 6 meses de ACO se insuficiente (com contracepção!); laser/eletrólise; eflornitina tópica
Metabólico / resistência insulínica	Metformina 1,5–2 g/dia: melhora peso, glicemia, lipídios e ciclos; 1ª escolha se IMC ≥ 25 ou intolerância à glicose	Inositol (mio-inositol 2–4 g/dia): a diretriz 2023 diz 'pode ser considerado' — evidência de baixa qualidade, menos efeito colateral que a metformina
Proteger o endométrio sem ACO	Progestagênio cíclico 10–14 dias a cada 1–3 meses, ou SIU-LNG	USTV + biópsia se sangramento prolongado em anovulação crônica
Quer engravidar	Letrozol 2,5–7,5 mg D3–D7 — superou o clomifeno (nascidos vivos 27,5% × 19%)	Metformina associada aumenta ovulação; gonadotrofinas e drilling ovariano em 2ª linha; FIV se outras causas

Fontes: Teede HJ et al. 2023; Legro RS et al., NEJM 2014 (letrozol × clomifeno); Greff D et al., Reprod Biol Endocrinol 2023 (inositol).

CASO 2 | RESOLUÇÃO

SOP fenótipo A (completo).

Oligomenorreia + hiperandrogenismo clínico e laboratorial: critérios 1 + 2 fecham o diagnóstico. O USG era dispensável. TSH, prolactina e 17-OHP normais excluíram os diferenciais.

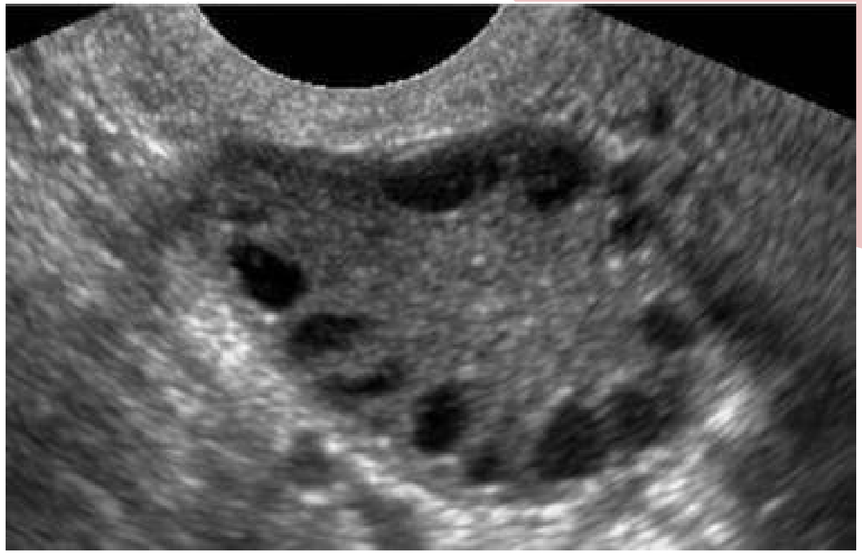
Já tem o metabólico: intolerância à glicose (TOTG 152), triglicerídeos altos, HDL baixo, obesidade central — síndrome metabólica em formação aos 24 anos.

Objetivos dela: regularizar o ciclo, controlar hirsutismo e acne, proteger o endométrio, prevenir diabetes. Não quer engravidar agora.

Prescrição: mudança de estilo de vida com meta de –5 a –10% em 6 meses; ACO 20–30 µg EE (categoria 2 por obesidade; sem outros riscos); metformina 1,5–2 g/dia pela intolerância à glicose.

Seguimento: hirsutismo leva 6 meses para responder; se insuficiente, espironolactona. TOTG anual. Rastrear humor.

Quando quiser engravidar: suspender ACO, letrozol.



Rotterdam 2 de 3

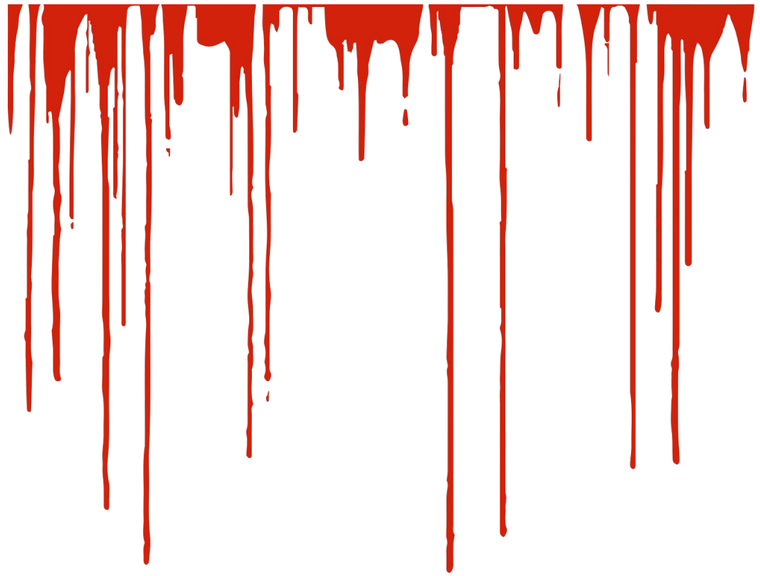
Sem USG na adolescente

ACO + metformina

Letrozol para engravidar

Sangramento uterino anormal

PALM-COEIN: estrutura e função



SUA | DEFINIÇÕES E PALM-COEIN (FIGO 2018)

O que é anormal

Frequência: < 24 ou > 38 dias
Regularidade: variação > 7–9 dias entre ciclos
Duração: > 8 dias
Volume: > 80 mL — na prática, o que a mulher diz que atrapalha a vida
Intermenstrual, pós-coital e pós-menopausa são sempre anormais.

PALM — estrutural

P Pólipo
A Adenomiose
L Leiomioma (submucoso FIGO 0–2 é o que sangra)
M Malignidade e hiperplasia
Diagnóstico por imagem: USTV → histerossonografia → histeroscopia.

COEIN — não estrutural

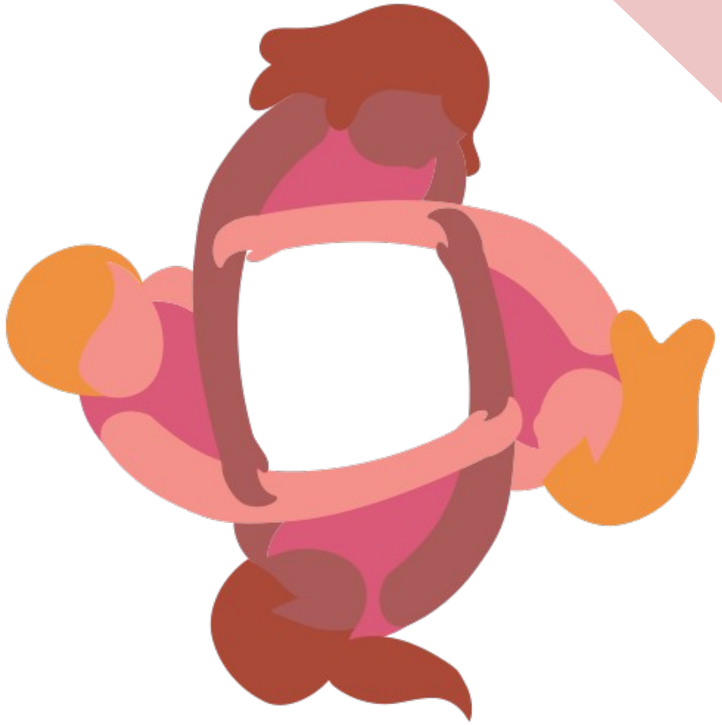
C Coagulopatia (von Willebrand em 13% das menorragias; 20% das adolescentes)
O Ovulatória (SOP, adolescência, perimenopausa, tireoide)
E Endometrial (quando tudo é normal e o ciclo é regular)
I Iatrogênica (anticoagulante, progestagênio, DIU)
N Não classificada (MAV, istmocele)

Fonte: Munro MG et al., FIGO classification system (PALM-COEIN) revisão 2018. Int J Gynecol Obstet 2018;143:393-408.

CASO 3 | SANGRAMENTO AGUDO

Yasmin, 15 anos, estudante.

Menarca há 8 meses. Sangramento há 12 dias, com coágulos, trocando absorvente a cada hora hoje. Tontura ao levantar. Nega atividade sexual.
Desde a menarca os ciclos vêm 'quando querem': 20, 45, 60 dias. Sangramento gengival frequente; mãe com 'menstruação sempre forte' e histerectomia aos 38 anos.
Exame: pálida, FC 112, PA 100/60 deitada, 85/50 em pé. Abdome normal. Hb 7,4; plaquetas 240.000; β-hCG negativo; TSH normal. USG pélvico: útero e ovários normais, endométrio 11 mm.



Qual o grupo do PALM-COEIN? Para o sangramento agora e para não voltar. Que exame faltou?

SUA AGUDO | O QUE FAZER NA EMERGÊNCIA

Sangramento agudo intenso

ABC · 2 acessos · β-hCG · hemograma, coagulograma, tipagem · toque e especular (origem, lesão, gravidez)

INSTÁVEL (choque, Hb < 7 com sintomas): reposição volêmica, transfusão; balão intrauterino (Foley 30 mL); curetagem/histeroscopia se falha

+ ácido tranexâmico 1 g VO 8/8 h (ou 10 mg/kg IV) por 5 dias — reduz 40–60%

ESTÁVEL: tratamento hormonal — ACO 30–35 µg EE 1 cp 8/8 h por 7 dias, depois 1x/dia; ou medroxiprogesterona 20 mg 8/8 h 7 dias, depois 20 mg/dia

Ferro VO ou IV. Antiemético. Cessa em 24–48 h: se não, reavaliar a causa (estrutural? coagulopatia?)

Adolescente com sangramento grave desde a menarca: pedir fator de von Willebrand, fator VIII, cofator de ristocetina — antes de dar estrogênio, se possível.

Fontes: ACOG Committee Opinion 557 (reafirmado 2023); FEBRASGO, SUA — Protocolo nº 42 (2018); Munro MG, FIGO 2018.

SUA CRÔNICO | TRATAMENTO

Situação	Opções	Eficácia / observações
Deseja contracepção	SIU-LNG 52 mg (1ª linha) ACO combinado contínuo ou cíclico Progestagênio contínuo (desogestrel, injetável)	Reduz 70–95% do fluxo; 20–40% amenorreia em 1 ano Reduz 35–70%; cuidado com as categorias da OMS
Não deseja contracepção	Ácido tranexâmico 1–1,3 g 8/8 h nos 3–5 dias de fluxo AINE (ácido mefenâmico 500 mg 8/8 h; naproxeno) Progestagênio cíclico 21 dias (não 10 dias!)	Reduz 40–60%; contraindicado se TEV Reduz 20–40% e trata dismenorreia Dia 5 a 26 do ciclo: 80% de redução; 10 dias só regulariza
Estrutural	Pólipo: polipectomia histeroscópica Mioma submucoso FIGO 0–2: miomectomia histeroscópica Adenomiose: SIU-LNG; histerectomia se prole completa	Miomas intramurais e subserosos raramente explicam o sangramento — não opere o que não sangra
Falha clínica, prole completa	Ablação endometrial (2ª geração) Histerectomia	Ablação: 80–90% satisfeitas; só com contracepção definitiva (gestação pós-ablação é de alto risco)
Perimenopausa / anovulação	Sempre avaliar o endométrio: USTV; biópsia se ≥ 45 anos, ou < 45 com fatores de risco (obesidade, SOP, anovulação crônica, falha de tratamento)	Hiperplasia sem atipia: progestagênio (SIU-LNG); com atipia: histerectomia

Fontes: NICE NG88 Heavy menstrual bleeding (2018, atual. 2021); FEBRASGO 2018; Lethaby A, Cochrane 2019.

CASO 3 | RESOLUÇÃO

SUA-O (anovulatório da adolescência) + SUA-C até prova em contrário.

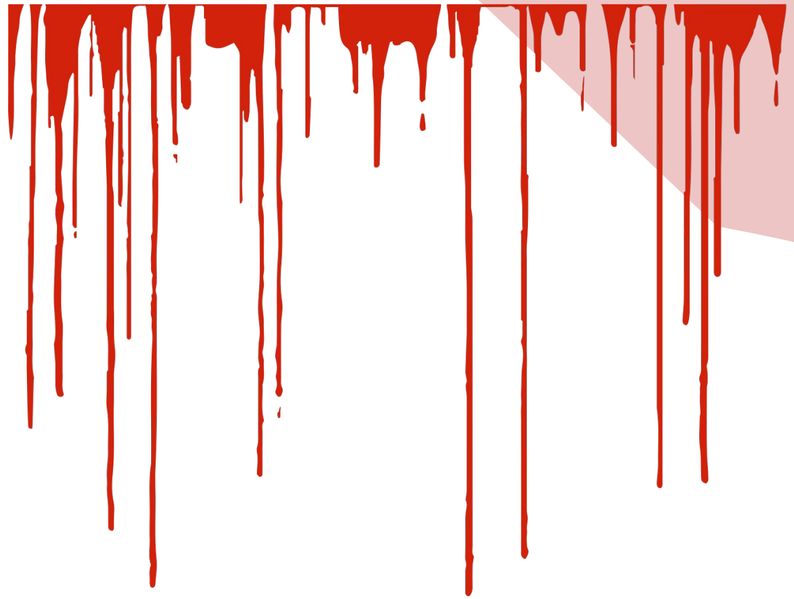
Imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário nos primeiros 1–3 anos pós-menarca explica os ciclos irregulares. Mas sangramento gengival, história familiar e Hb 7,4 obrigam a investigar coagulopatia: doença de von Willebrand está em 1 de cada 5 adolescentes com menorragia.

O exame que faltou: fator de von Willebrand (antígeno e atividade), fator VIII, TTPa, TP, tipagem sanguínea. Colhidos antes do estrogênio (que eleva o FvW e mascara).

Agora: hipotensão postural + Hb 7,4 = interna. Cristaloide, transfundir se sintomática; ACO 30 µg EE 8/8 h por 7 dias + ácido tranexâmico 1 g 8/8 h por 5 dias + antiemético; ferro IV.

Depois: ACO contínuo ou cíclico por meses (ou SIU-LNG, que pode na adolescente). Se von Willebrand confirmada: hematologia; desmopressina ou tranexâmico nas crises; evitar AINE.

Útero e ovários normais e endométrio de 11 mm sem lesão: nada de curetagem numa adolescente — é a última opção.



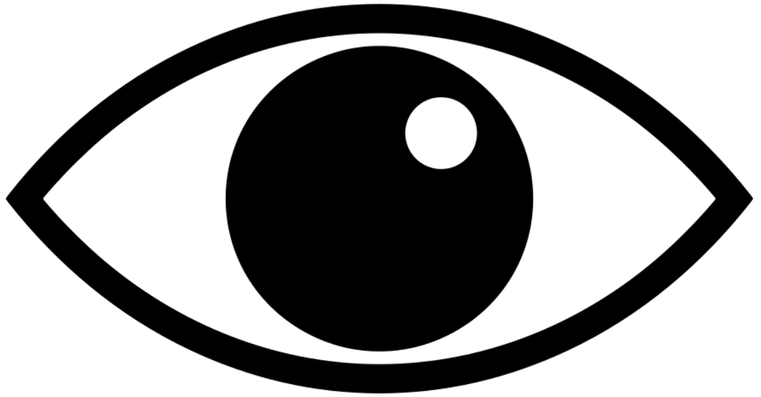
SUA-O + SUA-C?

Pedir von Willebrand

ACO 8/8 h + tranexâmico

Curetagem é exceção

Amenorreias



3% das questões de GO: um terço são primárias — e a maioria delas é Turner

QUESTÃO | AMENORREIA PRIMÁRIA

Uma paciente de 16 anos com quadro de amenorreia primária refere dor pélvica cíclica importante, com necessidade de repouso a cada período de dor. Refere que a dor vem aproximadamente a cada 28 dias com duração de 2 a 4 dias. Assinale a alternativa que apresenta o possível diagnóstico para esse caso.

A Hímen imperfurado.

B Síndrome de Asherman.

C Síndrome de Sheehan.

D Útero septado.

E Septo vaginal longitudinal.

QUESTÃO | AMENORREIA PRIMÁRIA

Uma paciente de 16 anos com quadro de amenorreia primária refere dor pélvica cíclica importante, com necessidade de repouso a cada período de dor. Refere que a dor vem aproximadamente a cada 28 dias com duração de 2 a 4 dias. Assinale a alternativa que apresenta o possível diagnóstico para esse caso.

A Hímen imperfurado.

B Síndrome de Asherman.

C Síndrome de Sheehan.

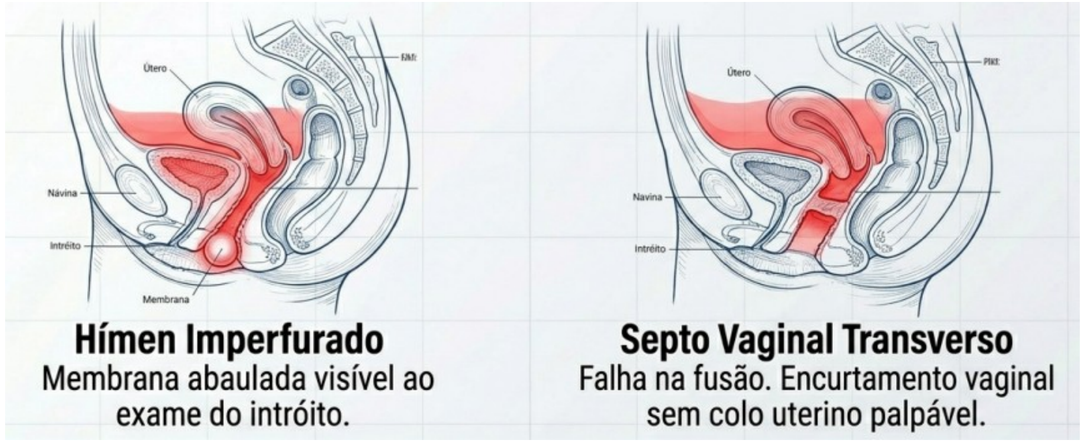
D Útero septado.

E Septo vaginal longitudinal.

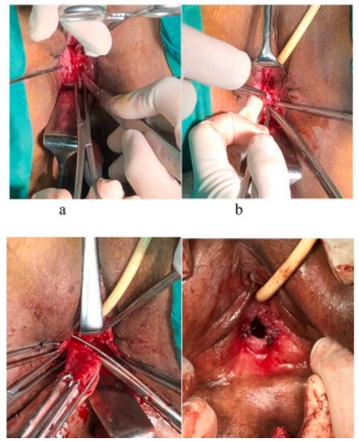
HÍMEN IMPERFURADO | O QUE SE VÊ



Membrana himenal abaulada, azulada (hematocolpo) — diagnóstico à inspeção



Hímen imperfurado × septo vaginal transverso: no septo não há abaulamento no intróito



Himenotomia cruciforme: drenagem do hematocolpo; não puncionar antes da cirurgia (infecção)



Após a himenotomia

Imagens: acervo da aula.

AMENORREIA PRIMÁRIA | COMO PENSAR

Quando investigar

Sem menstruação aos 15 anos com caracteres sexuais secundários presentes
Aos 13 anos sem nenhum desenvolvimento mamário
3 anos após a telarca sem menarca
Dor pélvica cíclica sem menstruação: obstrução do trato de saída

Mama presente?

Sim + útero presente: obstrução (hímen, septo transverso), causas da secundária (SOP, hipotalâmica, hiperprolactinemia)
Sim + útero ausente: agenesia mülleriana (MRKH, 46XX, ovários normais) × insensibilidade androgênica (46XY, testosterona masculina, sem pelos)
Não + FSH alto: disgenesia gonadal — Turner 45X (a mais comum: 43% das primárias), Swyer 46XY
Não + FSH baixo: atraso constitucional, Kallmann (anosmia), hipotalâmica, tumor de SNC

Exames

β-hCG, FSH, LH, estradiol, TSH, prolactina
USG pélvico: útero? ovários?
Cariótipo se FSH alto ou útero ausente
Turner: ecocardiograma (coarctação, aorta bicúspide), rins, audição, tireoide — e gonadectomia se houver material Y

Fontes: ACOG Committee Opinion 651; ASRM Practice Committee, Fertil Steril 2008; FEBRASGO 2021.

AMENORREIA SECUNDÁRIA | ALGORITMO

Sem menstruar há 3 meses (ciclos regulares) ou 6 meses (irregulares)

β-hCG primeiro. Depois TSH e prolactina.

Prolactina alta → RM de sela (prolactinoma), medicamentos (antipsicóticos, metoclopramida), hipotireoidismo

FSH alto (> 25–40, 2 dosagens) → insuficiência ovariana primária (< 40 anos): cariótipo, FMR1, autoimunidade; repor estrogênio até os 51

FSH baixo ou normal → hipotalâmica (perda de peso, exercício, estresse, anorexia), Sheehan (HPP + agalactia), SOP (LH alto, androgênios)

Teste da progesterona (10 mg × 10 dias): sangrou = tem estrogênio e trato pérvio (anovulação); não sangrou = hipoestrogenismo ou obstrução

Sem resposta à progesterona e com história de curetagem/infecção: Asherman — histeroscopia. USTV com endométrio ≥ 5 mm substitui o teste na prática

Asherman = sinéquias após curetagem · Sheehan = necrose hipofisária após HPP · SOP = a causa mais comum de anovulação · hipotalâmica = a mais comum na atleta e na magra

Fontes: ASRM Practice Committee, Fertil Steril 2008; FEBRASGO, Amenorreia (2021); Klein DA et al., Am Fam Physician 2019.

Climatério

A janela de oportunidade: quem, como e até quando



CASO 4| 'NÃO DURMO MAIS'

Ivone, 52 anos, professora, G2P2.

Fogachos 10 a 15 vezes ao dia há 1 ano, acorda encharcada 3 vezes por noite, irritada, 'esquecendo as coisas'. Dispareunia e secura vaginal. Última menstruação há 14 meses.
Hipertensa controlada com losartana (PA 128/80). Mãe com fratura de fêmur aos 70. Nega tabagismo. IMC 27. Mamografia há 8 meses: BI-RADS 2. Sem história de trombose ou câncer.
Já tentou isoflavona e 'remédio natural', sem resultado. Tem medo da terapia hormonal 'porque dá câncer'.





Precisa de FSH? Ela pode TH? Qual esquema — e por quanto tempo?

CLIMATÉRIO | DIAGNÓSTICO E JANELA

Diagnóstico é clínico

Menopausa: 12 meses de amenorreia; idade média 48–51 anos. Precoce < 45; insuficiência ovariana primária < 40.
Acima de 45 anos com sintomas típicos: NÃO dosar FSH — ele oscila na perimenopausa e não muda conduta.
FSH > 25–40 UI/L (2 dosagens) ajuda só abaixo de 45 anos ou em quem usa ACO/histerectomizada.
STRAW+10 organiza as fases: transição precoce (ciclos variando ≥ 7 dias) → tardia (≥ 60 dias sem menstruar).

A janela de oportunidade

Iniciar TH com < 60 anos OU < 10 anos de menopausa: benefício cardiovascular neutro a favorável, ósseo claro, risco baixo.
Iniciar > 60 anos ou > 10 anos: aumenta coronariopatia, AVC, demência — não começar.
O 'câncer' da WHI (2002): +8 casos de câncer de mama por 10.000 mulheres/ano com E+P conjugado após 5 anos; só estrogênio NÃO aumentou (reduziu). Risco absoluto comparável ao de 2 taças de vinho/dia.

Quem tem indicação

Sintomas vasomotores moderados a graves: 1ª linha, 75–90% de melhora.
Síndrome geniturinária: estrogênio local (não precisa sistêmico).
Prevenção de osteoporose em alto risco quando outras opções não cabem.
Insuficiência ovariana prematura e menopausa precoce: repor até pelo menos 51 anos — aqui não é opção, é obrigação.

Fontes: NAMS Position Statement 2022; Harlow SD et al., STRAW+10 (2012); Manson JE et al., JAMA 2017 (WHI 18 anos); FEBRASGO/SOBRAC 2024.

TERAPIA HORMONAL | COMO PRESCREVER

Situação	Esquema	Por quê
Tem útero	Estrogênio + progestagênio: estradiol 1 mg VO ou 0,5–1 mg gel/50 µg adesivo + progesterona micronizada 100 mg/dia (contínuo) ou 200 mg 12–14 dias/mês (cíclico) ou SIU-LNG como progestagênio	Estrogênio isolado em útero presente = hiperplasia e câncer de endométrio. Progesterona micronizada tem o melhor perfil para mama e trombose.
Sem útero	Estrogênio isolado (estradiol VO, gel ou adesivo)	Histerectomizada não precisa de progestagênio — exceto endometriose extensa prévia.
Risco de TEV, obesidade, HAS, diabetes, enxaqueca, tabagista, hipertrigliceridemia, litíase biliar	Estradiol transdérmico (gel ou adesivo), menor dose eficaz	Via transdérmica evita a primeira passagem hepática: não aumenta TEV nem triglicerídeos; neutro para PA.
Só secura e dispareunia	Estriol ou promestrieno vaginal 2–3x/semana (manutenção) — sem progestagênio; hidratantes; ospemifeno	Absorção sistêmica desprezível; pode até em sobrevivente de câncer de mama (discutir com oncologia).
Contraindicação ou recusa à TH	Fezolinetant 45 mg/dia (antagonista NK3, Anvisa 2024): reduz fogachos ~60% ISRS/IRSN (paroxetina 7,5–20 mg, venlafaxina 75 mg, desvenlafaxina 100 mg); gabapentina 900–2.400 mg à noite; clonidina	Fitoterápicos, isoflavona e 'hormônio bioidêntico manipulado': sem evidência consistente — a NAMS desaconselha os manipulados.

Fontes: NAMS 2022 e 2023 (nonhormone therapy); Lederman S et al., Lancet 2023 (SKYLIGHT 1); FEBRASGO/SOBRAC Consenso de TH 2024.

TH | CONTRAINDICAÇÕES E ATÉ QUANDO

Contraindicações absolutas

Câncer de mama atual ou prévio; câncer de endométrio
Sangramento genital de causa não esclarecida
TEV, AVC, IAM atual ou prévio; trombofilia conhecida
Doença hepática ativa grave
Porfiria cutânea tardia
Meningioma (progestagênios)

Antes de prescrever

Anamnese dirigida a mama, trombose, cardiovascular; PA, IMC
Mamografia em dia (não é 'exame de liberação' — é rastreio)
USTV só se sangramento; não é obrigatória
Lipídios e glicemia pelo risco cardiovascular, não pela TH
Explicar riscos absolutos em número de casos por 1.000 — a paciente entende

Duração e retirada

Não existe prazo fixo: reavaliar anualmente benefício × risco.
Dose e duração 'a menor possível' saiu das diretrizes; o que vale é a indicação persistente.
Após 60–65 anos pode continuar se bem indicada, com dose baixa, preferindo transdérmico.
Suspender: gradual ou abrupto, a recidiva de fogachos é igual (~50%).
Sangramento após 6 meses de TH contínua: investigar o endométrio.

Fontes: NAMS 2022; FEBRASGO/SOBRAC 2024; ACOG Practice Bulletin 141 (reafirmado 2023).

CASO 4 | RESOLUÇÃO

Menopausa (14 meses), 52 anos, sintomas vasomotores graves: candidata ideal à TH.

FSH é desnecessário: > 45 anos, amenorreia de 12 meses e fogachos fecham o diagnóstico. Está dentro da janela (1 ano de menopausa, < 60 anos).

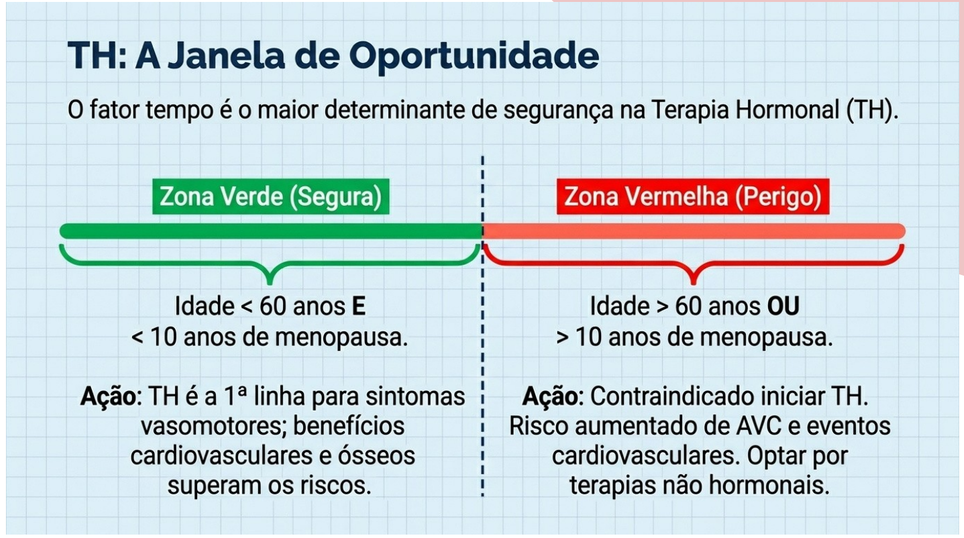
Sem contraindicação: HAS controlada não contraindica; mamografia BI-RADS 2; sem trombose ou câncer. Hipertensão e IMC 27 orientam a via: transdérmica.

Prescrição: estradiol gel 0,75–1 mg/dia (ou adesivo 50 µg 2x/semana) + progesterona micronizada 100 mg à noite, contínuo (tem útero). Estriol vaginal 2x/semana para a secura.

Cálcio/vitamina D e densitometria pela história familiar de fratura.

A conversa sobre o câncer: risco absoluto de ~1 caso adicional por 1.000 mulheres/ano após 5 anos de E+P; com progesterona micronizada o risco é menor nos primeiros 5 anos. Ela decide informada.

Retorno: 3 meses para ajuste de dose e sangramento (comum nos primeiros 6 meses); depois anual. Se preferir não hormonal: fezolinetant ou desvenlafaxina.



Janela de oportunidade

Sem FSH › 45 anos

Dentro da janela

Transdérmico se HAS/obesidade

Progesterona micronizada

MENSAGENS

1. Elegibilidade: tabagista ≥ 35, enxaqueca com aura, TEV e HAS grave = combinado categoria 4. LARC é quase sempre categoria 1.

2. Nulípara pode DIU; não precisa de preventivo nem IST antes; laqueadura ≥ 21 anos ou 2 filhos, sem consentimento do cônjuge.

3. SOP: Rotterdam 2 de 3; adolescente só clínica; excluir TSH, prolactina, 17-OHP. Tratar por objetivo — letrozol para engravidar.

4. SUA: PALM-COEIN. Agudo: estabilizar, ACO 8/8 h ou progestagênio + tranexâmico. Crônico: SIU-LNG. Adolescente: von Willebrand.

5. Amenorreia: β-hCG primeiro. Dor cíclica sem menstruar = obstrução. Turner é a primária mais comum; Sheehan e Asherman têm história.

6. Climatério: diagnóstico clínico > 45 anos; TH < 60 anos ou < 10 anos de menopausa; útero pede progestagênio; risco = transdérmico.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

