



UniRV – UNIVERSIDADE DE RIO VERDE EDITAL Nº. 02/2017
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DE
PROFESSOR ASSISTENTE NÍVEL 1 DA UNIRV – UNIVERSIDADE
DE RIO VERDE

RESPOSTAS ESPERADAS – PROVA DISCURSIVA

FACULDADE/ÁREA DE ATUAÇÃO: Medicina IV
PRIMEIRO TEMA SORTEADO: Câncer do trato genital feminino
I - CÂNCER DE VULVA O câncer de vulva é neoplasia rara, corresponde a menos de 1% das neoplasias malignas da mulher e é responsável por 3 a 5% das neoplasias malignas do trato genital feminino. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma epidermóide. O principal fator prognóstico é o status linfonodal, que influencia significativamente a sobrevida das pacientes. Fatores de risco Infecção pelo HPV; Tabagismo; Idade; Multiplicidade de parceiros sexuais; Diabetes mellitus; Obesidade e Hipertensão arterial sistêmica. Diagnóstico A biópsia da vulva deve ser indicada e realizada para qualquer lesão vulvar suspeita, sintomática ou assintomática. Bases do tratamento O tratamento de eleição para o câncer de vulva é cirúrgico, porém, não existe um tratamento cirúrgico padronizado. O objetivo será a realização de um tratamento o mais conservador possível, levando em consideração o tamanho da lesão e o status linfonodal. Além disso, deve-se considerar, no caso de indicação cirúrgica, o estado geral da paciente e o estadiamento clínico.
II - CÂNCER DE VAGINA O carcinoma primário de vagina é um tumor raro. Fatores de risco Os mais importantes são a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) e irradiação prévia. Cerca de 80% dos casos surgem em mulheres previamente tratadas por câncer de colo do útero e os 20% restantes após histerectomia por lesões benignas. Outros fatores de risco são tabagismo, promiscuidade sexual, baixo status imunológico e irritação vaginal crônica. Diagnóstico A história clínica deve investigar passado de câncer, principalmente do colo do útero, radioterapia e cirurgia pélvica. Os sinais e sintomas do carcinoma vaginal são semelhantes aos do câncer do colo do útero: corrimento vaginal e sangramento após relação sexual ou após a menopausa. No exame ginecológico, durante a inspeção, deve ser feita a rotação do espécuro para que todas as paredes vaginais sejam bem observadas. O diagnóstico será consolidado pela sequência da coleta colpocitológica, colposcopia e biópsia. Os toques vaginal e retal são importantes para avaliar paracolpos e paramétrios. Bases do tratamento A escolha do tratamento deve ser baseada no estadiamento, na localização do tumor e nas condições clínicas da paciente e pode ser cirúrgico, quimioterápico, radioterápico ou a associação de tratamentos.
III - CÂNCER DO COLO DO ÚTERO O câncer do colo uterino é, em nosso país, o tumor maligno mais frequente no sistema genital feminino, diferente do que ocorre em países mais adiantados, onde prevalece o câncer de endométrio. Fatores de risco Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), especialmente pelos tipos considerados de risco maior; Tabagismo, com risco relativo entre de 3,4 a 7; Lesões determinadas pelo Herpes Vírus Simples (HVS) tipo II; Parceiro sexual de alto risco ou múltiplos parceiros; Início precoce das relações sexuais, abaixo dos 14 anos de idade; Gestação precoce, antes dos 20 anos de idade; Uso prolongado de anticoncepcionais orais, mais de 10 anos; Imunodepressão e imunossupressão e Radiações ionizantes Diagnóstico Os meios utilizados para detectar o câncer do colo do útero em estágio pré-clínico e as alterações pré-malignas que têm história natural correlata a essa doença são: - Exame especular da vagina e colo do útero; - Exame citopatológico, que é utilizado mais no rastreamento; - Teste com ácido acético; - Teste com iodo (teste de Schiller); - Colposcopia, que no Brasil, é de uso bastante corrente e pouco restritivo, principalmente se comparado com os Estados Unidos;

- Microcolposcopia, que é pouco utilizado e de uso limitado a casos muito especiais de dificuldade diagnóstica;
- Biópsia dirigida colposcopicamente;
- Biópsia cônica por conização a frio ou cirurgia de alta frequência;
- Toque vaginal e
- Toque retal.

Bases do tratamento

A escolha do método terapêutico continua na dependência de alguns fatores. Entre eles, merece destaque: o grau histológico da lesão e sua extensão;

- o envolvimento endocervical;
- a idade da paciente;
- o seu desejo reprodutivo;
- a concomitância com outras patologias;
- a concomitância com gestação.

IV - CÂNCER DO ENDOMÉTRIO

No Brasil é a segunda neoplasia maligna pélvica mais frequente, com incidência de 5,7/100.000 mulheres.

Fatores de risco

O fator de risco considerado pela maioria dos autores como mais importante é a obesidade, mas constituem também fatores de risco o diabetes mellitus, todos estados relacionados com ação estrogênica aumentada e/ou persistente por longo tempo como menarca precoce, menopausa tardia, baixa taxa de natalidade ou nuliparidade, tumores ovarianos produtores de hormônios, anovulação, uso de terapia estrogênica e, mais recentemente uso de tamoxifeno.

Diagnóstico

As mulheres que apresentarem sangramento uterino na pós-menopausa, sangramento uterino anormal na pré-menopausa ou com hematometra e piometra, principalmente quando idosas, necessitam ser submetidas à avaliação da cavidade endometrial.

Essa avaliação pode ser realizada através de biópsia endometrial cega, ou com auxílio da histeroscopia, ou pela obtenção de amostra do tecido endometrial pela curetagem uterina.

Bases do Tratamento

O tratamento cirúrgico convencional do câncer de endométrio é a histerectomia extrafascial com anexectomia bilateral associada ou não à linfadenectomia pélvica.

V - SARCOMA DO CORPO DO ÚTERO

Os sarcomas do corpo do útero são formas raras de neoplasia.

Fatores de risco

Os fatores de risco reconhecidos para os sarcomas são semelhantes aos dos adenocarcinomas: obesidade, idade e nuliparidade.

Diagnóstico

Frequentemente os sarcomas uterinos são achados de histerectomia, geralmente realizada por outros motivos, sem suspeita da existência da neoplasia previamente a cirurgia. Entretanto, os sarcomas podem manifestar com sintomas inespecíficos, como sangramento intermitente, sangramentos anormais na pré ou pós-menopausa e dor pélvica.

Bases do Tratamento

O tratamento dos sarcomas uterinos primários é cirúrgico, uma vez que apenas a excisão cirúrgica completa garante a possibilidade curativa. A radioterapia, hormonioterapia e quimioterapia, ou qualquer associação delas ainda são controversos.

A cirurgia recomendada e mais aceita é a histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral (SOB). Apesar de a histerectomia radical apresentar relatos de efetividade maior, a histerectomia simples é suficiente na maioria das pacientes.

VI - CÂNCER DA TUBA UTERINA

O adenocarcinoma de tuba uterina é o câncer mais raro do trato genital, com frequência menor que 1% dentre todas as neoplasias ginecológicas.

VII - CÂNCER DE OVÁRIO

O câncer de ovário é o mais letal dos tumores ginecológicos.

Diagnóstico

O carcinoma do ovário apresenta-se em estágios avançados em 75% dos casos. O diagnóstico deve ser suscitado em toda mulher com ascite, emagrecimento, massa pélvica, ou carcinomatose peritoneal.

O diagnóstico de suspeita faz-se pela ultrassonografia. O diagnóstico de certeza depende do exame anatomopatológico de material obtido no momento da cirurgia.

O marcador tumoral CA 125 costuma estar muito elevado nos casos avançados de carcinoma seroso (acima de 1000 U/ml), porém se estiver baixo ou negativo não exclui câncer de ovário.

Tratamento

O tratamento ideal do carcinoma de ovário é a cirurgia citorrredutora seguida de quimioterapia.



UniRV – UNIVERSIDADE DE RIO VERDE EDITAL Nº. 02/2017
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DE
PROFESSOR ASSISTENTE NÍVEL 1 DA UNIRV – UNIVERSIDADE
DE RIO VERDE

RESPOSTAS ESPERADAS – PROVA DISCURSIVA

FACULDADE/ÁREA DE ATUAÇÃO:

Medicina IV

SEGUNDO TEMA SORTEADO:

Sexualidade feminina: comportamento sexual, dinâmica da resposta sexual, problemas sexuais, orientações gerais, causas, diagnóstico e tratamento.

I - COMPORTAMENTO SEXUAL

Em quase todos os países, a atividade sexual se inicia na adolescência tardia, geralmente entre 15 a 19 anos de idade. Para as meninas, a idade média da primeira relação sexual é menor nas regiões do mundo em que o casamento precoce é a regra, como na Ásia e África; e alta na América Latina e em alguns países do Oriente Médio e sudeste da Ásia.

No Brasil, a proporção de adolescentes que já tiveram relação sexual antes dos 15 anos tem aumentado entre os meninos, mas não entre as meninas, nas últimas quatro décadas.

Estudos realizados no Brasil e no mundo mostram que a precocidade da relação sexual está associada ao sexo desprotegido e ao maior número de parceiros ao longo da vida. O sexo desprotegido é um dos fatores que mais contribuem para aumentar o número de anos de vida perdidos ajustados por incapacidades em adolescentes e adultos jovens. O não uso ou o uso inadequado de preservativo pode acarretar em infecção por doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde frequente, com um impacto negativo na qualidade de vida.

A **dinâmica da resposta sexual** inclui o desejo, a excitação sexual e o orgasmo.

II - PROBLEMAS SEXUAIS E CAUSAS

A disfunção sexual é multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais.

Algumas patologias, como a diabetes mellitus ou algumas doenças neurológicas e neoplásicas, podem, de forma direta ou indireta, afetar a função sexual.

O próprio envelhecimento está também associado a uma diminuição da resposta sexual, atividade sexual e da libido. A diminuição dos níveis de estradiol na menopausa provoca uma diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia.

Vários fármacos podem ter um efeito inibitório da função sexual, como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina e noradrenalina (ISRSN), os antiestrogênicos (tamoxifeno e inibidores da aromatase) e os estrogênios orais (como os contraceptivos hormonais combinados).

Em relação aos fatores psicológicos, os com maior impacto na função sexual feminina são a depressão, a ansiedade, imagem corporal negativa, abuso sexual e a negligência emocional.

Os fatores socioculturais que mais frequentemente causam ou mantêm a disfunção sexual são problemas de relacionamento, a disfunção sexual do parceiro, eventos de vida geradores de stress e contextos culturais ou religiosos inibidores da sexualidade.

III - DIAGNÓSTICO

A melhor abordagem na avaliação da disfunção sexual feminina é o modelo biopsicossocial que deve incluir a história sexual e o exame objetivo.

Disfunção no desejo e excitação sexual

Desejo sexual refere-se à motivação para o ato sexual.

A excitação sexual refere-se ao processo fisiológico de excitação, que inclui a lubrificação e o fluxo sanguíneo vaginal.

Pouco ou nenhum desejo espontâneo, discrepância no grau de desejo entre a mulher e o parceiro e diminuição da excitação sexual fisiológica relacionada com a menopausa são exemplos não de disfunção sexual, mas de variação normal da resposta sexual.

Disfunção do orgasmo

A disfunção do orgasmo inclui um atraso marcado no atingimento do orgasmo ou orgasmo ausente/pouco frequente ou menos intenso durante pelo menos seis meses em 75 a 100% das relações sexuais.

Esta disfunção pode existir desde sempre (primária) ou ser adquirida (secundária).

A anorgasmia primária é sugestiva de que a paciente não está familiarizada nem confortável com a autoestimulação ou com a comunicação sexual com o parceiro ou, ainda, por falta de educação sexual adequada.

Atraso ou diminuição da intensidade do orgasmo pode estar relacionada com a diminuição do fluxo sanguíneo genital ou a diminuição da sensibilidade genital, consequência do envelhecimento, e não é considerado como disfunção sexual.

O médico deve determinar se as dificuldades no orgasmo ocorrem apenas com determinados tipos de estimulação, situação ou parceiro. Se a paciente referir dificuldade na relação sexual com o parceiro, mas não na autoestimulação, sugere estimulação sexual inadequada.

Dor genitopélvica

O vaginismo e a dispareunia estão incluídos na dor genitopélvica/disfunção associada à penetração.

A dor é definida como medo ou ansiedade, contração/tensão dos músculos abdominopélvicos ou dor associada à penetração vaginal persistente e/ou recorrente durante, pelo menos, seis meses. Esta disfunção pode ser primária ou secundária.

O médico deve determinar se a dor ocorre no início da penetração vaginal, com a penetração profunda, ou em ambas.

IV - ORIENTAÇÕES GERAIS E TRATAMENTO

A primeira consulta pode ser benéfica apesar de a disfunção sexual requerer muitas vezes um tratamento multidisciplinar.

O modelo PLISSIT – permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy – é utilizado para abordar a saúde sexual das pacientes.

- Permissão: dar abertura à paciente para falar sobre a sua saúde sexual;
- Informação limitada: educação sexual básica adequada (e.g., ciclo resposta sexual feminino, anatomia e impacto do envelhecimento na função sexual);
- Sugestões específicas simples: uso de vibrador, lubrificante e formas de aumentar a intimidade emocional;
- Terapia intensiva: validar as preocupações da paciente e referenciar.

Estratégias para tratar a disfunção sexual induzida pelos antidepressivos incluem a redução da dose, a troca por outro antidepressivo com menos efeitos adversos na função sexual ou adicionar bupropiona. Uma revisão da Cochrane sugere o uso de bupropiona 150 mg, duas vezes por dia, mas são necessários mais estudos (nível de evidência B). Num pequeno estudo, o sildenafil reduziu a disfunção sexual induzida pelos ISRS e pelos ISRSN (nível de evidência B)

A dor genital feminina é complexa e necessita de uma abordagem multidisciplinar, considerando os fatores biopsicossociais. A disfunção do assoalho pélvico é melhor tratada pela medicina física e de reabilitação. A utilização de vibrador pode ser benéfica.

Psicoterapia e terapia sexual podem ser úteis em mulheres cuja causa de disfunção esteja associada a fatores relacionais, socioculturais ou com ansiedade.

Técnicas de meditação têm demonstrado efetividade no tratamento de vários tipos de disfunção sexual feminina.

A masturbação é o tratamento de eleição nos casos de anorgasmia primária.

A terapêutica tópica com estrogénios é recomendada e preferível ao uso de terapêutica estrogénica sistêmica para o tratamento da síndrome genitourinária da menopausa, assim como na dispareunia associada a secura vaginal. Face aos potenciais efeitos adversos dos estrogénios, especialmente os sistémicos, o seu uso deve ser limitado e de curta duração (nível de evidência A).

O ospemifeno tem uma eficácia modesta no tratamento da dispareunia (nível de evidência B).

A testosterona transdérmica, associada ou não a estrogénios, pode ser efetiva no tratamento a curto prazo da disfunção do desejo/excitação sexual em mulheres pós menopáusicas (nível de evidência B), mas, além de não estar demonstrada a sua segurança e eficácia a longo prazo, está também associada a efeitos secundários de hiperandrogenismo.