

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 51, Número 9, 2023

INSERÇÃO DO DIU imediatamente após o parto e o abortamento

Segurança do
paciente no
treinamento em
Ginecologia e
Obstetrícia

A Nova
Resolução
sobre
Publicidade
Médica





**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

Aqui **ELA** encontra informações seguras sobre saúde,
bem-estar e qualidade de vida.

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

 [@feitoparaelaoficial](https://www.instagram.com/feitoparaelaoficial)

DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 3.421,
conj. 903 – CEP 01401-001 – São Paulo, SP
Telefone: (11) 5573-4919

SECRETARIA EXECUTIVA

Avenida das Américas, 8.445, sala 711
CEP: 22793-081 – Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21) 2487-6336
Fax: (21) 2429-5133

EDITORIAL

Bruno Henrique Sena Ferreira
editorial.office@Febrasgo.org.br

PUBLICIDADE

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

Femina® é uma revista oficial da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria) e é distribuída gratuitamente aos seus sócios. É um periódico editado pela Febrasgo, *Open Access*, indexado na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A Febrasgo, a revista *Femina* e a Modo Comunicação não são responsáveis pelas informações contidas em artigos assinados, cabendo aos autores total responsabilidade por elas.



A revista *Femina* é uma publicação de acesso livre CC-BY (Creative Commons), a qual permite a citação e a reprodução de seus conteúdos, porém protegida por direitos autorais. É permitido citar e reproduzir seu conteúdo desde que sejam dados os devidos créditos ao(s) autor(es), na maneira especificada por ele(s) em seu(s) artigo(s).

Produzida por: **Modo Comunicação**. *Editor*: Maurício Domingues; *Jornalista*: Leticia Martins (MTB: 52.306); *Revisora*: Glair Picolo Coimbra. *Correspondência*: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

CONSELHO EDITORIAL

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Alberto Carlos Moreno Zaconeta
Alex Sandro Rolland de Souza
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva
Antonio Rodrigues Braga Neto
Belmiro Gonçalves Pereira
Bruno Ramalho de Carvalho
Camil Castelo Branco
Carlos Augusto Faria
César Eduardo Fernandes
Claudia Navarro Carvalho
Duarte Lemos
Cristiane Alves de Oliveira
Cristina Laguna Benetti Pinto
Corintio Mariani Neto
David Barreira Gomes Sobrinho
Denise Leite Maia Monteiro
Edmund Chada Baracat
Eduardo Cordoli
Eduardo de Souza
Fernanda Campos da Silva
Fernando Maia Peixoto Filho
Gabriel Ozanan
Garibalde Mortoza Junior
Geraldo Duarte
Gustavo Salata Romão

Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Jesus Paula Carvalho
José Eleutério Junior
José Geraldo Lopes Ramos
José Mauro Madi
Jose Mendes Aldrighi
Julio Cesar Rosa e Silva
Julio Cesar Teixeira
Lucia Alves da Silva Lara
Luciano Marcondes
Machado Nardoza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osório Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano
Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza

Newton Eduardo Busso
Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Paulo Roberto Dutra Leão
Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes
Pessoa de Aguiar
Renato de Souza Bravo
Renato Zocchio Torresan
Ricardo de Carvalho Cavalli
Rodolfo de Carvalho Pacagnella
Rodrigo de Aquino Castro
Rogério Bonassi Machado
Rosa Maria Neme
Roseli Mieko Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerrawi
Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral

Neste número, *Femina* faz um alerta para os ginecologistas e obstetras brasileiros e chama a atenção para uma questão importante para as mulheres no período pós-parto ou pós-aborto e que necessitarão, em seguida, de método contraceptivo. Segundo a publicação contida neste fascículo e motivo da matéria de capa, “Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre a inserção do DIU imediatamente após o parto e o abortamento”, os médicos plantonistas que trabalham em hospitais públicos brasileiros têm conhecimento limitado sobre a inserção do DIU no período pós-parto imediato (DIU-PPI) ou no período pós-aborto imediato (DIU-PAI). De acordo com os autores, trata-se de uma oportunidade ímpar para a aplicação dos contraceptivos, enquanto a paciente ainda está em leito hospitalar.

Apesar da grande oferta de métodos contraceptivos disponíveis no Brasil, o país ainda registra altos índices de gravidez não planejada. Pesquisas apontam que 55% a 62% das mulheres não planejaram a última gestação. A solução para essa questão está ao alcance dos programas de residência médica (aparelho formador) e dos gestores do sistema de saúde, pois demanda focar com mais empenho o problema, visto que a solução demanda de poucos recursos financeiros. Os dispositivos intrauterinos (DIUs) destacam-se como ferramenta importante para a atuação dos ginecologistas e obstetras que se preocupam com a taxa elevada de gestações não planejadas, a um custo baixo. Embora seja um procedimento já consagrado em todo o mundo, uma porcentagem considerável dos médicos que participaram da pesquisa relatou falta de treinamento e de experiência na inserção de DIU-PPI e, especialmente, de DIU-PAI. Entre as principais barreiras citadas pelos médicos que contribuem para o baixo uso desse método nos hospitais públicos seriam, além da resistência das mulheres, a indisponibilidade do DIU no centro obstétrico e a falta de protocolos institucionais. Vale lembrar que na Matriz de Competência para os programas de Residência em Ginecologia e Obstetrícia (GO), elaborada pela Febrasgo e aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica, dá-se forte ênfase ao treinamento dos residentes na colocação desses métodos contraceptivos. É preciso mais atenção dos Programas de Residência em GO para o treinamento sobre esse procedimento.

A segurança do paciente no treinamento em GO é o tema tratado na seção de Residência Médica. Esse assunto deveria ser motivo de preocupação dos tutores e coordenadores de cursos de graduação e residência em medicina, tendo em vista os altos índices de complicações e danos preveníveis que podem ocorrer com pacientes internadas, chegando a ser de 10% a 15% de todos os pacientes admitidos em uma unidade

de emergência. É preciso que os programas de treinamento adotem estratégias de segurança como já são previstas na Matriz de Competências publicada pela Comissão de Residência Médica da Febrasgo, que dedicou seu eixo 15 ao tema Segurança do Paciente em Ginecologia e Obstetrícia, apresentada nessa seção.

Outro assunto que chamou a atenção da classe médica e despertou muita curiosidade também na imprensa leiga e está abordada na seção de Defesa e Valorização Profissional foi a Nova Resolução, nº 2.336/2023, editada em 13 de setembro de 2023 pelo Conselho Federal de Medicina e que dispõe sobre publicidade e propaganda médicas que passará a regular a propaganda/publicidade médica a partir de março de 2024, ou seja, 180 dias a partir da data de publicação. Participaram das discussões diversos setores profissionais, como publicitários, profissionais de marketing e jornalistas, em amplo debate com as entidades médicas. As mudanças previstas só estarão plenamente autorizadas e válidas a partir de 11 de março de 2024.

O presidente de Federada entrevistado neste número é o Prof. Dr. Aljerry Dias do Rego, que relata as dificuldades dos ginecologistas e obstetras no estado do Amapá, onde convivem com baixos números de médicos especialistas em um estado com alto índice de gestação na adolescência e sérios obstáculos logísticos. Ele se declara bastante motivado para o exercício do cargo, pois, além de ser originário da própria região, mostra-se disposto a enfrentar os diversos desafios que tem pela frente na presidência da AGOAP.

Finalmente, o Caderno Científico traz o tradicional Febrasgo *Position Statement*, abordando o tema “Desafios do rastreamento do câncer de mama”, elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Imaginologia Mamária da Febrasgo. Complementam o Caderno Científico três artigos de revisão. O primeiro abordando temas como trombofilias nas perdas gestacionais de repetição, o segundo sobre a correlação entre o hormônio antimulleriano (AMH) e a reserva ovariana, e, por fim, uma revisão sobre o manejo das irregularidades menstruais secundárias ao uso de contraceptivos. Há também um relato de caso sobre tratamento conservador de um tumor *borderline* de ovário visando à preservação da fertilidade.

Femina está aberta à participação dos autores brasileiros. Temas de revisões e artigos de casuística nacional serão muito bem-vindos. Participe. Contribua enviando seus trabalhos para serem vistos pelos 17.000 associados da Febrasgo e de livre acesso para toda a América Latina e Caribe por meio da base de dados LILACS.

SUMÁRIO

510 Capa

Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre a inserção do DIU imediatamente após o parto e o abortamento

520 Entrevista

Janela de oportunidade para o planejamento da gravidez

524

Federada

AGOAP

**Ser ginecologista
obstetra no Amapá**

528

Residência Médica

**Segurança do paciente
no treinamento em
Ginecologia e Obstetrícia**



532

Defesa e Valorização Profissional

**A Nova Resolução sobre
Publicidade Médica:
o que mudou e quando
começa a valer?**

537

Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

**Desafios do rastreamento
do câncer de mama**

ARTIGOS DE REVISÃO

**As trombofilias na
perda gestacional de
repetição: uma revisão de
prevalência e condutas**

**O hormônio antimulleriano e a
reserva ovariana: uma revisão
integrativa da literatura**

**Manejo das irregularidades
menstruais secundárias ao uso
de contraceptivos – análise
das recomendações atuais**

RELATO DE CASO

**Desfechos reprodutivos e de
sobrevida em adolescente
tratada com cirurgia
preservadora de fertilidade
por tumor *borderline* de ovário
em estágio avançado: relato
de caso e revisão da literatura**



Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre a inserção do DIU imediatamente após o parto e o abortamento

Adalberto Kiochi Aguemí¹, Mirna Namie Okamura¹,
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli², Maria Regina Torloni²

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos médicos brasileiros sobre a inserção do dispositivo intrauterino no pós-parto e pós-abortamento imediatos. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo enquete de plantonistas de hospitais públicos brasileiros. Os participantes responderam a um questionário *on-line* anônimo com perguntas fechadas para avaliar seu conhecimento, atitude e experiência quanto à inserção de dispositivo intrauterino de cobre no pós-parto e pós-abortamento imediatos. **Resultados:** Cento e vinte e sete médicos que trabalham em 23 hospitais nas cinco regiões geográficas do Brasil responderam ao questionário. A maioria era do sexo feminino (68,5%) e trabalhava em hospitais universitários (95,3%). O escore médio (desvio-padrão) de conhecimento (escala de 0-10) foi de 5,3 (1,3); apenas 27,6% dos participantes tiveram escores $\geq 7,0$. A maioria dos médicos (73,2%) colocaria o DIU pós-parto em si/familiares. Cerca de 42% afirmaram não ter recebido nenhum treinamento sobre inserção de dispositivo intrauterino pós-parto ou pós-abortamento. Nos últimos 12 meses, 19,7%, 22,8% e 53,5% dos respondentes afirmaram não ter inserido nenhum dispositivo intrauterino durante uma cesariana, imediatamente após um parto vaginal e um abortamento, respectivamente. **Conclusão:** A maioria das participantes do estudo tem atitude positiva em relação à inserção de dispositivos intrauterinos no pós-parto imediato, mas tem conhecimento limitado sobre o uso desse método contraceptivo. Grande porcentagem dos participantes não teve treinamento anterior sobre inserção de dispositivo intrauterino pós-parto e pós-abortamento e não realizou nenhuma inserção nos últimos doze meses. São necessárias estratégias para melhorar o conhecimento, o treinamento e a experiência dos médicos brasileiros sobre a inserção de dispositivo intrauterino no pós-parto e pós-abortamento imediatos.

Descritores

Dispositivos intrauterinos de cobre; Período pós-parto; Aborto espontâneo; Aborto induzido; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde

1. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP, Brasil.

2. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Adalberto Kiochi Aguemí
Rua General Jardim, 36, Vila Buarque,
01223-906, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: adalbertoaguemi@gmail.com

Como citar:

Aguemí AK, Okamura MN, Guazzelli CA, Torloni MR. Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre a inserção do DIU imediatamente após o parto e o abortamento. *Femina*. 2023;51(9):510-9.

Nota do Editor:

Este artigo é a versão em língua portuguesa do artigo Knowledge, Attitude, and Practice of Brazilian Physicians about Immediate Postpartum and Postabortion Intrauterine Device Insertion.

Aguemí AK, Torloni MR, Okamura MN, Guazzelli CAF, publicado em *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;45(9):524-534.

INTRODUÇÃO

A gravidez não planejada (GNP) é um problema de saúde pública global que afeta especialmente populações de países de baixa e média renda.⁽¹⁾ Entre 2015-2019, ocorreram aproximadamente 121 milhões de GNPs anualmente no mundo (64 GNP/1.000 mulheres em idade reprodutiva). Mais da metade dessas gestações terminou em abortamento induzido, expondo cerca de 73 milhões de mulheres por ano aos riscos associados a esse procedimento, muitas vezes realizado em condições inadequadas por ser ilegal em muitos países.⁽²⁾ No Brasil, quase 55% das gestações não são planejadas,⁽³⁾ e a prevalência de abortamento induzido é estimada em 15%.⁽⁴⁾ Além das consequências físicas e mentais para as mulheres e suas famílias,⁽⁵⁾ as GNPs também têm impactos econômicos. Estima-se que o custo anual total das GNPs no Brasil seja de R\$ 4,10 bilhões, dos quais R\$ 4,07 bilhões (99,2%) são gastos com gravidez e parto, e R\$ 32,8 milhões (0,8%) são custos relacionados a abortamentos espontâneos ou induzidos.⁽⁶⁾

A falta de acesso a métodos contraceptivos eficazes, bem como a falha em seu uso, é o principal contribuinte para as altas taxas de GNPs. Os anticoncepcionais modernos de curta ação têm impacto menor na redução dessas gestações, quando comparados aos métodos contraceptivos de ação prolongada.⁽⁷⁾ O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é um método anticoncepcional reversível de longa duração, seguro e barato, com poucas contra-indicações. O DIU de cobre pode ser usado por 10 anos ou mais e pode ser inserido em nulíparas e adolescentes.⁽⁸⁾ A taxa de falha desse método é de 0,8% gravidez/ano em uso típico e de 0,6% em uso perfeito, o que é praticamente equivalente à eficácia da laqueadura tubária.⁽⁹⁾ No entanto, os DIUs ainda são subutilizados, especialmente em países de baixa e média renda. Na América do Sul, menos de 5% das mulheres usam DIUs,⁽¹⁰⁾ em comparação com 10%-35% das mulheres nos países de renda média e alta.⁽¹¹⁾

A inserção do DIU no pós-parto imediato (DIU-PPI) é segura e poderia aumentar o uso desse método, pois as mulheres estão muito motivadas a evitar uma nova gravidez nesse período. A inserção do DIU imediatamente após a extração da placenta não causa desconforto adicional, dispensa testes de gravidez e evita a necessidade de agendar uma consulta pós-alta para inserção do dispositivo.⁽¹²⁾ É importante incentivar o uso de um método contraceptivo eficaz no período pós-parto imediato, pois o risco de GNP nesse período é alto, uma vez que a maioria das mulheres retomará a atividade sexual poucas semanas após o parto⁽¹³⁾ e muitas se tornarão férteis rapidamente, especialmente se não estiverem amamentando.⁽¹⁴⁾ No entanto, existem várias barreiras que dificultam o aumento do uso do DIU-PPI, como a falta do dispositivo nos centros obstétricos, as questões de custo ou reembolso, a falta de treinamento dos médicos para sua inserção e as preocupações desses profissionais quanto ao risco de expulsão, assim como

a falta de interesse das mulheres por esse método contraceptivo.⁽¹⁵⁾ A inserção de um DIU imediatamente após um abortamento espontâneo ou induzido (DIU-PAI) é outra janela de oportunidade para expandir o uso desse método contraceptivo e prevenir GNP.⁽¹⁶⁾ O rápido retorno da fertilidade imediatamente após um abortamento espontâneo,⁽¹⁷⁾ juntamente com o fato de que a maioria das mulheres volta a ter atividade sexual nas primeiras duas semanas após uma perda gestacional precoce, reforça a importância de oferecer um método contraceptivo eficaz imediatamente após o esvaziamento uterino.⁽¹⁸⁾ As barreiras ao uso do DIU-PAI incluem fatores relacionados aos profissionais, como a falta de treinamento para inserção nessas pacientes e medo de complicações, bem como a falta de informação e medo das mulheres sobre esse método.⁽¹⁹⁾

Estudos de conhecimento, atitude e prática são importantes para descrever o conhecimento atual de uma população, bem como sua postura sobre um determinado tópico, informações importantes para planejar intervenções eficazes.⁽²⁰⁾ Existem vários estudos de conhecimento, atitude e prática sobre DIU-PPI e DIU-PAI envolvendo profissionais de saúde de outros países,^(15,21-24) mas não identificamos estudos semelhantes no Brasil.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos que trabalham em hospitais públicos brasileiros sobre o uso de DIU-PPI e DIU-PAI. O objetivo secundário foi identificar possíveis barreiras ao uso desse método nessas instituições.

MÉTODOS

Este estudo transversal descritivo foi realizado em fevereiro-maio de 2020. O delineamento do estudo planejou a inclusão de uma amostra representativa de hospitais brasileiros públicos, filantrópicos ou mistos (privados-públicos) de médio porte (>2.000 partos/ano). Criamos uma lista de todas as instituições elegíveis para cada uma das cinco regiões geográficas do país a partir do site do Ministério da Saúde.⁽²⁵⁾ Em seguida, para cada região, usamos uma lista de números aleatórios gerada eletronicamente (Microsoft Excel) para identificar as instituições que seriam convidadas a participar do estudo. O total de instituições selecionadas em cada região geográfica foi proporcional ao número de nascimentos naquela região em 2019, ou seja, incluímos mais instituições das regiões Sudeste, Nordeste e Sul e menos instituições das regiões Norte e Centro-Oeste. A partir dessa lista aleatória de instituições, contatamos (por e-mail e telefone) os diretores das instituições selecionadas em cada região para convidá-los a participar do estudo. Os hospitais foram incluídos no estudo depois que os diretores aceitaram o convite e o estudo foi aprovado pelos comitês de ética locais. Os participantes do estudo foram os médicos que atuavam como plantonistas nos centros obstétricos de cada uma das instituições

selecionadas. Foram considerados inelegíveis os médicos que não fossem fluentes em português ou que não fizessem partos. Os diretores das instituições participantes enviaram a todos os médicos elegíveis um e-mail padrão (criado pelos pesquisadores) explicando o objetivo do estudo, com o link para um questionário eletrônico. Foram incluídos no estudo todos os médicos elegíveis que aceitaram o convite e preencheram o questionário eletrônico (amostra de conveniência).

O questionário foi desenvolvido pelos autores do estudo seguindo as recomendações metodológicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para pesquisas de conhecimento, atitude e prática⁽²⁰⁾ e com base em estudos semelhantes realizados em outros países. O questionário foi inicialmente testado em um grupo de 10 plantonistas que trabalhavam em maternidades inelegíveis, depois foi modificado e testado novamente em outro grupo de 10 plantonistas dessas mesmas instituições, até que todas as perguntas e respostas estivessem claras para todos os participantes. A versão final foi convertida em um questionário eletrônico (Google Forms) para ser aplicado online. O questionário era anônimo e dividido em duas partes. A primeira parte coletou as características dos participantes. A segunda parte consistia em nove questões de múltipla escolha para avaliar o conhecimento teórico dos médicos (indicações, contra-indicações, riscos e complicações) sobre DIU-PPI e DIU-PAI, três questões para avaliar a atitude dos participantes em relação à inserção do DIU em mulheres atendidas em diferentes serviços e setores de saúde, quatro questões sobre sua experiência pessoal e capacitação para inserção de DIUs pós-parto e pós-abortamento, e três questões sobre possíveis barreiras ao uso desses métodos no hospital público onde trabalhavam. Usamos as melhores evidências disponíveis na época para criar as perguntas e as respostas corretas.^(8,18,26,27)

Apresentamos as características dos participantes e os resultados das questões de conhecimento, atitude e prática de forma descritiva (número, porcentagens, média e desvio-padrão). Convertemos as pontuações das nove questões de conhecimento para uma escala decimal (0 a 10).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (CAAE 06756219.0.0000.5505) e pelos comitês de ética das instituições participantes. Obtivemos o consentimento informado de todos os participantes eletronicamente antes que eles tivessem acesso ao questionário online anônimo.

RESULTADOS

Entramos em contato com os 178 hospitais selecionados aleatoriamente (50% das 357 instituições elegíveis), e 23 concordaram em participar. O principal motivo da recusa, segundo os diretores das instituições que responderam

ao nosso contato, foi o fato de suas equipes de médicos estarem sobrecarregadas, devido à primeira onda da pandemia de COVID-19, que nessa altura se alastrava pelo país. Como a situação foi se agravando com o tempo e o sistema público de saúde estava entrando em colapso devido à pandemia, e como não podíamos prever a duração dessa situação, decidimos encerrar o estudo no final de maio de 2020, quatro meses depois de iniciado. Ao final do estudo, 127 médicos atuantes em 23 hospitais localizados nas cinco regiões geográficas do Brasil haviam respondido ao questionário. A maioria dos participantes era do sexo feminino (68,5%), tinha idade média de 40,6 anos, havia se formado há cerca de 15 anos, tinha residência médica em ginecologia e obstetrícia (72,4%) e trabalhava em hospitais de ensino (95,3%) localizados em capitais (84,2%) da região Sudeste (51,2%) do Brasil (Tabela 1).

O escore geral médio (desvio-padrão) das questões de conhecimento foi de 5,3 (1,3), variando de 2,2 a 8,8 (escala de 0 a 10), e apenas 27,6% (n = 35) dos 127 participantes tiveram escores gerais ≥ 7 . Mais de três quartos (77,2%) dos médicos superestimaram a taxa de expulsão do DIU inserido durante uma cesariana; a maioria (55,1%) superestimou o risco de expulsão do DIU inserido imediatamente após um parto vaginal; e cerca de 61% (n = 77) superestimaram o risco de perfuração uterina do DIU inserido após um parto vaginal. Por outro lado, a maioria (50,4%) das participantes subestimou o risco de perfuração uterina do DIU inserido imediatamente após um abortamento. Quase todos os participantes responderam corretamente às perguntas sobre a segurança geral do DIU-PPI (100%) e do DIU-PAI (98,4%), e a maioria respondeu corretamente às perguntas sobre os riscos de endometrite nas inserções do DIU após o parto vaginal (72,4%), taxas de expulsão de DIU-PAI (63%) e contra-indicações para DIU-PPI e inserção de DIU-PAI (60,6%) (Tabela 2).

A maioria dos profissionais (73,2%, n = 93) provável ou certamente colocaria o DIU-PPI em si ou em familiares, e quase 93% (n = 118) acham importante ou muito importante aumentar o uso do DIU pós-parto no Brasil. Cerca de 72% (n = 91) dos respondentes afirmaram que recomendam com frequência (ou seja, para $\geq 50\%$ das mulheres elegíveis) o uso do DIU para pacientes atendidas em ambulatórios públicos de ginecologia, enquanto 53,5% (n = 68) o fazem para mulheres atendidas em ambulatórios privados de ginecologia. A proporção de médicos que frequentemente recomendam o uso de DIU-PPI para mulheres elegíveis foi quase duas vezes maior para mulheres atendidas em hospitais públicos do que em hospitais privados (61,4% vs. 29,9%, respectivamente). Menos da metade dos participantes respondeu que recomenda frequentemente o uso do DIU-PAI para mulheres atendidas em hospitais públicos ou privados (48,0% e 26,8%, respectivamente) (Tabela 3).

Cerca de 58% (n = 74) dos participantes relataram ter participado de algum tipo de treinamento sobre

inserção de DIU-PPI ou DIU-PAI. A maioria desses médicos (74,3%, n = 55/74) relatou que o treinamento havia ocorrido mais de 12 meses antes, havia sido promovido por instituições públicas (Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde local) e havia ocorrido no hospital

Tabela 1. Características de 127 médicos plantonistas de centros obstétricos de 23 hospitais públicos brasileiros

Características	n (%)
Sexo	
Feminino	87 (68,5)
Masculino	40 (31,5)
Idade, anos	
Mínimo-máximo	24 a 66
Média (DP)	40,6 (10,4)
Tempo de formado, anos	
Mínimo-máximo	1 a 42
Média (DP)	15,4 (10,7)
Formação/Especialização*	
Doutorado	13 (10,2)
Mestrado	14 (11,0)
Residência em GO	92 (72,4)
Título de especialista em GO	8 (6,3)
Número de hospitais nos quais trabalha	
1	93 (73,2)
2	14 (11,0)
3 ou mais	20 (15,8)
A instituição onde dá plantão é um hospital de ensino	
Sim	121 (95,3)
Não	6 (4,7)
Carga horária semanal no hospital onde dá plantão	
<24 horas	48 (37,8)
≥24 horas	79 (62,2)
Região onde se situa o hospital onde dá plantão	
Sudeste	65 (51,2)
Nordeste	29 (22,8)
Sul	16 (12,6)
Norte	11 (8,7)
Centro-Oeste	6 (4,7)
Tipo de cidade onde se situa o hospital onde dá plantão	
Capital	107 (84,2)
Interior	20 (15,8)

*Maior título relatado pelo participante. A maioria dos participantes tinha mais de um título. DP: desvio-padrão; GO: ginecologia e obstetria.

Tabela 2. Conhecimento de 127 médicos plantonistas sobre a inserção do DIU no pós-parto e pós-aborto imediatos

Pergunta	n(%)
1. É seguro inserir DIU no pós-parto imediato?	
Sim (opção correta)	127(100)
Não	0
2. É seguro inserir DIU no pós-abortamento imediato?	
Sim (opção correta)	125(98,4)
Não	2(1,6)
3. Taxa habitual de expulsão de DIU inserido imediatamente pós-parto vaginal	
>27%	19(15,0)
16%-26%	51(40,2)
5%-15% (opção correta)	45(35,4)
<5%	12(9,4)
4. Taxa habitual de expulsão de DIU inserido imediatamente pós-cesárea	
>16%	17(13,4)
11%-16%	30(23,6)
5%-10%	51(40,2)
<5% (opção correta)	29(22,8)
5. Taxa habitual de expulsão de DIU inserido imediatamente pós-abortamento	
<6% (opção correta)	80(63,0)
6%-11%	29(22,8)
12%-16%	11(8,7)
≥17%	7(5,5)
6. Risco habitual de endometrite de DIU inserido imediatamente pós-parto vaginal	
<2% (opção correta)	92(72,4)
2%-3%	18(14,2)
4%-5%	12(9,5)
>6%	5(3,9)
7. Risco habitual de perfuração uterina de DIU inserido imediatamente pós-abortamento	
0,1 a 0,2 em cada 1.000 inserções	64(50,4)
1 a 2 em cada 1.000 inserções (opção correta)	54(42,5)
3 em cada 1.000 inserções	4(3,2)
4 em cada 1.000 inserções	5(3,9)
8. Risco habitual de perfuração uterina de DIU inserido imediatamente pós-parto vaginal	
>4%	3(2,4)
2%-3%	22(17,3)
0,5%-1%	52(40,9)

0,5% (opção correta)	50(39,4)
9. Contraindicações para inserção de DIU no pós-parto ou pós-abortamento imediatos	
Abortamento infectado e corioamnionite (opção correta)	77(60,6)
Ruptura das membranas há mais de 12 horas	33(26,0)
Abortamento infectado	1(0,8)
Corioamnionite	0
Mulheres com diabetes	0

DIU: dispositivo intrauterino.

onde trabalhavam (59,5%, n = 44). Quase 54% dos participantes (n = 68) relataram não ter inserido nenhum DIU-PAI nos últimos 12 meses, cerca de 23% (n = 29) não haviam inserido nenhum DIU imediatamente após um parto vaginal e cerca de 20% (n = 25) referiram não ter inserido nenhum DIU durante cesariana no último ano (Tabela 4).

Mais de 70% dos participantes consideram a resistência das mulheres ao método uma barreira importante ou muito importante para a inserção do DIU-PPI ou DIU-PAI no hospital público onde trabalham. Mais de 60% apontaram a indisponibilidade do DIU de cobre no centro obstétrico e a falta de protocolos hospitalares como barreiras importantes ou muito importantes para a inserção do DIU-PPI ou DIU-PAI. Outras barreiras importantes ou muito importantes mencionadas pela maioria dos participantes foram a falta de experiência dos médicos e o medo da expulsão do DIU (em inserções após partos vaginais ou cesáreas), o medo de infecção ou perfuração (em inserções após parto vaginal ou aborto) e a falta de apoio dos gestores hospitalares (para inserção do DIU-PAI) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os achados desta enquete nacional indicam que os médicos plantonistas que trabalham em hospitais públicos brasileiros têm conhecimento limitado sobre inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI. A maioria dos participantes tem atitude favorável à inserção do DIU-PPI, mas não do DIU-PAI. Uma porcentagem considerável dos respondentes não teve nenhum treinamento anterior sobre inserção de DIU-PPI e DIU-PAI e não havia realizado esses tipos de inserções nos últimos 12 meses. As principais barreiras apontadas como importantes ou muito importantes para as inserções do DIU-PPI e do DIU-PAI foram a resistência das mulheres, a indisponibilidade do DIU no centro obstétrico, a inexistência de protocolos hospitalares para essas inserções e a falta de experiência dos médicos plantonistas.

O conhecimento geral de nossos participantes sobre DIU-PPI e DIU-PAI foi semelhante ao relatado em

Tabela 3. Atitude de 127 médicos plantonistas sobre a inserção do DIU pós-parto e pós-abortamento imediatos

Pergunta	n(%)
Colocaria DIU em si própria/familiar no pós-parto imediato?	
Com certeza não	14(11,1)
Provavelmente não	20(15,7)
Provavelmente sim	31(24,4)
Com certeza sim	62(48,8)
Você acha importante aumentar o uso do DIU pós-parto no Brasil?	
Muito importante	92(72,4)
Importante	26(20,5)
Pouco importante	6(4,7)
Nada importante	3(2,4)
Recomenda/orienta o uso de DIU para mulheres atendidas em ambulatório público de ginecologia?	
Nunca	7(5,5)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	6(4,7)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	23(18,1)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	91(71,7)
Recomenda/orienta o uso de DIU para mulheres atendidas em ambulatório privado de ginecologia?	
Nunca	14(11,1)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	12(9,4)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	33(26,0)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	68(53,5)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PPI em hospitais públicos?	
Nunca	9(7,1)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	15(11,8)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	25(19,7)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	78(61,4)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PPI em hospitais privados?	
Nunca	40(31,5)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	24(18,9)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	25(19,7)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	38(29,9)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PAI em hospitais públicos?	
Nunca	17(13,4)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	24(18,9)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	25(19,7)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	61(48,0)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PAI em hospitais privados?	
Nunca	43(33,9)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	22(17,3)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	28(22,0)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	34(26,8)

DIU: dispositivo intrauterino; DIU-PAI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um abortamento; DIU-PPI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um parto.

estudos comparáveis envolvendo profissionais de saúde de países desenvolvidos e melhor do que o relatado em estudos conduzidos em países de baixa ou média renda.^(15,21,23,24) Embora a maioria dos médicos brasileiros conhecesse a segurança geral do DIU-PPI e do DIU-PAI e suas principais contraindicações, eles tinham algumas lacunas de conhecimento sobre os riscos específicos

Tabela 4. Treinamento e experiência de 127 médicos plantonistas sobre inserção de DIU no pós-parto e pós-abortamento imediatos

Perguntas	n(%)
Participação em treinamento de inserção de DIU-PPI ou DIU-PAI	
Sim	74(58,3)
Não	53(41,7)
Quanto tempo atrás foi esse treinamento (n = 74)	
<12 meses	19(25,7)
12-24 meses	30(40,5)
>24 meses	25(33,8)
Local do treinamento (n = 74)*	
No meu próprio hospital/maternidade, promovido por Ministério da Saúde/Secretaria de Saúde	44(59,5)
Na residência médica	34(45,9)
Em congresso/jornada/simpósio – Febrasgo ou Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia	15(20,3)
Inserção de DIU-PPI pós-parto vaginal nos últimos 12 meses (n = 127)	
0	29(22,8)
1 a 5 por mês	63(49,6)
6 a 10 por mês	19(15,0)
>10 por mês	16(12,6)
Inserção de DIU-PPI em cesárea nos últimos 12 meses (n = 127)	
0	25(19,7)
1 a 5 por mês	65(51,2)
6 a 10 por mês	20(15,7)
>10 por mês	17(13,4)
Inserção de DIU-PAI nos últimos 12 meses (n = 127)	
0	68(53,5)
1 a 5 por mês	40(31,5)
6 a 10 por mês	11(8,7)
>10 por mês	8(6,3)

DIU: dispositivo intrauterino; DIU-PAI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um abortamento; DIU-PPI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um parto; Febrasgo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Tabela 5. Barreiras para inserção do DIU pós-parto e pós-abortamento imediatos em hospitais públicos brasileiros

Possíveis barreiras	Inserção de DIU pós-parto normal n(%)	Inserção de DIU durante Cesárea n(%)	Inserção de DIU pós-abortamento n(%)
Indisponibilidade do DIU no centro obstétrico			
Nada importante	28(22,0)	31(24,4)	34(26,8)
Pouco importante	18(14,2)	12(9,5)	9(7,0)
Importante	32(25,2)	30(23,6)	26(20,5)
Muito importante	49(38,6)	54(42,5)	58(45,7)
Resistência das mulheres			
Nada importante	9(7,1)	10(7,8)	8(6,3)
Pouco importante	23(18,1)	25(19,7)	25(19,7)
Importante	48(37,8)	53(41,7)	51(40,2)
Muito importante	47(37,0)	39(30,7)	43(33,8)
Falta de protocolo de inserção na maternidade			
Nada importante	27(21,2)	30(23,6)	17(13,4)
Pouco importante	18(14,2)	17(13,4)	15(11,8)
Importante	41(32,3)	42(33,0)	39(30,7)
Muito importante	41(32,3)	38(29,9)	56(44,1)
Falta de prática dos plantonistas			
Nada importante	18(14,2)	32(25,2)	14(11,0)
Pouco importante	24(18,9)	24(18,9)	27(21,3)
Importante	48(37,8)	40(31,5)	46(36,2)
Muito importante	37(29,1)	31(24,4)	40(31,5)
Falta de apoio da chefia			
Nada importante	42(33,1)	42(33,1)	36(28,3)
Pouco importante	25(19,7)	23(18,1)	26(20,5)
Importante	26(20,5)	33(26,0)	35(27,6)
Muito importante	34(26,7)	29(22,8)	30(23,6)
Medo do risco de expulsão			
Nada importante	17(13,4)	23(18,1)	23(18,1)
Pouco importante	29(22,8)	38(29,9)	43(33,8)
Importante	50(39,4)	48(37,8)	43(33,8)
Muito importante	31(24,4)	18(14,2)	18(14,2)
Medo do risco de infecção			
Nada importante	17(13,4)	23(18,1)	13(10,2)
Pouco importante	34(26,8)	42(33,1)	37(29,1)
Importante	53(41,7)	44(34,6)	50(39,4)
Muito importante	23(18,1)	18(14,2)	27(21,3)
Medo do risco de perfuração			
Nada importante	19(15,0)	43(33,9)	18(14,2)
Pouco importante	44(34,6)	46(36,2)	45(35,4)
Importante	45(35,4)	28(22,0)	42(33,1)
Muito importante	19(15,0)	10(7,9)	22(17,3)

associados a esse tipo de inserção. Por exemplo, a maioria dos médicos brasileiros superestimou os riscos de expulsão e perfuração de DIUs inseridos imediatamente após um parto vaginal. Da mesma forma, os autores de uma pesquisa envolvendo 58 médicos americanos que trabalhavam em hospitais de ensino relataram que menos da metade dos participantes acertou as perguntas sobre a taxa de expulsão de DIUs inseridos imediatamente após um parto vaginal e a taxa de perfuração de DIUs inseridos imediatamente após um abortamento.⁽²⁴⁾ A superestimação dos riscos associados ao DIU-PPI pelos profissionais de saúde pode contribuir para a subutilização do método.⁽²¹⁾

A atitude da maioria dos nossos participantes em relação ao DIU-PPI e ao DIU-PAI foi heterogênea. Enquanto a maioria parece ter atitude positiva em relação à inserção do DIU-PPI em si mesmos/membros da família e em mulheres que dão à luz em hospitais públicos, a maioria também tem atitudes menos favoráveis sobre o DIU-PAI para mulheres atendidas nos setores público e privado. Isso pode ser devido à falta de conhecimento, treinamento e confiança dos participantes sobre a inserção do DIU-PAI. Da mesma forma, um estudo americano envolvendo 97 profissionais de saúde (32% deles médicos) que trabalhavam em ambulatórios de planejamento familiar relatou que 30% dos participantes não acreditavam que a inserção imediata do DIU após um aborto fosse adequada e segura.⁽²⁸⁾ Observamos uma diferença na atitude dos médicos brasileiros ao recomendar o uso de DIU para mulheres atendidas no setor público versus privado. Em todos os cenários (pacientes em ambulatórios de ginecologia e no pós-parto ou pós-aborto imediatos), os médicos brasileiros recomendaram a inserção do DIU a um número menor de mulheres elegíveis atendidas no setor privado do que no setor público. Não encontramos outros estudos que avaliassem a atitude dos profissionais de saúde sobre DIU-PPI e DIU-PAI para mulheres atendidas em diferentes setores da saúde. É possível que essa atitude reflita a percepção popular, embora informal, de muitos ginecologistas brasileiros de que o DIU de cobre é um método menos sofisticado ou moderno do que o DIU de levonorgestrel, um método contraceptivo com eficácia semelhante ao DIU de cobre,⁽⁹⁾ porém muito mais caro e indisponível no setor público.

A falta de experiência de muitos participantes nas inserções de DIU-PPI e DIU-PAI pode ser decorrente de vários fatores. Isso inclui questões pessoais (falta de confiança, treinamento ou atitude negativa em relação ao método), deficiências institucionais (indisponibilidade do DIU, falta de apoio e de protocolos hospitalares) e fatores relacionados às pacientes (falta de conhecimento ou rejeição do método) identificados nas questões sobre barreiras ao uso do dispositivo. A resistência das mulheres ao método, uma das principais barreiras ao uso do DIU-PPI e do DIU-PAI, segundo os respondentes, também é relatada na literatura e

seria decorrente da falta de informação das mulheres sobre a disponibilidade do DIU no centro obstétrico e sobre a eficácia contraceptiva do DIU inserido imediatamente após um parto ou aborto.⁽²⁹⁾ Segundo estudo brasileiro realizado em um hospital público da cidade de Campinas envolvendo 242 mulheres, 42% das participantes recusaram a oferta de inserção gratuita de DIU-PPI, e o fator mais importante para essa decisão seria a desinformação relacionada ao medo da dor, da falha do método, do possível aumento do sangramento menstrual e de preocupações quanto à possibilidade de o dispositivo vir a afetar sua futura fertilidade.⁽³⁰⁾ Há evidências de que a educação durante o pré-natal pode aumentar significativamente a decisão de inserir um DIU-PPI.⁽³¹⁾ Por outro lado, a literatura indica que os médicos são a maior fonte de influência sobre a atitude das mulheres e sua escolha de métodos anticoncepcionais.⁽³²⁾ Considerando o impacto que os médicos têm sobre as escolhas das mulheres quanto ao uso de métodos contraceptivos, é importante melhorar o conhecimento, a atitude e a experiência prática dos médicos brasileiros sobre o DIU-PPI e o DIU-PAI para que eles possam superar sua própria resistência em relação a esse método. As outras três grandes barreiras para inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI identificadas nesta pesquisa (indisponibilidade do DIU no centro obstétrico, falta de experiência dos médicos plantonistas e falta de protocolos hospitalares) são questões organizacionais que poderiam ser resolvidas com intervenções institucionais relativamente simples. A falta de DIUs no centro obstétrico não deveria ser uma barreira para a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI nos hospitais públicos brasileiros, pois o Ministério da Saúde disponibiliza o DIU de cobre para todas as maternidades do Sistema Único de Saúde desde 2017.⁽³³⁾ Isso sugere possíveis problemas administrativos, ou desconhecimento dos gestores hospitalares, para garantir o fornecimento contínuo e ininterrupto de DIUs de cobre nos centros obstétricos de todos os hospitais públicos brasileiros.

Este estudo tem vários pontos fortes, incluindo sua originalidade, o uso da melhor evidência disponível para criar o questionário e sua testagem em um grupo de voluntários antes de ser enviado aos participantes finais da pesquisa. Uma característica exclusiva desta pesquisa foi a inclusão de perguntas para detectar possíveis diferenças nas atitudes dos participantes em relação à inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI em pacientes atendidas nos setores público e privado e de perguntas sobre as principais barreiras ao uso desse método contraceptivo nos hospitais públicos brasileiros. A principal limitação do estudo foi que a maioria dos hospitais contatados não respondeu ou recusou o convite para participar da pesquisa. Isso provavelmente ocorreu porque o estudo coincidiu com a primeira onda da pandemia de COVID-19 no Brasil, quando a atenção dos diretores hospitalares estava voltada para

a adaptação e reorganização de sua infraestrutura e equipe para administrar essa emergência de saúde pública. Apesar da baixa adesão dos hospitais, conseguimos incluir instituições localizadas nas cinco regiões geográficas brasileiras, e a distribuição dos hospitais participantes foi proporcional ao total de partos no país. Outra limitação do estudo foi seu delineamento exclusivamente quantitativo, envolvendo apenas questões fechadas. Idealmente, a pesquisa *online* poderia ter incluído perguntas abertas, e poderíamos ter complementado o estudo com entrevistas individuais ou grupos focais *online* com uma amostra dos participantes (estudo misto quantitativo-qualitativo). Isso poderia ter permitido uma análise mais aprofundada das atitudes dos médicos sobre o uso do DIU-PPI e do DIU-PAI e a possível identificação de barreiras adicionais ao uso desse método. Finalmente, os achados deste estudo não podem ser extrapolados para todos os hospitais públicos brasileiros, pois quase todas as instituições participantes eram hospitais de ensino e mais de 20% dos médicos tinham pós-graduação.

Os resultados deste estudo têm várias implicações para a prática. O conhecimento limitado dos participantes sobre DIU-PPI foi surpreendente, uma vez que a maioria relatou ter recebido treinamento específico sobre esse tipo de inserção promovido por instituições públicas de saúde. Essa constatação indica a necessidade de reavaliar e melhorar a qualidade da formação teórica atualmente oferecida por essas autoridades ou oferecer cursos de atualização. A adição de um módulo de treinamento prático, incluindo uma demonstração clínica (em pacientes reais) e a supervisão de um tutor no centro obstétrico por alguns dias ou semanas após o módulo teórico, poderia reduzir a falta de experiência e aumentar a confiança dos plantonistas na inserção de DIU-IPP e, principalmente, de DIU-PAI em hospitais públicos brasileiros. O envolvimento, a atuação e o apoio dos diretores clínicos e gestores hospitalares são essenciais para superar as principais barreiras organizacionais à inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI relatadas pelos participantes do estudo.

Este estudo pode servir de modelo para pesquisas semelhantes envolvendo outros tipos de participantes (por exemplo, residentes) ou instituições (hospitais públicos menores, hospitais privados) no Brasil. Novos estudos também podem incluir um componente qualitativo para investigar mais a fundo as atitudes dos médicos e identificar barreiras adicionais ao uso de DIU-PPI e DIU-PAI. Finalmente, os resultados sugerem que é importante realizar estudos envolvendo gestantes e puérperas brasileiras, bem como mulheres que acabaram de passar por uma perda gestacional precoce, para investigar seu conhecimento e atitude sobre a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI. Os resultados desses novos estudos serão úteis para auxiliar no desenvolvimento de estratégias efetivas de expansão do uso desse método contraceptivo no Brasil.

CONCLUSÃO

Os médicos plantonistas que trabalham em hospitais públicos brasileiros têm conhecimento limitado sobre a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI. A maioria dos médicos tem atitude positiva em relação à inserção do DIU-PPI, especialmente para mulheres atendidas no setor público, mas sua atitude é menos favorável à inserção do DIU-PAI. Uma porcentagem considerável dos participantes relatou falta de treinamento e falta de experiência em inserção de DIU-PPI e, especialmente, de DIU-PAI. As principais barreiras para o uso desse método nos hospitais públicos seriam a resistência das mulheres, a indisponibilidade do DIU no centro obstétrico, a falta de protocolos institucionais e a falta de experiência dos médicos.

REFERÊNCIAS

1. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(2):94-101. doi: 10.1363/3509403
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152-61. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6
3. Leal MC, Gama SG. Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl 1:S5. doi: 10.1590/0102-311XED01S114
4. Domingues RM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EM, Menezes GM. Unsafe abortion in Brazil: systematic review of scientific production, 2008-2018. *Cad Saúde Pública*. 2020;36 Supl 1:e00190418. doi: 10.1590/0102-311X00190418
5. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy intention, demographic differences, and psychosocial health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(8):1215-23. doi: 10.1089/jwh.2010.2379
6. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health*. 2014;6:663-70. doi: 10.2147/IJWH.S61543
7. Bradley SE, Poli CB, Bankole A, Croft T. Global contraceptive failure rates: who is most at risk? *Stud Fam Plann*. 2019;50(1):3-24. doi: 10.1111/sifp.12085
8. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use: a WHO family planning cornerstone [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2022 Dec 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf
9. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
10. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e227-35. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30481-9
11. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Contraceptive use by method: data booklet [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 15]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org/development/desa/pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf
12. Whitaker AK, Chen BA. Society of family planning guidelines: postplacental insertion of intrauterine devices. *Contraception*. 2018;97(1):2-13. doi: 10.1016/j.contraception.2017.09.014
13. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual behavior, satisfaction, and contraceptive use among postpartum women. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(2):158-65. doi: 10.1111/jmwh.12409

14. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):657-62. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820ce18c
15. Holden EC, Lai E, Morelli SS, Alderson D, Schulkin J, Castleberry NM, et al. Ongoing barriers to immediate postpartum long-acting reversible contraception: a physician survey. *Contracept Reprod Med.* 2018;3:23. doi: 10.1186/s40834-018-0078-5
16. Roe AH, Bartz D. Society of family planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. *Contraception.* 2019;99(1):2-9. doi: 10.1016/j.contraception.2018.08.016
17. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion - a randomized controlled trial. *PloS One.* 2012;7(11):e48948. doi: 10.1371/journal.pone.0048948
18. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7):CD001777. doi: 10.1002/14651858.CD001777.pub4
19. Luo Z, Gao L, Anguzu R, Zhao J. Long-acting reversible contraceptive use in the post-abortion period among women seeking abortion in mainland China: intentions and barriers. *Reprod Health.* 2018;15(1):85. doi: 10.1186/s12978-018-0543-2
20. World Health Organization, Stop TB Partnership. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2022 Dec 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43790/9789241596176_eng.pdf
21. Thompson EL, Vamos CA, Logan RG, Bronson EA, Detman LA, Piepenbrink R, et al. Patients and providers' knowledge, attitudes, and beliefs regarding immediate postpartum long-acting reversible contraception: a systematic review. *Women Health.* 2020;60(2):179-96. doi: 10.1080/03630242.2019.1616042
22. Stone L, Puri MC, Guo M, Shah IH. Assessing knowledge, attitudes, and practice of health providers towards the provision of postpartum intrauterine devices in Nepal: a two-year follow-up. *Reprod Health.* 2021;18(1):43. doi: 10.1186/s12978-021-01099-7.
23. Rupley DM, Morhe ES, Moyer CA, Dalton VK. Maternity care provider knowledge, attitudes, and practices regarding provision of postpartum intrauterine contraceptive devices at a tertiary center in Ghana. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(2):137-40. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.010
24. Holland E, Michelis LD, Sonalkar S, Curry CL. Barriers to immediate post-placental intrauterine devices among attending level educators. *Womens Health Issues.* 2015;25(4):355-8. doi: 10.1016/j.whi.2015.03.013 1
25. Ministério da Saúde. Datasus. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>
26. Jatlaoui TC, Whiteman MK, Jeng G, Tepper NK, Berry-Bibee E, Jamieson DJ, et al. Intrauterine device expulsion after postpartum placement: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2018;132(4):895-905. doi: 10.1097/AOG.0000000000002822
27. Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, et al. FIGO postpartum intrauterine device initiative: complication rates across six countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143 Suppl 1:20-7. doi: 10.1002/ijgo.12600
28. Philliber AE, Hirsch H, Brindis CD, Turner R, Philliber S. The use of ACOG guidelines: perceived contraindications to IUD and implant use among family planning providers. *Matern Child Health J.* 2017;21(9):1706-12. doi: 10.1007/s10995-017-2320-1
29. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet.* 2012;380(9837):149-56. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60609-6
30. Kraft MB, Miadaira M, Marangoni Júnior M, Juliato CR, Surita FG. Postplacental placement of intrauterine devices: acceptability, reasons for refusal and proposals to increase its use. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(3):172-7. doi: 10.1055/s-0041-1725053
31. Dev R, Kohler P, Feder M, Unger JA, Woods NF, Drake AL. A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. *Reprod Health.* 2019;16(1):154. doi: 10.1186/s12978-019-0824-4
32. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reprod Health.* 2013;10:7. doi: 10.1186/1742-4755-10-7
33. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.265, 1 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a ampliação do acesso ao dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html

Janela de oportunidade para o planejamento da gravidez

Tanto o pós-parto imediato quanto o pós-abortamento são ocasiões importantes para a indicação do uso do DIU. Pesquisa aponta que os médicos sabem disso, mas na prática muitos não utilizam este momento para a introdução desse método. Onde está o problema?

Por Letícia Martins



A pesar da grande oferta de métodos contraceptivos disponíveis no Brasil, o país ainda registra altos índices de gravidez não planejada. Pesquisas apontam que 55% a 62% das mulheres não planejaram a última gestação, o que pode trazer diversas consequências para a saúde da mulher e do filho.

Dentre os métodos contraceptivos seguros, os dispositivos intrauterinos (DIUs) destacam-se como ferramenta importante para a atuação dos ginecologistas e obstetras que se preocupam com a taxa elevada de gestações não planejadas. “Trata-se de um método com taxa muito pequena de falha. Sua eficácia é comparada, por exemplo, à da laqueadura. Por isso, é importante que os ginecologistas e obstetras orientem as mulheres sobre os benefícios do DIU e sobre a possibilidade de inseri-lo imediatamente após o parto ou aborto”, declara o **Dr. Rogério Bonassi**, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e professor associado livre-docente da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ).

O Dr. Rogério explica que o pós-parto e o pós-aborto são considerados momentos ideais para aconselhamento a respeito de métodos contraceptivos, porque a puérpera está receptiva à reflexão sobre aumentar ou não a família. Além disso, colocar o DIU nessas ocasiões contribui para a redução da morbimortalidade neonatal e materna, haja vista que o intervalo entre duas gestações é um dos fatores mais importantes para a mortalidade materna. “Quanto menor o intervalo entre duas gestações, maior a chance de morbidades neonatais e mortalidade materna”, aponta o presidente da CNE de Anticoncepção.

No entanto, alguns estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que 60% a 62% das mulheres não têm acesso à contracepção no primeiro ano depois de um parto, enquanto outros estudos mostram que menos de 5% das mulheres da América do Sul usam DIUs.

Mas será que a baixa adesão ao DIU no pós-parto imediato (DIU-PPI) ou imediatamente após um abortamento espontâneo ou induzido (DIU-PAI) se deve exclusivamente à falta de conhecimento das mulheres?

Uma pesquisa *online* aplicada entre fevereiro e maio de 2020 indica que o problema é muito mais amplo e preocupante, uma vez que demonstra que grande parte dos médicos plantonistas que trabalham em hospitais

públicos brasileiros têm conhecimento limitado sobre a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI.

A enfermeira **Mirna Namie Okamura**, doutora em Ciências pelo Programa de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e uma das autoras do artigo, destacou três dados da pesquisa que a surpreenderam:

- a) 100% dos respondentes da pesquisa consideraram seguro inserir DIU-PPI,
- b) a maioria (73,2%) provavelmente colocaria DIU em si/familiares, e
- c) 93% acham importante aumentar o uso de DIU-PPI no Brasil.

No entanto, a pesquisa também revelou que cerca de 42% dos participantes afirmaram não ter recebido nenhum treinamento sobre inserção de DIU pós-parto ou pós-abortamento. Nos últimos 12 meses, 19,7%, 22,8% e 53,5% dos respondentes afirmaram não ter inserido nenhum DIU durante uma cesariana imediatamente após um parto vaginal e um abortamento, respectivamente.

Para o autor principal da pesquisa, o **Dr. Adalberto Kiochi Aguemí**, médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Febrasgo, diretor da Divisão de Promoção à Saúde e coordenador de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, a falta de prática de 29% dos participantes para inserção do DIU-PPI no parto vaginal, 24% na cesárea e 31% na inserção do DIU-PAI exibe uma lacuna na formação dos profissionais que se especializam em Ginecologia e Obstetrícia, pois, principalmente nas maternidades que são campo de estágio dos residentes, deveria haver aulas, treinamentos e protocolos assistenciais sobre a rotina de inserção do DIU-PPI e DIU-PAI. “A técnica é simples, mas demonstra a necessidade de treinamentos regulares para que a inserção do DIU na obstetrícia faça parte da rotina assistencial. Considerando que nessa pesquisa a proporção dos hospitais de ensino é de 95%, essa falta de prática deve ser maior nas maternidades que não são campo de ensino”, analisa.

O Dr. Rogério corrobora: “A inserção do DIU no pós-parto não é um procedimento complexo, mas depende de treinamento médico. Ela tem a grande vantagem de poder ser feita, por exemplo, numa cesariana com anestesia. Se o caso for de abortamento, o médico pode colocar o dispositivo intrauterino após a curetagem ou aspiração manual intrauterina”, expôs o presidente da CNE de Anticoncepção da Febrasgo, que completa:



“A inserção do DIU no pós-parto ou pós-aborto não é um procedimento complexo, mas depende de treinamento médico”, declara o Dr. Rogério Bonassi.

“O treinamento deve ser feito preferencialmente durante a residência médica, para que o residente saia para o mercado confortável para fazer essas inserções e orientar sobre a anticoncepção de oportunidade.”

A **Dra. Cristina Aparecida Falbo Guazzelli**, professora associada livre-docente da Escola Paulista de Medicina, membro da CNE em Contracepção da Febrasgo e da Comissão Científica da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), também destaca a inabilidade dos entrevistados em relação à técnica. “Fiquei esperançosa com a observação de que um bom número de médicos indicaria ou usaria o DIU no pós-parto imediato, mas preocupada com o conhecimento limitado sobre esse método, principalmente relacionado aos seus riscos. A falta de treinamento gera insegurança e, dessa forma, acaba reduzindo a inserção do DIU”, declara a médica, que também é uma das autoras do artigo *“Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre a inserção do DIU imediatamente após o parto e o abortamento”*, que estampa a matéria de capa desta edição de *Femina* e do qual recomendamos a leitura.

Como sociedade médica, a Febrasgo promove treinamentos e capacitações sobre inserção de DIU para os ginecologistas e obstetras. Em todos os congressos médicos, o tema está sempre em pauta, e as CNEs geram posicionamentos e materiais sobre o assunto, sempre baseados em evidências científicas. “Quando convidada ou convocada, a Febrasgo participa de ações e eventos organizados pelo Ministério da Saúde e outras sociedades médicas, sempre no intuito de orientar, conscientizar e treinar os tocoginecologistas”, afirma o Dr. Rogério Bonassi.

ACESSO AO DIU NOS CENTROS OBSTÉTRICOS

Outro motivo que contribui para a baixa inserção do DIU é a falta de acesso ao método em algumas regiões. “Em 38,6% dos casos, a indisponibilidade do DIU no

centro obstétrico não deveria ocorrer, pois o Ministério da Saúde distribui o DIU de forma regular para estados e municípios desde 2002, portanto a disponibilidade do DIU no centro obstétrico depende apenas da organização da gestão municipal e maternidades”, afirma o Dr. Adalberto.

A Dra. Cristina argumenta que a introdução de protocolos nas maternidades aumentaria a utilização do DIU e cita como exemplo a cidade de São Paulo: “Há alguns anos, São Paulo tem feito treinamento e orientação sobre o uso desse método contraceptivo no pós-parto imediato, e sua inserção tem ocorrido em cerca de 25% a 30% das puérperas em várias maternidades. Dessa forma, a orientação, a divulgação e a disponibilidade do método são muito importantes.

São Paulo é o estado que apresenta a maior proporção de inserções de DIU-PPI do Brasil. Em 2021, foram inseridos DIUs em 368/10.000 puérperas, isto é, um total de 17.607 inserções do DIU-PPI. Por sua vez, a capital paulista é uma das que apresenta a maior proporção de inserções de DIU-PPI no país. Em 2021, foram inseridos 522 DIUs para cada 10.000 partos realizados (total de 7.114 inserções de DIU-PPI), segundo levantamento realizado no sistema de informação hospitalar (SIH/SUS). “Em 2017, no lançamento do projeto do DIU-PPI e DIU-PAI pelo Ministério da Saúde, houve apoio significativo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio da Coordenação de Saúde da Mulher e do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, por meio de palestras e treinamentos desse protocolo para várias maternidades de São Paulo e do Brasil”, diz o Dr. Adalberto.

Assim, para melhorar a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI, ele acredita que os gestores do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais precisam apoiar as maternidades e os profissionais. “Além disso, é necessário distribuir o DIU em todas as maternidades públicas, monitorar de forma regular a proporção de

“Nas UBSs, as enfermeiras que participam nos grupos de planejamento familiar e no pré-natal podem esclarecer as dúvidas e vantagens sobre o uso do DIU”, diz a Dra. Mirna Namie Okamura.

inserção de DIU nas maternidades, capacitar os profissionais que realizam o pré-natal e informar as mulheres sobre essa possibilidade contraceptiva na maternidade”, afirma o coordenador de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Na opinião dele, um parâmetro para o monitoramento das maternidades poderia ser uma proporção de inserções do DIU-PPI e DIU-PAI nas maternidades ao redor de 15% para impactar de forma significativa a redução da gravidez não planejada. Esse parâmetro seria semelhante à taxa de inserção do DIU-PPI no México em 2014, que era de 16%.

COMPROMISSO DE TODOS

Até aqui ficou clara a importância do treinamento médico para a inserção correta do DIU. Mas a pesquisa também mostrou que 70% dos entrevistados consideram a resistência das mulheres como maior barreira para a inserção do DIU. “Isso evidencia a necessidade de maior divulgação dos profissionais de saúde sobre o DIU-PPI, a fim de aumentar a conscientização das mulheres para a adesão a esse contraceptivo no momento do parto”, analisa a Dra. Mirna.

Mas quando fazer essa divulgação e quem pode orientar as mulheres?

No início do texto, o Dr. Rogério adiantou que o momento do pós-parto ou pós-abortamento é oportuno para o aconselhamento. Mas é importante que essa orientação seja feita durante a gravidez também. “As preferências da mulher e os riscos e benefícios de várias opções contraceptivas devem ser idealmente abordados durante o pré-natal, para que a gestante tenha tempo suficiente para considerar a escolha mais adequada”, destaca a Dra. Cristina.



“Entre as ações, é necessário distribuir o DIU em todas as maternidades públicas, monitorar de forma regular a proporção de inserção de DIU nas maternidades e capacitar os profissionais que realizam o pré-natal e partos nas maternidades”, recomenda o Dr. Adalberto Kiochi Agueimi.



“Não devemos perder nenhuma janela de oportunidade! Se não conseguimos falar no pré-natal, podemos oferecer o DIU durante a internação para a resolução da gravidez ou durante o trabalho de parto”, declara a Dra. Cristina Aparecida Falbo Guazzelli.

No pré-natal, com a realização de várias consultas, há oportunidade de explicar, oferecer e elucidar dúvidas sobre os diversos métodos disponíveis. Segundo a médica, esse momento favorece o relacionamento médico-paciente e o questionamento sobre as necessidades individuais de anticoncepção. Há um tempo para refletir a respeito da escolha do melhor método contraceptivo ou daquele que mais agrada a mulher. “Mas não devemos perder nenhuma janela de oportunidade! Se não conseguimos falar no pré-natal, podemos oferecer durante a internação para a resolução da gravidez ou durante o trabalho de parto. Se não foi possível nesse momento, a paciente poderá ser informada sobre algum método contraceptivo na internação pós-parto”, reafirma.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) considera a inserção de um dispositivo intrauterino como ato médico e, portanto, somente médicos treinados podem realizar o procedimento. Mas outros profissionais de saúde podem orientar as mulheres sobre os benefícios do DIU. “Nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) as enfermeiras que participam nos grupos de planejamento familiar e no pré-natal podem esclarecer as dúvidas e vantagens sobre o uso do DIU, particularmente sobre a inserção no período pós-parto imediato”, aponta a Dra. Mirna. “As enfermeiras correspondem a uma proporção maior da equipe de saúde, e essas informações repassadas de forma adequada sobre o DIU podem ser um facilitador para a adesão a esse protocolo e a redução da gravidez não planejada”, acrescenta.

O desafio é grande e exige uma ampla mobilização de todos. Por isso, não podemos perder nenhuma janela de oportunidade tanto para orientar as mulheres sobre a importância dos dispositivos intrauterinos como método eficaz para planejar uma gravidez quanto para treinar e capacitar os médicos. 

Ser ginecologista obstetra no Amapá

Baixo número de médicos especialistas no estado, alto índice de gestação na adolescência e obstáculos logísticos fazem parte dos desafios da nova gestão da AGOAP

Por Letícia Martins

Com cerca de 735 mil habitantes, o Amapá, no extremo norte do Brasil, é um estado isolado, aonde só é possível chegar de barco ou de avião. A cidade de Oiapoque, que fica a 600 km da capital Macapá, faz fronteira com a Guiana Francesa e é marcada pela presença de militares, indígenas e garimpeiros. De acordo com o último censo demográfico, mais da metade da população amapaense vive na capital, gerando uma demanda muito alta de assistência em saúde.

A partir dessa breve descrição, dá para imaginar os desafios imensos de trabalhar em um estado isolado e pequeno do ponto de vista econômico. Faltam médicos para atender a população, em especial as mulheres. Não é por acaso que o estado enfrenta um alto número de gestações na adolescência e as diversas consequências trazidas pela gravidez precoce. Esse é um dos desafios que o presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Amapá (AGOAP), **Dr. Aljerry Dias do Rego**, aponta como prioridade em sua gestão, que teve início em janeiro de 2023 e seguirá até dezembro de 2025.

Médico com ampla experiência no setor privado e público, na área de ensino e de educação médica, o Dr. Aljerry não abre mão do associativismo. Ele já foi presidente da AGOAP entre 2007 e 2011 e é fundador da Academia Amapaense de Medicina, na qual deve tomar posse como presidente ainda este ano.

Na entrevista a seguir, ele aponta as dificuldades de ser médico no Amapá e fala sobre a importância do associativismo na região.



Dr. Aljerry Dias do Rego

Femina: Como começa a sua história com o Amapá?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Apesar de ter nascido em Belém (PA), eu me considero amapaense, pois minha família veio para Macapá quando eu tinha apenas 1 ano de idade. Eu me formei em Medicina na Universidade Estadual do Pará, em 1995, e depois fiz residência médica em São Paulo, no Hospital do Mandaqui. Voltei há 21 anos para o Amapá e montei o serviço de uroginecologia no estado. Sou médico do estado e professor da Universidade Federal do Amapá, e recentemente tive uma experiência muito interessante: durante um ano e meio, fui superintendente do Hospital Universitário do Amapá, tendo iniciado as atividades ainda na fase de implantação do hospital. Além disso, fundei o programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia, no qual ainda atuo. Também gosto muito da área de ensino.

Femina: O que o motiva a assumir cargos de liderança tanto no sistema público quanto no associativismo?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Eu acho que minha motivação vem do fato de eu ser da região e ver que a área da saúde pública no Norte tem muitos desafios. É natural querer melhorar a saúde pública do lugar que tão bem te acolheu. Para isso, precisamos atuar em várias áreas, incluindo a assistência ao ensino e a educação médica. Melhorando a qualidade da assistência, a população melhora e fica mais dinâmica, mais eficiente. É nisso que eu me apoio, é o que me motiva a fazer tudo isso.

Femina: O Amapá é carente de médicos?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Sim, principalmente os especializados. O curso de Medicina na Universidade Federal do Amapá tem pouco mais de dez anos de criação, então ainda estamos formando poucos médicos, cerca de 50 ou 60 médicos por ano. Há uma carência muito grande na área de ginecologia, pois a maioria dos colegas vai para a obstetria, devido à alta demanda. Há municípios que não têm nenhum ginecologista, ficando para os clínicos gerais o papel de atender as mulheres. O estado deve ter atualmente cerca de 80 ginecologistas e obstetras. É muito pouco para uma população de cerca de 270 mil mulheres.

Femina: Quantos hospitais têm no estado?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Em Macapá temos duas maternidades públicas, sendo uma de alto risco e a outra de baixo risco, além de uma maternidade em Santana, que é o segundo maior município do estado, a cerca de 30 minutos da capital. Contamos ainda com uma maternidade no hospital privado.

Femina: Um dos maiores desafios do estado é baixar a taxa de gravidez na adolescência. Segundo dados do Governo, 18,5% dos bebês nascidos vivos em 2022 no Amapá foram gerados por mães de 10 a 19 anos de idade. Aumentar o número de ginecologistas contribuiria para a redução de casos de gravidez precoce?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Com certeza, pois os ginecologistas desempenham um papel muito importante na orientação das mulheres sobre os métodos contraceptivos. Além disso, é preciso que o estado tenha um programa de planejamento familiar com colocação de DIU ou outros métodos de contracepção. Uma pesquisa do ano passado mostrou que quase 12% dos partos realizados na principal maternidade pública do estado foram de adolescentes de até 16 anos. Outro trabalho que coordenei apontou que entre 2008 e 2018 houve um aumento de 41 partos por ano entre adolescentes no Hospital Mãe Luzia. São dados preocupantes, pois sabemos que, na maioria dos casos, as adolescentes grávidas abandonam a escola, não conseguem emprego e terão muita dificuldade para cuidar do filho, sem falar

nos riscos para a saúde dela e da criança. Ou seja, vai além de um problema de saúde. A gravidez na adolescência é um problema social muito sério, que precisa de um serviço amplo e de uma equipe multidisciplinar para diminuir esses números nos próximos anos.

Femina: Como a AGOAP pretende atuar nessa seara?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Nosso grande desafio é aproximar a AGOAP dos gestores estaduais e municipais de saúde, colocando a nossa experiência para ajudar em campanhas de divulgação para a sociedade e no planejamento familiar que realmente funcione, oferecendo os mais diversos métodos contraceptivos. Acredito que tanto a AGOAP quanto a Febrasgo precisam ter esse olhar para as regiões mais isoladas, como é o caso do Amapá. Outra questão importante é o atendimento às mulheres indígenas. Muitas não falam português e, para serem atendidas, precisam de um tradutor. Existem algumas comunidades indígenas que, por questão cultural, não procuram o médico ginecologista. Enquanto sociedade médica, precisamos oferecer treinamento específico para o ginecologista, a fim de que ele possa fazer uma consulta mais adequada para essa população. Outro público que merece atendimento diferenciado são os pacientes transgênero. Estou sentindo que a maioria dos nossos ginecologistas não tem treinamento ou condição técnica para atender essa população, que é cada vez maior e que precisa de um olhar especial.

Femina: Como é a adesão dos ginecologistas e obstetras às atividades da AGOAP?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Ainda é muito baixa. Mais ou menos metade dos ginecologistas e obstetras do Amapá são associados da AGOAP. O ideal seria que cem por cento deles fizessem parte da sociedade médica para aproveitar os benefícios, como ter acesso à ampla oferta de cursos de educação médica, ao material produzido pelas Comissões Nacionais Especializadas e ao conteúdo disponível no portal da Febrasgo.

Femina: Quais são os projetos da AGOAP para esta gestão?

Dr. Aljerry Dias do Rego: Nossa ideia é promover uma palestra presencial por mês em Macapá com professores convidados. Hoje a nossa sociedade médica superou as dificuldades financeiras e dispomos de recursos para trazer palestrantes para nos ensinar, no entanto ainda lidamos com os desafios logísticos. Por isso, precisamos do apoio da Febrasgo para estimular a educação médica. Quanto mais ensinarmos o aluno residente e o médico ginecologista, mais a população feminina do Amapá será beneficiada. Além dos eventos mensais, estamos planejando para julho de 2024 o 2º Congresso Médico Amapaense, realizado em conjunto com várias especialidades médicas, entre elas a ginecologia e obstetria, com aulas e cursos práticos. Apesar dos desafios, a AGOAP está avançando. 



A dificuldade de publicar um artigo em periódico de alto Fator de Impacto (FI)

No último número de *Femina* (agosto de 2023), abordamos as rejeições de artigos decorrentes das falhas que autores costumam cometer na redação de manuscritos por erros que não são na parte científica, mas sim do ponto de vista editorial. Vale apontar, entretanto, que, frequentemente, mesmo artigos de boa qualidade nem sempre são aceitos para publicações em determinados periódicos. As taxas de aceitação dos artigos científicos para a publicação dependem, portanto, não somente da qualidade deles, mas também do grau de competitividade da revista ao qual é submetido, que é tanto maior quanto maiores são os seus indicadores bibliométricos, como o Fator de Impacto (FI), *Scientific Journal Rankings* (SJR), entre outros.

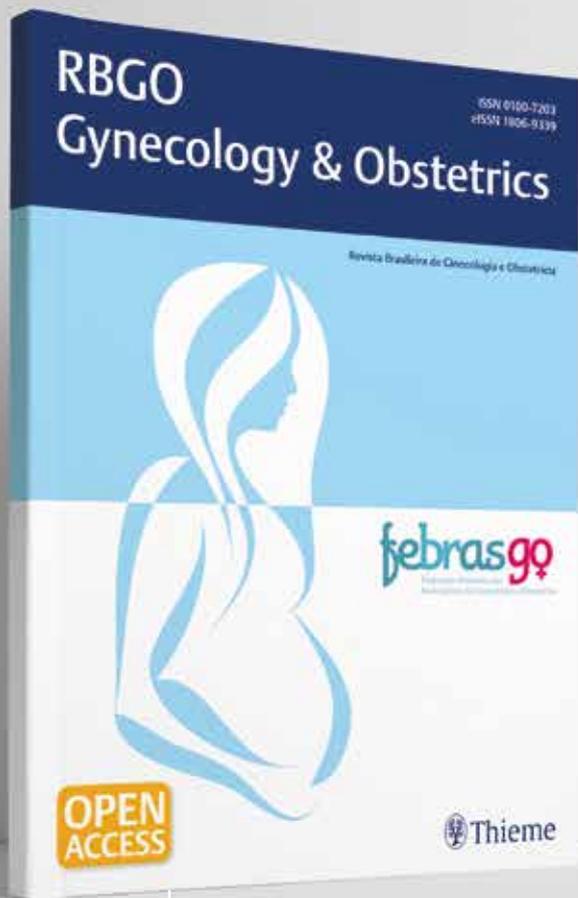
Embora sejam extremamente exigentes, periódicos com altos indicadores têm por óbvio maior número de submissões, considerando que os “papers” neles publicados têm maior penetração internacional, assim como maior peso sobre os currículos de seus autores. Vale lembrar que alguns dos indicadores mais importantes são obtidos pela relação: nº de citações dos artigos daquela revista em outros periódicos (não se consideram as autocitações)/número de artigos nela publicados em determinado período de tempo (em geral, últimos três anos). Entretanto, essas citações não podem ser oriundas de qualquer fonte bibliográfica. Em geral, são computadas apenas citações obtidas dentro de um conjunto de periódicos selecionados pelas próprias bases de dados que emitem o indicador.

Uma das estratégias utilizadas pelos periódicos para manter seus indicadores em altos níveis, além da qualidade dos artigos, obviamente, é limitar o número de artigos publicados, pois nessa equação (nº de citações/nº de artigos publicados) quanto maior o denominador menor o FI ou outro indicador similar. Por essas razões, esses periódicos tendem a limitar o volume de suas edições, aumentando o grau de exigência para suas publicações. Portanto, tornam-se altamente seletivas para se manter no topo da lista de melhores.

Assim, a manutenção de indicadores no topo da lista de melhores, além de refletir a qualidade do periódico, torna-o também credenciado a fazer cobrança pecuniária dos autores em valores cada vez mais altos para neles publicarem seus artigos. Considerando esse alto custo da publicação de um artigo, muitas vezes em milhares de dólares, fica muito difícil para os autores nacionais assumirem essa despesa, pois os auxílios para financiamentos das pesquisas no Brasil não comportam a inclusão de valores tão altos. Pena que esses aspectos não são considerados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e seu Sistema Qualis de classificação dos periódicos, pois na sua lista tais periódicos ocupam sempre o primeiro quartil diante da baixa competitividade das revistas brasileiras.



ACESSE: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas-rbgo>



RBGO – Volume 44, Número 9, Setembro 2023

EDITORIAL

The Insertion of Intrauterine Devices in the Immediate Postpartum Period Remains an Important Missed Opportunity to Prevent Unplanned Pregnancies in Brazil

Adalberto Kiochi Agumi, Mirna Namie Okamura, Cristina Aparecida Falbo Guazzelli, and Maria Regina Torloni

ORIGINAL ARTICLES

OBSTETRICS

Prediction of Rupture by Complete Blood Count in Tubal Ectopic Pregnancies Treated with a Single-Dose Methotrexate Protocol

Yıldız Akdaş Reis, Arife Akay, Elif Gülşah Diktaş, Merve Özkan, Neslihan Öztürk, Doğukan Özkan, Betül Tokgöz Çakır, and Salim Erkaya

Comparison of Cavum Septum Pellucidum Size in Euploid and Aneuploid Fetuses

Merve Ozturk Agaoglu, Zahid Agaoglu, Filiz Halici Ozturk, Sevki Celen, and Turhan Caglar

HIGH RISK PREGNANCY

The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Counseling on Blood Glucose and Perceived Stress in Women with Gestational Diabetes

Moslemi Zadeh Zeinabeh, Ahmadi Atefeh, G. Hazanfar Pour Masumeh, Dehesh Tania, Sanjari Mojgan, and Alidousti Katayoun Contraception

Knowledge, Attitude, and Practice of Brazilian Physicians about Immediate Postpartum and Postabortion Intrauterine Device Insertion

Adalberto Kiochi Agumi, Maria Regina Torloni, Mirna Namie Okamura, and Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

Razões para submeter o seu manuscrito à RBGO:

- Indexação: Medline/PubMed, SciELO, Scopus, LILACS, Scimago, Google Metrics
- Edição em inglês
- Periodicidade mensal
- Open Access: acesso livre e gratuito em qualquer parte do mundo
- Submissão de artigos eletronicamente pelo sistema ScholarOne
- Corpo editorial de excelência nacional e internacional
- Custo Zero: autores não pagam qualquer taxa para a publicação

MASTOLOGY

Core Needle Biopsy Accuracy for Androgen Receptor Expression in Invasive Breast Cancer

Marcelle Morais dos Santos, Antonio Luiz Frasson, Vinicius Duval da Silva, Aluísio de Castro Antunes Maciel, Guilherme Watte, Gustavo Werutsky, Tomás Reinert, and André Poisl Fay

SEXOLOGY

Relationship Involving Sexual Function, Distress Symptoms of Pelvic Floor Dysfunction, and Female Genital Self-Image

Guilherme Tavares de Arruda, Gabrielle Peres Paines, Bianca Rangel da Silva, Lauren Xavier Pairé, Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Melissa Medeiros Braz, and Janeisa Franck Virtuoso

REVIEW ARTICLE

Weaknesses in the Continuity of Care of Puerperal Women: An Integrative Literature Review

Ane Gabriele Poli Petersen, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Denise Casagrande, Pâmella Pluta, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Fernanda Fernandes de Carvalho, and Caroline Sissy Tronco

LETTER TO THE EDITOR

Commentary on “Nonpharmacological Methods to Reduce Pain During Active Labor in a Real-life Setting”

Roxana Knobel, Mariane de Oliveira Menezes, and Carla Betina Andreucci

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Challenges of Breast Cancer Screening

Alexandre Vicente de Andrade, Clécio Ênio Murta de Lucena, Danielle Chambô dos Santos, Eduardo Carvalho Pessoa, Fabio Postiglione Mansani, Felipe Eduardo Martins de Andrade, Giuliano Tavares Tosello, Henrique Alberto Portella Pasqualette, Henrique Lima Couto, Jose Luis Esteves Francisco, Rodrigo Pepe Costa, Sandra Regina Campos Teixeira, Thaís Paiva Moraes, and Agnaldo Lopes da Silva Filho

Segurança do paciente no treinamento em Ginecologia e Obstetrícia

Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos¹,
Gustavo Salata Romão²



A área de segurança do paciente tem se desenvolvido sobremaneira nos últimos anos e hoje ocupa uma posição própria de área do conhecimento. Ainda assim, na estrutura dos sistemas de saúde, esse tópico demorou a ser reconhecido. Em 2000, o *Institute of Medicine* publicou o livro “*To err is human*”⁽¹⁾ e marcou o início da preocupação com a segurança do paciente enquanto área da medicina. Entretanto, apesar da evidência clara da importância e da efetividade em se abordar esse tema no processo de formação profissional, o treinamento de habilidades e técnicas ligadas a segurança do paciente é comumente ignorado.

Antes de falar sobre como implementar estratégias para o treinamento, podemos começar por compreender esse problema sistêmico, bem como as possíveis soluções implementadas em outras indústrias.

1. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.
2. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos
Rua Universitária, 1.619, Universitário, 85819-110, Cascavel, PR,
Brasilionarabarcels@hotmail.com

Considera-se que cerca de 10% a 15% de todos os pacientes admitidos em uma unidade de emergência podem sofrer algum dano prevenível, e três em cada mil podem sofrer algum dano permanente ou morte. Ao se utilizarem estratégias simples de segurança como aquelas utilizadas em indústrias de alta confiabilidade como aviação, viagem no espaço ou petroquímica, podemos prevenir cerca de 50% desses danos.⁽¹⁾

A indústria da aviação, uma das recordistas em segurança em todo o mundo, demonstrou que cerca de 80% de situações que resultaram em acidentes graves não eram decorrentes de questões técnicas, mas de erros humanos (“*The Human Factor*”), que são definidos como tudo que tem a capacidade de comprometer a *performance* humana.⁽²⁾ As possíveis causas desse fator humano variam desde questões pessoais como cansaço, raiva e fome; fatores ambientais como barulho, interrupções e sobrecarga de trabalho; até as mais comuns, ligadas a hierarquia rígida, comunicação disfuncional e trabalho em equipe insatisfatório. Mesmo na indústria da aviação, após ações como treinamento e educação, alguns erros continuavam acontecendo de forma inaceitável, levantando a questão de que alguns erros são inevitáveis, por serem inerentes a limitações cognitivas e psicológicas do ser humano.

Dessa forma, a solução seria criar um ambiente e condições de trabalho que detectassem precocemente os erros humanos antes da ocorrência de um dano. O foco central do treinamento para prevenção do erro foi demonstrar a limitação do ser humano, os motivos pelos quais os erros acontecem e como as equipes podem lidar com o “Fator Humano”. O simples fato de apresentar abertamente erros anteriores e assumir as falhas, quebrando, assim, a rigidez e o medo de punições injustas, foi capaz de prevenir até 80% desses erros.⁽³⁾ O modelo de lidar com os erros humanos usando habilidades não técnicas tornou-se fundamental no processo de treinamento em segurança.

Apesar dessas evidências e de outros estudos expressivos como o publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o efeito do trabalho em equipe e do uso de *checklists* (*surgical safety checklist*),⁽⁴⁾ alguns currículos médicos continuam focados puramente em habilidades clínicas de diagnóstico, tratamento e seguimento. Nesse cenário, habilidades importantes como técnicas de comunicação, trabalho em equipe efetivo e uso de *checklists* devem ocupar um lugar de destaque.

Em 2009/2015, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) publicou Diretrizes Específicas sobre Segurança do Paciente para ginecologistas e obstetras, com as seguintes recomendações:⁽⁵⁾

- I: Desenvolver um compromisso que encorage a cultura de segurança do paciente;
- II: Implementar práticas de prescrição de medicamentos recomendadas;

- III: Reduzir a probabilidade de erros cirúrgicos;
- IV: Melhorar a comunicação com a equipe de saúde;
- V: Melhorar a comunicação com o paciente;
- VI: Estabelecer uma parceria com o paciente para melhorar a segurança;
- VII: Firmar uma prioridade na segurança para todos os aspectos da prática.

Esses passos contemplam desde assinatura de consentimento informado, prescrição adequada com compreensão do paciente, protocolos de cirurgia segura, estímulo a um ambiente de comunicação livre e justa, comunicação com o paciente e compartilhamento de responsabilidades, buscando segurança em todos os níveis.⁽⁶⁾

Diante da importância do treinamento nessa área, a Matriz de Competências publicada pela Comissão de Residência Médica da Febrasgo dedicou o eixo 15 à Segurança do Paciente em Ginecologia e Obstetrícia (Figura 1).⁽⁷⁾

No contexto do ensino, o guia curricular de segurança do paciente da OMS traz alguns princípios pedagógicos essenciais para o ensino e aprendizagem de segurança do paciente e ressalta que o primeiro deles seria treinar o preceptor.⁽⁸⁾

Contextualizar os princípios de segurança do paciente aplicando-os nas atividades diárias, bem como dar ao estudante a oportunidade para aplicar o conhecimento, auxilia nesse processo. Ao dar aos estudantes a oportunidade de exercitar uma prática segura, espera-se que tais comportamentos se tornem habituais e que o médico em treinamento esteja mais inclinado a abordar situações clínicas rotineiras com uma mentalidade de segurança do paciente. Uma das estratégias indicadas é criar ambientes de aprendizagem eficazes que sejam seguros, desafiadores, envolventes e que estimulem a cooperação. Esses ambientes são aqueles em que os alunos se sentem confortáveis para fazer, inclusive, perguntas “bobas”, manifestar-se quando não entendem e compartilhar o que entendem de forma honesta e aberta. Nesse cenário de ensino, o professor tem seis papéis importantes: provedor de informações, modelo a ser seguido, mediador, avaliador, planejador e produtor de recursos. Quando o preceptor está em um ambiente de prática, o médico em treinamento vai observar como ele: interage e respeita as vontades do paciente e familiares, bem como informa sobre riscos e os envolve no plano de gerenciamento e tratamento; responde às perguntas dos pacientes e familiares e os incentiva a perguntar; higieniza as mãos entre uma consulta e outra; adota abordagem em equipe e aceita conselhos de colegas; segue os protocolos do local de trabalho; admite dúvidas e reconhece que aprende com seus próprios erros e dos outros; cuida de si

mesmo e dos demais; e resolve problemas de caráter sistêmico.⁽⁸⁾

Algumas perguntas que podem ser aplicadas na prática para estimular o aprendizado de segurança do paciente estão descritas no quadro 1.

As melhores experiências de ensino acontecem com os próprios pacientes. Esse contato, além de auxiliar no aprendizado técnico, pode incrementar

o aprendizado de comunicação, ética, conduta em eventos adversos e, o que tratamos aqui, da própria segurança do paciente. Usar esse cenário de forma didática deve ser uma habilidade desenvolvida e encorajada nos preceptores. Nesse contexto, o residente deve compreender a epidemiologia e a diferença entre erros, *near miss*, danos evitáveis, eventos adversos, entre outros.

EIXO 15: SEGURANÇA DO PACIENTE EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
Objetivo geral: Aquisição de competências relacionadas a segurança do paciente e a assimilação dessa cultura entre os profissionais e serviços de saúde no país.		
Nível	Competências	Componentes
R1	Utiliza apropriadamente protocolos para verificar e promover a segurança do paciente: Identificação de pacientes, comunicação adequada no ambiente profissional, segurança na prescrição e uso de medicamentos, <i>checklist</i> de cirurgia segura, prática de higiene das mãos, redução do risco de quedas e úlceras por pressão;	C/H/A
	Demonstra conhecimento da epidemiologia de erros médicos e as diferenças entre quase-erros, quase-acidentes, acidentes, eventos adversos, eventos sentinela e erros médicos;	C
	Demonstra conhecimento da rotina de trabalho da instituição e seus protocolos assistenciais;	C
	Reconhece a importância da qualidade do prontuário como determinante na segurança do paciente e registra todas as informações pertinentes ao caso;	C/H/A
	Obtém o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realizar procedimentos.	C/H/A
R2	Realiza a transição de cuidados entre profissionais e a transferência de pacientes entre pontos de cuidado de maneira adequada.	C/H/A
R3	Participa da elaboração de relatórios de segurança do paciente e de análise de sistemas de vigilância;	H/A
	Notifica erros e quase-erros para o sistema de vigilância institucional e seus superiores;	H/A
	Participa ativamente na melhoria da qualidade da segurança do paciente em seu ambiente de trabalho.	H/A

Fonte: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Matriz de competências para programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia. 2ª versão [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 12]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/matriz-de-competencias>⁽⁷⁾

Figura 1. Eixo 15: Segurança do Paciente em Ginecologia e Obstetrícia

Quadro 1. Perguntas para promover o aprendizado de segurança do paciente

Quais são os riscos para esse paciente?
O que precisamos ter em mente em para essa situação?
Como podemos minimizar os riscos?
O que tornaria essa situação mais arriscada para o paciente?
O que poderíamos fazer se “X” acontecesse?
Qual seria o nosso plano B?
O que diríamos ao paciente se “X” tivesse ocorrido?
Quais são as nossas responsabilidades?
Quem mais pode ajudar nessa situação? Outro profissional de saúde? O próprio paciente?
O que aconteceu? Como podemos evitar isso no futuro?
O que podemos aprender com essa situação?
Vamos olhar para a relação risco-benefício do plano que você sugeriu.

Não é objetivo dessa publicação discorrer sobre discussão específica de terminologias, entretanto é importante pontuar alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS:^(9,10)

- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer.
- **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Circunstância notificável:** incidente com potencial dano ou lesão.
- **Incidente sem lesão:** incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
- **Evento adverso:** incidente que resulta em dano não intencional decorrente da assistência e não relacionado à evolução natural da doença de base do paciente.
- **Erro:** trata-se de qualquer ato que envolva fazer algo errado ou falhar na tentativa de realizar a atividade certa que gera resultados indesejados ou apresenta alto potencial de gerar tais resultados, levando perigo ao paciente.
- **Near miss:** também conhecido como quase erro ou “evento adverso potencial”, trata-se de qualquer situação que poderia ter tido consequências negativas, mas não teve. Neste caso, o erro foi cometido, mas o paciente não sofre danos por conta da identificação precoce ou pura sorte.

O termo “near miss”, amplamente utilizado nas publicações nacionais sobre segurança do paciente, é comumente traduzido como “quase erro”. A mais recente publicação da OMS sobre taxonomia em segurança do paciente apresenta nove definições para o *near miss*, que, de forma geral, o conceituam como um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos.^(9,10) Esse termo tem sido muito utilizado em obstetrícia para situações de mulheres que sobrevivem a alguma condição potencialmente ameaçadora da vida. A identificação precoce de potencial *near miss* permite identificar mulheres que estejam sob maior risco de evolução para casos graves, permitindo implementação precoce de medidas de suporte e tratamento. O *near miss* materno, por exemplo, é atualmente definido pela OMS como a mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicações graves durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação.⁽¹¹⁾

A identificação de situações de *near miss*, erros, eventos adversos, dano evitável, entre outros, e a possibilidade de

conversar abertamente com o preceptor assim que suspeitados, dentro de um ambiente seguro e de cooperação, aprimoram, em primeiro lugar, a segurança do paciente e, de forma importante, o aprendizado do residente.

O ensino de segurança do paciente pode ocorrer em vários cenários e, além do contato direto com o paciente, diversas estratégias podem ser utilizadas, como discussão de casos, simulação, *role playing*, entre outras. O envolvimento do médico em treinamento na cultura da segurança é necessário tanto para a entrega de educação de alta qualidade quanto para a assistência de alta qualidade. Este é nosso atual desafio: orientar e treinar preceptores para promover e estimular esse aprendizado na residência médica.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors; Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
2. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1:i85-90. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
3. Helmeich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000;320(7237):781-5. doi: 10.1136/bmj.320.7237.781
4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119
5. ACOG Committee Opinion No. 447: patient safety in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1424-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c6f90e
6. Romão GS, Sá MF. (2020). Competency-based training and the competency framework in gynecology and obstetrics in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(5):272-88.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Matriz de competências para programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia. 2ª versão [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 12]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/matriz-de-competencias>
8. Marra VN, Sette ML, coordenadores. Guia curricular e segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional. Rio de Janeiro: Autografia; 2016.
9. World Health Organization. WHO Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1: final technical report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2020 Mar 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
10. World Health Organization. WHO Patient Safety. The conceptual framework for the international classification for patient safety: version 1.1: final technical report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2011 Jul 4]. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety: key concepts and preferred terms; p. 14-24. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf
11. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287-96. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007

A Nova Resolução sobre Publicidade Médica: o que mudou e quando começa a valer?

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio²



Em 13 de setembro de 2023, foi publicada a Resolução nº 2.336/2023 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre publicidade e propaganda médicas.⁽¹⁾ A norma, fruto de um amplo debate com entidades médicas e especialistas, além de publicitários, profissionais de *marketing*, jornalismo e direito, entre outros, passará a regular a propaganda/publicidade médica a partir de março de 2024, pois somente entrará em vigor 180 dias a partir da data de publicação.⁽¹⁾ Esse é um ponto muito importante, pois, apesar da publicação da nova norma, ainda estão vigentes até março de 2024 as normas atuais que versam sobre o tema, a saber: a Resolução CFM nº 1.974/2011, a Resolução CFM nº 2.126/2015 e a Resolução CFM nº 2.133/2015, com as suas respectivas orientações e vedações.⁽¹⁾ **As mudanças previstas só estarão plenamente autorizadas e válidas a partir de 11 de março de 2024.**

De acordo com a norma, define-se por publicidade ou propaganda médica a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, da atividade profissional, com iniciativa, participação e/ou anuência do médico, nos segmentos público, privado e filantrópico.⁽¹⁾ Já na definição fica claro um pilar importante do Código de Ética Médica: a responsabilidade médica é pessoal e intransferível, e isso se aplica também à propaganda e à publicidade.^(1,2) Não cabem, claramente, as frequentes alegações de que o serviço foi terceirizado para agências ou publicitários, pois a responsabilidade de aprovação e respeito às normas éticas é do próprio médico. A publicidade médica encontra-se definida como o ato de promover estruturas físicas, serviços e qualificações do médico ou dos estabelecimentos médicos (físicos ou virtuais); e a propaganda médica, como o ato de divulgar assuntos e ações de interesse da medicina.⁽¹⁾

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

2. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional.

As peças de publicidade/propaganda médica deverão conter, obrigatoriamente:

- I – nome, número(s) de registro(s) no(s) Conselho(s) Regional(is) de Medicina –CRM(s)– onde esteja exercendo a medicina, acompanhados da palavra MÉDICO;
- II – especialidade e/ou área de atuação, quando registrada no CRM, seguida pelo número de Registro de Qualificação de Especialista (RQE), quando o for.

É importante destacar que, em redes sociais, *blogs*, *sites*, Instagram e outros semelhantes, se nele ocorrer publicidade ou propaganda médica, mesmo que também divulgue além de assuntos profissionais, passagens da sua vida privada, essas informações devem estar na página principal do perfil.⁽¹⁾

De acordo com a nova resolução, **será permitido ao médico:**⁽¹⁾

- I – utilizar fotografia ou vídeo com detalhes de seu ambiente de trabalho, sua própria imagem, de membros da equipe clínica e de outros auxiliares;
- II – anunciar os aparelhos e recursos tecnológicos, desde que autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou similar e pelo CFM;
- III – anunciar os serviços agregados ao seu consultório ou clínica realizados por outros profissionais, com todos os cuidados éticos, de supervisão e de registro no prontuário;
- IV – incluir referência em textos, imagens ou áudios quanto à marcação de consultas;
- V – orientar pacientes sobre características do local onde os serviços são oferecidos (estacionamento, segurança, privacidade, conforto e localização), bem como seu portfólio de atendimento (planos, seguros saúde, procedimentos, atos personalizados etc.);
- VI – informar sobre valores de consultas, meios e formas de pagamento;
- VII – informar que o valor de procedimentos particulares poderá ser acordado entre as partes previamente ao atendimento e sua execução;
- VIII – anunciar abatimentos e descontos em campanhas promocionais, sendo proibido vincular as promoções a vendas casadas, premiações e outros que desvirtuem o objetivo final da medicina como atividade-meio, conforme definido no Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame);
- IX – apresentar seu ambiente de trabalho, incluindo equipamentos com indicações de uso, conforme informações do portfólio da Anvisa, ou agência governamental que a suceda, e autorizado pelo CFM para uso médico privativo e/ou compartilhado com outras profissões;
- X – participar de peças de divulgação, físicas ou virtuais, como membro do corpo técnico/clínico de

instituições públicas, privadas, filantrópicas ou outras, desde que concordem e observando os itens obrigatórios;

- XI – participar de peças de divulgação, físicas ou virtuais, de planos e seguros-saúde, autogestões e outros, desde que preste serviços a esses planos e tenha autorizado o uso de sua imagem, à semelhança de membros do corpo clínico de qualquer instituição médica, desde que concordem e observando os itens obrigatórios;
- XII – organizar cursos e grupos de trabalho com caráter educativo para leigos e anunciar seus valores, sendo terminantemente proibido realizar consultas, bem como oferecer informação que levem a juízo de diagnóstico, de procedimentos e prognóstico, vedando o ensino de ato privativo do médico, conforme dispõe a Resolução CFM nº 1.718/2004;
- XIII – organizar e anunciar valores de cursos, consultorias e grupos de trabalho, com acesso restrito a médicos para discussão de casos clínicos e/ou atualizações em medicina de modo geral, desde que:
 - a) essas atividades sejam restritas a médicos inscritos no CRM;
 - b) o organizador confirme os dados dos inscritos, sob pena de responsabilização ética;
 - c) seja garantido que os participantes respeitarão os critérios de confidencialidade em torno dos assuntos e casos discutidos, bem como o ensino do que for vedado pelo CFM, sob pena de responsabilização ética;
- XIV – autorizar estudantes de Medicina a participarem de cursos, consultorias e grupos de trabalho para discussão de casos clínicos, desde que identificados e compromissados com o respeito ao sigilo e às normas gerais do grupo, ficando o organizador responsável pela observação desses critérios;
- XV – emitir comentário genérico sobre o prazer com o trabalho, alegria em receber seus pacientes e acompanhantes, motivações com os desafios do dia a dia de sua profissão, gerando corrente positiva para a boa imagem da medicina, desde que:
 - a) não identifique pacientes ou terceiros;
 - b) não adote tom pejorativo, desrespeitoso, ofensivo, sensacionalista ou incompatível com os compromissos éticos exigidos pela medicina para com suas instituições, outros colegas, especialidades ou técnicas e procedimentos;
- XVI – revelar resultados comprováveis de tratamentos e procedimentos, desde que não identifique pacientes;
- XVII – emitir observações críticas quanto ao ambiente e condições de trabalho, sendo vedado o uso de tom ofensivo ou desrespeitoso a qualquer pessoa ou superior hierárquico;

XVIII – anunciar a aplicação de órteses e próteses, fármacos, insumos e afins, desde que:

- a) descreva características e propriedades de insumos, órteses e próteses, de acordo com a Resolução CFM nº 2.318/2022;
- b) quando criador ou desenvolvedor da órtese ou insumo, aprovados pela Anvisa e pelo CFM, ao fazer divulgação, esclareça seus conflitos de interesse;
- c) não anuncie marcas comerciais e fabricantes.

As principais mudanças incluirão permitir que o médico apareça em redes próprias ou de serviços onde exerça a medicina e fazer publicidade dos equipamentos e de outros profissionais de que dispõe seu serviço.

Poderão ser anunciados os valores de consulta, procedimentos e exames, desde que eles não dependam de diagnóstico e avaliação prévia, bem como a aceitação de planos de saúde, seguro-saúde, cartão de crédito, parcelamentos e abatimentos nos valores de consultas, exames complementares e procedimentos.⁽¹⁾ Seguem como PROIBIDA a oferta casada, como “faça a consulta e ganhe o exame”, “faça o procedimento e ganhe desconto em exames e materiais” ou “concorra a prêmio se se submeter a tal procedimento”, por isso caracterizar mercantilismo, ou seja, mau uso para formar clientela, insinuando concorrência desleal com os outros médicos.⁽¹⁾

Por ocasião de entrevistas em qualquer veículo de comunicação, ou em outras publicações de artigos e informações ao público leigo, o caráter educativo e de representante da medicina deve prevalecer, sendo proibida a divulgação de endereço físico ou virtual e de telefone, podendo (devendo) ser divulgados apenas o CRM e o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE).⁽¹⁾ Nesses casos de entrevistas, debates, webinários ou similares, o médico é obrigado a declarar seus conflitos de interesse, no mesmo molde que se aplica para os *speakers* de laboratórios nos congressos e outros eventos médicos, com o intuito de proteger a medicina e a população de médicos com interesses particulares na divulgação de procedimentos, fármacos, insumos médicos e aparelhagem em geral.⁽¹⁾

Sobre os títulos, a divulgação dos títulos acadêmicos sofreu um ajuste decorrente da análise do disposto no art. 17 da Lei nº 3.268/1957, que permite aos CRMs registrarem os títulos de especialistas conforme disposto em lei e formarem cadastro dos demais títulos e certificados de cunho acadêmico, como pós-graduações *lato sensu* ou *stricto sensu*, no prontuário do médico.⁽¹⁾ Os títulos registrados nos CRMs (títulos de especialidade e área de atuação) recebem numeração crescente (RQE), que deve ser utilizada na publicidade médica.⁽¹⁾ Os demais serão assentados em forma de cadastro no prontuário do médico, não sendo fornecido número de ordem. “Ficará autorizado ao(a) médico(a) detentor(a) de certificados de pós-graduação *lato sensu*, de cunho pedagógico, publicar em forma de currículo suas pós-graduações,

seguido da expressão **NÃO ESPECIALISTA em caixa alta**.”⁽¹⁾ Para os títulos de mestrado e doutorado, há permissão para que apareçam em sua publicidade, mesmo que não relacionados a sua especialidade.⁽¹⁾

As principais **PROIBIÇÕES**, de acordo com a nova norma, incluirão:⁽¹⁾

- I – divulgar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir à confusão com a divulgação de especialidades;
- II – atribuir capacidade privilegiada a aparelhagens;
- III – divulgar equipamento e/ou medicamento sem registro na Anvisa ou agência que a suceda;
- IV – participar de propaganda/publicidade de medicamento, insumo médico, equipamento, alimento e quaisquer outros produtos, induzindo à garantia de resultados;
- V – conferir selo de qualidade, ou qualquer outra chancela, a produtos alimentícios, de higiene pessoal ou de ambientes, material esportivo e outros, por induzir a garantia de resultados;
- VI – participar de propaganda enganosa de qualquer natureza;
- VII – divulgar método ou técnica não reconhecido pelo CFM;
- VIII – expor imagens de consultas e procedimentos transmitidas em tempo real, com técnicas ou métodos de abordagens, ainda que com autorização expressa do paciente;
- IX – anunciar a utilização de técnicas de forma a lhe atribuir capacidade privilegiada, mesmo que seja o único a fazê-la;
- X – oferecer serviços por meio de consórcio e similares;
- XI – oferecer consultoria a pacientes e familiares como substituição da consulta médica presencial, excetuado o que for regulamentado em resolução específica para a telemedicina;
- XII – garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento;
- XIII – permitir, autorizar ou não impedir que seu nome seja incluído em listas de premiações, homenagens, concursos ou similares com a finalidade de escolher ou indicar profissional para o recebimento de títulos como “médico do ano”, “destaque da especialidade”, “melhor médico” ou outras denominações com foco promocional ou de propaganda patrocinada;
- XIV – fazer qualquer propaganda ou manter material publicitário nas dependências de seu consultório ou pessoa jurídica da área médica a que pertença, de empresas dos ramos farmacêuticos, óticos, de órteses e próteses ou insumos médicos de qualquer natureza, quando investidor em qualquer delas;

- XV – ter ou manter consultório no interior de estabelecimentos dos ramos farmacêuticos, óticos, de órteses e próteses ou insumos de uso médico;
- XVI – portar-se de forma sensacionalista ou autopromocional, praticar concorrência desleal ou divulgar conteúdo inverídico.

De maneira clara, a resolução prevê ser direito do médico comprar espaço em qualquer veículo de comunicação para fazer propaganda ou publicidade, ou seja, serão permitidos os anúncios pagos/patrocinados.⁽¹⁾

Um dos aspectos mais inovadores e polêmicos é a questão do uso de imagem de pacientes, principalmente o antes e depois. Sobre a utilização de imagem por médicos e seus estabelecimentos assistenciais, autoriza-se o uso de imagem de paciente, inclusive com o antes e o depois, mas exclusivamente em caráter educativo, situação em que o médico expõe quando uma pessoa deve procurar ajuda médica, as intervenções possíveis, a intervenção em si, a resultante e resultados insatisfatórios, “gerando para a sociedade um ciclo virtuoso com ênfase no bom nome da medicina, no que faz e como faz. Em respeito à verdade, o profissional também expõe os não desejados resultados insatisfatórios.”⁽¹⁾ Para tanto, pode utilizar banco de imagens de terceiros (declarando a fonte em respeito aos direitos autorais) ou próprio ou do estabelecimento ao qual pertença, relatando os termos de consentimento para seu uso.⁽¹⁾

Os princípios para a divulgação das imagens, de acordo com a nova norma, serão:⁽¹⁾

- a) qualquer uso de imagem deve ser acompanhado de texto educativo contendo as indicações terapêuticas, fatores que influenciam possíveis resultados e descrição das complicações descritas em literatura científica;
- b) demonstrações de antes e depois devem ser apresentadas em um conjunto de imagens contendo indicações, evoluções satisfatórias, insatisfatórias e complicações decorrentes da intervenção, sendo vedada a demonstração e ensino de técnicas que devem limitar-se ao ambiente médico;
- c) quando aplicável, apresentar evolução para diferentes biotipos e faixas etárias, bem como evoluções imediatas, mediatas e tardias das intervenções demonstradas;
- d) a captura de imagens por equipes externas de filmagem, durante a realização de procedimentos, fica autorizada apenas para partos, quando a parturiente e/ou familiares assim desejarem e houver anuência do médico.
- e) é vedado o uso de imagens de procedimentos que identifique o paciente;
- f) é vedada qualquer edição, manipulação ou melhoramento das imagens;
- g) autorretratos repostados dos pacientes e depoimentos sobre a atuação do médico devem ser

sóbrios, sem adjetivos que denotem superioridade ou induzam a promessa de resultado;

- h) quando são apresentadas imagens obtidas de banco de imagens, deve ser citada sua origem conforme regras de direitos autorais;
- i) quando as imagens forem de banco de dados do próprio médico ou serviço ao qual pertença, deve-se:
 1. obter autorização do paciente para o uso de sua imagem;
 2. respeitar o pudor e a privacidade do paciente que cedeu as imagens;
 3. garantir o anonimato do paciente que cedeu as imagens, mesmo que tenha recebido autorização para divulgação.

A resolução na íntegra possui 10 capítulos: I – Das definições e responsabilizações, II – Das obrigações, III – Dos meios de publicidade e propaganda nas redes sociais próprias de médicos e estabelecimentos médicos, IV – Das permissões, V – Da relação com veículos e canais de comunicação de massa, VI – Das proibições, VII – Dos deveres, VIII – Dos direitos, IX – Do uso da imagem de pacientes ou de bancos de imagens, X – Das disposições gerais.⁽¹⁾

As novidades são muitas, e há muitos aspectos importantes a serem considerados em cada caso antes de simplesmente fazer tudo o que a resolução “autoriza”. Diversas outras normas e várias leis incidem sobre aspectos da prática e publicidade médica, como o Código de Defesa do Consumidor e a Lei Geral de Proteção de Dados, e o médico deve seguir atento às jurisprudências atuais sobre o tema, que primam por proteger o paciente enquanto cliente e consideram o médico como o detentor do conhecimento nesses casos, podendo ser responsabilizado por falsas expectativas de resultados. Em casos de dúvidas no aspecto ético, quanto à promoção de campanhas ou peças publicitárias, pode-se consultar a Codame do CRM do seu estado.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanecerá atenta às repercussões práticas e éticas da nova resolução do CFM, bem como à publicação decorrente prevista do novo Manual de Publicidade, mantendo os associados informados, pois é inegável o impacto da publicidade e propaganda e das normas que as regerem na prática médica, na vulnerabilidade ética e jurídica dos médicos e na relação entre médicos e pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.336/2023, de 13 de setembro de 2023. Dispõe sobre publicidade e propaganda médicas [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 21]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2023/2336>
2. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília (DF): CFM; 2019.

61° CBGO

CONGRESSO BRASILEIRO DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

14 a 17 de novembro de 2023
RioCentro • Rio de Janeiro, RJ



INSCRIÇÕES ABERTAS



www.cbgo2023.com.br

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

EDITORES: Marcos Felipe Silva de Sá e Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

CONSELHO EDITORIAL: Agnaldo Lopes da Silva Filho, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alex Sandro Rolland de Souza, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo Cordioli, Eduardo de Souza, Fernanda Campos da Silva, Fernando Maia Peixoto Filho, Gabriel Ozanan, Garibalde Mortoza Junior, Geraldo Duarte, Hélio de Lima Ferreira Fernandes Costa, Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior, Jesus Paula Carvalho, José Eleutério Junior, José Geraldo Lopes Ramos, José Mauro Madi, Jose Mendes Aldrighi, Julio Cesar Rosa e Silva, Julio Cesar Teixeira, Lucia Alves da Silva Lara, Luciano Marcondes Machado Nardoza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebirim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

538 Desafios do rastreamento do câncer de mama

Alexandre Vicente de Andrade, Clécio Ênio Murta de Lucena, Danielle Chambô dos Santos, Eduardo Carvalho Pessoa, Fabio Postiglione Mansani, Felipe Eduardo Martins de Andrade, Giuliano Tavares Tosello, Henrique Alberto Portella Pasqualette, Henrique Lima Couto, Jose Luis Esteves Francisco, Rodrigo Pepe Costa, Sandra Regina Campos Teixeira, Thais Paiva Moraes, Agnaldo Lopes da Silva Filho

ARTIGOS DE REVISÃO

543 As trombofilias na perda gestacional de repetição: uma revisão de prevalência e condutas

Elaine Cristina Fontes de Oliveira, Caio Ribeiro Vieira Leal

550 O hormônio antimulleriano e a reserva ovariana: uma revisão integrativa da literatura

Cássia Regina Gotler Medeiros, Julia Tarter da Rosa, Maiara Conzatti, Marcos Hoher, Maria Luiza Zvirtes

557 Manejo das irregularidades menstruais secundárias ao uso de contraceptivos – análise das recomendações atuais

Larissa Rezende Mendonça, Ceres Nunes de Resende, Miriam da Silva Wanderley

RELATO DE CASO

564 Desfechos reprodutivos e de sobrevida em adolescente tratada com cirurgia preservadora de fertilidade por tumor *borderline* de ovário em estágio avançado: relato de caso e revisão da literatura

Karen Hiromi Mori, Aline Evangelista Santiago, Sophie Françoise Derchain, Renata De Marchi Triglia, Luís Otávio Sarian, Adriana Yoshida

Desafios do rastreamento do câncer de mama

Número 8 – Setembro 2023

A Comissão Nacional Especializada em Imaginologia Mamária da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) referenda este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

PONTOS-CHAVE

- A mamografia é o método de eleição para o rastreamento do câncer de mama, sendo o único que demonstra redução de mortalidade na população de risco habitual.
- A periodicidade de realização e a idade de início do rastreamento mamográfico são um tema controverso na literatura. Entretanto, dados no nosso país apontam para uma porção significativa de neoplasia de mamas em mulheres abaixo dos 50 anos.
- A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) concordam que o rastreamento mamográfico deveria ser realizado, anualmente, por todas as mulheres a partir de 40 anos de idade.
- No Brasil, há uma distribuição desigual de mamógrafos nas várias regiões. As políticas de rastreamento devem considerar essa desigualdade.
- A grande maioria dos serviços no Brasil realiza rastreamento oportunístico para o câncer de mama. A implantação de rastreamento organizado por faixa etária e estratificação de risco pode otimizar os custos do sistema público de saúde.
- Pacientes de alto risco precisam ser rastreadas de forma diferente das pacientes de risco habitual. Essas pacientes precisam ter acesso à ressonância magnética das mamas e também iniciar seu rastreamento em idade mais precoce.
- O protocolo abreviado da ressonância magnética para rastreamento de pacientes de alto risco para câncer de mama pode melhorar a adesão e o acesso dessas pacientes ao programa de rastreamento.
- A ultrassonografia das mamas não é método de rastreamento isoladamente. Entretanto, ela tem seu papel como método complementar à mamografia e à ressonância magnética em cenários específicos, bem como em substituição à ressonância magnética em pacientes com contra-indicação ao uso desse método.
- As mamas densas possuem baixa sensibilidade para o rastreamento por mamografia.

RECOMENDAÇÕES

- A mamografia deve ser realizada como método preferencial de rastreamento do câncer de mama para mulheres de risco habitual.
- O subgrupo de mulheres entre 40 e 50 anos com risco habitual deve ser avaliado preferencialmente com mamografia anual, considerando a prevalência de câncer de mama nessa faixa etária no Brasil.
- A ultrassonografia não deve ser usada como método isolado no cenário do rastreamento, sendo sempre complementar à mamografia ou à ressonância magnética das mamas. A ultrassonografia pode ser usada também em pacientes com alguma contra-indicação à realização de ressonância magnética (alergia ao contraste, incompatibilidade com o aparelho, claustrofobia, presença de marca-passo ou outro dispositivo implantado).
- O rastreamento de pacientes de alto risco deve ser feito com ressonância e mamografia anuais. Na impossibilidade de acesso ao exame de ressonância, a ultrassonografia pode ser empregada, com ressalvas relacionadas à experiência do examinador no exame de ecografia mamária.

- O protocolo abreviado para rastreamento de pacientes de alto risco para câncer de mama deve ser considerado nos serviços que realizam ressonância de mamas, uma vez que economiza tempo e se mostrara igualmente eficaz nas séries publicadas. Além disso, esse protocolo pode aumentar a adesão das pacientes a um programa de rastreamento anual.
- A implementação de rastreamento organizado deve ser estimulada nos serviços que fazem rastreamento do câncer de mama, uma vez que essa medida otimiza os custos do programa.
- Pacientes com mamas densas são um subgrupo que deve ser avaliado com cautela, considerando a baixa sensibilidade da mamografia. Nessas pacientes, a ecografia complementar pode ser realizada, bem como a ressonância magnética de rastreamento para pacientes de risco habitual e mamas densas (considerando a disponibilidade desse recurso nas várias regiões do país).
- Pacientes de risco intermediário para câncer de mama devem ser avaliadas individualmente para a proposta de rastreamento. Algumas dessas pacientes, principalmente as com mamas densas ou lesões que aumentem o risco, podem ser candidatas à realização de ressonância anual, além da mamografia.

CONTEXTO CLÍNICO

O câncer de mama no Brasil é o mais prevalente entre as mulheres e a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres. No entanto, se diagnosticado no início, tem mais de 95% de chances de cura. Para isso, são fundamentais medidas de rastreamento do câncer de mama. Os avanços tecnológicos nos métodos diagnósticos, como a mamografia digital, a tomossíntese e a ressonância, associados à evolução no tratamento medicamentoso para o câncer de mama, são apontados como causa na queda da mortalidade do câncer de mama nos países desenvolvidos. Porém, no Brasil, as curvas de mortalidades por câncer de mama continuam ascendentes na maioria das regiões, como reflexo da falta de acesso ao diagnóstico e tratamento. Esses dados devem nos fazer refletir sobre os desafios do rastreamento, que vão além do uso correto dos métodos disponíveis e incluem políticas de saúde e gestão pública que permitam a detecção de uma lesão precoce e o seu diagnóstico e tratamento, de modo que o rastreamento resulte em redução da mortalidade pelo câncer de mama. Para que um programa de rastreamento de câncer seja efetivo, é preciso que pelo menos 70% da população-alvo seja envolvida. No Brasil, esses números chegam, no máximo, a 35% das mulheres. Diversos fatores contribuem para isso, como: difícil acesso ao exame (apesar de o número de mamógrafos no Brasil ser suficiente, eles estão distribuídos de forma muito desigual), medo de realizar o exame (apesar das diversas campanhas de conscientização, sobretudo o Outubro Rosa, a informação muitas vezes não é clara, simples e direta como deveria ser) e, sobretudo, o fato de no Brasil o rastreamento ser feito de forma oportunística, dependendo de a paciente procurar o médico, e não ser um rastreamento ativo na busca das pacientes. Muitos são os desafios para o êxito do programa de rastreamento. A primeira etapa a ser cumprida é garantir a qualidade da imagem e do laudo mamográfico, que pode ser alcançada por meio de programas de qualidade das mamografias. O segun-

do passo é garantir o acesso rápido ao diagnóstico do achado mamográfico suspeito por meio da biópsia. E, por fim, proporcionar um tratamento adequado, evitando atrasos e disponibilizando o acesso às drogas mais eficazes. Os investimentos em um programa de rastreamento mais efetivo, visando resolver esses problemas, são altos, porém são também custo-efetivos. O diagnóstico de lesões iniciais permite o descalonamento de tratamento, seja ele cirúrgico (mais cirurgias conservadoras) ou adjuvante (menor emprego de quimioterapia e radioterapia), consequentemente, aumentando as chances de cura das pacientes.^(1,2)

QUAL A IDADE DE INÍCIO PARA O RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO DO CÂNCER DE MAMA E QUAL A PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA PARA MULHERES DE RISCO HABITUAL?

De acordo com Recomendações do CBR, da SBM e da Febrasgo, publicadas em 2012 e atualizadas em 2017, o rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem deve ocorrer da seguinte forma, conforme a faixa etária:

- Mulheres abaixo de 40 anos – risco habitual; nessa faixa etária, em geral, não se recomenda a realização da mamografia;
- Mulheres entre 40 e 74 anos – nessa faixa etária, recomenda-se a realização da mamografia para todas as mulheres, com a periodicidade anual e de preferência para a técnica digital (categoria A); em locais onde a tomossíntese mamária estiver disponível, ela deve ser preferencialmente utilizada;
- Mulheres acima de 75 anos – nessa faixa etária, recomenda-se a realização do rastreamento, de preferência com a técnica digital, de forma individualizada; mulheres com expectativa de vida maior que sete anos e que possam

ser submetidas a tratamento do câncer, considerando suas comorbidades, deverão continuar o rastreamento mamográfico (categoria D).

QUAL A IDADE DE INÍCIO PARA O RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO DO CÂNCER DE MAMA E QUAL A PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA NO GRUPO DE MULHERES DE ALTO RISCO?

De acordo com Recomendações do CBR, da SBM e da Febrasgo, publicadas em 2012 e atualizadas em 2017, as orientações para o subgrupo de pacientes de alto risco deve ser:

- Mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com parentes de primeiro grau com mutação provada, devem realizar o rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade (categoria B);
- Mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar, iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos) (categoria B);
- Mulheres com história de terem sido submetidas a irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade devem realizar rastreamento anual com mamografia a partir do oitavo ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 30 anos) (categoria C);
- Mulheres com diagnóstico de síndromes genéticas que aumentam o risco de câncer de mama (como Li-Fraumeni, Cowden e outras) ou com parentes de primeiro grau acometidos devem realizar rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico (não antes dos 30 anos) (categoria D).

É importante ressaltar que, nos dias de hoje, cada vez mais se discute o rastreamento mamográfico personalizado. Antes de iniciar esse rastreamento, é importante que a paciente tenha sua avaliação de risco feita pelo profissional que a está atendendo. Caso se configure como uma paciente de alto risco, o programa de rastreamento deverá ser intensificado. Fica claro que o futuro é adequar o rastreamento para essas populações.⁽¹⁻²⁾

Categorias

- Categoria A – Recomendação baseada em fortes evidências científicas, com consenso uniforme entre o CBR, a SBM e a Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada vigorosamente.

- Categoria B – Recomendação baseada em razoáveis evidências científicas, com consenso uniforme entre o CBR, a SBM e a Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada vigorosamente.
- Categoria C – Recomendação baseada em poucas evidências científicas, mas com consenso entre o CBR, a SBM e a Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada vigorosamente.
- Categoria D – Recomendação baseada em consenso de especialistas do CBR, da SBM e da Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada.

QUAL O PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA?

A ecografia mamária, ou ultrassonografia, tem como desafios a sua qualidade e a *expertise* do examinador, não sendo um método utilizado isoladamente no rastreamento do câncer de mama, seja para pacientes de risco habitual ou de alto risco. Ela pode ser usada de maneira complementar à mamografia e à ressonância magnética e para guiar biópsias em caso de lesões suspeitas.⁽²⁾ No cenário do rastreamento de pacientes de alto risco, a ultrassonografia pode ser empregada em locais onde elas não têm acesso à ressonância de mamas e ou no caso existir alguma contraindicação à realização desse exame (alergia ao contraste, incompatibilidade com o aparelho, claustrofobia, presença de marca-passo ou outro dispositivo implantado). A maior limitação da ultrassonografia é sua elevada taxa de falso-positivos e, conseqüentemente, a necessidade de realização de biópsias. Trata-se de um método altamente operador-dependente e sua eficácia aumenta quando realizado por profissional experiente no método e conhecedor de imagenologia mamária e de suas nuances em vários métodos de imagem.⁽²⁾ O custo-efetividade da realização da ecografia deve ser analisado para propor a utilização desse método. A alta densidade mamária pode diminuir a sensibilidade da mamografia em 30% a 48%, uma vez que o câncer de mama é normalmente radiodenso. Além disso, densidade mamária constitui, por si só, um fator de risco independente para o câncer de mama. Apesar dos avanços obtidos com a mamografia digital e a tomossíntese, com aumento da sensibilidade de 55% para 70% (digital x convencional), alguns cânceres ainda podem não ser detectáveis em meio ao parênquima mamário denso. Nesses casos, as pacientes com mamas densas com risco habitual têm indicação de exame complementar, e a ultrassonografia é considerada a modalidade complementar de escolha. Em mulheres com risco intermediário e mamas densas, a triagem suplementar com ultrassonografia é uma opção para aumentar a detecção do câncer.⁽²⁾

QUAL O PAPEL DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO RASTREAMENTO DA POPULAÇÃO DE ALTO RISCO?

Pacientes de alto risco geralmente compõem um grupo de pacientes mais jovens e, conseqüentemente, com mamas mais densas. Nesse subgrupo específico, o uso da mamografia isoladamente tem sensibilidade reduzida. A ressonância magnética das mamas, por ser um método funcional e não puramente morfológico, não depende da densidade mamária para a sua efetividade. Por isso, seu uso nas pacientes de alto risco mostra-se mais eficaz, isoladamente ou em combinação com a mamografia.⁽³⁻⁵⁾ A ressonância magnética das mamas em mulheres de alto risco mostrou ter maior sensibilidade do que a mamografia como método de rastreamento. A combinação de mamografia e ressonância magnética nessa população tem maior sensibilidade (92%) que a ressonância realizada de maneira isolada. Ainda, a realização de ressonância e mamografia combinadas tem maior sensibilidade (92,7%) do que ultrassonografia e mamografia combinadas (52%). Portanto, em mulheres de alto risco, a ressonância magnética é recomendada anualmente. O rastreio de mulheres de alto risco com ressonância magnética das mamas é custo-efetivo, e a relação custo-eficácia do rastreamento da ressonância magnética aumenta com o aumento do risco de câncer de mama. Ou seja, quanto maior o risco da população estudada, maior serão o valor preditivo positivo e a especificidade do método.⁽⁵⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um programa de rastreamento otimizado é fundamental para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil e é custo-efetivo. Todas as mulheres deveriam ter seu risco para câncer de mama avaliados aos 30 anos, para garantir que elas não pertençam a uma minoria classificada como de alto risco. Toda mulher assintomática com risco habitual deve fazer mamografia/tomosíntese anualmente, a partir de 40 anos de idade, pois

os estudos apontam redução da mortalidade por câncer de mama devido ao diagnóstico precoce, que também oferece melhores opções de tratamento cirúrgico e mais efetividade do tratamento sistêmico. A idade de término do rastreamento deve considerar as condições clínicas, as comorbidades e a expectativa de vida da paciente. Principalmente em relação às pacientes com 75 anos ou mais que serão submetidas ao rastreamento do câncer de mama, devemos discutir sobre a possibilidade de reconvocação para repetir exames ou mesmo para realizar exames adicionais, o risco de serem submetidas a biópsias desnecessárias (benignas), o risco de um *over diagnóstico* (diagnóstico de um câncer que poderia nunca se manifestar clinicamente) e, finalmente, a ansiedade gerada pelo rastreamento. Os riscos e benefícios do rastreamento para cada mulher não devem ser discutidos de maneira geral, e sim de forma individual. Para pacientes de alto risco e em algumas condições especiais, outro método diagnóstico complementar (ressonância ou ultrassonografia) deve ser considerado.

REFERÊNCIAS

1. Urban LA, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NM, Kefalas AL, et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Bras.* 2012;45(6):334-9. doi: 10.1590/S0100-39842012000600009
2. Urban LA, Chala LF, Bauab SP, Schaefer MB, Santos RP, Maranhão NM, et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria para o rastreamento do câncer de mama. *Radiol Bras.* 2017;50(4):244-9. doi: 10.1590/0100-3984.2017-0069
3. Kuhl CK, Baltzer P. You get what you pay for: breast MRI screening of women with dense breasts is cost-effective. *J Natl Cancer Inst.* 2021;113(11):1439-41. doi: 10.1093/jnci/djab120
4. Kuhl CK. Abbreviated breast MRI for screening women with dense breast: the EA1141 trial. *Br J Radiol.* 2018;91(1090):20170441. doi: 10.1259/bjr.20170441
5. Kuhl CK. Abbreviated Magnetic Resonance Imaging (MRI) for breast cancer screening: rationale, concept, and transfer to clinical practice. *Annu Rev Med.* 2019;70:501-19. doi: 10.1146/annurev-med-121417-100403

Como citar:

Andrade AV, Lucena CE, Santos DC, Pessoa EC, Mansani FP, Andrade FE, et al. Desafios do rastreamento do câncer de mama. *Femina*. 2023;51(9):538-42.

Nota do editor:

Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Challenges of breast cancer screening", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;45(9):558-61.

Alexandre Vicente de Andrade

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

Clécio Ênio Murta de Lucena

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Danielle Chambô dos Santos

Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil.

Eduardo Carvalho Pessoa

Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Fabio Postiglione Mansani

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa - PR, Brasil.

Felipe Eduardo Martins de Andrade

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

Giuliano Tavares Tosello

Universidade do Oeste Paulista, Presidente Paulista, SP, Brasil.

Henrique Alberto Portella Pasqualetto

Centro de Pesquisas da Mulher Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Henrique Lima Couto

Clínica Redimama-Redimasto de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Jose Luis Esteves Francisco

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Rodrigo Pepe Costa

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

Sandra Regina Campos Teixeira

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Campinas, SP, Brasil.

Thaís Paiva Moraes

Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Aginaldo Lopes da Silva Filho

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Imaginologia Mamária da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**Presidente:**

Eduardo Carvalho Pessoa

Vice-Presidente:

Henrique Lima Couto

Secretário:

Clecio Enio Murta de Lucena

Membros:

Alexandre Vicente de Andrade

Danielle Chambô

Fabio Postiglione Mansani

Felipe Eduardo Martins de Andrade

Giuliano Tavares Tosello

Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior

Henrique Alberto Portella Pasqualetto

Jorge Villanova Biazús

José Luis Esteves Francisco

Rodrigo Pepe Costa

Sandra Regina Campos Teixeira

Thais Paiva Moraes

As trombofilias na perda gestacional de repetição: uma revisão de prevalência e condutas

Thrombophilias in recurrent pregnancy loss: a review of prevalence and conduct

Elaine Cristina Fontes de Oliveira¹, Caio Ribeiro Vieira Leal¹

Descritores

Aborto; Aborto habitual; Aborto espontâneo; Trombofilia; Síndrome antifosfolípide; Protocolos

Keywords

Abortion; Habitual abortion; Spontaneous abortion; Thrombophilia; Antiphospholipid syndrome; Protocols

Submetido:

08/03/2023

Aceito:

14/07/2023

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Elaine Cristina Fontes de Oliveira
Avenida Professor Alfredo Balena,
110, 30130-100, Belo Horizonte, MG,
Brasil
emedmg@gmail.com

Como citar:

Oliveira EC, Leal CR. As trombofilias na perda gestacional de repetição: uma revisão de prevalência e condutas. *Femina*. 2023;51(9):543-9.

RESUMO

Objetivo: Discutir o papel das trombofilias na perda gestacional de repetição, com foco em prevalência/associação dessas patologias com perdas de repetição e seu tratamento, por meio de resultados de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises. **Métodos:** Trata-se de uma revisão não sistemática de artigos publicados nas bases eletrônicas PubMed, Cochrane e SciELO nos últimos cinco anos, utilizando os seguintes descritores: “*recurrent pregnancy loss*”, “*recurrent abortion*”, “*habitual abortion*”, “*thrombophilia*”, “*antiphospholipid syndrome*” e “*treatment*”.

Resultados: A maioria dos estudos relatou forte associação entre os anticorpos antifosfolípidos específicos e a síndrome do anticorpo antifosfolípide com perda gestacional de repetição. Mulheres portadoras da mutação do fator V de Leiden, mutação do gene da protrombina e deficiência de proteína S apresentaram alto risco de perda gestacional de repetição em uma grande revisão sistemática. Estudos recentes demonstraram taxas de prevalência das trombofilias hereditárias e da síndrome do anticorpo antifosfolípide, em mulheres com perda gestacional de repetição, semelhantes às da população em geral. Os estudos atuais endossam o uso da heparina associada à aspirina em mulheres com síndrome do anticorpo antifosfolípide, com aumento da taxa de nascidos vivos, mas sem diferença em relação às complicações obstétricas. **Conclusão:** Apesar de novos estudos demonstrarem que a prevalência das trombofilias hereditárias e adquiridas em mulheres com perda gestacional de repetição é semelhante à da população em geral, recomenda-se a pesquisa rotineira de síndrome do anticorpo antifosfolípide nessas pacientes. O uso de aspirina em baixas doses associada à heparina é a intervenção farmacológica de primeira linha para a prevenção de perda gestacional de repetição em pacientes com síndrome do anticorpo antifosfolípide.

ABSTRACT

Objective: To discuss the role of thrombophilias in recurrent pregnancy loss, focusing on the prevalence/association of these pathologies with recurrent abortion and treatment, through results of clinical trials, systematic reviews and meta-analyses.

Methods: This is a non-systematic review of articles published in electronic databases PubMed, Cochrane, SciELO in the last five years, using the following descriptors: “*recurrent pregnancy loss*”, “*recurrent abortion*”, “*habitual abortion*”, “*thrombophilia*”, “*antiphospholipid syndrome*”, and “*treatment*”. **Results:** Most studies have reported a strong association between specific antiphospholipid antibodies and antiphospholipid antibody syndrome with recurrent pregnancy loss. Women carrying the factor V Leiden mutation, prothrombin gene mutation, and protein S deficiency were shown to be at high risk of recurrent pregnancy loss in a large systematic review. Recent studies

have shown prevalence rates of hereditary thrombophilias and antiphospholipid antibody syndrome, in women with recurrent pregnancy loss, similar to those of the general population. Current studies endorse the use of heparin plus aspirin in women with antiphospholipid antibody syndrome, with an increase in live birth rate, but with no difference in obstetric complications. **Conclusion:** Although new studies demonstrate that the prevalence of hereditary and acquired thrombophilias in women with recurrent pregnancy loss is similar to that of the general population, routine investigation of antiphospholipid antibody syndrome in these patients is recommended. The use of low-dose aspirin plus heparin is the first-line pharmacological intervention for the prevention of recurrent pregnancy loss in patients with antiphospholipid antibody syndrome.

INTRODUÇÃO

A perda gestacional de repetição (PGR) é definida classicamente como três perdas consecutivas de gravidezes antes de 20 semanas de gestação.⁽¹⁾ Em virtude da prevalência semelhante de resultados anormais entre pacientes com duas ou mais perdas, a pesquisa de fator causal é recomendada a partir de dois abortamentos.⁽²⁾ Fatores de risco bem estabelecidos para PGR incluem alterações anatômicas uterinas, distúrbios endócrinos, alterações imunológicas, alterações genéticas ou cromossômicas no casal ou no embrião, além das trombofilias adquiridas.⁽³⁻⁷⁾

“Trombofilia” é um termo usado para descrever um grupo de desordens que resultam em aumento do risco de coagulação anormal, com consequente aumento do risco de tromboembolismo venoso ou arterial.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Elas podem ser classificadas como trombofilias hereditárias ou trombofilias adquiridas.

As trombofilias hereditárias ou inerentes são aquelas causadas por mutações genéticas que afetam a quantidade ou função de uma proteína do sistema de coagulação.⁽⁸⁻¹²⁾ Elas estão presentes em aproximadamente 15% da população e podem ser identificadas em até 50% das pacientes com história de trombose. Existe ganho de função com as mutações que alteram os seguintes fatores pró-coagulantes: fator V de Leiden (FVL) e mutação do gene 20210 A/G da protrombina.⁽⁸⁾ Por outro lado, podem ocorrer mutações que resultam em perda de função de proteínas que são anticoagulantes endógenos: antitrombina III, proteína C e proteína S.⁽⁸⁾ As mutações variam entre os diferentes grupos étnicos, e a propensão à trombose varia entre os diferentes tipos de trombofilias (Quadro 1).^(8,11) Além disso, o risco de trombose conferido por determinada trombofilia aumenta na gravidez.^(8,9) Existem controvérsias em relação à associação das trombofilias hereditárias com complicações gestacionais como aborto espontâneo, perda fetal, pré-eclâmpsia (PE), crescimento intrauterino restrito (CIUR) e descolamento prematuro de placenta (DPP).^(9,11,13)

Já as trombofilias adquiridas estão relacionadas a condições clínicas que aumentam o risco de trombose.

Quadro 1. Risco de trombose de acordo com o tipo de trombofilia

Alto risco	Baixo risco
Deficiência de antitrombina	Mutação do fator V de Leiden em heterozigose
Mutação do fator V de Leiden em homozigose	Mutação do gene da protrombina em heterozigose
Mutação do gene da protrombina em homozigose	Deficiência de proteína C
Mutação do fator V de Leiden em heterozigose associada à mutação do gene da protrombina	Deficiência de proteína S

Fonte: Stevens SM, et al. (2016).⁽⁶⁾ Lockwood CJ (2002).⁽¹¹⁾

A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF) é uma condição autoimune caracterizada pela presença de anticorpos, trombose vascular e morbidade gestacional.^(9,14,15) Estão mais claramente relacionadas às perdas de repetição.^(9,10) Nessa condição, os autoanticorpos se dirigem contra as plaquetas e o endotélio vascular, predispondo à trombose por meio de adesão plaquetária e vasoconstrição. Além disso, sabe-se que existe uma redução na concentração de anexina V, uma proteína antitrombótica da superfície dos trofoblastos e das células endoteliais. Os anticorpos antifosfolípidos inibem a invasão trofoblástica e a produção de gonadotrofina coriônica humana (HCG) e, no tecido endometrial, geram redução do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), inibindo a angiogênese. Tais modificações aumentam, portanto, o risco de tromboses e infartos placentários – associados a perdas e complicações gestacionais tardias. Quanto às perdas precoces, o mecanismo envolvido parece estar relacionado à formação de um sistema tampão ineficaz, secundário à falha na invasão trofoblástica inicial, o que aumenta a exposição aos agentes estressantes ou à própria lesão direta do trofoblasto pelos anticorpos.^(16,17) As trombofilias adquiridas representam um dos fatores causais mais frequentes em PGR (Quadro 2).⁽²⁾ Estudos demonstram que a SAAF é encontrada em 15%-20% das mulheres com perdas de repetição.^(2,18)

Quadro 2. Prevalência de resultados anormais em testes diagnósticos em 1.020 pacientes com PGR

Alterações genéticas parentais	4,4%
Alterações uterinas	18,1%
Anticoagulante lúpico	3,6%
Anticardiolipina	15,1%
Fator V de Leiden	6,8%
Hormônio tireoestimulante (TSH)	7,2%
Glicemia de jejum	0,3%

Fonte: Jaslow CR, et al. (2010).⁽²⁾

As taxas de nascidos vivos em gestações subsequentes de mulheres com PGR sem SAAF variam entre 50%-65% nos diferentes estudos.⁽¹⁹⁾ Já em pacientes com doença tromboembólica de base, essas taxas podem chegar a 70%-85%.⁽⁴⁾ Este artigo fará uma breve revisão do papel das trombofilias na PGR, com foco em sua prevalência/associação com as perdas de repetição e no tratamento dessas patologias, por meio dos resultados de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises.

MÉTODOS

Foi realizada uma busca abrangente e não sistemática sobre o papel das trombofilias na PGR, com foco em sua prevalência/associação com perdas de repetição e no tratamento dessas patologias, em bases de dados *on-line* (PubMed, Cochrane e SciELO), utilizando-se os termos “*recurrent pregnancy loss*”, “*recurrent abortion*”, “*habitual abortion*”, “*thrombophilia*”, “*antiphospholipid syndrome*” e “*treatment*”, como palavras-chave. Cerca de 30 artigos tiveram seus títulos e resumos lidos pelos autores. Os critérios de inclusão foram: referências bibliográficas em inglês, artigos publicados nos últimos cinco anos, artigos que se encaixassem no critério de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises.

RESULTADOS

Uma revisão sistemática e metanálise de Santos *et al.*⁽²⁰⁾ avaliou a contribuição da SAAF e dos anticorpos antifosfolípides em mulheres com PGR. Foram selecionados artigos publicados entre 2010-2014. A idade das pacientes nessa revisão variou de 20-45 anos, sendo consideradas para análise mulheres com dois ou mais abortamentos. Os estudos apresentaram alta heterogeneidade, com valores de corte para a positividade dos anticorpos antifosfolípides variando entre os diferentes estudos, bem como as técnicas utilizadas para a mensuração deles. A maioria dos estudos relatou forte associação entre aborto recorrente e anticorpos antifosfolípides específicos, como anticorpos anticardiolipina (aCL), anticoagulante lúpico (LA), antibeta-2-glicoproteína-I (aB2GPI) e antifosfatidilserina (aPS) (*odds ratio* [OR]: 0,279; intervalo de confiança [IC] de 95%: 0,212-0,366). Houve também associação entre SAAF e PGR (OR: 0,083; IC de 95%: 0,036-1,189).⁽²⁰⁾

Entre as trombofilias hereditárias, talvez a mutação do FVL seja a mais prevalente e a que parece ter maior importância em relação à PGR. Acredita-se que o pilar da fisiopatogenia da mutação do FVL nas perdas de repetição seja a formação de microtrombos e de múltiplos infartos placentários, causando disfunção na circulação materno-fetal.⁽²⁰⁾ De maneira geral, parece que a mutação do FVL possui relação com a PGR, como evidenciou a recente revisão sistemática e metanálise de Liu *et al.*,⁽²¹⁾ que mostrou que mulheres portadoras da mutação do FVL (OR: 2,44; IC de 95%: 1,96-3,03), mutação do gene da

protrombina (OR: 2,08; IC de 95%: 1,61-2,68) e deficiência de proteína S (OR: 3,45; IC de 95%: 1,15-10,35) tiveram alto risco de PGR. Em comparação com o grupo controle, não houve relação observada entre deficiência de antitrombina III ou proteína C e PGR ($p > 0,05$).⁽²¹⁾

No entanto, a mutação do FVL é muito mais prevalente na população caucasiana do que em algumas populações pretas ou asiáticas, e essa diferença étnica pode ser a responsável pela diferença de resultados apresentados em estudo populacionais.⁽²²⁾ A revisão sistemática produzida por Hamed *et al.*⁽²²⁾ mostrou que em mulheres do Oriente Médio há associação entre a mutação do FVL e PGR (OR: 2,37; IC de 95%: 1,50-3,75), o que contrasta com o estudo de Reddy *et al.*,⁽²³⁾ que não mostrou a mesma associação em mulheres indianas (OR: 1,72; IC de 95%: 0,0681-43,8257; $p > 0,05$).

O estudo retrospectivo multicêntrico caso-controle de Vomstein *et al.*⁽²⁴⁾ avaliou a prevalência de trombofilia inerente ou adquirida em mulheres com aborto recorrente. Foram avaliadas as seguintes trombofilias: deficiência de proteína C/S, antitrombina III, elevação da atividade do fator VIII, resistência da proteína C ativada (incluindo a mutação do FVL), mutação do gene da protrombina e anticorpos antifosfolípides. Oitocentas e vinte pacientes com aborto recorrente (definidos como três ou mais abortos) foram comparadas com um grupo controle ($n = 141$) de mulheres saudáveis que fizeram o rastreio de trombofilias antes da prescrição de contraceptivos hormonais combinados. Não houve diferença na prevalência de deficiência de proteína C/S, FVL ou mutação do gene da protrombina entre pacientes com aborto de repetição e o grupo controle. As mutações em homozigose foram identificadas somente no grupo de aborto recorrente. A prevalência de anticorpos antifosfolípides não diferiu entre os grupos (Quadro 3). Os autores recomendam que, apesar da menor prevalência das trombofilias, em relação à anteriormente descrita, os anticorpos antifosfolípides ainda devem ser rastreados, em virtude de sua associação com complicações gestacionais graves.⁽²⁴⁾

Outro estudo de coorte retrospectivo e revisão sistemática de Shehata *et al.*⁽²⁵⁾ avaliou a prevalência das trombofilias hereditárias e adquiridas em mulheres com história de aborto recorrente precoce. Foram avaliadas 1.155 mulheres, entre 2012 e 2017, com história de pelo menos três abortamentos e rastreio completo para trombofilias. Foram avaliadas as mutações em homozigose ou heterozigose para FVL e mutação do gene da protrombina. Os testes para trombofilia adquirida incluíram LA e aCL. A prevalência de trombofilia na população estudada foi de 9,2%, com 8,1% dos casos positivos para trombofilia hereditária, o que é similar à população em geral, segundo dados da literatura. A mutação em heterozigose do FVL (4,9%) e a mutação em heterozigose do gene da protrombina (2,9%) foram as trombofilias hereditárias mais frequentes. Apenas 1% das pacientes apresentaram teste positivo para trombofilia adquirida,

Quadro 3. Prevalência de trombofilias inerentes e adquiridas em mulheres com aborto de repetição, comparadas com grupo controle de mulheres saudáveis que fizeram o rastreio de trombofilias antes da prescrição de contraceptivos hormonais combinados

Tipo de trombofilia	Grupo aborto de repetição (%) n = 820	Controle (%) n = 141	p-value
Anticorpos anticardiolipina ^a	3,66	0	0,097
Antibeta-2-glicoproteína-I ^b	2,5	0	0,098
Anticoagulante lúpico	0,78	0,7	1,0
Fator VIII > 150%	5,8	11,42	0,038
Mutação do fator V Leiden em heterozigose	7,4	7,1	1,0
Mutação do fator V Leiden em homozigose	0,26	0	1,0
Mutação do gene da protrombina em heterozigose	3,69	0,71	0,07
Mutação do gene da protrombina em homozigose	0,53	0	1,0
Proteína C < 70%	0,39	0	1,31
Proteína S < 70%	2,77	3,55	0,78
Antitrombina III < 80%	0,76	1,5	0,5

Nota: Dados apresentados como %; ^a anticorpos anticardiolipina IgG \geq 10 U/mL e IgM \geq 5 U/mL; ^b antibeta-2-glicoproteína I IgG e/ou IgM \geq 10 U/mL.

Fonte: Adaptado de Vomstein K, et al. (2021).⁽²⁴⁾

sendo 0,5% com teste positivo persistente para LA e 0,5% com anticorpos aCL persistentes \geq 40 U/mL. Os autores concluíram que a prevalência das trombofilias hereditárias é similar em mulheres com aborto recorrente e na população em geral. Da mesma maneira, a prevalência de trombofilia adquirida, utilizando os critérios revisados de Sapporo como definição, foi similar à da população em geral. Os autores não recomendam a investigação ou tratamento das trombofilias hereditárias ou adquiridas em mulheres com aborto recorrente.⁽²⁵⁾

Recentemente, tem-se aprofundado no estudo das intervenções farmacológicas para melhora de desfechos gestacionais em pacientes com SAAF e PGR. Tais intervenções têm como embasamento teórico a atuação direta do bloqueio dos mecanismos que estabelecem o perfil pró-coagulatório nessas pacientes, sendo as mais utilizadas a aspirina em baixas doses, a heparina não fracionada (HNF) e a heparina de baixo peso molecular (HBPM). A metanálise de Liu et al.⁽²⁶⁾ comparou o uso da aspirina isoladamente com HBPM mais aspirina e com HNF mais aspirina em pacientes com SAAF. O uso de aspirina isoladamente foi relacionado a menores taxas de nascidos vivos, quando comparado ao uso de HBPM mais aspirina (OR: 0,37; 95% CrI: 0,17-0,71). O uso de HNF mais aspirina também apresentou altas taxas de nascidos vivos, quando comparado ao uso da aspirina isolada (OR: 2,63; 95% CrI: 1,04-5,39). O tratamento com HBPM mais aspirina ou HNF mais aspirina não teve diferença eles. A HNF associada à aspirina melhorou o peso no nascimento dos recém-nascidos em relação ao uso da HBPM mais aspirina. Não houve diferença estatisticamente significativa na idade gestacional do parto, taxas de parto pré-termo, parto vaginal, parto cesáreo ou CIUR entre essas duas associações.⁽²⁶⁾

Tais resultados são endossados pela revisão sistemática com metanálise feita por Yang et al.,⁽²⁷⁾ na qual foram avaliados 54 ensaios clínicos controlados e randomizados e quase 5.000 participantes. Há evidências robustas suficientes para definir o uso de aspirina em baixas doses associada à heparina (seja HNF ou HBPM) como intervenção farmacológica de primeira linha para a prevenção de PGR em pacientes com SAAF. No que se refere à comparação entre as duas heparinas e a taxa de nascidos vivos, a metanálise em rede não mostrou diferença significativa, porém a metanálise pareada evidenciou que a HNF mais aspirina apresentou taxa de sucesso 4,9 vezes maior que a aspirina isolada, enquanto a HBPM mais aspirina apresentou taxa de sucesso 2,9 vezes maior que a aspirina isolada. Outras medidas farmacológicas (imunoglobulina intravenosa, aspirina mais prednisona ou aspirina isolada) também foram analisadas quanto ao seu impacto nas taxas de nascidos vivos e, comparadas a placebo, nenhuma delas apresentou benefício significativo.⁽²⁷⁾

Outra recente metanálise de Hamulyák et al.⁽²⁸⁾ avaliou o uso da aspirina ou heparina ou ambas na melhora dos resultados gestacionais em pacientes com níveis persistentes (mensurados em duas ocasiões separadas) de anticorpos antifosfolípidos (anticorpos aCL, LA ou aB2GPI) e PGR. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, randomizados por *cluster* ou quasi-randomizados. Uma vez que os estudos eram bastante heterogêneos e o risco de complicações diferente entre os subgrupos, os grupos foram avaliados distintamente: subgrupo com complicações mediadas pela placenta (PE, CIUR, DPP), subgrupo com perdas gestacionais de repetição e subgrupos com altos títulos de anticorpos. As doses e tipos de heparina e aspirina variaram entre

os diferentes estudos incluídos, bem como o início e a duração deles. Os autores concluíram que a associação de heparina mais aspirina pode aumentar a taxa de nascidos vivos (RR – *risk ratio*: 1,27; IC de 95%: 1,09-1,49), quando comparada à aspirina somente. Porém, não se pode afirmar sobre o efeito da heparina associada à aspirina nos riscos de PE, parto pré-termo e CIUR.⁽²⁸⁾

O estudo de Lu *et al.*⁽²⁹⁾ avaliou a eficácia da aspirina de baixa dose ou heparina ou ambas no tratamento de aborto espontâneo recorrente em mulheres com SAAF. Foram incluídas no estudo 1.251 pacientes grávidas com diagnóstico de PGR (três ou mais abortos consecutivos espontâneos) e SAAF. Em relação à taxa de nascidos vivos, houve melhora com o uso da aspirina de baixa dose mais HBPM ou HNF (RR – *relative risk*: 1,23; IC de 95%: 1,12-1,36) ou heparina isoladamente (RR: 1,18; IC de 95%: 1,03-1,35). Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de nascidos vivos em pacientes que receberam aspirina isoladamente, comparada ao placebo (RR: 0,97; IC de 95%: 0,80-1,16). Entretanto, a aspirina associada à heparina não reduziu o risco de complicações gestacionais mediadas pela placenta, incluindo parto prematuro, CIUR, diabetes gestacional e sangramento menor.⁽²⁹⁾

O quadro 4 resume os principais resultados encontrados nessa revisão não sistemática.

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos relata forte associação entre os anticorpos antifosfolípides específicos e a SAAF com PGR. Em relação às trombofilias hereditárias, apenas a mutação do FVL, a mutação do gene da protrombina e a deficiência de proteína S apresentaram alto risco de PGR em uma grande revisão sistemática.

Estudos antigos relatam alta prevalência de trombofilias hereditárias em mulheres com PGR. Entretanto, existe grande variação da prevalência de trombofilias, como FVL e mutação do gene da protrombina, de acordo com as diferentes populações estudadas. Estudos recentes demonstraram taxas de prevalência das trombofilias hereditárias e da SAAF em mulheres com PGR semelhantes à da população em geral. A redefinição dos critérios de SAAF, por meio dos critérios revisados de Sapporo, que definiram um alto nível de anticorpos (anticorpos aCL \geq 40 U/mL e taxa de dRVVT \geq 1,2 para LA) como critério diagnóstico, bem como a reavaliação dos níveis deles após 12 semanas de intervalo, contribuiu para a redução de prevalência da SAAF em mulheres com PGR.

Os estudos atuais endossam o uso da heparina associada à aspirina, com aumento da taxa de nascidos vivos, em mulheres com SAAF, porém não houve diferença em relação às complicações obstétricas. Em relação à eficácia do tratamento da SAAF, é necessária, primeiramente, a padronização do diagnóstico da doença e, posteriormente, a estratificação do risco individual de cada paciente, uma vez que um triplo teste positivo para SAAF aumenta o risco de trombose e de complicações obstétricas.

É importante que seja definido claramente o papel de cada trombofilia, seja ela hereditária ou adquirida, na PGR, e o rastreio delas deve ser solicitado apenas no caso de evidência de relação causal. O rastreio inadequado gera custos, e o tratamento, além de custos, pode apresentar diversos efeitos colaterais. As baixas prevalências das trombofilias hereditárias em populações sem história pessoal ou familiar de trombose, associadas à fraca evidência de relação causal com PGR,

Quadro 4. Estudos incluídos em revisão não sistemática de artigos publicados sobre a prevalência/associação das trombofilias hereditárias e adquiridas com perdas de repetição e seu tratamento

Autoria e ano de publicação	Título do artigo	Delineamento metodológico	Resultados
Santos <i>et al.</i> (2017) ⁽²⁰⁾	<i>Antiphospholipid syndrome and recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analyses</i>	Revisão sistemática e metanálise	Forte associação entre aborto recorrente e anticorpos antifosfolípides específicos (OR: 0,279; IC de 95%: 0,212-0,366). Associação entre SAAF e PGR (OR: 0,083; IC de 95%: 0,036-1,189).
Liu <i>et al.</i> (2021) ⁽²¹⁾	<i>Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis</i>	Revisão sistemática e metanálise	Mulheres portadoras da mutação do FVL (OR: 2,44; IC de 95%: 1,96-3,03), mutação do gene da protrombina (OR: 2,08; IC de 95%: 1,61-2,68) e deficiência de proteína S (OR: 3,45; IC de 95%: 1,15-10,35) tiveram alto risco de PGR.
Hamedi <i>et al.</i> (2020) ⁽²²⁾	<i>Association between factor V Leiden mutation and recurrent pregnancy loss in the middle east countries: a Newcastle-Ottawa meta-analysis</i>	Metanálise	Associação entre a mutação do FVL e PGR (OR: 2,37; IC de 95%: 1,50-3,75) em mulheres do Oriente Médio.
Reddy <i>et al.</i> (2019) ⁽²³⁾	<i>Recurrent pregnancy loss: can factor V Leiden mutations be a cause</i>	Estudo transversal de prevalência	Não houve associação entre FVL e PGR em mulheres indianas (OR: 1,72 IC de 95%: 0,0681-43,8257; $p > 0,05$).

Vomstein et al. (2021) ⁽²⁴⁾	<i>Recurrent miscarriage is not associated with a higher prevalence of inherited and acquired thrombophilia</i>	Estudo caso-controle multicêntrico	Não houve diferença na prevalência de deficiência de proteína C/S, FVL ou mutação do gene da protrombina entre pacientes com aborto de repetição e o grupo controle. As mutações em homozigose foram identificadas somente no grupo de aborto recorrente. A prevalência de anticorpos antifosfolípidos não diferiu entre o grupo PGR e o controle.
Shehata et al. (2022) ⁽²⁵⁾	<i>Thrombophilia screening in women with recurrent first trimester miscarriage: is it time to stop testing? - a cohort study and systematic review of the literature</i>	Estudo de coorte retrospectivo e revisão sistemática	A prevalência das trombofilias hereditárias é similar em mulheres com aborto recorrente (8,1%) e na população em geral. Da mesma maneira, a prevalência de trombofilia adquirida (1%), utilizando os critérios revisados de Sapporo como definição, foi similar à da população em geral.
Liu et al. (2020) ⁽²⁶⁾	<i>Comparison of therapeutic interventions for recurrent pregnancy loss in association with antiphospholipid syndrome: a systematic review and network meta-analysis</i>	Revisão sistemática e metanálise	O uso de aspirina isoladamente foi relacionado a menores taxas de nascidos vivos, quando comparado ao uso de HBPM mais aspirina (OR: 0,37; 95% CrI: 0,17-0,71) em pacientes com SAAF e PGR. O uso de HNF mais aspirina também apresentou altas taxas de nascidos vivos, quando comparado ao uso da aspirina isolada (OR: 2,63; 95% CrI: 1,04-5,39). O tratamento com HBPM mais aspirina ou HNF mais aspirina não teve diferença entre eles. A HNF associada à aspirina melhorou o peso no nascimento dos recém-nascidos em relação ao uso da HBPM mais aspirina.
Yang et al. (2021) ⁽²⁷⁾	<i>Prevention of recurrent miscarriage in women with antiphospholipid syndrome: a Systematic review and network meta-analysis</i>	Revisão sistemática e metanálise	Há evidências robustas suficientes para definir o uso de aspirina em baixas doses associada à heparina (seja HNF ou HBPM) como intervenção farmacológica de primeira linha para prevenção de PGR em pacientes com SAAF. A metanálise pareada evidenciou que a HNF mais aspirina apresentou taxa de sucesso 4,9 vezes maior que a aspirina isolada, enquanto a HBPM mais aspirina apresentou taxa de sucesso 2,9 vezes maior que a aspirina isolada, em relação à taxa de nascidos vivos.
Hamulyák et al. (2020) ⁽²⁸⁾	<i>Aspirin or heparin or both for improving pregnancy outcomes in women with persistent antiphospholipid antibodies and recurrent pregnancy loss</i>	Revisão sistemática e metanálise	A associação de heparina mais aspirina pode aumentar a taxa de nascidos vivos (RR – <i>risk ratio</i> : 1,27; IC de 95%: 1,09-1,49), quando comparada à aspirina somente, em pacientes com SAAF e PGR.
Lu et al. (2019) ⁽²⁹⁾	<i>Aspirin or heparin or both in the treatment of recurrent spontaneous abortion in women with antiphospholipid antibody syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials</i>	Metanálise	Houve melhora da taxa de nascidos vivos em pacientes com SAAF e PGR com o uso da aspirina de baixa dose mais HBPM ou HNF (RR – <i>relative risk</i> : 1,23; IC de 95%: 1,12-1,36) ou heparina isoladamente (RR: 1,18; IC de 95%: 1,03-1,35). Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de nascidos vivos em pacientes que receberam aspirina isoladamente, comparada ao placebo (RR: 0,97; IC de 95%: 0,80-1,16).

FVL: fator V de Leiden; HBPM: heparina de baixo peso molecular; HNF: heparina não fracionada; PGR: perda gestacional de repetição; SAAF: síndrome do anticorpo antifosfolípide; IC: intervalo de confiança.

reforçam a ausência de necessidade de rastreio universal delas em mulheres com abortos de repetição. Em relação à SAAF, o rastreio deve ser realizado rotineiramente, uma vez que o tratamento melhora o prognóstico gestacional.

CONCLUSÃO

Apesar de novos estudos demonstrarem que a prevalência das trombofilias hereditárias e adquiridas em mulheres com PGR é semelhante à da população em geral, recomenda-se a pesquisa rotineira de SAAF nessas pacientes. O uso de aspirina em baixas doses associada à heparina é a intervenção farmacológica de primeira linha para a prevenção de PGR em pacientes com SAAF.

REFERÊNCIAS

1. Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet*. 2006;368(9535):601-11. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69204-0
2. Jaslow CR, Carney JL, Kutteh WH. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril*. 2010;93(4):1234-43. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.166
3. Kiwi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and discussion of the causes and their management. *Cleve Clin J Med*. 2006;73(10):913-21. doi: 10.3949/ccjm.73.10.913
4. Li TC, Makris M, Tomsu M, Tuckerman E, Laird S. Recurrent miscarriage: aetiology, management and prognosis. *Hum Reprod Update*. 2002;8(5):463-81. doi: 10.1093/humupd/8.5.463
5. Jevc YB, Davies W. Evidence-based management of recurrent miscarriages. *J Hum Reprod Sci*. 2014;7(3):159-69. doi: 10.4103/0974-1208.142475
6. Garrido-Gimenez C, Alijotas-Reig J. Recurrent miscarriage: causes, evaluation, and management. *Postgrad Med J*. 2015;91(1073):151-62. doi: 10.1136/postgradmedj-2014-132672
7. Homer HA. Modern management of recurrent miscarriage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019;59(1):36-44. doi: 10.1111/ajo.12920
8. Stevens SM, Woller SC, Bauer KA, Kasthuri R, Cushman M, Streiff M, et al. Guidance for the evaluation and treatment of hereditary and acquired thrombophilia. *J Thromb Thrombolysis*. 2016;41(1):154-64. doi: 10.1007/s11239-015-1316-1
9. Alecsandru D, Klimczak AM, Garcia Velasco JA, Pirtea P, Fransasiak JM. Immunologic causes and thrombophilia in recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril*. 2021;115(3):561-6. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.01.017
10. Rambaldi MP, Mecacci F, Guaschino S, Paidas MJ. Inherited and acquired thrombophilias. *Reprod Sci*. 2014;21(2):167-82. doi: 10.1177/1933719113497282
11. Lockwood CJ. Inherited thrombophilias in pregnant patients: detection and treatment paradigm. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):333-41. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01760-4
12. Pritchard AM, Hendrix PW, Paidas MJ. Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss. *Clin Obstet Gynecol*. 2016;59(3):487-97. doi: 10.1097/GRF.0000000000000226
13. Rodger MA, Paidas M, McLintock C, Middeldorp S, Kahn S, Martinelli I, et al. Inherited thrombophilia and pregnancy complications revisited. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2 Pt 1):320-4. doi: 10.1097/AOG.0b013e31817e8acc
14. Chaturvedi S, McCrae KR. Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *Blood Rev*. 2017;31(6):406-17. doi: 10.1016/j.blre.2017.07.006
15. Schreiber K, Humt BJ. Managing antiphospholipid syndrome in pregnancy. *Thromb Res*. 2019;181 Suppl 1:S41-6. doi: 10.1016/S0049-3848(19)30366-4
16. Fritz MA, Speroff L. *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. Perda recorrente de gravidez inicial; p. 1227-58.
17. Fritz MA, Speroff L. *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. *Endocrinologia da gravidez*; p. 275-335.
18. Dimitriadis E, Menkhorst E, Saito S, Kutteh WH, Brosens JJ. Recurrent pregnancy loss. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):98. doi: 10.1038/s41572-020-00228-z
19. Brezina PB, Kutteh WH. Classic and cutting-edge strategies for management of early pregnancy loss. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014;41(1):1-18. doi: 10.1016/j.ogc.2013.10.011
20. Santos TD, Ieque AL, de Carvalho HC, Sell AM, Lonardoni MV, Demarchi IG, et al. Antiphospholipid syndrome and recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *J Reprod Immunol*. 2017;123:78-87. doi: 10.1016/j.jri.2017.09.007
21. Liu X, Chen Y, Ye C, Xing D, Wu R, Li F, et al. Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2021;36(5):1213-29. doi: 10.1093/humrep/deab010
22. Hamed B, Feulefack J, Khan A, Sergi C. Association between factor V Leiden mutation and recurrent pregnancy loss in the middle east countries: a Newcastle-Ottawa meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2020;302(2):345-54. doi: 10.1007/s00404-020-05610-6
23. Reddy RR, Mutreja D, Moorchung N, Mukhopadhyay I. Recurrent pregnancy loss: can factor V Leiden mutations be a cause. *Obstet Gynecol Sci*. 2019;62(3):179-82. doi: 10.5468/ogs.2019.62.3.179
24. Vomstein K, Herzog A, Voss P, Feil K, Goeggel T, Strowitzki T, et al. Recurrent miscarriage is not associated with a higher prevalence of inherited and acquired thrombophilia. *Am J Reprod Immunol*. 2021;85(1):e13327. doi: 10.1111/aji.13327
25. Shehata H, Ali A, Silva-Edge M, Haroon S, Elfituri A, Viswanatha R, et al. Thrombophilia screening in women with recurrent first trimester miscarriage: is it time to stop testing? - a cohort study and systematic review of the literature. *BMJ Open*. 2022;12(7):e059519. doi: 10.1136/bmjopen-2021-059519
26. Liu X, Qiu Y, Yu ED, Xiang S, Meng R, Niu K, et al. Comparison of therapeutic interventions for recurrent pregnancy loss in association with antiphospholipid syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Am J Reprod Immunol*. 2020;83(4):e13219. doi: 10.1111/aji.13219
27. Yang Z, Shen X, Zhou C, Wang M, Liu Y, Zhou L. Prevention of recurrent miscarriage in women with antiphospholipid syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Lupus*. 2021;30(1):70-9. doi: 10.1177/0961203320967097
28. Hamulyák EN, Scheres LJ, Marijnen MC, Goddijn M, Middeldorp S. Aspirin or heparin or both for improving pregnancy outcomes in women with persistent antiphospholipid antibodies and recurrent pregnancy loss. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD012852. doi: 10.1002/14651858.CD012852.pub2
29. Lu C, Liu Y, Jiang HL. Aspirin or heparin or both in the treatment of recurrent spontaneous abortion in women with antiphospholipid antibody syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;32(8):1299-311. doi: 10.1080/14767058.2017.1404979

O hormônio antimulleriano e a reserva ovariana: uma revisão integrativa da literatura

The anti-mullerian hormone and the ovarian reserve: an integrative literature review

Cássia Regina Gotler Medeiros¹, Julia Tarter da Rosa¹, Maiara Conzatti¹, Marcos Hoher¹, Maria Luiza Zvirtes¹

Descritores

HAM; Fertilidade; Oócitos; Gestação

Keywords

AMH; Fertility; Oocytes; Pregnancy

Submetido:

18/07/2023

Aceito:

18/09/2023

1. Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Julia Tarter da Rosa

Av. Avelino Tallini, 171, Bairro Universitário, 95900-000, Lajeado, RS, Brasil

julia.rosa4@universo.univates.br

Como citar:

Medeiros CR, Rosa JT, Conzatti M, Hoher M, Zvirtes ML. O hormônio antimulleriano e a reserva ovariana: uma revisão integrativa da literatura. Femina. 2023;51(9):550-6.

RESUMO

O hormônio antimulleriano é secretado pelas células da granulosa dos folículos que estão em desenvolvimento no ovário. Por meio da sua dosagem, é possível avaliar a reserva ovariana. A mulher tem seu número máximo de oócitos no período fetal, mas, conforme o tempo passa, existe uma queda do número de células germinativas. Desse modo, para mulheres que têm o desejo de engravidar, a dosagem de hormônios e a avaliação da reserva ovariana podem ajudar no processo. O objetivo do estudo foi encontrar evidências na literatura que comprovem que o hormônio antimulleriano é o melhor marcador da reserva ovariana. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa, classificada como qualitativa; a busca de dados foi realizada no PubMed, utilizando a seguinte palavra-chave: "hormônio antimulleriano (HAM)". Foram encontrados oito artigos que abordavam diretamente o tema, e há evidências que corroboram a hipótese de que o hormônio antimulleriano é um bom marcador da reserva ovariana, sendo necessários mais estudos para determinar a sua superioridade.

ABSTRACT

The anti-mullerian hormone is secreted by the granulosa cells of follicles that are developing in the ovary. Though its dosage is possible to evaluate the ovarian reserve. Women have their maximum number of oocytes in the fetal period, but there is a decrease in the number of germinative cells as time goes by. Thus, women that desire to get pregnant can have hormones dosed and the ovarian reserve evaluated to help them with this process. The objective of this study was to find evidence in the literature that proves that the anti-mullerian hormone is the best marker of ovarian reserve. For this purpose, an integrative review was conducted, using the key word: "anti-mullerian hormone (AMH)". Eight articles were found on the subject and there is evidence that proves the hypothesis of the anti-mullerian hormone as a good marker, however more studies are needed to determine its superiority.

INTRODUÇÃO

O hormônio antimulleriano (HAM) é uma glicoproteína que pertence à família do fator de transformação do crescimento beta (TGF- β), sendo conhecido principalmente por seu papel na diferenciação sexual masculina.^(1,2) Entretanto, ele também possui uma função essencial no ciclo reprodutivo feminino.⁽¹⁾ Esse hormônio é expresso nos homens pelas células de Sertoli e nas mulheres pelas células da granulosa.⁽³⁾ O HAM é secretado pelos

folículos em desenvolvimento: primários, secundários, pré-antrais e antrais. Está também envolvido na diferenciação sexual do feto em crescimento e na inibição do desenvolvimento dos ductos de Muller, precursores do trato genital feminino.⁽⁴⁾ Sua função é inibir o recrutamento inicial dos folículos primários e a sensibilidade dos folículos antrais ao hormônio folículo-estimulante (FSH).⁽⁴⁾

O HAM é expresso nos folículos em crescimento até que eles atinjam o nível de diferenciação para que seja selecionado o folículo dominante pelo FSH.⁽⁵⁾ Após a seleção do folículo dominante, os demais folículos, que são a vasta maioria, sofrem atresia, que é a degeneração e a involução dos folículos.⁽⁶⁾ Esse processo é contínuo e ocorre a cada ciclo menstrual e também durante o uso de métodos hormonais para a anticoncepção. A reserva ovariana verdadeira será o número de folículos remanescentes após o processo de atresia.⁽⁶⁾ Os efeitos inibitórios do HAM na sensibilidade do FSH têm papel importante no processo de seleção (Figura 1).⁽⁷⁾ Os folículos que expressam menos HAM são mais sensíveis ao FSH e possuem maior chance de serem selecionados.⁽⁵⁾ Isso demonstra que o HAM pode ter uma função importante tanto na regulação do número de folículos em crescimento quanto na sua seleção para a ovulação.⁽⁵⁾

A reserva ovariana é o estoque de folículos que a mulher apresenta em um dado momento, e sua avaliação será feita a partir da análise da quantidade e da qualidade dos oócitos. A baixa reserva ovariana indica a redução na quantidade de folículos ovarianos de uma mulher e é uma causa bastante frequente de infertilidade.⁽⁸⁾ A redução da capacidade de gestar é encontrada principalmente em mulheres no final da quarta década de vida, mas também pode afetar mulheres mais jovens.⁽⁸⁾ A reserva ovariana envolve idade e genética e é influenciada por variáveis externas.⁽⁹⁾ Inicialmente, a testagem da reserva ovariana era utilizada apenas para prever a resposta à estimulação ovariana na reprodução assistida. Entretanto, devido à suposição de que o HAM poderia ser um marcador da reserva ovariana, tem-se utilizado esse teste também para outras aplicações clínicas na medicina reprodutiva, como na síndrome dos ovários policísticos, em

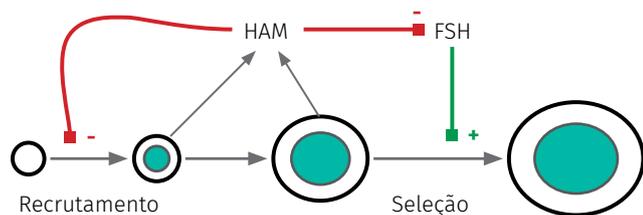
mulheres que desejam congelar óvulos, na perimenopausa, na menopausa precoce, na doação de oócitos, na preservação de fertilidade antes e após tratamentos gonadotóxicos, entre outras.⁽⁹⁾

A avaliação da reserva ovariana é realizada por meio da dosagem de FSH, estradiol, inibina B, HAM e contagem de folículos antrais (CFA).⁽¹⁰⁻¹³⁾ Apesar das comprovações da eficácia do HAM e da CFA para prever a resposta ovariana, ainda são necessários estudos que comprovem essa mesma correlação para a qualidade oocitária e de nascidos vivos.⁽¹⁰⁾ Segundo a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, a idade seria um melhor preditor do sucesso reprodutivo do que a reserva ovariana.⁽¹⁰⁾ Por mais que a idade seja um fator relevante para a avaliação, é difícil prever o ritmo do declínio das células germinativas disponíveis, podendo ele variar muito entre indivíduos da mesma idade. O HAM pode representar um marcador confiável e direto de células germinativas, pois é capaz de mostrar o tamanho do *pool* de folículos primordiais.⁽¹¹⁾ As concentrações do HAM são independentes dos níveis de gonadotrofinas, por isso elas permanecem em equilíbrio dentro do ciclo menstrual; assim, esse hormônio pode ser dosado em qualquer momento do ciclo ovariano.⁽¹²⁾

Tanto o HAM quanto a CFA parecem ser igualmente eficazes para prever a reserva ovariana.^(9,10) Os níveis de HAM são mais sensíveis do que os níveis de FSH para essa finalidade.⁽¹⁰⁾ Sendo assim, o HAM é o biomarcador preferível devido ao fato de não variar de forma significativa durante o ciclo ovariano e possuir valores de referência específicos para cada idade, o que o caracteriza como tendo um bom potencial de generalização.⁽⁹⁾ Apesar disso, o HAM apresenta alta variabilidade interindividual, o que diz respeito à grande variabilidade dos níveis desse hormônio entre grupos de mulheres na mesma faixa etária. Essa alta variabilidade interindividual indica que existe uma ampla variedade de reserva ovariana entre as mulheres saudáveis.⁽¹⁴⁾ Além disso, a diminuição na concentração do HAM, que ocorre com o envelhecimento, pode ser mensurada antes que ocorram mudanças em outras variáveis relacionadas com a idade.⁽¹⁵⁾ O objetivo deste estudo é realizar uma revisão integrativa da literatura acerca do que foi publicado sobre a relação entre a dosagem do HAM e a reserva ovariana.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa das publicações sobre a relação entre a dosagem do HAM e a reserva ovariana. A pesquisa classifica-se como qualitativa, e a busca de dados foi realizada no PubMed utilizando a seguinte palavra-chave: “hormônio antimulleriano (HAM)”. Para a realização da revisão integrativa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês com os resumos disponíveis na base de dados selecionada, no período



Fonte: McGee EA, Hsueh AJ (2000).⁽⁷⁾

HAM: hormônio antimulleriano; FSH: hormônio folículo-estimulante.

Figura 1. Efeito inibitório do HAM na sensibilidade dos folículos ao FSH e no recrutamento de novos folículos

compreendido entre 2012 e 2023. Foram incluídos artigos cujas metodologias adotadas fossem: ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados e metanálises. Estudos que foram conduzidos por meio de avaliações em modelos animais que não abordavam diretamente o HAM como teste da reserva ovariana e estudos que tinham como metodologia a revisão integrativa foram excluídos (Figura 2).

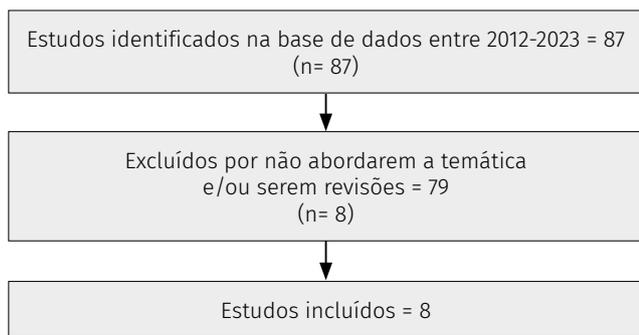


Figura 2. Fluxograma de delimitação da pesquisa e resultados encontrados

RESULTADOS

Para analisar os dados, criou-se um quadro contendo o título do artigo, autores, objetivo e conclusão (Quadro 1).

De todos os artigos avaliados na pesquisa, apenas oito abordavam a relação entre o HAM e a reserva ovariana. O estudo escrito em 2013 por Arce *et al.*⁽¹⁶⁾ teve como objetivo avaliar a relação do HAM com a resposta ovariana. Para isso, foram selecionadas 749 mulheres entre 21 e 34 anos com diagnóstico de infertilidade inexplicada ou infertilidade leve por fator masculino e com nível sérico de FSH de 1-12 UI/L e CFA ≥ 10 . Os resultados do estudo demonstraram que as concentrações de HAM têm correlação forte com a coleta de oócitos. A idade apresenta uma correlação inversa com o HAM. Além disso, a concentração de HAM antes da estimulação se correlaciona moderadamente com a CFA e pouco com o FSH e a inibina B. O HAM demonstrou ter uma correlação mais forte do que a CFA, o FSH e a inibina B com a coleta oocitária. O HAM também parece ter maior potencial para identificar diferentes respostas ovarianas. O artigo relata ter encontrado evidências de que o HAM se correlaciona melhor com a resposta ovariana do que a CFA. O HAM não foi um preditor absoluto de gestação, entretanto taxas significativas de gestação cumulativa e de nascidos vivos foram observadas na presença de altos níveis desse hormônio.

O estudo de Oehninger *et al.*⁽¹⁷⁾ realizado em 2015, analisou fatores preditivos de reserva ovariana após estimulação controlada pelo protocolo antagonista de corifolitropina alfa e hormônio liberador de gonadotrofinas. Os preditores utilizados foram: CFA, dosagem de HAM e FSH, idade e tempo de duração do ciclo

menstrual. A formação do modelo para o estudo foi feita com 694 mulheres inférteis entre 35 e 42 anos. A partir disso, observou-se que mulheres com altos níveis HAM e CFA têm maior risco para alta resposta ovariana; em contrapartida, maior FSH e idade avançada representam menor risco para alta resposta. Na avaliação de baixa resposta ovariana, idade avançada era o preditor de maior risco, e os outros métodos avaliados, como HAM, CFA e maior duração do ciclo menstrual, eram de baixo risco para baixa resposta. Concluindo que é possível prever respostas ovarianas no protocolo antagonista de corifolitropina alfa e hormônio liberador de gonadotrofinas, analisando os preditores que foram incluídos no estudo.

O artigo de Nelson *et al.* (2015)⁽¹⁸⁾ relata a comparação entre o HAM e a CFA como preditores da reserva ovariana após estimulação de função ovariana em clínicas de fertilização. Mais de mil pacientes foram avaliadas em dois ensaios randomizados utilizando protocolos de agonista e antagonista de GnRH. As selecionadas para o estudo eram mulheres inférteis, mas que tinham bom prognóstico. Foi avaliada a relação entre o HAM e a CFA com a produção de novos oócitos, e concluiu-se que o HAM é um preditor de reserva ovariana melhor que a CFA, que não forneceu valor preditivo. Ademais, o fato de o HAM ser analisado de forma automatizada em laboratório e não ter interferência do operador do exame, além de ter maior potencial de reprodutibilidade, ao contrário da CFA, também influencia na sua superioridade.

O estudo observacional retrospectivo de Hamdine *et al.* (2015)⁽¹⁹⁾ teve como premissa avaliar a precisão do HAM na previsão da taxa cumulativa de nascidos vivos dentro de um ano após início do tratamento com antagonista do GnRH para fertilização *in vitro* (FIV). Foram incluídas 487 pacientes que iriam realizar FIV, foi dosado o HAM antes do início do tratamento, e essas pacientes foram acompanhadas por um ano. O artigo relata que as chances de ocorrência de nascidos vivos aumentam com níveis de HAM na média de 3 $\mu\text{g/L}$, não aumentando na presença de níveis maiores que 3 $\mu\text{g/L}$, e as chances diminuem após os 35 anos. Concluiu-se que o HAM e a idade possuem valor similar e baixo para a previsão de nascidos vivos.

O artigo de Anderson *et al.* (2017)⁽²⁰⁾ aborda a dosagem do HAM para avaliação da reserva ovariana após tratamento quimioterápico em pacientes com neoplasia mamária e também identifica quais dessas pacientes não recuperariam a função ovariana. Foram avaliadas 73 mulheres na pré-menopausa com câncer de mama em estágio inicial, 24 meses após o diagnóstico, e, para proteção ovariana durante o tratamento, foi utilizada goserrelina, análogo do hormônio liberador de gonadotrofina. Com a avaliação da quantidade de HAM, foi possível apresentar boa acurácia diagnóstica; pacientes com baixos níveis de HAM apresentaram falência ovariana prematura. O achado indetectável de

Quadro 1. Apresentação e caracterização dos artigos selecionados na base de dados

Autores e data de publicação	Título	Objetivo	Conclusão
Arce et al. (2013) ⁽¹⁶⁾	<i>Antimüllerian hormone in gonadotropin releasing-hormone antagonist cycles: prediction of ovarian response and cumulative treatment outcome in good-prognosis patients</i>	Avaliar a relação entre o HAM e a resposta ovariana e os resultados do tratamento em pacientes submetidos à estimulação ovariana controlada usando um protocolo com antagonista do GnRH.	Existe uma relação positiva entre o HAM e a produção oocitária nos ciclos do antagonista do GnRH, e o HAM é o melhor preditor para identificar pacientes com resposta ovariana baixa e alta. A associação positiva entre o HAM e taxas cumulativas de nascidos vivos reflete a disponibilidade de mais óocitos, mas não a qualidade maior.
Oehninger et al. (2015) ⁽¹⁷⁾	<i>Predictive factors for ovarian response in a corifollitropin alfa/GnRH antagonist protocol for controlled ovarian stimulation in IVF/ICSI cycles</i>	Identificar possíveis preditores de resposta ovariana por meio de um protocolo antagonista de corifollitropina alfa/GnRH em pacientes que realizaram FIV. Os preditores utilizados foram: HAM, CFA, FSH, idade e tempo de duração do ciclo menstrual.	A partir dos preditores avaliados, foi possível prever respostas ovarianas altas e baixas pelo protocolo utilizado.
Nelson et al. (2015) ⁽¹⁸⁾	<i>Comparison of antimüllerian hormone levels and antral follicle count as predictor of ovarian response to controlled ovarian stimulation in good-prognosis patients at individual fertility clinics in two multicenter trials</i>	Comparar o HAM e a CFA como preditores da resposta ovariana à estimulação ovariana controlada em clínicas de fertilização.	O HAM foi um preditor mais forte da resposta ovariana à terapia do que a CFA no nível do centro de estudo em ambos os ensaios randomizados utilizando protocolos de agonista de GnRH e antagonista de GnRH. A CFA não forneceu valor preditivo adicional além do HAM.
Hamdine et al. (2015) ⁽¹⁹⁾	<i>Antimüllerian hormone: prediction of cumulative live birth in gonadotropin-releasing hormone antagonist treatment for in vitro fertilization</i>	Avaliar a precisão do HAM na previsão da taxa cumulativa de nascidos vivos dentro de um ano após o início do tratamento com antagonista do GnRH para FIV.	A acurácia do HAM para a previsão da taxa cumulativa de nascidos vivos em um ano de tratamento foi limitada e não rendeu valor adicional acima da idade. A não realização do tratamento baseada em preditores como a idade, o HAM ou a combinação de ambos continua sendo problemática.
Anderson et al. (2017) ⁽²⁰⁾	<i>The utility of anti-Müllerian hormone in the diagnosis and prediction of loss of ovarian function following chemotherapy for early breast cancer</i>	Utilizar dosagem do HAM para identificar quais pacientes não recuperariam a função ovariana após quimioterapia para tratamento de câncer de mama em estágio inicial e na pré-menopausa.	Mulheres com idade > 40 anos e níveis indetectáveis de HAM teriam boa previsão de que a função ovariana não retornaria, permitindo alterações no manejo endócrino após tratamento quimioterápico.
Jacobs et al. (2019) ⁽²¹⁾	<i>A multicentre evaluation of the Elecsys® anti-Müllerian hormone immunoassay for prediction of antral follicle count</i>	Qual concentração de HAM corresponde a uma CFA > 15 para determinação da reserva ovariana?	O imunoensaio Elecsys HAM fornece um método robusto e totalmente automatizado para medir os níveis séricos de HAM. Mulheres com valores de HAM abaixo do ponto de corte de 1,77 ng/mL provavelmente não terão CFA > 15.
Li et al. (2020) ⁽²²⁾	<i>Comparison of antral follicle count and serum anti Müllerian hormone level for determination of gonadotropin dosing in in-vitro fertilization: randomized trial</i>	Comparar a quantidade de mulheres que tiveram resposta ovariana desejada pela dosagem de gonadotrofina por meio da CFA versus dosagem de HAM, em mulheres submetidas a FIV usando o protocolo antagonista do hormônio liberador de gonadotropina.	A quantidade foi semelhante em ambos os métodos de análise. CFA e HAM apresentaram resultados similares.
Zong et al. (2022) ⁽²³⁾	<i>Ovarian reserve in premenopausal women with breast cancer</i>	Analisar as características das mudanças na reserva ovariana marcadas pelo HAM no estudo EGOFACT e os fatores que afetam a função ovariana em mulheres na pré-menopausa com câncer de mama.	Idade, idade da menarca, nível basal de HAM e aplicação de GnRH são os fatores de influência mais importantes para a reserva ovariana em mulheres na pré-menopausa com câncer de mama.

HAM: hormônio antimulleriano; CFA: contagem de foliculos antrais; GnRH: hormônio liberador de gonadotrofinas; FIV: fertilização *in vitro*; FSH: hormônio foliculo-estimulante; EGOFACT: *Effects of GnRHα on Ovarian Function Against Chemotherapy-induced-gonadotoxicity in Women With Breast Cancer in China*.

HAM associado com idade superior a 40 anos fornece uma boa previsão de que a função ovariana não retornará após o tratamento quimioterápico. No entanto, é importante ressaltar que esse é um estudo pequeno e realizado em uma população específica.

Jacobs *et al.*⁽²¹⁾ publicaram, em 2019, um estudo prospectivo em clínicas de FIV com mulheres que realizaram avaliação por meio da CFA. Foram dosados os níveis de HAM, estradiol e FSH no momento em que essas mulheres estavam realizando a avaliação por CFA. Os resultados obtidos determinaram que um valor sérico de 1,77 ng/mL de HAM corresponde a CFA maior que 15. A análise demonstrou que, em relação ao estradiol e ao FSH, o HAM teve melhor desempenho quando utilizado para prever a CFA. Dessa forma, um ponto de corte de 1,77 ng/mL teve alta especificidade e sensibilidade para identificar mulheres com CFA > 15, sendo, assim, um bom marcador para avaliação da reserva ovariana associada a idade. Houve uma pequena correlação entre HAM e FSH, e não houve correlação entre HAM e estradiol. O estudo, no entanto, não compara a sensibilidade do HAM em relação à CFA.

O estudo de Li *et al.*,⁽²²⁾ realizado em 2020, teve como objetivo avaliar a quantidade de mulheres que tiveram resposta ovariana desejada por meio da dosagem de gonadotrofinas, realizando uma comparação entre dois métodos: CFA e dosagem do HAM. Foram avaliadas 200 mulheres que seriam submetidas a FIV, usando o protocolo antagonista do hormônio liberador de gonadotropina. Ambos os métodos utilizados tiveram resposta ovariana, número de oócitos recuperados e taxa de produção folicular semelhantes, concluindo-se que ambos os métodos podem ser utilizados e sem diferenças significativas entre eles.

O artigo de Zong *et al.* (2022)⁽²³⁾ realizou uma análise aprofundada do estudo *Effects of GnRHa on Ovarian Function Against Chemotherapy-induced-gonadotoxicity in Women With Breast Cancer in China* (EGOFACT), que foi um ensaio clínico randomizado de fase III que avaliou mulheres com câncer de mama na pré-menopausa. As 330 mulheres que participaram do estudo foram divididas em dois grupos: um grupo em que as mulheres estavam realizando apenas quimioterapia e outro em que elas estavam fazendo quimioterapia e usando análogos de GnRH. Foram estudadas as mudanças na reserva ovariana dessas mulheres por meio da análise do HAM. Os resultados obtidos demonstraram que o grupo que estava recebendo apenas quimioterapia teve diminuição gradual dos níveis de HAM, enquanto o grupo com GnRH teve níveis maiores desse hormônio, conseguindo praticamente voltar à linha de base um ano após o tratamento. Verificaram-se também fatores que interferem nos níveis de HAM: idade, idade de menarca, índice de massa corporal (IMC), história reprodutiva, FSH e aplicação de GnRH. Mulheres com menos de 35 anos e valores maiores de HAM eram menos propensas a desenvolver insuficiência ovariana

prematura com o tratamento. Vale ressaltar que o estudo analisa apenas um grupo específico de pacientes em quimioterapia.

DISCUSSÃO

A mulher contemporânea tem assumido muitos papéis que antes eram restritos ao homem, o que fez com que seus projetos de vida e escolhas mudassem. A maternidade é uma das áreas que sofreu impacto devido à multiplicidade de papéis assumidos pelas mulheres. Por causa dos planos de carreira e do estudo, o projeto de ter filhos acaba, muitas vezes, sendo adiado. Para muitas mulheres, a postergação da gestação é uma escolha “às cegas”, já que elas não possuem conhecimento acerca da sua fertilidade, o que muitas vezes gera arrependimentos e frustrações no futuro. Entretanto, existem formas de realizar um planejamento reprodutivo que podem tornar a decisão do adiamento da maternidade mais assertiva, trazendo segurança para a mulher na tomada dessa decisão. Uma forma de ter maior conhecimento da reserva ovariana para que se possa prever a fertilidade feminina é a dosagem do HAM.

Assim como visto na literatura, o HAM pode ser utilizado como um marcador quantitativo confiável das células germinativas, pois é capaz de mostrar o tamanho do *pool* de folículos primordiais.⁽¹¹⁾ Muitos dos estudos encontrados utilizaram o HAM como uma ferramenta para analisar a reserva ovariana para diversos fins, como, por exemplo, prever a indução ovariana em técnicas de reprodução assistida ou após tratamentos gonadotóxicos. Alguns estudos demonstram que um nível de HAM mais alto está correlacionado a mais oócitos sendo fertilizados durante a reprodução assistida, e essa correlação é um bom indicador de fertilidade. Além disso, mulheres que tinham valores de HAM mais altos tiveram uma maior resposta à estimulação ovariana, em comparação com as que possuíam valores mais baixos desse hormônio. Assim como exposto por Arce *et al.*,⁽¹⁶⁾ altos níveis de HAM estão associados a taxas maiores de gestação cumulativa e de nascidos vivos, assim como a sua capacidade de prever a coleta de oócitos.

Mulheres com menos de 35 anos possuem valores de HAM mais elevados e são menos propensas a ser acometidas pela falência ovariana.⁽²³⁾ Esses dados corroboram os achados na literatura que relatam que a redução da capacidade de gestar é encontrada principalmente em mulheres no final da terceira década de vida.⁽⁸⁾ Além disso, sabe-se que muitos outros fatores influenciam na reserva ovariana e, conseqüentemente, interferem nos valores de HAM, como idade da menarca, IMC, entre outros.⁽²³⁾ Em outro estudo, a idade foi similar ao HAM para prever a ocorrência de nascidos vivos, além de ter demonstrado que mulheres com mais de 35 anos possuem menos chances para

esse evento.⁽¹⁹⁾ O estudo concluiu, entretanto, que tanto a idade quanto a dosagem de HAM possuem valor baixo quando se trata de prever a ocorrência de nascidos vivos.⁽¹⁹⁾

Em relação aos métodos de avaliação da reserva ovariana, Arce *et al.*⁽¹⁶⁾ concluíram que o HAM é superior a outros biomarcadores como FSH e inibina B para prever a resposta ovariana. Jacobs *et al.*⁽²¹⁾ também analisaram a eficácia dos métodos e concluíram que o HAM é preferível para avaliação da reserva ovariana ao FSH e ao estradiol. Nesse mesmo estudo, níveis iguais a 1,77 ng/mL de HAM são comparados a uma CFA maior que 15. Apesar de o estudo de Jacobs *et al.*⁽²¹⁾ não avaliar a superioridade do HAM em relação à CFA, outros dois estudos relataram que o HAM é superior à CFA por ultrassonografia, por estar mais relacionado ao número de folículos, possuir maior sensibilidade e especificidade e não ser um método operador-dependente.^(16,18) No artigo analisado de Li *et al.*,⁽²²⁾ foi realizada uma comparação entre dosagem de HAM e CFA para avaliar a resposta ovariana em pacientes que fariam FIV, e conclui-se que ambos os métodos eram válidos e apresentavam resultados semelhantes na avaliação.

No artigo de Anderson *et al.*,⁽²⁰⁾ o HAM foi utilizado para avaliar a função ovariana em pacientes que realizaram quimioterapia na pré-menopausa para câncer de mama, com objetivo de diagnosticar possíveis falências ovarianas prematuras, mostrando que o HAM é um bom marcador para avaliação quantitativa de células germinativas. Além desse, o estudo de Oehninger *et al.*⁽¹⁷⁾ também aborda a avaliação de preditores para resposta à estimulação ovariana, e pacientes com valor de HAM mais alto têm mais chance de desenvolver boa resposta.

Corroborando a literatura, os estudos encontrados nesta pesquisa mostram que a dosagem do HAM pode ser realizada em qualquer período do ciclo reprodutivo.⁽²¹⁾ Esse estudo também relata que o aumento do FSH ocorre apenas em estágios mais avançados do envelhecimento ovariano, o que limitaria o seu uso como um marcador da reserva ovariana para fins de rastreamento. Já a diminuição dos níveis de HAM pode ser mensurada antes que ocorram mudanças em outras variáveis relacionadas com a idade.⁽¹⁵⁾ Alguns estudos demonstram que uma única dosagem do hormônio pode ser suficiente para prever a menopausa em mulheres passando pelo processo de envelhecimento.⁽²⁴⁾ No entanto, existem algumas limitações do HAM, como a interferência no seu resultado durante o uso da pílula anticoncepcional, dessa forma, seus valores apenas são fidedignos para mulheres que não utilizam pílula anticoncepcional, sendo necessária a pausa de três meses no uso da pílula para que se possa dosar esse hormônio. Além disso, apenas oito estudos abordaram diretamente a temática em questão, sendo necessários mais estudos acerca desse assunto.

CONCLUSÃO

A partir da revisão integrativa realizada, conclui-se que há evidências que demonstram que o HAM é um bom marcador da reserva ovariana, sendo superior ao LH, FSH, estradiol, inibina B e idade. No entanto, a sua superioridade não ficou confirmada em relação à CFA. Além disso, esse marcador parece ter baixo valor preditivo para a taxa de nascidos vivos. Poucos estudos foram encontrados acerca do assunto, sendo necessárias mais pesquisas para melhor entendimento da sua utilidade.

REFERÊNCIAS

- Dewailly D, Andersen CY, Balen A, Broekmans F, Dilaver N, Fanchin R, et al. The physiology and clinical utility of anti-Müllerian hormone in women. *Hum Reprod Update*. 2014;20(3):370-85. doi: 10.1093/humupd/dmt062
- Jost A. The age factor in the castration of male rabbit fetuses. *Proc Soc Exp Biol Med*. 1947;66(2):302. doi: 10.3181/00379727-66-16071
- Aksgålae L, Sørensen K, Boas M, Mouritsen A, Hagen CP, Jensen RB, et al. Changes in anti-Müllerian hormone (AMH) throughout the life span: a population-based study of 1027 healthy males from birth (cord blood) to the age of 69 years. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(12):5357-64. doi: 10.1210/jc.2010-1207
- Gasparin AA, Chakr RM, Brenol CV, Palominos PE, Xavier RM, Souza L, et al. Hormônio anti-mülleriano como preditor de reserva ovariana em pacientes lúpicas: uma revisão. *Rev Bras Reumatol*. 2015;55(4):363-7. doi: 10.1016/j.rbr.2014.05.008
- Visser JA, Themmen AP. Anti-Müllerian hormone and folliculogenesis. *Mol Cell Endocrinol*. 2005;234(1-2):81-6. doi: 10.1016/j.mce.2004.09.008
- Anderson RA, Nelson SM, Wallace WH. Measuring anti-Müllerian hormone for the assessment of ovarian reserve: when and for whom is it indicated? *Maturitas*. 2012;71(1):28-33. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.11.008
- McGee EA, Hsueh AJ. Initial and cyclic recruitment of ovarian follicles. *Endocr Rev*. 2000;21(2):200-14. doi: 10.1210/edrv.21.2.0394
- Jirge PR. Poor ovarian reserve. *J Hum Reprod Sci*. 2016;9(2):63-9. doi: 10.4103/0974-1208.183514
- Tal R, Seifer DB. Ovarian reserve testing: a user's guide. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(2):129-40. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.027
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2020;114(6):1151-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.09.134
- Kuohung W, Hornstein MD. Female infertility: evaluation [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/female-infertility-evaluation>
- Toner JP, Seifer DB. Why we may abandon basal follicle-stimulating hormone testing: a sea change in determining ovarian reserve using antimüllerian hormone. *Fertil Steril*. 2013;99(7):1825-30. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.03.001
- Casani LM, Leite SP, Nastro CO, Martins WP. Avaliação da reserva ovariana. *Experts Ultrasound Rev Perspect*. 2009;1(3):141-4.
- La Marca A, Grisendi V, Griesinger G. How much does AMH really vary in normal women? *Int J Endocrinol*. 2013;2013:959487. doi: 10.1155/2013/959487
- La Marca A, Sighinolfi G, Radi D, Argento C, Baraldi E, Arsenio AC, et al. Anti-Müllerian hormone (AMH) as a predictive marker in assisted reproductive technology (ART). *Hum Reprod Update*. 2010;16(2):113-30. doi: 10.1093/humupd/dmp036

16. Arce JC, La Marca A, Mirner Klein B, Nyboe Andersen A, Fleming R. Antimüllerian hormone in gonadotropin releasing-hormone antagonist cycles: prediction of ovarian response and cumulative treatment outcome in good-prognosis patients. *Fertil Steril*. 2013;99(6):1644-53. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.12.048
17. Oehninger S, Nelson SM, Verweij P, Stegmann BJ. Predictive factors for ovarian response in a corifollitropin alfa/GnRH antagonist protocol for controlled ovarian stimulation in IVF/ICSI cycles. *Reprod Biol Endocrinol*. 2015;13:117. doi: 10.1186/s12958-015-0113-1
18. Nelson SM, Klein BM, Arce JC. Comparison of antimüllerian hormone levels and antral follicle count as predictor of ovarian response to controlled ovarian stimulation in good-prognosis patients at individual fertility clinics in two multicenter trials. *Fertil Steril*. 2015;103(4):923-30.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.12.114
19. Hamdine O, Eijkemans MJ, Lentjes EG, Torrance HL, Macklon NS, Fauser BC, et al. Antimüllerian hormone: prediction of cumulative live birth in gonadotropin-releasing hormone antagonist treatment for in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2015;104(4):891-8.e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.06.030
20. Anderson RA, Mansi J, Coleman RE, Adamson DJ, Leonard RC. The utility of anti-Müllerian hormone in the diagnosis and prediction of loss of ovarian function following chemotherapy for early breast cancer. *Eur J Cancer*. 2017;87:58-64. doi: 10.1016/j.ejca.2017.10.001
21. Jacobs MH, Reuter LM, Baker VL, Craig LB, Sakkas D, Surrey E, et al. A multicentre evaluation of the Elecsys® anti-Müllerian hormone immunoassay for prediction of antral follicle count. *Reprod Biomed Online*. 2019;38(5):845-52. doi: 10.1016/j.rbmo.2018.12.041
22. Li HW, Ko JK, Lee VC, Yung SS, Lau EY, Yeung WS, et al. Comparison of antral follicle count and serum anti Müllerian hormone level for determination of gonadotropin dosing in in-vitro fertilization: randomized trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;55(3):303-9. doi: 10.1002/uog.20402
23. Zong X, Yu Y, Chen W, Zong W, Yang H, Chen X. Ovarian reserve in premenopausal women with breast cancer. *Breast*. 2022;64:143-50. doi: 10.1016/j.breast.2022.05.009
24. Sowers MR, Eyvazzadeh AD, McConnel D, Yossef M, Jannausch ML, Zhang D, et al. Anti-mullerian hormone and inhibin B in the definition of ovarian aging and the menopause transition. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(9):3478-83. doi: 10.1210/jc.2008-0567

Descritores

Hemorragia uterina; Anticoncepcionais; Doença iatrogênica; Contraceptivos hormonais; Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos

Keywords

Uterine bleeding; Contraceptive agents; Iatrogenic disease; Hormonal contraceptives; Drug-related side effects and adverse reactions

Submetido

24 de Outubro de 2022

Aceito

18 de Setembro de 2023

1. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Larissa Rezende Mendonça
Clínica Sense Ginecologia, SGAS 614
Edifício Vitrium, Sala 219, 70200-740,
Asa Sul, Brasília, DF, Brasil.
E-mail: larissarezende.lrm@gmail.com

Como citar:

Mendonça LR, Resende CN, Wanderley MS. Manejo das irregularidades menstruais secundárias ao uso de contraceptivos – análise das recomendações atuais. *Femina*. 2023;51(9):557-63.

Manejo das irregularidades menstruais secundárias ao uso de contraceptivos – análise das recomendações atuais

Management of menstrual irregularities secondary to contraceptive use – analysis of current recommendations

Larissa Rezende Mendonça¹, Ceres Nunes de Resende¹, Miriam da Silva Wanderley¹

RESUMO

As irregularidades menstruais representam uma série de desordens na quantidade, duração, frequência ou regularidade do sangramento uterino. Entre suas causas destaca-se o sangramento secundário ao uso de anticoncepcionais, uma razão frequente de descontinuidade dos contraceptivos, podendo aumentar as taxas de gestações não planejadas. Boa parte dos contraceptivos pode levar a mudanças no padrão de sangramento uterino, e a abordagem inicial do sangramentos irregulares inclui a avaliação de outras possíveis causas, o reforço do uso correto da medicação, a tranquilização da paciente quanto à benignidade do quadro e à tendência a melhora com a continuidade do uso. Os anti-inflamatórios podem ser usados como estratégia inicial, e, não havendo resposta satisfatória, há alternativas específicas para cada método. Este trabalho visa identificar as recomendações atuais sobre o manejo do sangramento anormal decorrente de contraceptivos, por meio de revisão narrativa de estudos publicados sobre o tema nos últimos vinte anos.

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding represents a series of disorders in the amount, duration, frequency and or regularity of uterine bleeding. Among its causes, uterine bleeding secondary to the use of contraceptives stands out as a frequent reason for contraceptive discontinuity, which could lead to unplanned pregnancies. Most contraceptives can cause changes in the pattern of uterine bleeding, and the initial approach of the abnormal bleeding includes assessing other possible causes, reinforcing the correct use of medication, and reassuring the patient about the benignity of the condition and the tendency to improve with the continuity of the treatment. Anti-inflammatory drugs can be used as an initial strategy, and, if there is no satisfactory answer, there are specific alternatives for each contraceptive method. This work aims to identify them current recommendations on the management of abnormal bleeding resulting from contraceptives use, through a narrative review of studies published on the subject in the last twenty years.

INTRODUÇÃO

Os sangramentos irregulares, entre eles os escapes menstruais, são uma queixa ginecológica comum, e que podem acarretar na perda importante

de qualidade de vida das mulheres.⁽¹⁾ Entre as causas de irregularidades menstruais destaca-se o sangramento secundário ao uso de anticoncepcionais, que podem variar em frequência e volume conforme a composição e a via de administração do contraceptivo.⁽²⁾ Em geral, os anticoncepcionais não causam sangramentos agudos e de grande monta, estando relacionados principalmente a pequenos sangramentos não programados, irregulares e persistentes.⁽³⁾ Embora esse quadro não seja perigoso do ponto de vista clínico, é uma razão comum para falha de aderência e interrupção dos contraceptivos.⁽³⁾

O manejo adequado destas desordens pode melhorar a tolerabilidade e aumentar a confiança da paciente no método. A abordagem deve ser individualizada e elaborada de acordo com o impacto dos sintomas sobre a vida da paciente e a presença de contra-indicações a outros métodos.

MÉTODOS

Trata-se de revisão narrativa que objetiva identificar as recomendações atuais sobre o manejo dos sangramentos secundários ao uso de contraceptivos. A pesquisa foi realizada a partir da consulta em quatro bases de dados eletrônicos: Medline, LILACS, Scielo e PubMed. Foram incluídos estudos dos últimos vinte anos, publicados em inglês, espanhol e português e utilizados os seguintes descritores: “sangramento uterino anormal iatrogênico”, “manejo do sangramento uterino anormal” e “sangramento uterino anormal causado por contraceptivos”, bem como seus equivalentes na língua inglesa e espanhola. Foram elegíveis os trabalhos que apresentaram recomendações acerca do manejo das irregularidades menstruais secundárias ao uso de contraceptivos hormonais e não hormonais, em qualquer dose, administrados por qualquer via e por qualquer período. Foram obtidas inicialmente 461 citações, e após a leitura do título e do resumo, 424 estudos foram excluídos por serem duplicados ou por não preencherem os critérios mencionados anteriormente. Foram selecionados 37 artigos e, após revisão das listas de referência de cada trabalho, nove estudos, publicados em quaisquer datas, foram incluídos, totalizando 46 trabalhos nesta revisão.

RESULTADOS

Manejo inicial

O manejo dos sangramentos irregulares secundários aos anticoncepcionais inicia-se antes da introdução de qualquer medicamento. Durante a escolha do método contraceptivo é fundamental a orientação sobre a possibilidade de mudanças no padrão de sangramento transvaginal, a falta de evidências de que as irregularidades menstruais estejam associadas a diminuição da eficácia do contraceptivo, e a tendência a melhora do padrão com a continuidade do uso, uma vez que a maioria dos

sangramentos indesejados ocorre nos primeiros meses de uso do anticoncepcional.⁽⁴⁾

Uma vez que a paciente apresenta a queixa de sangramento, é importante assegurar-se de que o contraceptivo esteja sendo usado corretamente, uma vez que o uso errôneo está entre as principais causas destes sangramentos.⁽⁵⁾ É necessário ainda excluir outras patologias, como pólipos cervicais ou endometriais, lesões em colo uterino, doença inflamatória pélvica e alterações endometriais, além da possibilidade de gestação e da utilização de outros medicamentos.^(5,6)

Após essa propedêutica inicial, pode-se lançar mão do uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) por curtos períodos.⁽⁷⁾ Os AINEs têm importante ação na vasculatura endometrial e em sua hemostasia, ao inibirem a enzima ciclo-oxigenase (COX), responsável pela conversão do ácido araquidônico em prostaglandinas. O seu uso por três a cinco dias poderia reduzir o sangramento em cerca de 30% a 50% dos casos.⁽⁸⁾ Tanto os inibidores da COX-1, quanto os da COX-2, poderiam ser empregados, não havendo evidência científica de benefício de um sobre o outro.⁽⁸⁾

Apesar de ser observada uma boa resposta no sangramento ativo, as evidências quanto a prevenção da recorrência dos sangramentos irregulares são limitadas. Ainda assim, considerando que são drogas bem toleradas, de alta disponibilidade e baixo risco, os AINEs poderiam ser recomendados como primeira opção para controle de sangramento uterino anormal (SUA) secundário a todos os contraceptivos.^(6,9) Para pacientes que não apresentem resposta satisfatória, existem estratégias específicas para cada método, levando em consideração sua composição e via de administração.

Anticoncepcionais combinados

A mudança no padrão de sangramento uterino com o uso de anticoncepcionais combinados orais (COC), transdérmico, anel vaginal e injetáveis mensais pode ocorrer em até 50% das usuárias.⁽⁹⁾ Sua ocorrência é similar em todos os métodos, e tende a melhorar com a continuidade do uso.^(10,11)

Estudos demonstraram que o sangramento recorrente ou persistente é mais prevalente com o uso de COC de dosagens mais baixas (15 a 20 mcg de estrogênio), em comparação aos de doses mais altas (30 a 35 mcg), e naqueles em que o componente progestagênico é o levonorgestrel, em comparação aos que contêm noretindrona.^(9,12) Alguns estudos reportaram também uma incidência menor de sangramento anormal com COC trifásicos, e em regime cíclico.^(13,14)

Para pacientes com irregularidades menstruais em uso de COC, em regimes estendidos ou prolongados, pode-se substituir para o regime cíclico, ou recorrer à estratégia de intervalo livre de hormônio, com interrupção do método por três a quatro dias, desde que seja feita depois de pelo menos 21 dias de uso consecutivo do hormônio. Este intervalo (pausa de quatro dias) não

diminui a eficácia contraceptiva do método, e apresenta vantagem em relação ao intervalo de sete dias, por reduzir as falhas por esquecimento, comuns após intervalos mais longos. A pausa pode ser repetida sempre que a paciente estiver incomodada com o padrão de sangramento, desde que respeitando-se os 21 dias de uso contínuo de pílulas ativas.⁽¹⁵⁾

Também poderia ser feita a substituição da medicação por outra que contenha uma dose maior de etinilestradiol, ou mesmo uma mudança na formulação, modificando-se o progestagênio para aqueles com efeito modulador sobre o endométrio, como Clormadinona, Dienogeste ou Nomegestrol, embora ambas as estratégias sejam consideradas opções controversas.⁽⁵⁾

Outra alternativa seria a substituição da via oral pela parenteral, transdérmica ou vaginal, visando maior estabilidade na concentração sérica hormonal, e a redução de episódios de sangramento por omissão de doses.⁽⁵⁾ Para pacientes refratárias às medidas citadas, não resta alternativa a não ser a troca do método contraceptivo (Figura 1).⁽⁹⁾

PROGESTAGÊNIOS ISOLADOS

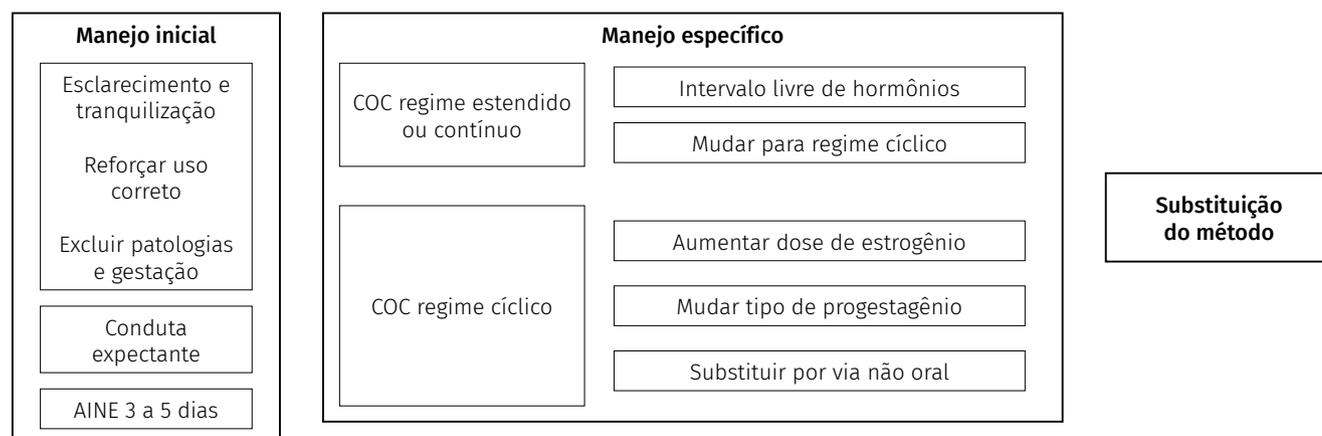
Progestagênios Orais (POP)

As pílulas de progestagênios isolados de uso contínuo apresentam efeitos variados sobre o padrão de sangramento. Cerca de 50% das pacientes mantêm sangramentos cíclicos, 40% apresentam sangramentos irregulares ou *spottings*, e aproximadamente 10% evoluem com amenorreia.⁽⁹⁾ O uso correto, sempre no mesmo horário e sem omissão de doses, é fundamental para minimizar a frequência de sangramentos irregulares.⁽¹¹⁾ Para pacientes insatisfeitas com o padrão de sangramento, uma opção seria a substituição do POP contínuo pela drospironona isolada em regime cíclico. A medicação deve ser utilizada com intervalos livres de hormônio de quatro dias, realizados após 24 dias de uso do comprimido ativo, e apresenta sangramento previsível na maioria das

pacientes.⁽¹⁶⁾ Estudos têm observado que o uso mensal de moduladores seletivos do receptor de progesterona (MSRP), como Ulipristal e Mifepristona, poderia implicar diminuição da frequência e da duração dos episódios de SUA em usuárias de POP, especialmente nos primeiros meses de uso.⁽¹⁷⁾ Devido ao potencial abortivo dessas substâncias, esses produtos ainda não possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não sendo, por hora, comercializados no Brasil. Assim, no caso de falha do manejo inicial, não há evidências de outras alternativas terapêuticas eficazes disponíveis, sendo indicada a substituição do método.⁽⁹⁾

Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)

As usuárias de AMPD podem cursar com amenorreia em até 30% dos casos nos primeiros três meses, 50% após um ano e 80% após cinco anos de uso do medicamento.⁽⁹⁾ No entanto, episódios de sangramento prolongado e *spottings* são efeitos colaterais comuns e, apesar de raramente serem intensos, podem durar sete ou mais dias nos primeiros três meses, e são motivo de descontinuidade do método em cerca de 26% das usuárias no primeiro ano.^(6,9,18) Alguns especialistas adotam como estratégia a diminuição do intervalo entre as doses da injeção, especialmente em pacientes obesas, nas quais a depuração do medicamento é mais lenta.⁽¹⁰⁾ Apesar de bastante empregada, até o momento, não existem estudos avaliando a eficácia desta prática.⁽⁹⁾ Os agentes antifibrinolíticos têm sido propostos como alternativa terapêutica. Um estudo randomizado avaliou o uso de Ácido Tranexâmico na dose de 1 g/dia por cinco dias em usuárias de AMPD, e observou que 88% das pacientes apresentou cessação do sangramento durante a primeira semana (*versus* 8,2% com placebo), e a maioria delas (68%) permaneceu por mais de 20 dias sem sangramentos quatro semanas após o uso da medicação.⁽¹⁹⁾ Para pacientes que não têm contraindicação ao estrogênio, a



AINE: anti-inflamatório não esteroide; COC: contraceptivo oral combinado

Figura 1. Anticoncepcionais combinados

utilização de COC por 10 a 20 dias, de estrogênio equino conjugado ou de estradiol micronizado por 14 dias pode ser benéfica.⁽⁹⁾ No entanto, em um estudo comparativo, em 278 usuárias de AMPD divididas em três grupos: etinilestradiol, estrona ou placebo por 14 dias, observou-se que o grupo que recebeu etinilestradiol apresentou menos sangramento e *spottings*, mas apresentou um padrão de sangramento mais imprevisível no que se refere aos intervalos e à duração do sintoma.⁽²⁰⁾ Três meses após a descontinuação das medicações, não foi observada diferença no padrão de sangramento entre os três grupos.⁽²⁰⁾ O uso de Mifepristona a cada 2 semanas também parece reduzir o SUA em usuárias de AMPD, mas estudos com maior número de pacientes são necessários.⁽²¹⁾ Também já foi avaliado o uso de Doxiciclina, uma vez que o medicamento atua *in vitro* inibindo a degradação da matriz estromal mediada pelas metaloproteínas, e uma alta atividade de metaloproteínas no endométrio parece ser um fator predisponente para o SUA secundário ao uso de progestagênios.⁽²²⁾ Entretanto, um estudo duplo-cego randomizado com 68 pacientes em uso de AMPD não mostrou benefícios do uso do antibiótico durante três meses de observação.⁽²²⁾

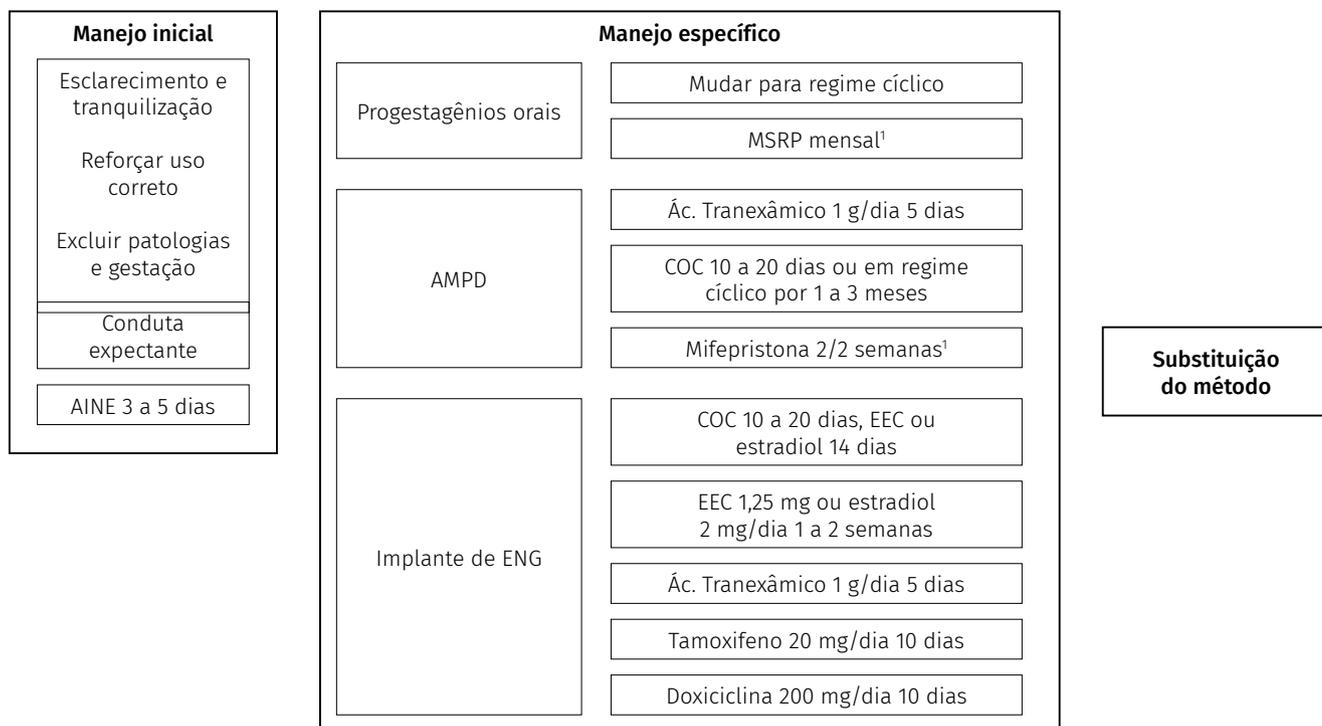
Implante de etonogestrel

Internacionalmente vários implantes estão disponíveis, mas no Brasil é comercializado apenas o implante de etonogestrel (ENG).⁽¹⁰⁾ Apesar de muitos estudos referentes ao controle do SUA terem sido feitos em usuárias de implantes de levonorgestrel (LNG), é possível supor que os resultados possam ser extrapolados para o implante de etonogestrel.⁽²³⁾ O parafefeito mais comum do implante é o sangramento uterino anormal, que tende a ser ainda mais imprevisível do que com outros contraceptivos, e é a principal causa de abandono do método.^(6,9) Na maioria das usuárias, as irregularidades menstruais traduzem-se em sangramentos irregulares frequentes e de pequena monta, com cerca de 78% delas apresentando escapes ou *spotting* nos primeiros três meses de uso.⁽⁶⁾ Após este período, cerca de 50% evoluem com melhora do padrão, mas aproximadamente metade das usuárias mantém episódios erráticos de sangramento transvaginal durante os três anos de uso da medicação.^(6,9) Para pacientes elegíveis ao uso de estrogênio, contraceptivos orais combinados de baixa dose poderiam ser utilizados por períodos de 10 a 20 dias, ou em regime cíclico por um a três meses.^(6,11,24) Quando utilizados de forma cíclica, visam estabelecer sangramentos programados, o que poderia acarretar maior satisfação, uma vez que as pacientes tendem a preferir o sangramento programado ao aleatório.⁽¹¹⁾ Em estudos randomizados em pacientes usuárias de implante de ENG foi observada redução do sangramento transvaginal durante o uso de COC por curtos períodos.^(25,26) A suplementação exclusiva com estrogênio na dose diária de 1,25 mg de estrogênio equino conjugado ou 2 mg de estradiol por uma a duas semanas também parece ser benéfica.⁽⁶⁾

Quanto à possibilidade da via não oral, ensaio comparando a suplementação com estrogênio transdérmico, na dose de 0,1 mg/dia, não demonstrou benefício estatístico em relação ao placebo no tratamento do SUA em usuárias de implante de levonorgestrel.⁽²⁷⁾ O Ácido Tranexâmico também foi avaliado em usuárias de implante de LNG, e, embora tenha se mostrado eficaz no controle do SUA durante o uso da medicação (1 g/dia por cinco dias), não houve diferença significativa em relação ao placebo quatro semanas após o tratamento.⁽²⁸⁾ Um estudo, inicialmente duplo-cego randomizado por 90 dias e em seguida "open label" por mais 90 dias, avaliou o uso do Tamoxifeno na dose de 20 mg/dia por 10 dias em usuárias de implante de ENG, e resultou em menos dias de sangramento e maior intervalo livre do sintoma em ambas as fases do estudo.⁽²⁹⁾ A utilização de Vitamina E e de Ácido Acetilsalicílico (AAS), isolados ou combinados entre si, não apresentou vantagem em relação ao placebo para fins de controle de SUA em estudo com pacientes com implante de LNG.⁽³⁰⁾ Também em usuárias desse mesmo implante foram realizados estudos com Mifepristona em baixas doses, que reportaram diminuição do sangramento transvaginal com uso intermitente da medicação. O resultado, entretanto, não se manteve após a descontinuação da medicação, e uma das pacientes engravidou no sexto mês do estudo, sugerindo que a Mifepristona poderia interferir na eficácia contraceptiva do implante.⁽³¹⁾ Um pequeno ensaio com Doxiciclina na dose de 200 mg/dia por 10 a 14 dias demonstrou cessação do sangramento transvaginal em cerca de 4,8 dias nas usuárias de implante de ENG, entretanto o medicamento não influenciou o padrão de sangramento a longo prazo, e os autores não conseguiram replicar os achados em estudo com maior número de pacientes.^(6,32,33) Esgotadas as possibilidades terapêuticas citadas para controle do SUA em usuárias de progestagênios isolados, sugere-se troca do método contraceptivo⁽⁵⁾ (Figura 2).

Dispositivos intrauterinos

A observação de sangramentos uterinos irregulares durante ou imediatamente após a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) é extremamente comum, atingindo boa parte das usuárias.⁽³⁴⁾ Normalmente está relacionado a traumas intrínsecos ao procedimento de inserção, apresenta uma duração média de quatro dias e a maioria das pacientes passa por este período sem grandes queixas.^(34,35) Os primeiros três a seis meses pós-inserção do DIU também costumam cursar com mudanças no padrão de sangramento menstrual habitual, independentemente do tipo de dispositivo inserido. No estudo CHOICE, realizado com 9.256 mulheres, menos de 15% das usuárias do Sistema Intrauterino medicado com Levonorgestrel (SIU-LNG) e mais de 70% das usuárias de Dispositivo Intrauterino medicado com cobre (DIU-Cu) perceberam aumento do sangramento uterino nos primeiros três meses de uso do método.⁽³⁶⁾ Após esse



AINE: anti-inflamatório não esteroide; MSRP: modulador seletivo do receptor de progesterona; AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito; COC: contraceptivo oral combinado, EEC: estrogênio equino conjugado. ¹: medicamento não disponível no Brasil.

Figura 2. Progestagênios isolados

período, cerca de 49% das usuárias de DIU-Cu reportaram aumento no fluxo.⁽⁹⁾ Já o SIU-LNG está tipicamente associado a importante decréscimo do fluxo menstrual ou amenorreia após seis meses de uso.⁽³⁷⁾ Em contrapartida, estas pacientes podem cursar com sangramentos de escape ou *spottings*.⁽³⁵⁾

Sistema Intrauterino medicado com Levonorgestrel

Em pacientes que apresentam sangramento irregular após a inserção de SIU-LNG há tendência à melhora do quadro com a continuidade do uso do dispositivo.⁽⁶⁾ Para as que referem persistência do sintoma, ou se sentem incomodadas com o mesmo, diversas possibilidades terapêuticas têm sido avaliadas. Em estudo randomizado, ácido tranexâmico (1,5 g/dia), ácido mefenâmico (1,5 g/dia) e placebo foram utilizados do primeiro dia de sangramento ou *spotting* até a cessação do sintoma por um período de 90 dias. Apesar da redução deste com os medicamentos, o achado não foi considerado estatisticamente significativo e não houve melhora do incômodo causado pelo sangramento.⁽³⁸⁾ Tradicionalmente, muitos clínicos optam pelo uso de contraceptivos orais combinados cíclicos por um a três meses para profilaxia e controle de SUA em usuárias de SIU-LNG que não possuem contraindicação ao uso de estrogênios.⁽³⁵⁾ Apesar de não existirem evidências de qualidade que suportem essa prática, ela tem se mostrado efetiva em algumas pacientes.⁽⁹⁾ A suplementação exclusiva com estrogênio também foi avaliada em

estudo randomizado que comparou a administração de estrogênio transdérmico, naproxeno e placebo. O grupo que recebeu anti-inflamatório apresentou diminuição dos dias de sangramento, entretanto, observou-se paradoxalmente um aumento no número de episódios de sangramento irregular nas pacientes que receberam o hormônio.⁽³⁹⁾ O uso de MSRP, em estudo randomizado, mostrou que, embora tenha contribuído para diminuição do sangramento vaginal a curto prazo, acarretou piora do sintoma com uso continuado.⁽⁴⁰⁾ Especificamente em relação à Mifepristona, estudo utilizando 100 mg a cada 30 dias por três meses, observou redução significativa dos episódios de sangramento transvaginal durante o uso e três meses após a interrupção da droga.⁽⁴¹⁾ A utilização de Tamoxifeno (20 mg/dia por sete dias) iniciado 21 dias após a inserção do SIU-LNG, não mostrou diferença significativa em relação ao placebo quanto ao número de dias de sangramento.⁽⁴²⁾

Dispositivo Intrauterino medicado com cobre

Para usuárias de DIU-Cu que apresentam sangramento transvaginal aumentado ou prolongado, os AINEs (naproxeno, ibuprofeno ou ácido mefenâmico) foram considerados efetivos por um curto período durante os dias de sangramento.⁽⁹⁾ No entanto, em estudo com 53 mulheres, com o uso de AAS na dose de 3000 mg/dia por cinco dias durante o período menstrual, observou-se diminuição não significativa do fluxo naquelas que apresentavam hipermenorreia e aumento significativo em 67%

que apresentavam sangramento transvaginal menor que 80 ml/dia.⁽⁴³⁾ Em relação ao uso de antifibrinolíticos, um estudo chinês com 175 mulheres em uso de DIU-Cu comparou o uso de Ácido Tranexâmico nas doses de 1000 e 2000 mg/dia por cinco dias com placebo, e reportou que ambos os grupos que receberam a medicação apresentaram diminuição da perda sanguínea, sem diferença significativa entre os grupos em uso de maior ou menor dose do medicamento.⁽⁴⁴⁾ O anti-diurético desmopressina, uma versão sintética da vasopressina, administrado na dose de 300 mcg via nasal por cinco dias, levou à redução significativa da perda sanguínea e não desencadeou efeitos adversos relevantes.⁽⁴⁵⁾ Entretanto, ainda há não comprovação de segurança para utilização de anti-diuréticos para esse fim.⁽⁴⁶⁾ Ademais, para pacientes que, esgotadas as possibilidades terapêuticas mantêm sangramento intolerável, sugere-se troca do método por outros menos relacionados a essa queixa⁽⁵⁾ (Figura 3).

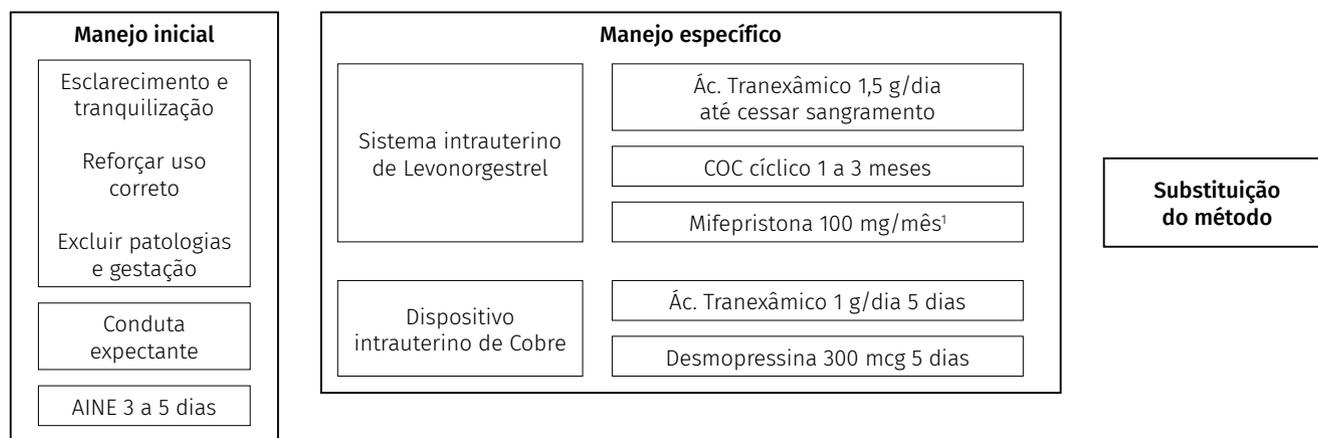
CONCLUSÃO

Antes da prescrição de qualquer anticoncepcional, é fundamental informar a paciente sobre as possíveis mudanças na frequência, duração e volume menstrual que os medicamentos podem acarretar. Apesar de não existirem protocolos de manejo do sangramento uterino anormal secundário ao uso de contraceptivos, a abordagem inicial comum a todos os métodos inclui a avaliação de outras causas de sangramento transvaginal, reforço do uso correto da medicação, tranquilização da paciente quanto à benignidade do quadro e da tendência a melhora com a continuidade do uso. De forma geral, os anti-inflamatórios não hormonais por curtos períodos poderiam ser empregados como estratégia medicamentosa inicial para todos os métodos. Não havendo resposta satisfatória, alternativas específicas deverão ser observadas para cada contraceptivo individualmente, podendo chegar à substituição do método. É importante ressaltar a necessidade de estudos mais abrangentes, randomizados, controlados, com um número maior de

participantes, com tempo maior de seguimento, e comparações mais efetivas entre as diversas opções terapêuticas existentes, visando à elaboração de protocolos estruturados, que norteiem o controle do sangramento uterino anormal secundário aos contraceptivos.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Sangramento uterino Anormal. São Paulo: Connexomm; 2017. (Série orientações e recomendações; no. 7).
2. Reproductive Health National Training Center. Birth Control Method Options Chart [Internet]. 2017 [cited 2022 June 12]. Available from: https://www.fpntc.org/sites/default/files/resources/fpntc_bcmoption_chart_2017.pdf
3. Grunloh DS, Casner T, Secura GM, Peipert JF, Madden T. Characteristics associated with discontinuation of long-acting reversible contraception within the first 6 months of use. *Obstet Gynecol.* 2013;122(6):1214-21. doi: 10.1097/01.AOG.0000435452.86108.59
4. Polis CB, Hussain R, Berry A. There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes. *Reprod Health.* 2018;15(1):114. doi: 10.1186/s12978-018-0561-0
5. Guazzelli CA, Barbieri M, Pinto CL, Torloni MR. Manejo do sangramento inesperado em usuárias de métodos contraceptivos hormonais: revisão das recomendações atuais. *Femina.* 2010;38(6):293-300.
6. Zigler RE, McNicholas C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(5):443-50. doi: 10.1016/j.ajog.2016.12.008
7. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use [Internet]. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016 [cited 2022 June 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1070125/retrieve>
8. Panisset KS, Fonseca VL. Manejo do sangramento uterino disfuncional em adolescentes. *Adolesc Saúde.* 2009;6(4):26-32.
9. Villavicencio J, Allen RH. Unscheduled bleeding and contraceptive choice: increasing satisfaction and continuation rates. *Open Access J Contracept.* 2016;7:43-52. doi: 10.2147/OAJC.S85565
10. Poli ME, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS, Spinola PG, Tomas G, et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. *Femina.* 2009;37(9):459-91.
11. Speroff L, Darney PD. A clinical guide for contraception. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
12. Edelman AB, Koontz SL, Nichols MD, Jensen JT. Continuous oral contraceptives: are bleeding patterns dependent on the hormones given? *Obstet Gynecol.* 2006;107(3):657-65. doi: 10.1097/01.AOG.0000199950.64545.16



AINE: anti-inflamatório não esteroidal; COC: contraceptivo oral combinado. ¹: medicamento não disponível no Brasil.

Figura 3. Dispositivos intrauterinos

13. Hampton RM, Fisher AC, Pagano S, LaGuardia KD. Scheduled and unscheduled bleeding patterns with two combined hormonal contraceptives: application of new recommendations for standardization. *Fertil Steril*. 2009;92(2):434-40. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.07.010
14. Legro RS, Pauli JG, Kunselman AR, Meadows JW, Kesner JS, Zaino RJ, et al. Effects of continuous versus cyclical oral contraception: a randomized controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(2):420-9. doi: 10.1210/jc.2007-2287
15. Godfrey EM, Whiteman MK, Curtis KM. Treatment of unscheduled bleeding in women using extended- or continuous-use combined hormonal contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):567-75. doi: 10.1016/j.contraception.2012.08.005
16. Machado RB, Politano CA. Febrasgo Position Statement: Anticoncepcionais orais contendo somente progesteragênio. *Femina*. 2022;50(4):223-9.
17. Gemzell-Danielsson K, van Heusden AM, Killick SR, Croxatto HB, Boucharde P, Cameron S, et al. Improving cycle control in progestogen-only contraceptive pill users by intermittent treatment with a new anti-progesterone. *Hum Reprod*. 2002;17(10):2588-93. doi: 10.1093/humrep/17.10.2588
18. Dianat S, Fox E, Ahrens KE, Upadhyay UD, Zlidar VM, Gallo MF, et al. Side effects and health benefits of depot medroxyprogesterone acetate: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2019;133(2):332-41. doi: 10.1097/AOG.00000000000003089
19. Senthong AJ, Taneepanichskul S. The effect of tranexamic acid for treatment irregular uterine bleeding secondary to DMPA use. *J Med Assoc Thai*. 2009;92(4):461-5.
20. Said S, Sadek W, Rocca M, Koetsawang S, Kirwat O, Piya-Anant M, et al. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Hum Reprod*. 1996;11 Suppl 2:1-13. doi: 10.1093/humrep/11.suppl_2.1
21. Jain JK, Nicosia AF, Nucatola DL, Lu JJ, Kuo J, Felix JC. Mifepristone for the prevention of breakthrough bleeding in new starters of depo-medroxyprogesterone acetate. *Steroids*. 2003;68(10-13):1115-9. doi: 10.1016/s0039-128x(03)00132-6
22. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA, Fetih GN. Doxycycline in the treatment of bleeding with DMPA: a double-blinded randomized controlled trial. *Contraception*. 2012;86(3):224-30. doi: 10.1016/j.contraception.2012.01.003
23. Nunes MA. Abordagem da hemorragia uterina anómala nas utilizadoras do implante contraceptivo libertador de etonogestrel. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2013;7(4):280-4.
24. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(4):1-66. doi: 10.15585/mmwr.rr6504a1
25. Guiahi M, McBride M, Sheeder J, Teal S. Short-term treatment of bothersome bleeding for etonogestrel implant users using a 14-day oral contraceptive pill regimen: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2015;126(3):508-13. doi: 10.1097/AOG.0000000000000974
26. Hou MY, McNicholas C, Creinin MD. Combined oral contraceptive treatment for bleeding complaints with the etonogestrel contraceptive implant: a randomised controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(5):361-6. doi: 10.1080/13625187.2016.1210122
27. Boonkasemsanti W, Reinprayoon D, Pruksananonda K, Niruttisard S, Triatanachat S, Leepipatpaiboon S, et al. The effect of transdermal oestradiol on bleeding pattern, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Hum Reprod*. 1996;11 Suppl 2:115-23. doi: 10.1093/humrep/11.suppl_2.115
28. Phupong V, Sophonsritsuk A, Taneepanichskul S. The effect of tranexamic acid for treatment of irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*. 2006;73(3):253-6. doi: 10.1016/j.contraception.2005.09.012
29. Edelman AB, Kaneshiro B, Simmons KB, Hauschildt JL, Bond K, Boniface ER, et al. Treatment of unfavorable bleeding patterns in contraceptive implant users: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2020;136(2):323-32. doi: 10.1097/AOG.00000000000003896
30. d'Arcangues C, Piaggio G, Brache V, Aissa RB, Hazelden C, Massai R, et al. Effectiveness and acceptability of vitamin E and low-dose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*. 2004;70(6):451-62. doi: 10.1016/j.contraception.2004.05.012
31. Massai MR, Pavez M, Fuentealba B, Croxatto HB, d'Arcangues C. Effect of intermittent treatment with mifepristone on bleeding patterns in Norplant implant users. *Contraception*. 2004;70(1):47-54. doi: 10.1016/j.contraception.2004.02.009
32. Zigler RE, Madden T, Ashby C, Wan L, McNicholas C. Ulipristal acetate for unscheduled bleeding in etonogestrel implant users: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):888-94. doi: 10.1097/AOG.0000000000002810
33. Weisberg E, Hickey M, Palmer D, O'Connor V, Salamonsen LA, Findlay JK, et al. A pilot study to assess the effect of three short-term treatments on frequent and/or prolonged bleeding compared to placebo in women using Implanon. *Hum Reprod*. 2006;21(1):295-302. doi: 10.1093/humrep/dei273
34. Ylikorkala O, Kauppila A, Siljander M. Anti-prostaglandin therapy in prevention of side-effects of intrauterine contraceptive devices. *Lancet*. 1978;2(8086):393-5. doi: 10.1016/s0140-6736(78)91864-0
35. Friedlander EK, Kaneshiro B. Therapeutic options for unscheduled bleeding associated with long-acting reversible contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42(4):593-603. doi: 10.1016/j.ogc.2015.07.004
36. Diedrich JT, Desai S, Zhao Q, Secura G, Madden T, Peipert JF. Association of short-term bleeding and cramping patterns with long-acting reversible contraceptive method satisfaction. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(1):50.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.07.025
37. Bastianelli C, Farris M, Rapiti S, Vecchio RB, Benagiano G. Different bleeding patterns with the use of levonorgestrel intrauterine system: are they associated with changes in uterine artery blood flow? *Biomed Res Int*. 2014;2014:815127. doi: 10.1155/2014/815127
38. Sørdal T, Inki P, Draeby J, O'Flynn M, Schmelter T. Management of initial bleeding or spotting after levonorgestrel-releasing intrauterine system placement: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2013;121(5):934-41. doi: 10.1097/AOG.0b013e31828c65d8
39. Madden T, Proehl S, Allsworth JE, Secura GM, Peipert JF. Naproxen or estradiol for bleeding and spotting with the levonorgestrel intrauterine system: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(2):129.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.09.021
40. Warner P, Guttinger A, Glasier AF, Lee RJ, Nickerson S, Brenner RM, et al. Randomized placebo-controlled trial of CDB-2914 in new users of a levonorgestrel-releasing intrauterine system shows only short-lived amelioration of unscheduled bleeding. *Hum Reprod*. 2010;25(2):345-53. doi: 10.1093/humrep/dep377
41. Lal S, Kriplani A, Kulshrestha V, Sharma M, Agarwal N. Efficacy of mifepristone in reducing intermenstrual vaginal bleeding in users of the levonorgestrel intrauterine system. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;109(2):128-30. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.01.015
42. Cohen MA, Simmons KB, Edelman AB, Jensen JT. Tamoxifen for the prevention of unscheduled bleeding in new users of the levonorgestrel 52-mg intrauterine system: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2019;100(5):391-6. doi: 10.1016/j.contraception.2019.06.009
43. Pedrón N, Lozano M, Gallegos AJ. The effect of acetylsalicylic acid on menstrual blood loss in women with IUDs. *Contraception*. 1987;36(3):295-303. doi: 10.1016/0010-7824(87)90099-0
44. Lin X, Gao ES, Li D, Zhang M, Dou LX, Yuan W. Preventive treatment of intrauterine device-induced menstrual blood loss with tranexamic acid in Chinese women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(9):1126-9. doi: 10.1080/00016340701516777
45. Mercorio F, De Simone R, Di Carlo C, Bifulco G, Tessitore G, Di Spizio Sardo A, et al. Effectiveness and mechanism of action of desmopressin in the treatment of copper intrauterine device-related menorrhagia: a pilot study. *Hum Reprod*. 2003;18(11):2319-22. doi: 10.1093/humrep/deg449
46. Godfrey EM, Folger SG, Jeng G, Jamieson DJ, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with copper-containing IUDs: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):549-66. doi: 10.1016/j.contraception.2012.09.006

Desfechos reprodutivos e de sobrevida em adolescente tratada com cirurgia preservadora de fertilidade por tumor *borderline* de ovário em estágio avançado: relato de caso e revisão da literatura

Reproductive and survival outcomes in an adolescent treated with fertility-sparing surgery for advanced stage borderline ovarian tumor: case report and review of the literature

Karen Hiromi Mori¹, Aline Evangelista Santiago², Sophie Françoise Derchain¹, Renata De Marchi Triglia³, Luís Otávio Sarian¹, Adriana Yoshida¹

Descritores

Tumor *borderline* de ovário; Adolescente; Tratamento; Cirurgia de preservação da fertilidade; Estádio avançado

Keywords

Borderline ovarian tumors; Adolescent; Management; Fertility sparing surgery; Advanced stage

Submetido:

12/05/2023

Aceito:

17/07/2023

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
2. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP, Brasil.
3. Departamento de Anatomia Patológica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Adriana Yoshida
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126,
Cidade Universitária, 13083-887,
Campinas, SP, Brasil
adriana122013@gmail.com

Como citar:

Mori KH, Santiago AE, Derchain SF, Triglia RM, Sarian LO, Yoshida A. Desfechos reprodutivos e de sobrevida em adolescente tratada com cirurgia preservadora de fertilidade por tumor *borderline* de ovário em estágio avançado: relato de caso e revisão da literatura. *Femina*. 2023;51(9):564-8.

RESUMO

Existem poucos dados na literatura sobre os resultados obstétricos e oncológicos de adolescentes com tumores *borderline* de ovário em estágio avançado tratadas com cirurgia preservadora da fertilidade. Uma adolescente de 15 anos com diagnóstico de tumor *borderline* de ovário estágio IIIc foi inicialmente tratada com tumorectomia ovariana bilateral e quimioterapia adjuvante com esquema de platina/taxano (seis ciclos). Durante o seguimento, foi submetida a outras três tumorectomias devido a tumor *borderline* de ovário (duas vezes) e cistadenoma ovariano (uma vez). Outra recidiva de tumor *borderline* de ovário ocorreu seis anos após o diagnóstico inicial, quando ela estava grávida; foi tratada com tumorectomia realizada durante a cesariana. Em sua última consulta ambulatorial, a mulher de 27 anos não apresentava evidência da doença e tinha um filho saudável. Mesmo em estágio avançado, a cirurgia de preservação da fertilidade foi segura e factível nessa paciente com tumor *borderline* de ovário.

ABSTRACT

There are few data in the literature regarding obstetric and oncological outcomes of adolescents with advanced-stage borderline ovarian tumors treated with fertility sparing surgery. A 15 years old adolescent who was diagnosed with a stage IIIc borderline ovarian tumor, was treated with bilateral ovarian tumorectomies and adjuvant chemo-

therapy with platinum/taxane regimen (six cycles). During follow up she was submitted to other three tumorectomies due to borderline ovarian tumor (twice) and ovarian cystadenoma (once). Another borderline ovarian tumor recurrence occurred six years after initial diagnosis, when she was pregnant; treated with tumorectomy performed during cesarean section. At her last outpatient visit, the 27-year-old woman had no evidence of disease and a healthy child. Even at an advanced stage, fertility sparing surgery was safe and feasible in this patient with borderline ovarian tumor.

INTRODUÇÃO

Os tumores *borderline* de ovário (TBOs) são neoplasias que surgem a partir do epitélio ovariano e são raros. Caracterizam-se pela presença de estratificação do epitélio, leve atipia nuclear, formação de projeções papilares, sem invasão estromal.⁽¹⁾ Acometem frequentemente mulheres jovens e se apresentam em estágio inicial, quando a doença está restrita aos ovários. O tratamento é eminentemente cirúrgico e, devido ao seu curso indolente, a cirurgia de preservação da fertilidade e a manutenção da função ovariana são os pilares do manejo dessas mulheres.⁽¹⁾

Entre crianças e adolescentes, as neoplasias ovarianas malignas representam 1% dos cânceres infantis.⁽²⁾ Na população pediátrica e adolescente, a maioria das neoplasias ovarianas se origina de células germinativas e tem um prognóstico favorável.⁽²⁾ Aproximadamente 10% dos tumores nessa faixa etária são de origem epitelial, a maioria representada por TBOs, enquanto os carcinomas são extremamente raros.⁽²⁾ Estudos com um pequeno número de adolescentes indicam que a maioria dos TBOs nessa faixa etária apresenta doença limitada aos ovários.^(2,3)

O tratamento de adolescentes com TBOs em estágio avançado, bem como daquelas com doença em estágio inicial, é baseado na premissa de conservação da fertilidade e da função ovariana. No entanto, existem poucos dados na literatura sobre os resultados oncológicos e obstétricos em adolescentes com TBOs em estágio avançado tratadas com cirurgia de preservação da fertilidade. A segurança e a eficácia do tratamento conservador nesses casos ainda são controversas, a abordagem é baseada em relatos ou séries de casos e é necessário um longo período de seguimento devido à possibilidade de recidivas mesmo após vários anos de diagnóstico e tratamento inicial.

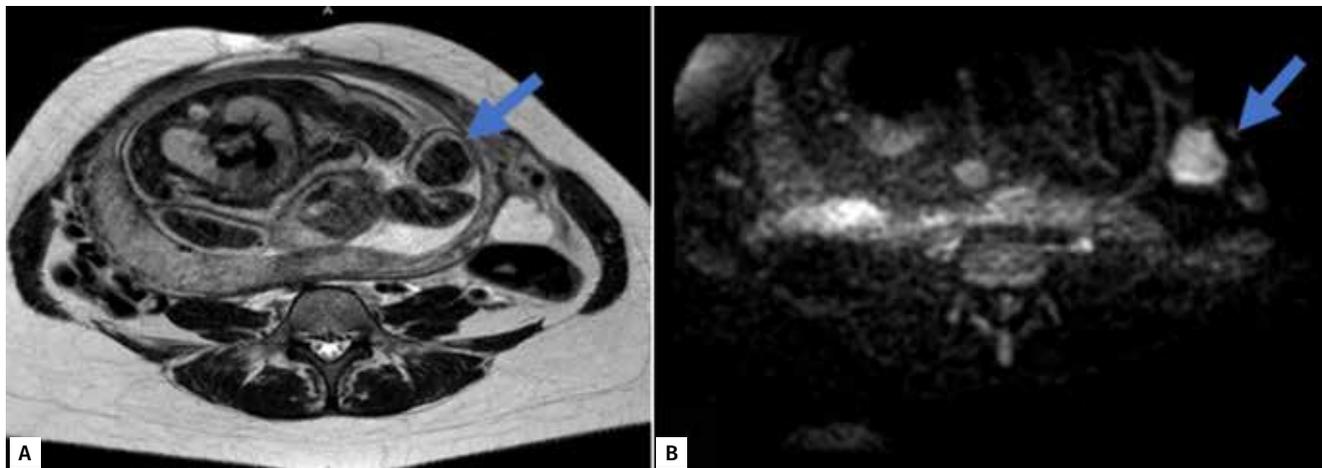
DESCRIÇÃO DO CASO

Adolescente do sexo feminino, sem comorbidades, deu entrada no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti da Universidade Estadual de Campinas, com 15 anos de idade, por aumento de volume abdominal, com ultrassom evidenciando massa sólida em região aneal esquerda, heterogênea, de contornos irregulares e espiculados, com sinal vascular interno ao Doppler,

medindo 7,3 x 6,9 x 6,9 cm. A tomografia computadorizada evidenciou massa pélvica de origem ovariana, à esquerda, medindo 8 x 4 cm, com grande volume de ascite. Todos os marcadores tumorais apresentaram valores normais (antígeno carcinoembrionário, alfafeto-proteína e β -gonadotrofina coriônica humana), exceto o *cancer antigen 125* (CA125) cujo valor era de 171 UI/mL. À laparotomia, foram observados tumores exofíticos bilaterais nos ovários e múltiplos implantes peritoneais (em intestinos, omento, pelve, fígado, baço e região para-aórtica), além de ascite. O exame de congelação intraoperatório de lesão ovariana superficial mostrou TBO seroso. Foram realizadas tumorectomias ovarianas bilaterais e biópsias de implantes peritoneais. O diagnóstico histopatológico foi: TBO serosos na superfície dos ovários, implantes (não invasivos) nos intestinos, peritônio, superfícies da bexiga e omento (estádio histopatológico IIIc). Apesar de controverso, a paciente foi submetida a quimioterapia adjuvante com esquema platina/taxano (seis ciclos), com regressão completa dos implantes. Novas tumorectomias ovarianas por laparoscopias foram realizadas 21, 50 e 67 meses após a primeira laparotomia com resultados histopatológicos, respectivamente: 1) TBO seroso no ovário direito com implante peritoneal (não invasivo); 2) cistoadenoma seroso com áreas focais (menos de 10%) de proliferação epitelial com atipia leve no ovário esquerdo; 3) TBO seroso no ovário direito. A paciente foi submetida à criopreservação de oócitos após a segunda abordagem cirúrgica, porém aos 21 anos engravidou espontaneamente. Durante o pré-natal, o ultrassom mostrou imagem sólida unilocular com projeções papilares, medindo 5,3 x 3,5 x 3,6 cm, no ovário esquerdo, classificada como maligna, segundo o modelo preditivo “Regras Simples” do grupo *International Ovarian Tumor Analysis* (IOTA). A ressonância magnética pélvica revelou ovário esquerdo com formação cística de paredes finas e contornos lobulados, medindo 6,4 x 2,0 x 3,7 cm, com projeção parietal sólida com restrição de difusão, medindo 2 x 1,5 x 2,1 cm, suspeita de malignidade/TBO. Não foram observadas linfadenopatias ou ascite (Figura 1).

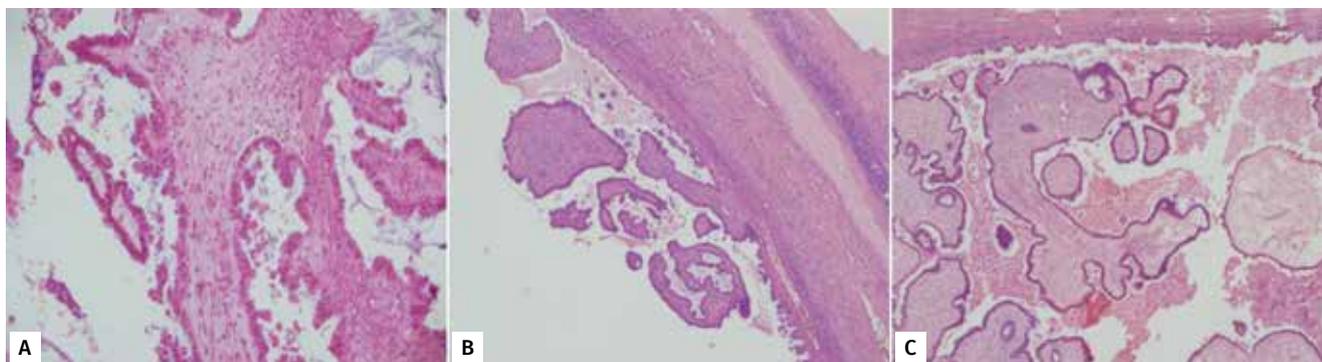
A gravidez evoluiu sem intercorrências e a paciente foi submetida a uma cesariana eletiva com 38 semanas de gestação, com tumorectomia ovariana esquerda. O diagnóstico histopatológico foi: TBO seromucinoso com focos de microinvasão, associado a endometriose ovariana. *Vide* figuras 2, 3 e 4 mostrando fotos dos tumores de ovários e implante peritoneal. Em sua última consulta ambulatorial, a paciente de 27 anos tinha um filho saudável e não apresentava evidência de doença nos exames clínico, ultrassonográfico e de CA125. Além disso, ela mantinha a função ovariana graças às múltiplas cirurgias preservadoras de fertilidade.

Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Número do Parecer: 5.518.178; Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 59480222.6.0000.5404).



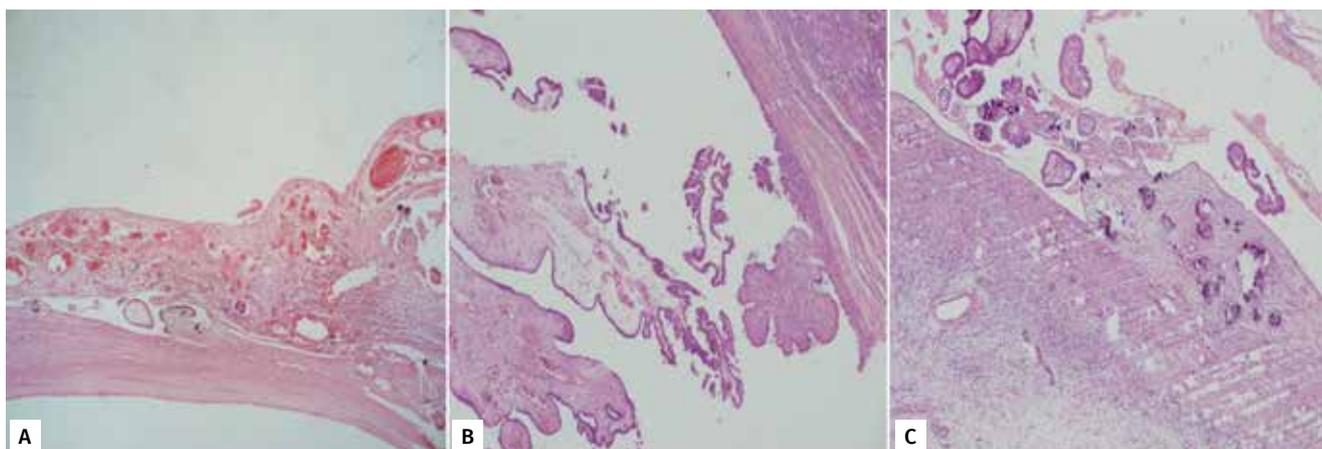
Fonte: Imagens de ressonância magnética reproduzidas com a autorização da paciente.

Figura 1. Ressonância magnética pélvica realizada durante a gravidez (A: Lesão anexial esquerda (flecha azul); B: A lesão apresentava restrição à difusão, suspeita maligna ou tumor *borderline* de ovário)



Fonte: Fotos das lâminas dos tumores dos ovários em hematoxilina-eosina reproduzidas com a autorização da paciente.

Figura 2. Tumor seroso *borderline* exibindo projeções estromais frouxas revestidas por células com leves atípias (A e B: primeira cirurgia; C: quarta cirurgia)



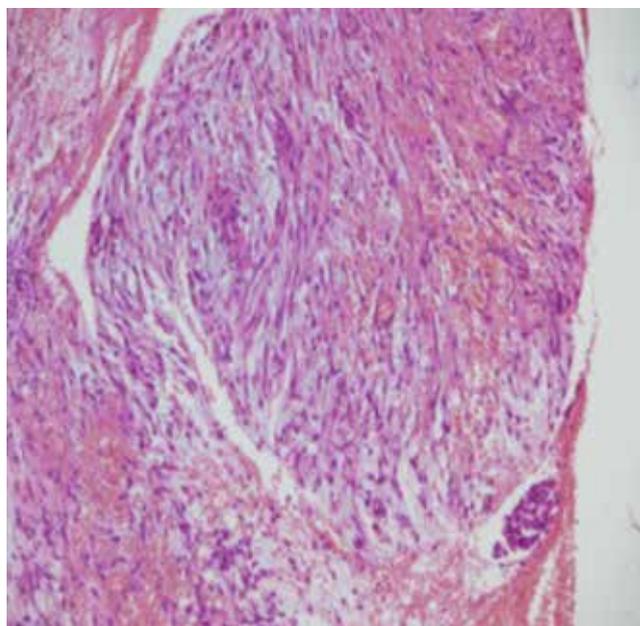
Fonte: Fotos das lâminas dos tumores dos ovários em hematoxilina-eosina reproduzidas com a autorização da paciente.

Figura 3. Áreas de crescimento para a superfície externa do ovário, com autoimplantes, nos quais os blocos epiteliais são circundados por estroma delicado, sem atípias significativas ou sinais de invasão (A e B: primeira cirurgia; C: quinta cirurgia)

DISCUSSÃO

Os TBOs geralmente afetam pacientes mais jovens, quando comparadas àquelas com carcinomas ovarianos. Apresentam-se mais frequentemente em estágio inicial

(90% dos casos), e o tratamento é eminentemente cirúrgico, sendo a preservação da fertilidade e da função ovariana uma questão de extrema relevância.⁽¹⁾ No entanto, os TBOs podem apresentar doença extraovariana



Fonte: Foto da lâmina do implante peritoneal em hematoxilina-eosina reproduzida com a autorização da paciente.

Figura 4. Implantes caracterizados por pequenos blocos celulares neoplásicos bem delimitados na superfície peritoneal, permeados por estroma com proliferação fibroblástica e tecido de granulação; é evidente a ausência de caráter infiltrativo (primeira cirurgia)

e, de acordo com a presença de implantes na pelve e/ou abdome, são classificados após a cirurgia pelo estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). A taxa de sobrevivida em 10 anos é: 99% para estágio I, 98% para estágio II, 96% para estágio III e 77% para estágio IV.⁽⁴⁾ É importante observar que recorrências e transformação maligna podem ocorrer.⁽⁵⁾

Atualmente, os implantes não são mais chamados de invasivos ou não invasivos. Implantes antes chamados de não invasivos são chamados de implantes, e implantes invasivos são considerados uma doença distinta, ou seja, carcinoma seroso de baixo grau.⁽⁵⁾ Os fatores prognósticos mais importantes para pacientes com TBOs em estágio avançado são a presença de implantes invasivos ou não invasivos e doença residual; apenas pacientes com implantes não invasivos são candidatas à cirurgia conservadora.⁽⁴⁾ Apesar da diferença de nomenclatura, esse ainda parece ser um critério adequado para o tratamento de pacientes com TBOs em estágio avançado.

O tratamento cirúrgico radical consiste na coleta de lavado peritoneal, histerectomia, salpingo-ooforectomia bilateral, omentectomia infracólica, biópsias peritoneais e remoção de qualquer tumor visível. A cirurgia preservadora de fertilidade com conservação do útero e ovário é considerada para pacientes jovens que desejam engravidar e com tumores limitados aos ovários, ou em casos selecionados de pacientes com TBOs em estágio avançado.⁽⁴⁾ Uma metanálise envolvendo quatro estudos com 74 pacientes com TBOs em estágio avançado concluiu que, quando comparadas com aquelas tratadas

com cirurgia radical, a taxa de recorrência é maior naquelas tratadas com cirurgia de preservação da fertilidade, mas as taxas de sobrevivida de cinco e sete anos foram as mesmas em ambos os grupos. Em relação aos desfechos de fertilidade, ocorreram 15 gestações em 11 pacientes, com o nascimento de 13 crianças.⁽⁴⁾

Massas anexiais detectadas na infância e adolescência são raras e, em sua maioria, não neoplásicas (por exemplo, cistos simples) ou benignas,^(6,7) e sua incidência anual é estimada em 2,6% em 100.000.⁽⁷⁾ Uma coorte retrospectiva envolvendo 146 adolescentes com idade < 18 anos (86,3% deles na pós-menarca) operadas entre 2012 e 2018 mostrou que 107 pacientes (73,2%) tinham histologia benigna, 37 pacientes (25,3%) tinham histologia maligna e apenas 2 pacientes (1,36%) tinham TBOs.⁽⁶⁾ A coorte de Xac *et al.*⁽⁷⁾ envolvendo 752 adolescentes operadas com idade < 19 anos, em um período de 10 anos, mostrou 93% de tumores benignos, 1% de TBOs (sete pacientes) e 6% de tumores malignos.

A maior coorte de adolescentes com TBOs foi baseada no banco de dados norte-americano *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER). Esse estudo de Nasioudis *et al.* (2017)⁽²⁾ envolvendo 114 adolescentes com idade ≤ 19 anos, com TBOs diagnosticados entre 1988 e 2013, mostrou que 85,1% deles se apresentavam no estágio I no momento do diagnóstico. O acompanhamento médio foi de 18,3 anos e a sobrevivida global em 10 anos foi de 97,3%, mas os dados sobre os resultados obstétricos não foram especificados.⁽²⁾

Childress *et al.* (2018),⁽³⁾ em estudo com seguimento médio de 10 meses, relataram 14 pacientes com idade entre 12 e 18 anos com TBOs, apenas três deles apresentando-se em estágio avançado (1 com IIb e 2 com IIIc). Todas as pacientes estavam vivas, mas um longo seguimento seria necessário para avaliar o resultado obstétrico, e apenas uma paciente foi submetida a criopreservação de oócitos até a publicação do estudo.⁽³⁾

Apresentamos o caso de uma adolescente submetida a cinco cirurgias preservadoras de fertilidade para TBO em estágio avançado. Esse manejo foi crucial para a manutenção tanto da fertilidade quanto da função ovariana, especialmente nessa idade (quando a menopausa cirúrgica impactaria negativamente sua qualidade de vida e sobrevivida), e foi factível, pois havia parênquima ovariano normal remanescente após todos os procedimentos cirúrgicos. A paciente foi submetida a quimioterapia adjuvante (tratamento controverso para TBOs), que resultou em regressão completa de múltiplos implantes peritoneais. A equipe que assistiu a paciente se preocupou com o processo aderencial em cada abordagem, o que nos motivou a indicar a criopreservação de oócitos, que foi realizada após a segunda abordagem cirúrgica. Surpreendentemente, após uma laparotomia e três laparoscopias, ela conseguiu engravidar espontaneamente e, embora tenha ocorrido uma nova recorrência durante a gravidez, a conduta expectante foi possível, com desfecho obstétrico favorável e

tratamento cirúrgico de outro TBO com preservação de uma pequena parte do parênquima ovariano. Quanto ao seguimento, ela foi submetida a vigilância com exame físico, ultrassom pélvico e abdominal e dosagem sérica de CA125. Para pacientes sem sintomas e sinais na avaliação clínica, o intervalo de tempo entre os exames (físico e dosagem de CA125) é geralmente a cada três meses no primeiro ano pós-tratamento, a cada seis meses por cinco anos e anualmente a partir de então. O ultrassom de seguimento é realizado a cada seis meses no primeiro ano e depois anualmente. Todas as recidivas desse caso foram detectadas por ultrassom. Temos agora um acompanhamento total de 12 anos e a paciente está viva, sem doença, com preservação da função ovariana, em seguimento uma vez por ano. Apesar de não haver um consenso, um longo seguimento anual se aplica para casos de TBOs diagnosticados em estádios avançados que foram tratados com preservação do(s) ovário(s).⁽⁸⁾ As recomendações de tratamento são baseadas em estudos com um pequeno número de pacientes, com curto tempo de seguimento, mas até o momento é seguro realizar a cirurgia preservadora da fertilidade e da função ovariana em adolescentes com TBOs diagnosticados em estágio avançado.

CONCLUSÃO

O tratamento de adolescentes com TBOs em estádios avançados é baseado em estudos com um pequeno número de mulheres jovens. Estender a mesma abordagem de mulheres jovens às adolescentes nos permite

tratá-las com cirurgia que preserva a fertilidade e a função ovariana. Apesar do maior risco de recorrência, não se observa impacto negativo na sobrevida global.

REFERÊNCIAS

1. Gershenson DM. Management of borderline ovarian tumours. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;41:49-59. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.012
2. Nasioudis D, Alevizakos M, Holcomb K, Witkin SS. Malignant and borderline epithelial ovarian tumors in the pediatric and adolescent population. *Maturitas.* 2017;96:45-50. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.11.011
3. Childress KJ, Patil NM, Muscal JA, Dietrich JE, Venkatramani R. Borderline ovarian tumor in the pediatric and adolescent population: a case series and literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;31(1):48-54. doi: 10.1016/j.jpag.2017.09.001
4. Huang Y, Zhang W, Wang Y. The feasibility of fertility-sparing surgery in treating advanced-stage borderline ovarian tumors: a meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016;55(3):319-25. doi: 10.1016/j.tjog.2016.04.005
5. Hauptmann S, Friedrich K, Redline R, Avril S. Ovarian borderline tumors in the 2014 WHO classification: evolving concepts and diagnostic criteria. *Virchows Arch.* 2017;470(2):125-42. doi: 10.1007/s00428-016-2040-8
6. Banli-Cesur I, Tanridan-Okcu N, Özçelik Z. Ovarian masses in children and adolescents: analysis on 146 patients. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021;50(6):101901. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101901
7. Xac MC, Jetelina KK, Jarin J, Wilson E. Benign, borderline, and malignant pediatric adnexal masses: a 10-year review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2021;34(4):454-61. doi: 10.1016/j.jpag.2021.01.002
8. Daraï E, Fauvet R, Uzan C, Gouy S, Duvillard P, Morice P. Fertility and borderline ovarian tumor: a systematic review of conservative management, risk of recurrence and alternative Options. *Hum Reprod Update.* 2013;19(2):151-66. doi: 10.1093/humupd/dms047

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Mantendo o compromisso com a promoção da educação e atualização médica continuada em Ginecologia e Obstetrícia, a Febrasgo produz o Position Statement. Manuscritos com conteúdos baseados em evidências científicas sobre a temática proposta e resultados que contribuem para a prática clínica.

O Febrasgo Position Statement documenta o estado atual da área de Ginecologia e Obstetrícia na



**Pesquisa e
Extensão**

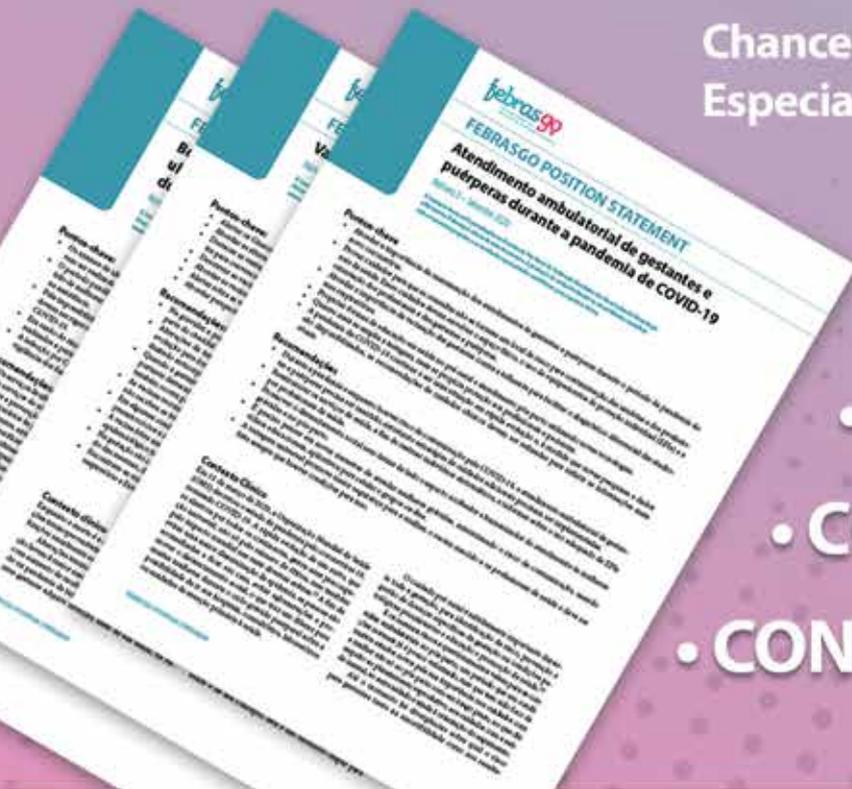


**Prática
Assistencial**



Educação

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nova área do portal da Febrasgo

FLUXOGRAMA INTERATIVO

1 O QUE É ?

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é uma peça chave para determinar a sequência de atendimento, através de uma representação gráfica CLICÁVEL que demonstra a direção do fluxo das atividades relacionadas ao atendimento de uma paciente.

2 IMPORTÂNCIA

O FLUXOGRAMA INTERATIVO é útil para estabelecer um diagnóstico ou conduta de forma ágil, a partir dos sintomas relatados pela paciente.

3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

- Falta de padrão no atendimento
- Falta de conhecimento a respeito dos papéis dos envolvidos na atividade
- Atrasos nos diagnósticos e retrabalhos

4 COMO VAI FUNCIONAR?

A partir do estado físico em que se encontra a paciente e a cada clique você será orientado a uma continuidade de ações. Você deverá clicar nos "botões" que irão te direcionar às informações sequenciais e a conduta ideal. Clique nos botões "Sim" ou "Não", e serão sugeridas ou não próximas etapas da atividade. Além disso, serão demonstrados através de imagens (👤) ou vídeos (🎥) exemplos relacionados a prática clínica ou cirúrgica do assunto em questão. Clique também para visualizar na tela do seu celular ou computador.



Confira as publicações em nosso portal!

www.febrasgo.org.br/febrasgo-online/fluxogramas