

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 9, 2020

CÂNCER GINECOLÓGICO

É preciso diagnosticá-lo
e tratá-lo sem demora!

SÍNDROME DE BURNOUT

Os perigos do
esgotamento
físico e mental na
residência médica

Dismenorreia

Pouco valorizada,
ela pode esconder
problemas graves
de saúde



HIGHLIGHTS 2020

Inovação ampliando conhecimentos

21 a 24 de outubro

Evento
**100%
Digital**

Já conhece as Sessões do Highlights 2020?

O evento conta com programação inédita, conduzida por importantes nomes da Ginecologia e Obstetrícia, além de novas sessões com formatos interativos e modernas metodologias, que discutirão novidades e tendências.



Escola Febrasgo de Ginecologia e Obstetrícia

Apresentação conjunta de dois expositores sobre o mesmo tema. Possui duas partes: uma parte gravada e uma parte ao vivo com **abertura para perguntas da audiência ao fim da sessão.**



Grand Round

Temas que, em geral, não são consensuais na sua abordagem clínica na visão crítica de dois especialistas. Não haverá perguntas da audiência.



Febrasgo Talks

Inspirado nos TED Talks, são sessões gravadas onde cada palestrante expõe de forma coloquial suas impressões sobre os temas propostos, baseado na experiência clínica, científica e humana de cada um. Não haverá perguntas da audiência.



Pergunte ao Professor

Sessão ao vivo com uma hora de duração, com apresentação de casos clínicos. Discutidos por experts na área. **Abertura para perguntas da audiência durante a sessão.**



High Tech

Sessão gravada, com exposição de forma clara e objetiva de pontos fundamentais de temas voltados para inovação e alta tecnologia desenvolvidas na área da saúde. Não haverá perguntas da audiência.



Videoaula - Tips and Tricks em Técnicas Cirúrgicas

A primeira parte é gravada, onde o palestrante apresenta vídeos com técnicas cirúrgicas dos temas propostos. **A segunda parte é aberta para perguntas da audiência.**

Realização:



Organização:



Saiba mais:
www.febrasgohighlights.com.br

Ou acesse o QRCode ao lado



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

Almir Antônio Urbanetz (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

Renata Erlich
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*, indexada 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.

Não é permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, sem prévia autorização da revista *Femina*.

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
Almir Antonio Urbanetz
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
Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Jesus Paula Carvalho
Jorge Fonte de Rezende Filho
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 Nardozza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osorio 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 Mieke Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerawi
Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral



EDITORIAL

A ginecologia brasileira confirma sua importância no cenário nacional, tendo um de seus expoentes agora eleito para dirigir a Associação Médica Brasileira (AMB) nos próximos dois anos. Certamente, pelo perfil do novo presidente, ética, humanismo e técnica marcarão a AMB.

Setembro é o mês da conscientização do câncer ginecológico, e a *Femina* entrevistou quatro membros da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Oncologia da Febrasgo com atuação nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Aspectos centrais na prevenção e diagnóstico dos cânceres mais comuns são destacados por aqueles que têm vivência no tema. O texto final é absorvente e tem leitura obrigatória. Ao mover-se do pediatra para a assistência do ginecologista, a adolescente tem como principal necessidade o alívio da cólica menstrual. A dismenorrea surge precocemente nos primeiros meses pós-menarca ou, mais raramente, com a primeira menstruação, tendo grande repercussão clínica e social. Por sua relevância, esse é o assunto de capa do mês. O texto é objetivo e traz ensinamentos para o diagnóstico, destacando a importância dos detalhes na história médica para a definição da forma clínica, alertando para a possibilidade de a dismenorrea ser a primeira manifestação da endometriose e normatizando o tratamento. Em texto alinhavado pela jornalista Letícia, o artigo é enriquecido pelos comentários de quatro mulheres ginecologistas dedicadas à assistência à adolescente. Não deixem de ler.

Neste volume, *Femina* amarra as pontas de diferentes assuntos. Revelando seu cuidado com o residente de Ginecologia e Obstetrícia, a CNE de Residência Médica da Febrasgo examina a importância de identificar a síndrome de *burnout* naqueles que aprofundam seus conhecimentos na especialidade. O texto é robusto e destaca a necessidade do emprego de questionário validado para facilitar o diagnóstico dessa síndrome. Aspectos legais acerca do abortamento foram debatidos em fórum promovido pela Febrasgo com a participação de membros da Diretoria e das Comissões Nacionais envolvidas no

tema. Os resultados do evento estão resumidos neste volume. A prevenção da gravidez não programada é debatida por membros das CNEs específicas. Foco principal é dado à importância dos contraceptivos de longa duração. A leitura desse texto é útil para todos nós, envolvidos na assistência à mulher. Diante da pandemia de COVID-19, a Diretoria de Defesa Profissional da Febrasgo descreve os aspectos legais relativos ao trabalho das mulheres grávidas na linha de frente da assistência.

O Caderno Científico está imperdível! O atendimento de gestantes e puérperas nestes dias de COVID-19 é sistematizado por membros da CNE de Assistência Pré-Natal da Febrasgo; o texto traz pontos-chave e recomendações refletindo a posição da Febrasgo. Dois protocolos produzidos pela CNE de Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério são destacados. Um deles é sobre analgesia e anestesia farmacológica e revisita os aspectos relacionados à etiologia, os mecanismos do processo doloroso, o instrumento utilizado para a estimativa da dor e as medidas farmacológicas para seu alívio. O outro trata das discinesias da contratilidade uterina e sua correção, com destaque para a identificação precoce e medidas apropriadas. *Femina* traz ainda artigo de revisão redigido de forma elegante acerca do parto pré-termo espontâneo com membranas íntegras, enfatizando a prevalência, os fatores de risco e o papel do colo do útero. Artigo original, incluindo casuística nacional, mostra o baixo grau de escolaridade e a idade mais jovem como fatores relevantes para a ocorrência da sífilis em gestantes. *Femina* encerra esse caderno com uma revisão sobre a remoção histeroscópica de DIU em gestação inicial. A revisão é objetiva, mas tem leitura agradável.

A manutenção da regularidade da *Femina* é resultado de muitas mãos. Os editores são gratos a todos os dedinhos envolvidos.

Bons momentos de leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO



518 Capa

Dismenorreia: abordagem diagnóstica e terapêutica

525 Entrevista

Por trás da cólica menstrual

528 AMB

Médicos elegem oposição para mudar a AMB



531 Entrevista

Câncer ginecológico: silencioso e grave

535 Residência médica

Síndrome de *burnout* durante a residência médica

540 Federadas

SOGOES Um ano dos desafios

541 Fórum Febrasgo

Evento debateu os aspectos legais do aborto

542 Especial

Ações que inspiram

546 Defesa e Valorização Profissional

As gestantes que lidam com o público devem ser afastadas de suas atividades?



549 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

**Atendimento ambulatorial de
gestantes e puérperas durante
a pandemia de COVID-19**

PROTOCOLOS

**Analgesia e anestesia
farmacológica em Obstetrícia**

**Discinesias da contratilidade
uterina e sua correção**

ARTIGO ORIGINAL

**Impacto do grau de escolaridade
e idade no diagnóstico tardio
de sífilis em gestantes**

ARTIGOS DE REVISÃO

**Parto pré-termo espontâneo
sem rotura de membranas:
prevalência, fatores de risco
e o papel do colo uterino**

**Remoção histeroscópica de
sistema intrauterino em gestação
inicial: revisão de literatura**



Dismenorreia: abordagem diagnóstica e terapêutica

Júlia Kefalás Troncon^{1,2}, Ana Carolina Japur de Sá Rosa-e-Silva¹, Rosana Maria dos Reis¹

RESUMO

A dismenorreia é uma das queixas ginecológicas mais comuns da menacme, embora frequentemente subvalorizada. A dismenorreia primária refere-se ao quadro de dor em cólica que acompanha o início do ciclo menstrual, porém não está associada a doença pélvica orgânica identificável e ocorre essencialmente por uma produção aumentada de mediadores inflamatórios em nível endometrial. Já a dismenorreia secundária pode ter múltiplas causas subjacentes, destacando-se a endometriose. O diagnóstico envolve história clínica detalhada e em alguns casos será necessária a

realização de exame de imagem, sendo a ultrassonografia a primeira escolha. Embora a identificação da etiologia na dismenorreia secundária seja muitas vezes necessária para a implementação terapêutica, após propedêutica não invasiva para a exclusão de lesões de endometriose profunda e outras massas pélvicas, é indicado o tratamento clínico como primeira opção, ficando o tratamento cirúrgico para os casos refratários. As principais ferramentas terapêuticas envolvem o uso de anti-inflamatórios não esteroidais e contraceptivos hormonais.

Descritores

Dismenorreia; Dor pélvica; Menstruação; Adolescente; Anti-inflamatórios

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Júlia Kefalás Troncon
Av. Bandeirantes, 3.900,
Vila Monte Alegre, 14049-900,
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
juktroncon@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A dismenorreia é uma condição que, embora frequentemente pouco valorizada tanto por médicos como pelas próprias pacientes, traz importante prejuízo à qualidade de vida das mulheres durante toda a vida reprodutiva. É uma das queixas ginecológicas mais comuns na menacme, tendo uma prevalência estimada de até 95% considerando tanto adolescentes quanto mulheres na vida adulta.^(1,2)

Por definição, a dismenorreia é uma dor tipo cólica, localizada em hipogástrio, que ocorre em direta associação com o ciclo menstrual, de modo que precede imediatamente o fluxo menstrual e pode estender-se por até um a dois dias após o início dele.^(1,3) Diversos sintomas podem acompanhar a dismenorreia, trazendo também grande

desconforto à paciente. Alguns deles são: lombalgia e dor em membros inferiores, náuseas e vômitos, cefaleia, irritabilidade e fraqueza.⁽¹⁾

Além do impacto na qualidade de vida, inclusive levando a absenteísmo na escola e no trabalho, é importante que os profissionais de saúde e, particularmente, os médicos ginecologistas não minimizem tal queixa, pelo prejuízo que pode acarretar ao longo de toda a vida da mulher. Conforme será detalhado a seguir, pela fisiopatologia dessa condição, ela habitualmente se inicia na adolescência, que é um período crítico do neurodesenvolvimento. Postula-se que, se não tratado, esse ciclo de dor que recorre mensalmente pode levar à maior predisposição a dores crônicas, pélvicas e extrapélvicas, devido a mecanismos de sensibilização central à dor.⁽²⁻⁴⁾

CLASSIFICAÇÃO

Classifica-se a dismenorreia em primária ou secundária, baseado em sua etiologia. A dismenorreia primária é aquela em que não são identificadas doenças pélvicas orgânicas.⁽¹⁾ A fisiopatologia dessa condição está diretamente associada à presença de ciclos menstruais ovulatórios, sendo assim, não é esperado que a paciente apresente dismenorreia desde a menarca, uma vez que os primeiros ciclos menstruais comumente são anovulatórios devido à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano.⁽¹⁾

Já na dismenorreia secundária, há evidência clínica de doença pélvica associada, geralmente corroborada por exame de imagem. São sinais clínicos sugestivos de dismenorreia secundária a dor pélvica acíclica, disporeunia e sangramento uterino anormal, além de eventuais anormalidades no exame físico.⁽¹⁾ Possíveis etiologias de dismenorreia secundária estão listadas no quadro 1, sendo a endometriose uma das causas mais frequentes. Pela epidemiologia de tais doenças, são menos frequentemente encontradas em pacientes jovens.

Quadro 1. Possíveis etiologias da dismenorreia secundária

Causas de dismenorreia secundária
<ul style="list-style-type: none"> • Endometriose • Adenomiose • Leiomiomas uterinos • Pólipos uterinos • Malformações müllerianas • Doença inflamatória pélvica • Massas anexiais

Somente cerca de 10% das adolescentes terão dismenorreia secundária, destacando-se, dentre as causas encontradas: a endometriose e as malformações müllerianas.^(5,6) Na presença de dismenorreia acompanhando a menarca, deve-se buscar o diagnóstico de malformações müllerianas obstrutivas associadas.⁽¹⁾ Destaca-se também o diagnóstico diferencial com casos de útero didelfo e bicolo com obstrução unilateral associado à agenesia renal ipsilateral, situação em que muitas vezes o diagnóstico da anomalia obstrutiva é retardado pela presença de fluxo menstrual.

Além da presença de dismenorreia desde a menarca – fato que nos leva a atentar para a possibilidade de malformações müllerianas –, outros parâmetros que devem levar à suspeita de dismenorreia secundária estão listados no quadro 2. Em tais situações, é imprescindível a realização de exame ginecológico, no entanto, em pacientes que ainda não tiveram a sexarca, ele ficará impossibilitado. Além disso, nesses casos há indicação da realização de exame de imagem, que será abordado adiante.^(5,7)

Quadro 2. Dados clínicos que devem levar à suspeita de dismenorreia secundária

Quando suspeitar de dismenorreia secundária
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas desde a menarca • Piora progressiva • Dor pélvica acíclica • Disporeunia • Sangramento uterino anormal • Malformações renais • História familiar de endometriose • Falha de tratamento clínico

Quando diagnosticada doença orgânica responsável pela dismenorreia secundária, esta deverá ser tratada de acordo com abordagem específica da doença. Por menorizar cada um desses tratamentos foge do escopo deste texto; assim, nos ateremos eminentemente aos quadros de dismenorreia primária.

FISIOPATOLOGIA DA DISMENORREIA PRIMÁRIA

A dismenorreia primária está relacionada à presença de ciclos ovulatórios, pois o processo de dor tem substrato inflamatório, que é desencadeado pela queda dos níveis de progesterona ao final da fase lútea. Tal queda nos níveis séricos de progesterona provoca um aumento na produção de ácido araquidônico, o qual é metabolizado por duas vias: a da 5-lipoxigenase, que leva à formação de leucotrienos, e a da cicloxigenase, que produz prostaglandinas (PGF2 α e PGE2), prostaciclina e tromboxano A2.^(1,8) As prostaciclinae provocam vasoconstrição e contração miométrial, levando à isquemia, que reduz o limiar de dor e, consequentemente, provoca dor.⁽⁸⁾ Os mediadores inflamatórios na corrente sanguínea são responsáveis também pelos sintomas sistêmicos como mal-estar, náuseas, lombalgia, entre outros, que frequentemente acompanham a dismenorreia (Figura 1). Tais mediadores estão aumentados no endométrio de pacientes acometidas pela dismenorreia.^(1,8,9)

QUADRO CLÍNICO DA DISMENORREIA PRIMÁRIA

A clínica típica da dismenorreia primária é caracterizada por dor tipo cólica em hipogástrio que acompanha o início do fluxo menstrual e perdura por até 48 a 72 horas. A dor é, portanto, cíclica e seu início é geralmente relatado cerca de 6 a 12 meses após a menarca. Não há sintomas algícos fora do período menstrual e não há piora progressiva da dor com o passar dos ciclos. O exame físico não apresenta anormalidades e costuma haver boa resposta ao tratamento clínico instituído.^(2,3)

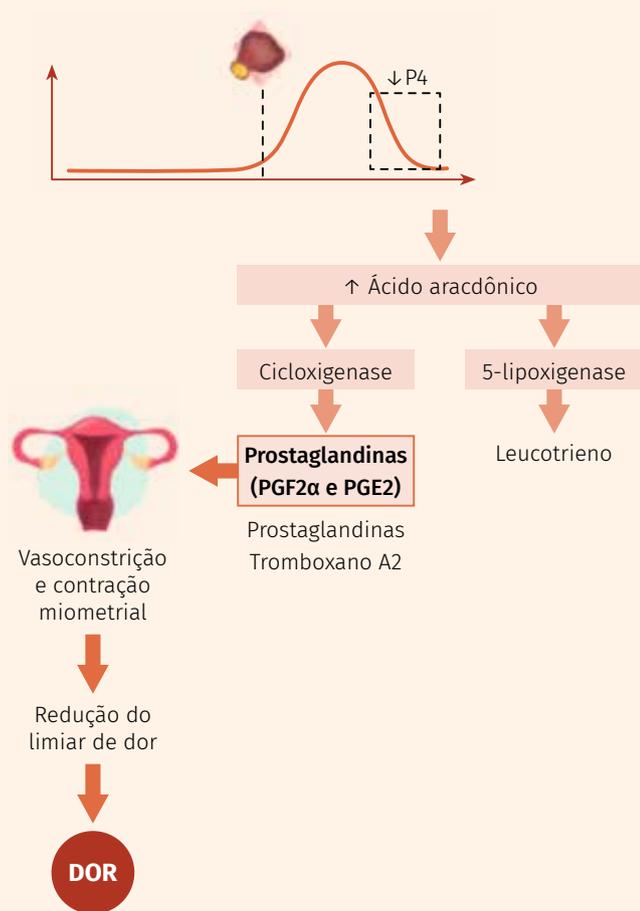


Figura 1. Fisiopatologia da dismenorreia primária

PROPEDÊUTICA

A anamnese é a principal ferramenta diagnóstica nos casos de dismenorreia primária. A história clínica característica já foi apresentada acima. O exame físico ginecológico deve ser realizado, sempre que possível, considerando as limitações nas pacientes virgens.⁽⁵⁻⁷⁾ Só quando há suspeita de dismenorreia secundária é que a complementação com exame de imagem se torna imprescindível. Nesses casos, o exame de primeira linha a ser realizado é a ultrassonografia pélvica, preferencialmente via transvaginal em mulheres que já tiveram sexarca.⁽⁵⁻⁷⁾ A ressonância nuclear magnética não deve ser utilizada como primeiro exame, mas pode ser útil nos casos em que for necessário complementar a ultrassonografia, principalmente se o exame via transvaginal não foi possível e, eventualmente, nos casos de malformações complexas.⁽⁷⁾ É importante lembrar que exames de imagem sem anormalidades não descartam a presença de endometriose peritoneal superficial.

TRATAMENTO

Tratamento clínico

Devido ao fato de que a maioria dos casos de dismenorreia, principalmente em adolescentes e adultos jovens, será do tipo primária, ou seja, não associada a lesão orgânica, quando o ginecologista julga tratar-se de um quadro de dismenorreia primária, o tratamento clínico empírico está justificado.^(5,7)

A abordagem não farmacológica, embora ainda deficitária de evidências científicas robustas, deve ser encorajada, por seu potencial de agregar bem-estar e qualidade de vida, e ausência de efeitos colaterais. Entre essas medidas, podemos citar: dieta balanceada e particularmente rica em ômega-3 (o que poderia reduzir a potência dos leucotrienos e prostaglandinas), cessação do tabagismo, quando presente, e acupuntura.^(1,2,5,9) Alguns estudos recentes apontam para possíveis benefícios da reposição de vitamina D como adjuvante no tratamento da dismenorreia, reduzindo a produção de prostaglandinas; entretanto, até o momento faltam dados conclusivos para recomendar essa prática como rotina.^(10,11)

Há também evidências de benefícios em se recomendar a prática de atividade física para pacientes com dismenorreia.^(1,2,5,9) Com relação ao calor local, medida utilizada há tempos no tratamento da dismenorreia, estudos sugerem eficácia, com superioridade em relação ao placebo e a alguns analgésicos, sendo inclusive comparável ao ibuprofeno.^(12,13)

Em relação aos tratamentos medicamentosos, ante a fisiopatologia da dismenorreia primária de natureza inflamatória, os anti-inflamatórios não esteroidais podem ser considerados como primeira linha no tratamento da dismenorreia primária.^(1,2,7,8) Promovem alívio da dor em 64% a 100% das pacientes ao inibirem a via das cicloxigenases, reduzindo, assim, a produção de prostaglandinas,^(1-3,8) não sendo necessária, na maioria das vezes, a associação de outros medicamentos para controle da dor. Não há evidência de superioridade de um anti-inflamatório sobre o outro,⁽¹⁴⁾ podendo-se prescrever aquele da preferência do médico ou da paciente, levando em consideração acessibilidade, custo e comodidade posológica, e respeitando suas contraindicações e efeitos colaterais. É importante ainda que a paciente seja orientada a iniciar o uso um a dois dias antes do início do fluxo menstrual, o que geralmente é previsível visto tratar-se de ciclos ovulatórios, e a manter o uso pelos primeiros dois a três dias da menstruação. Caso não haja resposta clínica, causas de dismenorreia secundária deverão ser investigadas.⁽¹⁾

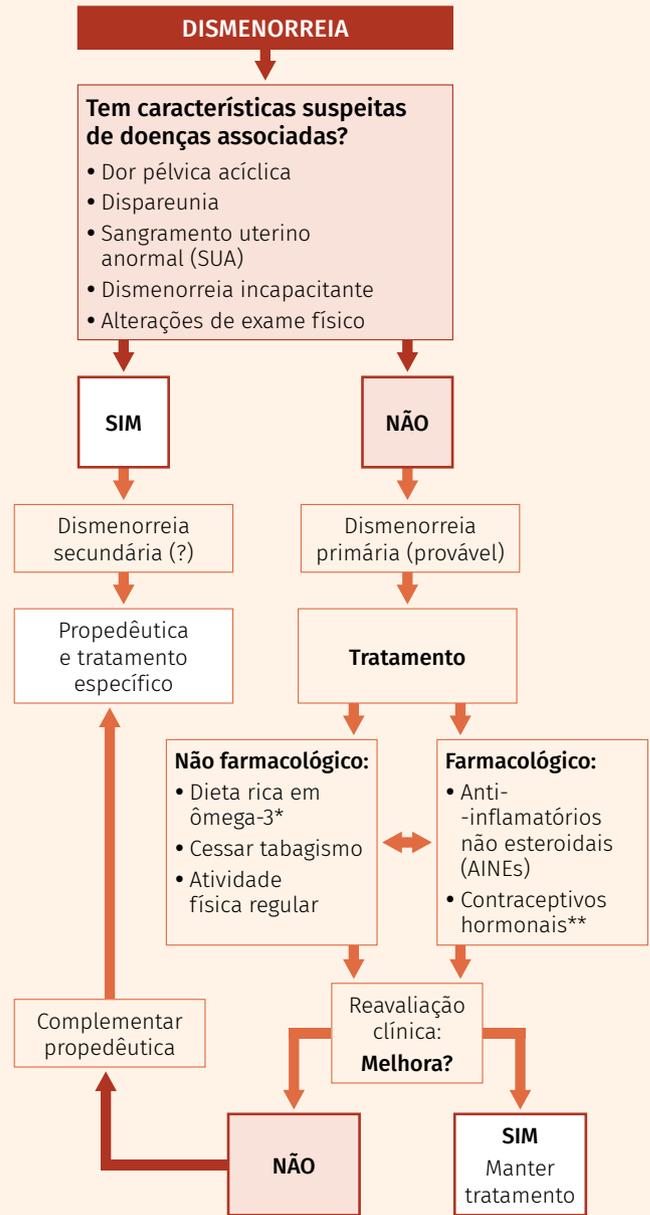
O uso de opioides deve ser desencorajado sempre que possível, especialmente por se tratar de pacientes jovens e pelo risco de desenvolvimento de dependência e refratariedade ao tratamento.⁽⁵⁾

Como existe um papel importante da queda da progesterona ao final da fase lútea na etiologia da dismenorrea primária, o bloqueio nas oscilações hormonais do ciclo fisiológico pode colaborar fortemente para o controle da dor.^(1,3,8) Nesse sentido, o emprego de contraceptivos hormonais sistêmicos também pode ser excelente alternativa para o tratamento da dismenorrea, uma vez que promove bloqueio do eixo gonadotrófico e, conseqüentemente, do processo ovulatório, abolindo as oscilações hormonais fisiológicas do ciclo; além disso, esses métodos também levam a menor crescimento endometrial, reduzindo, assim, a quantidade de tecido produtor de mediadores inflamatórios.⁽⁸⁾ Os contraceptivos são, principalmente, indicados para pacientes com demanda contraceptiva ou contraindicação clínica ao uso de anti-inflamatórios,^(1,3) porém podem ser usados como primeira opção terapêutica em todos os casos de dismenorrea primária, respeitando os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde.⁽¹⁵⁾ Não há evidência de superioridade de nenhum dos contraceptivos sobre o outro, sendo assim, contraceptivos combinados ou de progestagênio isolado, injetáveis e implante liberador de etonogestrel são todas alternativas eficazes e benéficas para a dismenorrea.^(7,8) O sistema intrauterino de levonorgestrel, apesar de não promover bloqueio efetivo da ovulação, tem evidência de ser igualmente benéfico para o controle clínico dos sintomas algícos, pela sua eficácia em promover atrofia endometrial, tendo também papel no tratamento de algumas causas de dismenorrea secundária como a endometriose.⁽⁶⁻⁸⁾

Tratamento cirúrgico

A abordagem cirúrgica está reservada para os casos de refratariedade ao tratamento clínico, o que pode ocorrer em até 25% das pacientes.⁽¹⁶⁾ Não há aplicabilidade cirúrgica para o tratamento da dismenorrea primária isolada, visto que não há evidências do benefício de técnicas previamente utilizadas como a ablação de ligamentos uterossacros e a neurectomia pré-sacral nesses casos.⁽¹⁶⁾ Nas pacientes em que exista suspeita de dismenorrea secundária, particularmente os casos de endometriose superficial, que não serão evidentes no exame de imagem, deve-se considerar a indicação de laparoscopia diagnóstica, com intervenção terapêutica no mesmo ato cirúrgico.^(5,7,17) Pode estar indicada também a laparoscopia para complementar a avaliação e proceder à correção de determinadas malformações müllerianas complexas. Quando a intervenção cirúrgica for necessária, deve ser preferencialmente pela via laparoscópica, tendo em vista os benefícios da abordagem minimamente invasiva.

Na figura 2 encontra-se um fluxograma proposto de investigação e conduta em pacientes com dismenorrea.



Fonte: Adaptada de World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.⁽¹⁵⁾

* Evidência limitada. **Observar critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde.

Figura 2. Fluxograma de investigação e conduta em dismenorrea

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dismenorrea é uma queixa bastante frequente no consultório do ginecologista e é fundamental que tenhamos conhecimento de como realizar a abordagem e a terapêutica dessa condição, o que não exige, na maioria das vezes, propedêutica armada, podendo ser manejada na atenção básica. É importante também estar atento aos sinais de alerta que levem a pensar em etiologias

secundárias, cujo diagnóstico não deve ser postergado. Por fim, não devemos subestimar um quadro algíco tão comum e com impacto tão significativo na qualidade de vida de mulheres em idade produtiva.

REFERÊNCIAS

- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006;19(6):363-71. doi: 10.1016/j.jpag.2006.09.001
- Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015;21(6):762-78. doi: 10.1093/humupd/dmv039
- Zahradnik HP, Hanjalic-Beck A, Groth K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review. *Contraception.* 2010;81(3):185-96. doi: 10.1016/j.contraception.2009.09.014
- Li R, Li B, Kreher DA, Benjamin AR, Gubbels A, Smith SM. Association between dysmenorrhea and chronic pain: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Mar 7. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.002. [ahead of print].
- ACOG Committee Opinion No. 760: dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e249-58. doi: 10.1097/AOG.0000000000002978
- Osayande AS, Mehulic S. Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *Am Fam Physician.* 2014;89(5):341-6.
- Hewitt G. Dysmenorrhea and endometriosis: diagnosis and management in adolescents. *Clin Obstet Gynecol.* 2020;63(3):536-43. doi: 10.1097/GRF.0000000000000540
- Barcikowska Z, Rajkowska-Labon E, Grzybowska ME, Hansdorfer-Korzon R, Zorena K. Inflammatory markers in dysmenorrhea and therapeutic options. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(4):1191. doi: 10.3390/ijerph17041191
- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1135:185-95. doi: 10.1196/annals.1429.007
- Zeynali M, Haghghian HK. Is there a relationship between serum vitamin D with dysmenorrhea pain in young women? *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48(9):711-4. doi: 10.1016/j.jogh.2019.03.002
- Bahrami A, Avan A, Sadeghnia HR, Esmaeili H, Tayefi M, Ghasemi F, et al. High dose vitamin D supplementation can improve menstrual problems, dysmenorrhea, and premenstrual syndrome in adolescents. *Gynecol Endocrinol.* 2018;34(8):659-63. doi: 10.1080/09513590.2017.1423466
- Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstet Gynecol.* 2001;97(3):343-9. doi: 10.1016/s0029-7844(00)01163-7
- Jo J, Lee SH. Heat therapy for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of its effects on pain relief and quality of life. *Sci Rep.* 2018;8(1):16252. doi: 10.1038/s41598-018-34303-z
- Marjoribanks J, Ayeleke R, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD001751. doi: 10.1002/14651858.CD001751.pub3
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
- Proctor M, Latthe P, Farquhar C, Khan K, Johnson N. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD001896. doi: 10.1002/14651858.CD001896.pub2
- Latthe PM, Proctor ML, Farquhar CM, Johnson N, Khan KS. Surgical interruption of pelvic nerve pathways in dysmenorrhea: a systematic review of effectiveness. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(1):4-15. doi: 10.1080/00016340600753117



Gengimin®

Zingiber officinale Roscoe

Eficácia e segurança no controle de náuseas e vômitos*1-6



1º fitoterápico no mercado antiemético³

Antiemético natural e fitoterápico a base de gengibre³.

SEGURO PARA GRÁVIDAS*1-6

Segundo a OMS e O3 Guidelines, o consumo de gengibre é indicado e seguro na gravidez^{4,6}:

CONSUMO DE GENGIBRE	RCGO Guideline Reino Unido, Junho 2016	ACOG Boletim EUA, Janeiro 2018	SOGC Guideline Canadá, Dezembro 2016
	RECOMENDADO	RECOMENDADO	RECOMENDADO

CONTRAINDICAÇÃO: PACIENTES COM PROBLEMAS NA VESÍCULA BILIAR. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** O ZINGIBER PODERÁ INTERFERIR COM HIPOGLICEMIANTES ORAIS OU COM A INSULINA.

Gengimin® (Zingiber officinale Roscoe). **Apresentações:** Comprimidos revestidos – embalagem contendo 15 comprimidos. **Indicações:** indicado para profilaxia de cinetose (náusea/enjoo causados por movimento) e náuseas pós-cirúrgicas. **M.S:** 1.0390.01850. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Gengimin® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA. Farmoquímica S/A. CNPJ 33.349.473/0001-58. SAC 0800 025 0110. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. ***Categoria A de risco na gravidez: não há evidência de risco em mulheres. Estudos bem controlados não revelam problemas no primeiro trimestre de gravidez e não há evidências de problemas nos segundo e terceiro trimestres. Referências:** 1.PONGROJPAW, Densak; SOMPRASIT, Charinthip; CHANTHASENANONT, Athita. A randomized comparison of ginger and dimenhydrinate in the treatment of nausea and vomiting in pregnancy. Journal-Medical Association of Thailand, v. 90, n. 9, p. 1703, 2007. 2.WHITE, Brett. Ginger: an overview. American family physician, v. 75, n. 11, p. 1689-1691, 2007. 3.Bula do Produto Gengimin. 4. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO recommendation on antenatal care for positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Mar 25]. 5.VILJOEN, Estelle et al. A systematic review and meta-analysis of the effect and safety of ginger in the treatment of pregnancy-associated nausea and vomiting. Nutrition journal, v. 13, n. 1, p. 20, 2014. 6. TSAKIRIDIS, Ioannis et al. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy: Synthesis of National Guidelines. Obstetrical & gynecological survey, v. 74, n. 3, p. 161-169, 2019.

www.gengimin.com.br

/gengimin

@gengiminoficial

0800 025 0110
sac@fqm.com.br

Setembro/2020
MATERIAL DESTINADO À CLASSE MÉDICA.

FQM

Por trás da cólica menstrual

Consideradas normais por muitos, as dores da dismenorreia podem esconder miomas, inflamação e até endometriose. Investigar as causas dos sintomas persistentes é fundamental.

Por Letícia Martins

Que mulher nunca se contorceu de dor no período menstrual? A dismenorreia (cólica menstrual) acomete de 45% a 90% das mulheres em idade reprodutiva, sendo mais frequente nas adolescentes. Para algumas, as dores na região inferior do abdome chegam a ser insuportáveis, impactando na qualidade de vida e inviabilizando atividades rotineiras. Ou seja, é um assunto que merece atenção redobrada.

A intensidade das dores é variável e depende do tipo de dismenorreia – primária ou secundária, como explica a médica ginecologista Marta Francis Benevides Rehme, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Infanto-Puberal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). “Na dismenorreia primária, a cólica não está ligada a doenças, enquanto a secundária está relacionada a miomas, endometriose, aderências, malformações uterinas, entre outros”, esclarece a professora do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).

Ela observa que, muitas vezes, a intensidade da dor na dismenorreia primária é desvalorizada, por ser considerada um evento normal. Além disso, muitas mães





“É muito importante que a paciente seja orientada e esclarecida com linguagem que ela compreenda por que ocorre a cólica menstrual”, destaca a Dra. Marta Rehme.

têm certo preconceito com o uso de medicamentos, por acreditarem que eles podem causar dependência. Existe ainda um conceito equivocado no uso de anti-inflamatório para o tratamento da dismenorreia. “Quando se orienta o tratamento com o anti-inflamatório, que deve ser utilizado já no primeiro dia da menstruação e tomado regularmente nas primeiras 24 a 48 horas do período menstrual, muitas vezes a orientação é ignorada e a adolescente resolve usar somente se sentir a dor. Portanto, essas meninas não são medicadas adequadamente ou, quando são, não tomam corretamente o medicamento”, analisa a Dra. Marta.

A médica esclarece que a dismenorreia primária “é uma situação normal do ponto de vista de fisiologia”, no entanto a dor causada pela ação de substâncias inflamatórias chamadas de prostaglandinas pode variar de uma cólica leve a intensa (saiba mais no quadro), ser acompanhada de náuseas, vômitos, cefaleia e diarreia, e “deve ser tratada, pois afeta a qualidade de vida da paciente”. Para a dismenorreia primária, o tratamento mais indicado é o uso dos anti-inflamatórios não esteroides, como nimesulida, ibuprofeno e ácido mefenâmico.

Embora as adolescentes sofram menos de cólica menstrual secundária (somente 10% dos casos), é importante que os ginecologistas estejam atentos e investiguem as dores que não melhoram com o uso de anti-inflamatórios. A professora de Ginecologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e chefe do Setor de Ginecologia Infanto-Juvenil da Santa Casa de Porto Alegre, Liliane Diefenthaler Herter, ressalta que não é comum na menarca a menina vomitar, desmaiar ou precisar ir à emergência. “Toda dismenorreia intensa deve ser avaliada. Na adolescência, as duas doenças mais comuns são as malformações uterinas obstrutivas e a endometriose”, aponta.

“O ginecologista precisa pensar que uma cólica menstrual na adolescência pode ser uma endometriose. Já vi casos de adolescentes que passam de 5 a 7 dias ausentes da escola, porque não conseguem sair da cama por causa de cólicas menstruais. É fundamental avaliar isso”, alerta a médica ginecologista Ana Karla Monteiro Santana, professora-associada do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do

COMO DISTINGUIR SINTOMAS LEVES DE GRAVES NA DISMENORREIA?

A presidente da CNE de Ginecologia Infanto-Puberal da Febrasgo, Marta Rehme, explica que a dor é um sintoma subjetivo, portanto não temos como mensurar. No entanto, pode-se utilizar uma “avaliação subjetiva da severidade de dismenorreia” (Andersch e Milsorn, 1982), na qual a paciente vai dizer o quanto a dor impacta a sua vida. Considera-se:

DISMENORREIA LEVE: quando a cólica raramente afeta as atividades diárias e não apresenta nenhum outro sintoma associado. A paciente diz que raramente utiliza algum analgésico.

DISMENORREIA MODERADA: afeta as atividades diárias da adolescente, mas não impede que ela vá à escola ou faça atividade física. Pode ter outros sintomas associados, como dor de cabeça. A paciente faz uso de analgésicos e tem melhora quase total do quadro. Geralmente, ela comenta que usa antiespasmódicos e que, às vezes, eles não fazem efeito.

DISMENORREIA INTENSA: impede as atividades. A adolescente falta à aula, fica acamada, tem outros sintomas associados, como diarreia, náuseas e cefaleia, e os analgésicos fazem pouco ou nenhum efeito. Geralmente essas adolescentes procuram o serviço de saúde para serem medicadas (tomar soro, como elas mesmas dizem).

Norte (UFRN) e chefe do Setor de Gestão de Ensino da Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN.

Cláudia Barbosa Salomão, presidente do Comitê de Ginecologia Infanto-Puberal da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (Sogimig) e presidente do Departamento de Ginecologia Infanto-Puberal da Sociedade Mineira de Pediatria, endossa essa mensagem: “O médico que atende adolescentes não pode banalizar a dor. Precisamos ter muito carinho com essa paciente, pois ela está vivendo várias situações novas na vida, muitas delas ao mesmo tempo. Ter um olhar atento e tratá-la com respeito na nossa interpreta-

“Toda dismenorreia intensa deve ser avaliada. Na adolescência, as duas doenças mais comuns são as malformações uterinas obstrutivas e a endometriose”, diz a Dra. Liliane Herter.



ção talvez seja a parte mais importante do tratamento”, diz a médica, que, além de membro da CNE de Ginecologia Infanto-Puberal da Febrasgo também é vice-presidente da Região Sudeste da Associação de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (Sogia).

ATUAÇÃO MÉDICA E DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO

Enquanto o diagnóstico da dismenorrea primária é feito por anamnese e pela exclusão de doenças, o da secundária requer uma investigação mais atenta. Durante a consulta, se o ginecologista constatar que se trata de uma dismenorrea primária, é muito importante que a paciente seja orientada e esclarecida com linguagem que ela compreenda por que ocorre a cólica menstrual e que ela não tem doença. Se a paciente não for esclarecida, ela poderá não acatar o uso do medicamento, pensando: “Por que o médico me deu um anti-inflamatório e se ele me disse que não tenho nada? Anti-inflamatório é para inflamação e inflamação ocorre numa infecção, então eu tenho uma infecção no meu útero?”.

O exemplo acima aconteceu com uma adolescente atendida pela Dra. Marta. A mãe mostrou a receita indignada, dizendo: “o médico disse que não era nada e passou este remédio para inflamação” (a receita era de nimesulida). “Ou seja, a prescrição médica estava correta, no entanto faltou a devida orientação para que a paciente compreendesse o uso do medicamento”, conta.

Por isso, o ginecologista deve conversar e explicar bem a causa da cólica, por que ele está prescrevendo tal medicamento, quanto tempo é preciso aguardar até prosseguir com outros exames, além de esclarecer que cada pessoa responde de modo individual ao tratamento, podendo ser necessário fazer a troca. Caso a adolescente sofra de cólicas intensas, que não melhoram com as opções de tratamento, que vão dos anti-inflamatórios aos contraceptivos hormonais, ela precisa ser investigada para afastar uma causa secundária. “A endometriose é uma das causas mais frequentes de dor pélvica crônica na mulher e pode se manifestar na adolescência com dismenorrea intensa que não melhora com analgésicos”, observa Marta.

“Existe a ideia equivocada de que sentir dor é normal e vai passar quando a mulher engravidar, mas também há questões sociais envolvidas, que retardam a busca pelo tratamento”, argumenta a Dra. Ana Karla.



“O ginecologista precisa ter cautela e seguir os protocolos para não deixar passar casos que poderiam ser diagnosticados como dismenorrea secundária”, recomenda a Dra. Cláudia Salomão.

De acordo com a Dra. Cláudia Salomão, na anamnese, o ginecologista deve valorizar a história familiar da paciente. “Se ela tiver conhecimento de parentes próximas com endometriose, a luz amarela acende. É preciso ter cautela e seguir os protocolos para não deixar passar casos que poderiam ser diagnosticados como dismenorrea secundária por várias das razões, especialmente a endometriose”, ressalta.

Se não tratada precocemente, a endometriose pode causar infertilidade. Contudo, o diagnóstico dessa doença na adolescência não é fácil. O padrão-ouro é a videolaparoscopia, mas, por ser um procedimento cirúrgico, costuma ser indicada nos casos refratários aos tratamentos convencionais (anti-inflamatórios e contraceptivos orais combinados). “Deve-se ressaltar também que os achados laparoscópicos da endometriose na adolescência podem ser diferentes dos achados das mulheres adultas, pois as lesões nas jovens costumam ser incolores ou claras, ao contrário das lesões roxas ou pretas das adultas. É importante lembrar que os métodos de imagem, como a ecografia e ressonância da pelve, podem não identificar as lesões, pois a doença costuma estar em estágios iniciais”, alerta a Dra. Liliane.

Outro desafio é a disponibilidade de hospital que realize videolaparoscopia. Por esse conjunto de dificuldades, a média de tempo para chegar ao diagnóstico de endometriose é de sete anos, quando a mulher já está na fase adulta e conviveu por anos com fortes dores.

“Existe a ideia equivocada de que sentir dor é normal e vai passar quando a mulher engravidar, mas também há questões sociais envolvidas, que retardam a busca pelo tratamento no serviço de saúde. Em muitos lugares, o acesso ao ginecologista é difícil devido ao baixo número de especialistas formados”, pondera a Dra. Ana Karla. Na região onde ela atua, Natal (RN), por exemplo, o acesso é mais difícil do que em outros grandes centros e a paciente é atendida durante muito tempo pelo clínico ou pediatra antes de chegar ao próprio especialista ginecologista. “Por isso, é muito importante investir em educação continuada e treinar os profissionais de saúde que estão na atenção básica para que recebam essa adolescente e, quando não for possível o tratamento lá, referendem para uma unidade especializada”, aponta. 📍

Médicos elegem oposição para mudar a AMB

Com mais de 60% dos votos, a chapa 2, liderada pelo ginecologista obstetra César Eduardo Fernandes, assume a direção da Associação Médica Brasileira com proposta focada na honestidade, transparência e valorização dos médicos

Por Letícia Martins

Fotos: Nelson Theodoro Junior

A Associação Médica Brasileira (AMB) elegeu o seu novo presidente para a gestão 2021-2023: o ginecologista obstetra César Eduardo Fernandes. A Chapa 2 – Nova AMB, liderada por Fernandes, venceu as eleições com 6.089 votos válidos, enquanto o grupo da situação recebeu 3.987 votos válidos. Ainda foram computados 770 votos nulos e 559 brancos.

Neste grave momento de crise na saúde pública em todo o mundo, o resultado da eleição deixa claro que a AMB necessita mudar os rumos radicalmente, colocando em primeiro plano a saúde dos cidadãos, a excelência da Medicina e a valorização dos médicos.

As eleições da AMB ocorreram de 21 a 31 de agosto, de forma eletrônica. De acordo com o Estatuto Social da AMB, o Conselho Deliberativo se reunirá no dia 22 de outubro para apuração geral, julgamento do processo eleitoral e proclamação dos eleitos. Para o dia seguinte,

está prevista uma Assembleia Ordinária de Delegados da AMB para homologação da decisão do Conselho Deliberativo e posse dos eleitos.

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e com residência médica em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de São Paulo, o Dr. César tem sólida experiência na gestão de importantes instituições médicas. Entre 2016 e 2019, presidiu a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), onde atua

como diretor científico. Esteve à frente de duas importantes instituições por dois mandatos seguidos: de 2010 a 2013, na Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) e entre 1997 e 2003 na Associação Brasileira de Climatério (Sobrac).

Na entrevista a seguir, o novo presidente da AMB fala sobre os desafios atuais da Associação e como pretende enfrentá-los.

“Nossa população não pode ficar entregue a médicos que não tenham adequada formação.”

Femina: Como o senhor se sente tendo sido eleito presidente para a Associação Médica Brasileira com mais de 6 mil votos?

Dr. César: Como cidadão, me sinto muito honrado e envaidecido pela expressiva votação que não apenas eu, mas toda a chapa Nova AMB teve. Mas, ao mesmo tempo, não perdemos a noção da enorme responsabilidade que teremos pela frente. Chegamos à AMB talvez no seu pior momento histórico. A AMB está muito combatida e desacreditada diante dos vários problemas relacionados aos desvios financeiros que lá ocorreram. Esses acontecimentos fazem os associados perderem a credibilidade e a esperança de que a AMB possa efetivamente representá-los. Esse assunto já está na esfera judicial e nos desgasta muito como instituição. O que eu me comprometo com os colegas médicos é de dar celeridade, fazer todo o possível para que seja plenamente esclarecido, para que se identifiquem com clareza os responsáveis por esse desvio a fim de que eles sejam adequadamente punidos. Vamos empenhar todo esforço para trazer de volta aos cofres da AMB o dinheiro desviado que é de grande monta e certamente fará muita falta para conduzir todas as ações que são necessárias e foram propostas ao longo da nossa campanha. Nosso desafio é trazer a credibilidade da AMB a patamares que a história mostra que a Associação já teve no passado.

Femina: Como retomar essa credibilidade?

Dr. César: Nos seus primórdios, a AMB foi extremamente respeitada. Para trazer a credibilidade, temos que fazer com que o médico volte a confiar na AMB e a se sentir representado por ela. Para isso, é importante que nós estejamos alinhados aos seus reais anseios. O médico sabe muito bem o que quer: ser reconhecido como profissional competente, respeitoso, acolhedor e voltado aos interesses dos seus pacientes. Ao seu paciente, ele quer oferecer as melhores ferramentas disponíveis para chegar ao diagnóstico correto e para fazer o tratamento adequado. Ao mesmo tempo, o médico quer ser valorizado e adequadamente remunerado. Não queremos que a nossa profissão seja precarizada, com a formação de novos médicos da forma como vem ocorrendo. Nós, AMB, não nos calaremos frente a esse descabro que na última década se fez com a abertura de escolas médicas que não têm a menor condição de formar médico. Nossa população não pode ficar entregue a médicos que não tenham adequada formação. Do mesmo modo, é importante que se diga que médicos do exterior que aqui quiserem vir trabalhar devem ser muito bem recebidos, desde que comprovem a sua capacitação através de exames

“A nossa batalha não é para aumentar o número de escolas médicas.”

que deem validade aos diplomas obtidos fora do Brasil.

Femina: O que significa para a Ginecologia e Obstetrícia ter um representante na presidência da AMB?

Dr. César: Como ginecologista e obstetra, passei a minha vida inteira atendendo minhas pacientes. Acho que as mulheres precisam ser muito protegidas, pois atualmente ainda existe muita violência contra elas. A profissão de médico é muito apropriada para dar todo acolhimento a essas mulheres, não só na ginecologia, como em quaisquer outras especialidades. Então, o mesmo modo de defesa que tínhamos em relação à assistência à mulher durante a nossa gestão na Febrasgo teremos agora à frente da AMB, só que com o espectro de representatividade muito maior.

Femina: O Brasil conta hoje com 450 mil médicos para uma população de 220 milhões de habitantes. Faltam médicos ou existe má distribuição desses profissionais?

Dr. César: Eu acredito que o maior problema que nós temos no Brasil diz respeito à centralização de médicos nas principais cidades do país sem que haja a adequada interiorização deles. Para que o médico vá a uma cidade longínqua, ele precisa ter motivação suficiente e qualidade de vida para exercer uma carreira. Para tanto, acho que nós temos que construir uma carreira de estado. Vamos tomar como exemplo o judiciário. O promotor não pode exercer outra profissão, não pode ser juiz de manhã e advogado à tarde, pois tem uma carreira de estado exclusiva. Acho que a carreira de médico deveria ser semelhante. Mas é necessário que ele tenha condições dignas para atuar nas cidades do interior e se atualizar, fazer uma carreira e mudar para um grande centro depois, se esse for o desejo dele. A nossa batalha não é para aumentar o número de escolas médicas. Houve uma liberalização de abertura de escolas médicas no Brasil e hoje temos mais de 300. Muitas são mal qualificadas, sem condição alguma de formar um profissional médico. Devemos fazer uma vigilância rigorosa nessas escolas médicas e fechar aquelas que não têm condições. O que me penaliza é a inocência dos alunos que lá estão matriculados, das famílias que lhes dão suporte para tanto e não têm a menor noção para avaliar a péssima condição de formação que essas pessoas têm, mas nem por isso nós devemos fechar os olhos e aceitar escolas médicas formando profissionais sem a competência necessária para o atendimento da população.

Femina: Como melhorar o sistema de saúde no Brasil?

Dr. César: A pandemia trouxe a impressão de que nós não temos outros problemas na saúde além da COVID-19, que certamente salta aos olhos pela tragédia humana em que se constituiu e pelo temor que a população tem de adoecer por estar infectado pelo coronavírus. Mas vale lembrar que, ainda que que estejamos vivendo essa tragédia monstruosa, há vários outros problemas de saúde que ficaram esquecidos ao longo da pandemia. A saúde pública, assim como a privada, vive um momento muito difícil, com grande precarização nessas duas pontas, faltando muita coisa para termos uma saúde de excelência para atendimento da população. Nesse sentido, a primeira estratégia de resposta que muitos gestores dão para a pergunta sobre como melhorar a saúde pública do Brasil é a necessidade de aumentar o financiamento em saúde. Entendo que sim, mas acho que temos que fazer um melhor gerenciamento dos nossos recursos. Há quem entenda que até o financiamento poderia estar adequado se nós tivéssemos uma maior integração do sistema público com o privado de aporte de recursos. Nós vivemos num mundo digitalizado e informatizado em que certamente há como interligar esses dois sistemas de forma competente para dar transparência a todas essas ações. Todos os nossos atendimentos deveriam ser codificados e ir para um sistema único de controle de cada um de nós para que isso pudesse ficar claro e cada um se responsabilizasse pelos custos públicos ou privados e que os ressarcimentos se fizessem nessa direção. Então, eu acho que um primeiro passo é procurar de maneira transparente, honesta, vencer quaisquer conflitos de interesse para que esses dois sistemas conversem entre si e para que se otimize a relação entre ambos e fazer um bom gerenciamento, ter ações de saúde prioritárias, pois o cobertor é curto. Em relação a isso, a Nova AMB estará vigilante, não só no sentido de oferecer denúncias, como no sentido de contribuir para a formulação de políticas públicas que sejam de interesse da nossa população. 



DIRETORIA ELEITA (2020-2023)

PRESIDENTE

César Eduardo Fernandes (SP)

1ª VICE-PRESIDENTE

Luciana Rodrigues da Silva (BA)

2ª VICE-PRESIDENTE:

Jurandir Marcondes Ribas Filho (PR)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Mariane Franco (PA)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Roque Salvador de Andrade e Silva (BA)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO CENTRO-OESTE

César Galvão (DF)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Oscar Dutra (RS)

SECRETÁRIO-GERAL

Antônio José Gonçalves (SP)

1ª SECRETÁRIA

Maria Rita de Souza Mesquita (SP)

1º TESOUREIRO

Akira Ishida (SP)

2º TESOUREIRO

Lacildes Rovella Júnior (SP)

DIRETOR DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Carlos Vicente Serrano Junior (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

José Eduardo Lutaif Dolci (SP)

DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL

José Fernando Macedo (PR)

DIRETOR DE ATENDIMENTO AO ASSOCIADO

Carlos Alberto Gomes dos Santos (ES)

DIRETORA CULTURAL

Rachel Guerra de Castro (MG)

DIRETOR ACADÊMICO

Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETOR DE ASSUNTOS PARLAMENTARES

Luciano Gonçalves de Souza Carvalho (DF)

CONSELHO FISCAL

TITULARES

José Carlos Raimundo Brito (BA)

Luiz Carlos João (SP)

Nerlan Tadeu Gonçalves de Carvalho (PR)

SUPLENTES

Francisco José Rossi (DF)

Juarez Monteiro Molinari (RS)

Márcia Pachiegas Lanzieri (SP)



Câncer ginecológico: silencioso e grave

Setembro é o Mês de Conscientização sobre o Câncer Ginecológico e uma época oportuna para destacar a importância do papel dos ginecologistas obstetras no diagnóstico precoce

Por Letícia Martins



Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca) apontam que até o fim de 2022 serão registrados 49.770 casos de câncer de colo de útero no Brasil, o tipo de câncer ginecológico mais comum no país, além de ser o segundo câncer mais frequente nas mulheres das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o quarto na região Sul e o quinto na população feminina do Sudeste.

“Esse câncer, tão frequente no Brasil, é justamente o que pode ser, teoricamente, erradicado, com medidas de prevenção”, apontou Suzana Arenhart Pessini, vice-presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Oncológica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Há outros tipos de câncer ginecológico que também preocupam pela incidência. Até 2022, segundo dados do Inca, devem ocorrer 19.620 casos de câncer de corpo do útero e 19.950 de ovário. Somando os de colo de útero, serão praticamente, 30 mil casos novos por ano. Os números impressionam, principalmente porque, como destacou a Dra. Suzana, a maio-

ria dessas neoplasias é diagnosticada tardiamente e, quando detectada precocemente, tem um desfecho favorável.

Devido à gravidade do cenário, no mês de setembro são realizadas diversas ações de conscientização sobre os fatores de risco, sinais e sintomas de alerta do câncer ginecológico (colo de útero, ovário, endométrio, vagina e vulva) e dos cuidados para manter a saúde da mulher sempre em dia. A presidente da CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo, Dra. Walquíria Quida Salles Pereira Primo, professora adjunta de Ginecologia da Faculdade de Medicina na Universidade de Brasília (UnB), destacou o papel do médico nesta luta contra o câncer. “Ressaltamos a importância do médico ginecologista e obstetra na prevenção primária e no rastreamento das neoplasias ginecológicas que são rastreáveis, como o câncer do colo do útero”, disse a Dra. Walquíria.

Ela enfatizou que no caso dos tipos mais recorrentes de câncer, como o tumor de colo de útero, exames como um simples Papanicolaou permitem detectar a doença em sua fase inicial e podem ser decisivos na vida da paciente. “A grande maioria do câncer do colo do útero (99,7%) tem como



“Os objetivos da OMS até 2030 são: vacinar 90% das meninas até 15 anos, fazer rastreamento em 70% das mulheres entre 35-45 anos e tratar 90% das mulheres com lesão pré-invasora ou câncer de colo”, destacou a Dra. Suzana Pessini.

agente causal certos tipos do papiloma vírus humano (HPV), um vírus de transmissão preferencialmente sexual, que infecta a célula e pode resultar em lesões pré-cancerosas até o câncer invasivo”, alerta Walquíria.

Na prevenção primária, existe a vacina contra o HPV, além de orientações sobre a importância do uso de preservativo e medidas educativas sobre o desestímulo do tabagismo. “Na prevenção secundária, há a colpocitologia oncótica convencional ou em meio líquido, um teste efetivo para detectar lesões pré-cancerosas de alto grau ou câncer.”

Mas por que, embora exista prevenção com vacina e rastreamento para detecção das lesões precursoras, o câncer do colo do útero está entre os cânceres mais incidentes e com maior mortalidade entre as mulheres? A Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain, professora titular de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), explica que a vacina contra HPV e o rastreamento baseado em citologia, com protocolos bem definidos de encaminhamento para colposcopia e excisão da zona de transformação do colo uterino estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde complementar, porém a cobertura nacional é muito baixa.

“Poucas mulheres são vacinadas e/ou fazem exames de rastreamento com frequência. Em contrapartida, muitas mulheres não são vacinadas e fazem poucos exames de rastreamento”, observou a médica.

Suzana Pessini completa que, por falta de programas de vacinação e de rastreamento efetivos, a Organização Mundial da Saúde lançou o projeto desafiador de eliminação do câncer de colo. “Os objetivos até 2030 são: vacinar 90% das meninas até 15 anos, fazer rastreamento com testes de alto desempenho em 70% das mulheres entre 35-45 anos e tratar 90% das mulheres com lesão pré-invasora ou câncer de colo. Aos profissionais da saúde cabe promover eventos de conscientização e a sociedade deve estar unida neste propósito”.

Na rede de atenção básica à saúde também estão disponíveis estratégias de diagnóstico para câncer de endométrio, ovário e vulva. Como exemplo, podemos citar vários métodos utilizados na atenção básica como biópsia aspirativa de endométrio, biópsia de vulva, ultrassom e outros exames de imagem para massas anexais. “A grande questão é o tempo necessário para sua realização, obtenção dos resultados e encaminhamento para tratamento”, destacou Sophie.



“Ressaltamos a importância do médico ginecologista e obstetra na prevenção primária e no rastreamento das neoplasias ginecológicas que são rastreáveis, como o câncer do colo do útero”, disse a Dra. Walquíria Primo.

O câncer de colo de útero acomete mulheres desde os 25 anos até as idades mais avançadas, mas o pico de incidência ocorre por volta de 40 a 45 anos. “Nessa faixa etária, as mulheres estão economicamente ativas, responsáveis pelos cuidados com a família e pela educação dos filhos. Cerca de 70% das famílias de classe D são sustentadas por essas mulheres acometidas pelo câncer de colo de útero”, observou Renato Moretti Marques, coordenador do Serviço de Ginecologia Oncológica do Hospital de Ensino Vila Santa Catarina da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Robótica em Ginecologia do Hospital Albert Einstein.

Ou seja, se diagnosticado precocemente, muitas famílias deixarão de perder suas mulheres para uma doença grave. “Infelizmente, no nosso país diferentes tipos de câncer ginecológico são diagnosticados em estágio avançado, principalmente o câncer do colo do útero e do ovário. Já o câncer do corpo do útero, conhecido como câncer do endométrio, tem taxas melhores de diagnósticos precoces, mas ainda assim em estágios mais avançados quando comparados aos países desenvolvidos”, analisou Moretti Marques.

Apesar de não ser preconizado o rastreamento do câncer de endométrio, pois precocemente apresenta sintomas como sangramento vaginal após a menopausa, ele pode ser evitado reforçando-se as orientações sobre o estilo de vida (prevenção do sobrepeso e obesidade). A identificação de casos recorrentes de câncer do útero e de intestino na família também pode servir como sinal de alerta para o aspecto hereditário conhecido como síndrome de Lynch. A incidência do câncer do endométrio se dá entre os 45 e 50 anos de idade, mas o pico de incidência é por volta dos 75 anos de idade.

Segundo ele, no Brasil cerca de 35% a 40% das pacientes com câncer de endométrio são diagnosticadas em estágio II ou mais avançado, enquanto a maior parte dos casos de câncer de colo do útero e de ovário é detectada em estágios III e IV, na qual as taxas de cura são bem menores.

Por sua vez, o câncer de ovário acomete geralmente mulheres por volta dos 65 anos de idade. Por ser assintomático no início e não ter indicação de rastreio, costuma ser diagnosticado nos estágios III e IV, em 80% dos casos, quando a sobrevida é de apenas 20% a 30%, enquanto no estágio I é superior a 85%. O câncer de vulva, menos frequente e em geral apresentando sintomas de prurido, ardência e desconforto nas lesões iniciais, por

causa de aspectos culturais, também tem diagnóstico tardio frequentemente.

Ou seja, o diagnóstico precoce figura como o maior desafio no tratamento dos cânceres ginecológicos no Brasil. Em algumas situações, a história familiar da mulher pode levantar suspeita de uma síndrome de câncer hereditário. “O câncer de ovário é hereditário em torno de 20% dos casos, e a mutação nos genes BRCA1 e BRCA2 corresponde a 83%. A análise molecular BRCA1 e BRCA2 está indicada em todas as mulheres com câncer de ovário epitelial não mucinoso, independentemente da idade ao diagnóstico, do histórico familiar e da história pessoal para outras neoplasias. E o aconselhamento genético está indicado em mulheres com história de câncer de ovário em parentes de primeiro grau”, explicou Suzana.

Segundo a médica, o câncer de endométrio também pode ser hereditário. “A síndrome do câncer colorretal hereditário não polipoide (HNPCC) ou síndrome de Lynch é a mais frequente, tem herança autossômica dominante e se caracteriza pela ocorrência de outros tumores nas famílias. O câncer extracolônico mais frequente nessa síndrome em mulheres é o de endométrio, seguido pelos de ovário, estômago, intestino delgado, ureter, bexiga, trato biliar e pâncreas. Em mulheres com história desses tumores na família, a investigação de Lynch está indicada.”

A Dra. Sophie ressaltou que esses dois tipos de câncer ginecológico (endométrio e ovário) podem estar associados à síndrome de Cowden, associada a câncer de mama, endométrio, assim como de cólon e outros, e à síndrome de Peutz-Jeghers, associada a câncer de mama e ovário, assim como cólon e outros.

“É, portanto, fundamental que o ginecologista faça uma avaliação completa da história familiar de cânceres em geral, registrando tanto os antecedentes familiares encontrados em parentes do sexo masculino como feminino”, alertou Sophie.

Ela explicou que nem sempre se encontram mutações germinativas em famílias que apresentam maior incidência de câncer. E citou como exemplo uma mulher sem antecedente familiar de câncer que tem risco de desenvolver câncer de ovário durante a vida de cerca de 1,3%. Se essa mulher apresentar antecedentes familiares de câncer de ovário, o risco aumentará para cerca de 4,7. Já uma mulher sem antecedente familiar de câncer tem um risco de ter câncer de endométrio durante a vida de cerca

de 2,7%. Quando portadora de síndrome de Lynch, esse risco aumenta para 20% a 57%.

“Entretanto, é fundamental entender que menos de 10% das mulheres com câncer de ovário/endométrio terão mutações germinativas identificadas. E a indicação de teste multigênico em mulheres sem câncer, com antecedentes familiares de câncer, deve ser bastante cuidadosa. Quando na família há uma mutação conhecida, é mais fácil identificar os verdadeiros positivos e os falso-negativos. Como a causa do câncer não é conhecida, um teste negativo não exclui a possibilidade de ter câncer. Quando não há mutação conhecida na família, a solicitação do teste e sua interpretação deve ser sempre realizada com o oncogeneticista”, ponderou Sophie.

DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO

De acordo com a Dra. Sophie, os protocolos de diagnóstico e tratamento de câncer ginecológico no Brasil são claros e disponíveis, porém “rastrear, diagnosticar e tratar câncer requer uma estrutura extremamente complexa”.

Ela explicou: “Sabemos, por exemplo, que o câncer do colo do útero poderia ser erradicado vacinando os jovens até 15 anos e rastreando e tratando as mulheres com lesões precursoras. Sabemos também que o câncer de endométrio é facilmente detectado em estádios iniciais, pois a maioria das mulheres apresenta sangramento uterino anormal. E, por fim, temos ciência de que o câncer de ovário, doença de menor incidência e

maior mortalidade proporcional, não é rastreável, e assim a única maneira de melhorar a sobrevida dessas mulheres seria oferecer um atendimento rápido e extremamente complexo, no menor prazo possível. Porém, o panorama nacional mostra que, embora a incidência do carcinoma de colo invasor esteja diminuindo, a mortalidade por essa doença continua a mesma. Muitos casos de câncer de endométrio chegam ao especialista em estádios avançados. E mulheres com carcinoma de ovário muitas vezes são atendidas já com doença irremediável. Entre as mulheres brasileiras, 75% são atendidas pelo SUS e sabemos que há uma grande disparidade nacional, regional e mesmo entre os municípios, relacionada a infraestrutura e recursos humanos necessários para o diagnóstico e tratamento”.

A Dra. Walquíria endossou a análise da Dra. Sophie, completando que, de fato, no Brasil, existem disparidades



“É fundamental que o ginecologista faça uma avaliação completa da história familiar de cânceres em geral, registrando tanto os antecedentes familiares encontrados em parentes do sexo masculino como feminino”, ressaltou a Dra. Sophie Derchain.

regionais devido às distintas características socioeconômicas e culturais. “A baixa condição socioeconômica interfere no acesso a serviços de rastreamento, diagnóstico e tratamentos oportunos. Consequentemente, as limitações de acesso a serviços de saúde não somente impedem muitas mulheres de serem adequadamente rastreadas, diagnosticadas, mas também impossibilitam a oportunidade de receberem tratamento a tempo de se obter a cura.”

A Dra. Walquíria comentou sobre um artigo publicado em 2017, por Mendez e colaboradores, intitulado *Cancer Deaths due to Lack of Universal Access to Radiotherapy in the Brazilian Public Health System*, referindo que o sistema público de saúde brasileiro atende 75,32% dos pacientes com câncer, ou seja, cerca de 448.959 casos de câncer foram atendidos na rede pública em 2016. O Brasil tem apenas 50,8% da quantidade necessária de equipamentos de radioterapia. E a radioterapia tem papel importante como tratamento adjuvante ou exclusivo, sobretudo no câncer do colo do útero e do endométrio, conforme a extensão dessas doenças.

As regiões com alta incidência do câncer do colo do útero são as que têm menores coberturas vacinal e de rastreamento. De acordo com as estimativas do Inca para o ano de 2020, no Amazonas, serão 51,94 casos novos de câncer do colo do útero por 100.000 mulheres. No entanto, em São Paulo, esperam-se 8,45 por 100.000 mulheres. “Por conseguinte, os diagnósticos são realizados na fase avançada da doença, cujo tratamento é a radioterapia e a quimioterapia, logo, a escassez de aparelhos de radioterapia afeta a sobrevivência global e várias mortes poderiam ser evitadas se o acesso à radioterapia fosse universal no Brasil. Quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer de câncer cervical antes dos 75 anos é três vezes maior”, analisou Walquíria Primo.

PAPEL DO MÉDICO

Diante de todo esse cenário de detecção tardia, que provavelmente foi agravado com a pandemia, o papel do ginecologista no rastreamento do diagnóstico do câncer ginecológico é primordial e o profissional pode con-



“Infelizmente, no Brasil, os tipos de câncer ginecológico são diagnosticados em estágio avançado, principalmente o câncer do colo do útero e do ovário”, alertou o Dr. Renato Moretti Marques.

tar com o apoio da Febrasgo para se manter atualizado sobre como proceder nas consultas.

Segundo a Dra. Walquíria, a CNE de Ginecologia Oncológica trabalhou na atualização de vários protocolos de conduta nas lesões precursoras do câncer do colo do útero, vagina e vulva, no câncer do colo do útero, no câncer do endométrio, no câncer de vulva e no câncer de mama e do colo do útero em gestantes, que já foram enviados à Febrasgo. “Temos projetos para a criação de novos protocolos, de realização de webinários com o propósito de oferecer atualização e educação continuada, *podcasts* e tutoriais sobre cirurgias, medidas sociais, além de investir em pesquisa”, afirmou.

O Dr. Renato Moretti Marques, que também é membro da CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo, reforçou que essa atualização é essencial, pois toda a estratégia de rastreamento do câncer ginecológico e de significância do papel do ginecologista no diagnóstico foi redeseenhada.

Se antes a adolescente que procurasse um ginecologista recebia a orientação para utilizar a camisinha como principal ferramenta no combate à infecção pelo HPV, hoje o ideal é: “essas meninas devem ser orientadas tanto pelo ginecologista quanto pelos pediatras e clínicos gerais para que recebam a vacina contra a infecção pelo HPV e desde o início da atividade sexual devem ser orientadas quanto às doenças sexualmente transmissíveis”, exemplificou.

“O ginecologista tem papel relevante no diagnóstico e no tratamento das lesões pré-cancerosas e do câncer do colo do útero em estágio inicial”, afirmou Moretti Marques. “O recado é que, mesmo com a experiência da pandemia pelo COVID-19, essas mulheres devem procurar o ginecologista para fazer seus exames rotineiros para investigação para rastreamento das neoplasias malignas da mama, do ovário, do colo do útero e do endométrio.”

“Não há dúvida que o câncer ginecológico deve ser diagnosticado e tratado sem demora. Diagnosticar o câncer precocemente permite que ele seja tratado eficientemente, a menor custo e com menos complicações”, finalizou a Dra. Sophie Derchain, que também integra a CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo.

ATENÇÃO AOS NÚMEROS

Segundo o Inca, o Brasil tem **30 MIL CASOS NOVOS** de câncer ginecológico por ano.

Estima-se que, para cada ano do triênio 2020-2022, ocorrerão no país:

- **16.590 casos novos de câncer do colo do útero;**
- **6.540 casos novos de câncer no corpo do útero;**
- **6.650 casos novos de câncer de ovário.**

“Não há dúvida que o câncer ginecológico deve ser diagnosticado e tratado sem demora. Diagnosticar o câncer precocemente permite que ele seja tratado eficientemente, a menor custo e com menos complicações”, finalizou a Dra. Sophie Derchain, que também integra a CNE de Ginecologia Oncológica da Febrasgo.

Síndrome de *burnout* durante a residência médica

Conceitos fundamentais para o reconhecimento e prevenção

Alberto Carlos Moreno Zaconeta¹, Maria Inês Soares Quintana², Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármay Di Bella²



O QUE É SÍNDROME DE *BURNOUT*?

Burnout é uma palavra em inglês referente à completa falta de energia em alguém ou algo, sendo a síndrome de *burnout* (SB) um problema psicossocial que afeta diversos grupos profissionais, em particular aqueles que têm contato direto com o público, como os profissionais da saúde.⁽¹⁾

O corpo humano saudável é preparado para situações de *stress*, respondendo a determinada situação com taquicardia e sudorese (*eustress*), e depois volta aos níveis basais. Porém, em muitas situações, a resposta ao *stress* tem sido um *distress*, que corresponde ao desaparecimento dos sintomas físicos agudos, dando espaço a sintomas psicossociais como irritabilidade, afastamento social, fadiga crônica, impaciência, inabilidade de dialogar, diminuição do apetite sexual e perda do prazer em viver. Esse é um estágio inicial que, quando se torna crônico, configura a SB.⁽²⁾

A SB foi nomeada pelo psicanalista Freudenberger,⁽³⁾ em 1974, ao perceber em si mesmo um estado de esgotamento físico e mental cuja causa estava intimamente ligada à vida profissional.

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

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente

Alberto Carlos Moreno Zaconeta
Campus Universitário Darcy Ribeiro, 70910-900,
Brasília, DF, Brasil. azaconeta@gmail.com

Como citar:

Zaconeta AC, Quintana MI, Di Bella ZI. Síndrome de *burnout* durante a residência médica: conceitos fundamentais para o reconhecimento e prevenção. *Femina*. 2020;48(9):535-9.

No presente artigo, a Comissão Nacional Especializada em Residência Médica da Febrasgo traz à tona elementos essenciais para conhecer, reconhecer e prevenir a síndrome de *burnout* em médicos-residentes de ginecologia-obstetrícia.

Dessa forma, a interação entre *stress* crônico e fatores individuais pode levar à exaustão emocional, à despersonalização ou cinismo e à diminuição de satisfação profissional, características da SB, que difere da depressão por ter relação específica com o trabalho.⁽¹⁾ A exaustão emocional, que é a sensação de fadiga, leva a baixa tolerância, frustração e irritabilidade. Por sua vez, a despersonalização é caracterizada pelo distanciamento afetivo e a indiferença no trabalho, muitas vezes manifestada por ironia, frieza e atitudes cínicas. Finalmente, a insatisfação profissional leva à baixa autoestima e à desmotivação, que, em grau mais importante, pode levar até ao abandono da carreira.⁽⁴⁾

Alguns sintomas clínicos podem acompanhar a SB, como fadiga, sonolência, distúrbios alimentares, cefaleias e instabilidade emocional.^(1,4)

Especificamente para os residentes, vários são os fatores estressores, além dos envolvidos com a responsabilidade no cuidado dos pacientes, como cobrança de produtividade científica, questões administrativas, erro médico, procura por trabalho, futuro incerto, autonomia limitada, carga excessiva de trabalho, plantões frequentes e a não reposição das horas não dormidas devido aos plantões.⁽⁵⁾

PREVALÊNCIA EM MÉDICOS-RESIDENTES

A prevalência de SB entre residentes é alta em todo o mundo, mas varia conforme o país, a especialidade médica e o tipo de avaliação realizada. Muitas vezes, a SB detectada nos médicos-residentes está associada a di-

ficuldades de concentração no aprendizado e no trabalho, menor satisfação com a carreira e maior vontade de trocar de especialidade e ainda de abandonar a carreira de medicina.⁽⁵⁾

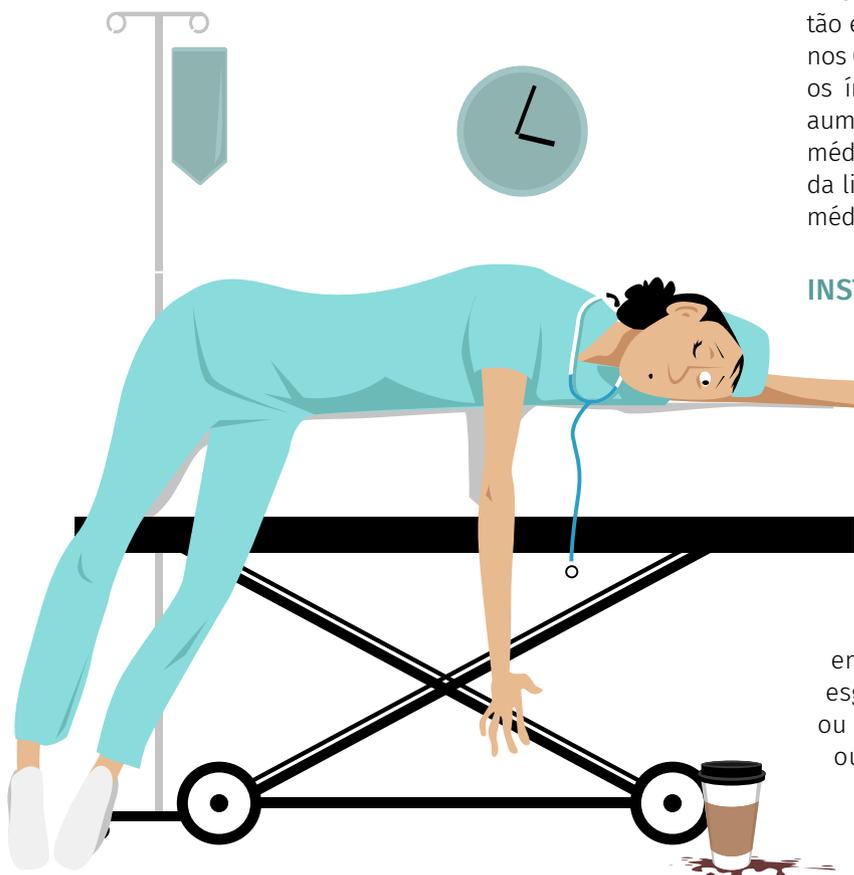
Comparando-se a incidência da SB entre especialidades cirúrgicas e não cirúrgicas em residentes italianos, encontraram-se, respectivamente, 73% e 56%, mais marcadamente na exaustão emocional e na despersonalização. Por outro lado, não se observaram diferenças entre os grupos na insatisfação profissional, na depressão ou nos problemas somáticos.⁽⁶⁾

Em revisão sistemática envolvendo 4.664 residentes, encontraram-se 35,5% de SB. Dividindo-se as especialidades em grupos, observou-se maior prevalência de SB na cirurgia geral, anestesiologia, ginecologia-obstetrícia e ortopedia (40,8%), quando comparadas a clínica médica, cirurgia plástica e pediatria (30%) ou a otorrinolaringologia e neurologia (15,4%).⁽⁷⁾ Em um estudo interessante envolvendo 5.000 residentes americanos de Ginecologia e Obstetrícia, encontraram-se os alarmantes índices de 51% de SB, 32% de depressão, 13% de ingestão excessiva de álcool, 4,7% de distúrbios alimentares, 1,1% de uso de drogas ilícitas e 0,4% de ideação suicida. Adicionalmente, apesar de os residentes do primeiro ano considerarem prioritário o bem-estar, quase metade (49,8%) deles já referia dificuldades na sensação de bem-estar, cifra essa que foi maior no segundo ano (63,7%). Como esperado, aqueles residentes que não priorizam o bem-estar são os mais expostos à ocorrência da SB.⁽⁸⁾

Outro ponto a destacar é que a alta incidência de exaustão emocional presente nos alunos de Medicina americanos (44%-50%) continua na residência médica. Além disso, os índices de despersonalização (32%-38%) e SB (60%) aumentam na residência médica. Entre as especialidades médicas, observa-se que a SB é mais prevalente naquelas da linha de frente, como medicina de emergência, clínica médica, neurologia e medicina da família.⁽⁵⁾

INSTRUMENTOS RECOMENDADOS PARA O DIAGNÓSTICO

A forma mais utilizada para o diagnóstico de SB tem sido a aplicação de questionários, dos quais o mais usado é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), sendo necessário o acesso à página eletrônica www.mindgarden.com para solicitar a permissão de uso. A avaliação é realizada em três dimensões: exaustão emocional (*stress*, sensação de sobrecarregamento, esgotamento físico e emocional); despersonalização ou cinismo (indiferença quanto ao trabalho, cuidado ou ordens); eficácia no trabalho (autoavaliação diante de sentimentos de incompetência, falta de realização e produtividade).⁽⁹⁾



Na tabela 1, podem-se observar as pontuações para o diagnóstico de SB pelo MIB.

Existem variações do questionário MBI, como o MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*),⁽¹⁰⁾ e uma versão adaptada para médicos, o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey for Medical Personnel* (MBI-HSS-MP); para alunos do ensino médio e universitários, o *Maslach Burnout Inventory – Student Survey* (MBI-SS), e para educadores, o *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey* (MBI-ED), respectivamente validados no Brasil.⁽¹¹⁻¹³⁾

Embora a grande maioria dos estudos sobre SB utilize a MBI e suas variações, questiona-se a não avaliação dos aspectos físicos e cognitivos, a reprodução em diferentes populações e culturas e o fato de as dimensões de cinismo e realização profissional poderem ser estratégias de enfrentamento, e não a causa da SB. Por conta disso, outras escalas foram desenvolvidas como a *Copenhagen Burnout Inventory – Student Survey* (CBI-SS), que investiga a área pessoal (grau de fadiga e exaustão física e psicológica) e o trabalho (grau de fadiga e exaustão física e psicológica em estudantes universitários).⁽¹⁴⁾ E tem também o *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP).⁽¹⁵⁾

Por fim, destaca-se o Inventário da Síndrome de *Burnout* (ISB), que é composto de duas partes: fatores desencadeantes (ISB1) e a SB propriamente dita (ISB2). O ISB1 é composto pelas condições organizacionais positiva e negativa, sendo o ISB2 composto por quatro escalas: exaustão emocional, repressão profissional, desumanização e distanciamento emocional. Em estudo avalian-

do alunos de graduação, residentes em tocoginecologia, médicos tocoginecologistas e docentes, observaram-se sinais de exaustão emocional que são precursores da SB, concluindo-se que os tocoginecologistas são vulneráveis para o desenvolvimento da SB.⁽²⁾

PREVENÇÃO DE *BURNOUT* NA RESIDÊNCIA: ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS E INSTITUCIONAIS

O mundo contemporâneo é marcado pelo ritmo acelerado, a demanda por multitarefas e o bombardeio de informações. Uma vez que todos esses fatores são amplificados no cenário da residência médica, um primeiro passo para evitar que seus impactos superem a capacidade de adaptação do residente é reconhecer que todo profissional é vulnerável e alertar quanto aos sinais iniciais do transtorno. Essa recomendação é especialmente válida para os profissionais jovens, esforçados e dedicados, já que os mesmos atributos que caracterizam o médico bem-sucedido (personalidade tipo A e comprometimento obsessivo-compulsivo com a profissão) são os que aumentam o risco de *burnout* profissional.⁽¹⁶⁾ Como estratégia de alerta, recomenda-se que todo residente avalie periodicamente seus sentimentos e os relacione com as três dimensões que caracterizam a SB, como apresentado no quadro 1.

O passo subsequente ao reconhecimento da vulnerabilidade é a adoção de estratégias preventivas. Considerando que a fadiga e o *stress* são os principais fatores de risco para a SB, é racional imaginar que a sua prevenção diminua a incidência do transtorno. O fator mais impor-

Tabela 1. Pontuação do MIB para detecção da SB

Nível/Dimensões	Exaustão emocional	Despersonalização	Insatisfação profissional
Alto	≥26	≥9	≥43
Moderado	16-25	3-8	34-42
Baixo	≤15	≤2	≤33

Quadro 1. Teste simplificado para alerta precoce quanto à possibilidade de síndrome de burnout (cinco ou mais respostas afirmativas devem levar o residente a refletir acerca dos três eixos que caracterizam a síndrome)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sente falta de prazer em atividades que lhe eram gratificantes? 2. Tem tido atitudes cínicas? 3. O trabalho está afetando a sua família? 4. Tem medo de ir para o trabalho? 5. Irrita-se facilmente? 6. Tem inveja daqueles que são felizes? 7. Parou de se preocupar com seu desempenho? 8. Sente fadiga ou baixa energia? 9. Está entediado? 10. Sente-se deprimido diante da semana de trabalho que vai começar? 	<p>SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exaustão emocional e física • Despersonalização (sentimento de desconexão ou indiferença com os colegas e pacientes) • Diminuição do sentimento de realização pessoal
---	---

Fonte: Adaptado de Smith RP. Burnout in obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(2):297-310.⁽¹⁶⁾

tante para evitar ou aliviar a fadiga é melhorar a quantidade e a qualidade do sono, o que significa não somente dormir o número de horas suficiente, mas cuidar de que o sono promova descanso e restauração. Para tanto, há necessidade de reformular o entendimento de que o trabalho contínuo, tóxico e sem momentos protegidos para dormir é “normal” durante a residência médica.

A modulação do *stress* é um aspecto mais complexo, pois requer encontrar o equilíbrio entre aceitar um certo grau de pressão, que impele o indivíduo a se esforçar para alcançar um objetivo, e evitar que a sobrecarga seja tal que supere sua capacidade de resolução, levando-o ao colapso. Uma vez que o equilíbrio entre a demanda e a capacidade de manter o controle da situação varia de indivíduo para indivíduo, é recomendável que os residentes recebam um treinamento formal sobre autoconsciência e estratégias para evitar, contornar e suportar determinadas cargas de *stress*. Esses treinamentos devem incluir aspectos que capacitem o residente para:

- Conhecer seus limites;
- Gerenciar o tempo;
- Estabelecer metas realistas na vida profissional e pessoal;
- Definir prioridades e rejeitar projetos inviáveis ou com alto custo emocional;
- Delegar funções e aceitar a forma de trabalhar dos outros;
- Fazer pequenas pausas no trabalho para descansar, respirar, rir e alongar;
- Separar o trabalho da vida privada e evitar levar trabalho para casa, para que o lar seja um local de desconexão;
- Recompensar-se com atividades prazerosas ou *hobbies*;
- Fazer atividade física regularmente;
- Manter ou criar redes de conectividade social;
- Cuidar da esfera afetiva, emocional e espiritual.

Para quem conhece a realidade dos programas de residência médica no país, certamente as medidas citadas acima, tanto para proteção de horas de sono como para modulação do *stress*, podem parecer inalcançáveis. Essa mesma percepção, fora do Brasil, levou ao entendimento de que seria necessário redesenhar os programas de residência médica e passar a contemplar atividades relacionadas ao autocuidado e à prevenção da estafa emocional. Nesse sentido, uma recente metanálise avaliou o efeito de diversas intervenções institucionais na prevenção da SB em médicos-residentes.⁽¹⁷⁾ O achado mais importante foi que a limitação de horas de trabalho reduz em 42% a taxa de exaustão emocional e em 40% o índice de SB.⁽¹⁷⁾ Em convergência com esses achados, um estudo realizado na Universidade de

Utah observou que os índices de SB nos residentes se mantinham elevados, a despeito da instituição ter incorporado uma série de atividades de proteção, como grupos de suporte, aplicação de escalas de rastreio de bem-estar e treinamento em atenção plena (*mindfulness*). Ao interrogar os médicos-residentes sobre o que mais o programa de residência médica poderia fazer para dar suporte a sua saúde e bem-estar, quase metade deles respondeu que precisava de mais tempo, tanto para o autocuidado (ir ao dentista, se exercitar, dormir) como para cuidar dos pacientes (colher dados, estudar os casos desafiadores e refletir sobre eles).⁽¹⁸⁾ Com base nesses resultados, os investigadores postularam que o ambiente rápido e tenso em que ocorrem as atividades da residência não permitem a introspecção, o processamento das emoções e o aprendizado com os casos atendidos, o que culmina em insatisfação com a carreira e frustração.⁽¹⁸⁾ Ao analisar esses estudos, deve-se ter em mente que a SB tem etiologia multifatorial, em que interagem fatores externos (institucionais) e aqueles inerentes ao indivíduo afetado. Portanto, não surpreende que, além da redução da carga horária, outras intervenções destinadas a aumentar a saúde, a resiliência e a felicidade dos residentes também tenham se mostrado benéficas na redução da SB.^(19,20)

Com base nos conceitos apresentados até aqui, a estratégia combinada de ensinar ao residente habilidades para evitar o colapso, garantir um tempo protegido para desenvolver essas habilidades e fazer ajustes institucionais que evitem a demanda excessiva de trabalho parece ser o caminho racional para diminuir o problema.⁽²¹⁾

O PAPEL DA FEBRASGO NA PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Recentemente, um grupo de destacados líderes em educação médica dos Estados Unidos publicou um artigo intitulado “Uma prescrição de bem-estar na educação médica”, no qual ponderam que, considerando o alarmante índice de 45% de médicos-residentes apresentando algum grau de SB, não lhes surpreende estarem sendo convocados para desenvolver currículos que ensinem bem-estar e resiliência para médicos.⁽²²⁾ No mesmo documento, são apresentadas evidências de unanimidade das entidades de ensino médico americanas e canadenses ao indicar que são necessárias políticas para promover a saúde integral dos aprendizes e que nos programas de pós-graduação médica o ensino relacionado ao bem-estar deve ter a mesma importância das outras competências exigidas no currículo.⁽²²⁾ Isso significa que tanto os mecanismos de ocorrência como as estratégias de prevenção da SB e outras afecções relacionadas ao *stress* podem ser ensinados e aprendidos dentro dos programas formais das instituições, que devem modificar seus regulamentos para permitir que o novo currículo seja cumprido.

Em nosso meio, uma das formas de acompanhar esse movimento mundial e promover o ensino formal do bem-estar e resiliência nos programas de residência seria por meio da incorporação desses aspectos na Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia, documento elaborado pela Febrasgo que elenca o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o médico deve adquirir durante a residência médica.⁽²³⁾

Se durante a sua formação o médico-residente aprender aspectos relacionados ao seu cuidado nas três dimensões que a Matriz de Competências contempla – SABER, SABER FAZER e SER –, certamente ele conseguirá resgatar não apenas a saúde, mas também o encantamento que o levou a escolher a ginecologia e obstetrícia como especialidade.

REFERÊNCIAS

- Almeida GC, Souza HR, Almeida PC, Almeida BC, Almeida GH. The prevalence of burnout syndrome in medical students. Arch Clin Psychiatric. 2016;43(1):6-10. doi: 10.1590/0101-608300000000072
- Bortoletti FF, Benevides-Pereira AM, Vasconcellos EG, Siqueira JO, Araujo Júnior E, Nardoza LMM, et al. Triggering risk factors of the Burnout Syndrome in Ob/Gyn physicians from a reference public university of Brazil. Obstet Gynecol. 2012;2012:593876. doi: 10.5402/2012/593876
- Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-65. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- De Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. Anesth Analg. 2013;117(1):182-93. doi:10.1213/ANE.0b013e3182917da9
- Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016;50(1):132-49. doi:10.1111/medu.12927
- Serenari M, Cucchetti A, Russo PM, Fallani G, Mattarozzi K, Pinna AD, et al. Burnout and psychological distress between surgical and non-surgical residents. Updates Surg. 2019;71(2):323-30. doi: 10.1007/s13304-019-00653-0
- Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(11):e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840
- Morgan HK, Winkel AF, Nguyen AT, Carson S, Ogburn T, Woodland MB. Obstetrics and gynecology residents' perspectives on wellness: findings from a national survey. Obstet Gynecol. 2019;133(3):552-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000003103
- Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. Int J Behav Med. 2006;13(1):51-9. doi: 10.1207/s15327558ijbm1301_7
- Trigo TR. Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de Enfermagem de um Hospital Universitário: influência da depressão [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
- Carlotta MS, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout no Brasil. Psico. 2008;39(2):152-8.
- Benevides-Pereira AMT. MBI – Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil [resumo]. In: Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia. Rio de Janeiro: SBP; 2001. p. 84-5.
- Campos JA, Maroco J. Maslach Burnout Inventory – Student Survey: Portugal – Brazil cross cultural adaptation. Rev Saúde Pública. 2012;46(5):816-24. doi: 10.1590/S0034-89102012000500008
- Mari S, Meyen R, Kim B. Resident-led organizational initiatives to reduce burnout and improve wellness. BMC Med Educ. 2019;19:437. doi: 10.1186/s12909-019-1756-y
- Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(7):1905-33. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-0033
- Smith RP. Burnout in obstetricians and gynecologists. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017;44(2):297-310. doi: 10.1016/j.ogc.2017.02.006
- Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of interventions to reduce resident physician burnout: a systematic review. J Grad Med Educ. 2017;9(3):294-301. doi: 10.4300/JGME-D-16-00372.1
- Fortenberry K, Knox J, Hala SV. What do residents want to burnout prevention?... Time. Acad Med. 2018;93(3):343-4. doi: 10.1097/ACM.0000000000002086
- Aggarwal R, Deutsch JK, Medina J, Kothari N. Resident wellness: an intervention to decrease burnout and increase resiliency and happiness. MedEdPORTAL. 2017;13:10651. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10651
- Williams D, Tricomi G, Gupta J, Janise A. Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. Acad Psychiatry. 2015;39(1):47-54. doi: 10.1007/s40596-014-0197-5
- Ripp J, Bazari H, West CP. In reply to Fortenberry et al. Acad Med. 2018;93(3):344. doi: 10.1097/ACM.0000000000002092
- Hopkins L, Morgan H, Buery-Joyner SD, Craig LTB, Everett EN, Forstein DA, et al. To the point: a prescription for well-being in medical education. Am J Obstet Gynecol. 2019;221(6):542-8. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.012
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia – 2ª versão [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/matriz-de-competencias>

Se durante a sua formação o médico-residente aprender aspectos relacionados ao seu cuidado nas três dimensões que a Matriz de Competências contempla – SABER, SABER FAZER e SER –, certamente ele conseguirá resgatar não apenas a saúde, mas também o encantamento que o levou a escolher a ginecologia e obstetrícia como especialidade.



2020, o ano dos desafios

Além de compartilhar da mesma dificuldade vivida por todos os ginecologistas e obstetras durante a pandemia, a SOGOES teve de lidar com o caso de repercussão nacional e internacional sobre o aborto

Por Letícia Martins

Que a pandemia mudou a dinâmica de vida da população em geral, isso já não é mais novidade, mas a forma como as instituições de saúde e seus profissionais lidaram com o isolamento social e todos os seus impactos continua sendo motivo de admiração.

Desde o início da pandemia, em 18 de março, quando o Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES) recomendou que os serviços públicos e privados de saúde suspendessem, temporariamente, os atendimentos ambulatoriais e a realização de procedimentos eletivos de pacientes com doença benigna, a Associação de Ginecologistas e Obstetras do Espírito Santo (SOGOES) atuou firmemente em duas frentes, em especial.

A primeira ação da federada foi convocar uma reunião virtual com os Chefes de Serviços de Residências Médicas em Ginecologia e Obstetrícia para conhecer as deficiências existentes na formação desses profissionais, no período da pandemia. “Foram sugeridos temas teórico-práticos que seriam abordados em aulas *on-line*, e/ou simulação realística, com discussão de casos clínicos, a partir de agosto. Seria

abordada também a sistematização das cirurgias ginecológicas, de acordo com a Matriz de Competência de cada ano da residência”, explicou Karin Kneipp Costa Rossi, presidente da SOGOES, médica do Hospital Santa Rita de Cassia e do Vila Velha Hospital e professora de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A segunda ação foi promover outra reunião, dessa vez com todas as ligas de acadêmicos de Ginecologia e Obstetrícia do Estado para desenvolver ações sociais informativas à população.

“Dentro da programação para o primeiro semestre também estava a realização do 26º Congresso Espírito-Santense de Ginecologia e Obstetrícia (CESGO) e o 5º Mutirão de Endometriose do Espírito Santo (MEES). Diante da iminência da pandemia, tivemos que adiar a programação e adequar o evento às plataformas digitais. Estamos no processo de reformulação”, contou a Dra. Karin.

Com a chegada do segundo semestre, foi identificado que os bancos de leite materno do ES estavam com estoques baixos devido à pandemia. Dessa forma, a SOGOES criou uma campanha estendida

(com duração até dezembro), que se iniciou no Agosto Dourado. “Com o tema Quem Ama Alimenta, a campanha teve como objetivo incentivar e orientar sobre a doação do leite materno, mesmo na época de distanciamento social”, disse Karin.

Em paralelo a isso, quando a pandemia começou a dar sinais de controle, a Secretaria de Saúde do Estado estabeleceu, em 6 de agosto, o reagendamento das cirurgias eletivas, consultas e exames ambulatoriais suspensos ou adiados. “É preciso oferecer condições seguras de trabalho, o que inclui estrutura física, fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs) e demais normas de segurança para proteção dos pacientes e dos profissionais”, destacou.

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENOR

Além da pandemia, a presidente da SOGOES, que tomou posse em janeiro de 2020, precisou lidar recentemente com outra situação, que virou notícia na imprensa nacional e internacional. “Diante do caso de violência sexual infantil ocorrido no ES e noticiado em agosto deste ano, associado às consequências graves que esse abuso



Dra. Karin Kneipp Costa Rossi,
presidente da SOGOES

pode gerar na vida dessa criança, a SOGOES está trabalhando para esclarecer a população sobre os protocolos da Norma Técnica de Violência Sexual, do Ministério da Saúde, no qual define a conduta do aborto previsto em lei”, afirmou a médica.

A associação orientou e vem orientando os colegas ginecologistas e obstetras sobre a garantia e direitos do acesso à saúde sexual e reprodutiva das meninas e mulheres brasileiras, para que eles sejam capazes de acolhê-las nos momentos de violência sexual, em quaisquer circunstâncias, associadas ou não à gravidez abaixo ou acima de 20/22 semanas.

Com o apoio da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a SOGOES convidou as autoridades de saúde para participarem de um evento de orientação e capacitação dos profissionais relacionados com o atendimento dessas vítimas. “Além disso, criaremos, em parceria com a Sociedade Espírito-Santense de Pediatria (Soesp), ações associadas à uma educação integral em sexualidade para munir as crianças e adolescentes de conhecimentos e atitudes que identifiquem o abuso infantil”, declarou Karin. 

Evento debateu os aspectos legais do aborto e reuniu especialistas de várias áreas da saúde e do sistema jurídico

No dia 19 de setembro, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) realizou o Fórum Aborto Previsto em Lei na Violência Sexual. O evento ocorreu pela internet, das 9h às 12h, e contou com a participação de representantes da diretoria e das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo, além de juristas e médicos especializados no assunto.

“Este tema é oportuno não somente para todos os ginecologistas obstetras, quanto para a sociedade brasileira. A Febrasgo tem esse compromisso de trazer para uma discussão mais ampla assuntos que afligem a saúde da mulher e os profissionais da especialidade”, declarou Agnaldo Lopes, presidente da Febrasgo. Ele ressaltou que o tema do fórum foi uma iniciativa do diretor financeiro da Febrasgo, Olímpio Barbosa de Moraes Filho.

O evento foi dividido em quatro blocos. Para o primeiro, foram convidados o juiz de Direito José Henrique Torres, titular da 1ª Vara do Júri de Campinas (SP) e professor de Direito Penal da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, e a defensora pública do Estado de São Paulo, Paula Machado Santana, que falaram sobre o aborto, direitos humanos, aspectos históricos e conceitos jurídicos.

“Muitas vezes, podemos ter a impressão de que o aborto não é um direito. Mas basta olhar para os acordos e tratados internacionais, para a Constituição Brasileira e para diversas das nossas leis que vamos ver que esse tema é plenamente fundamentado juridicamente, disse a defensora pública, que, durante sua apresentação, ressaltou que a Corte Interamericana dos Direitos Humanos interpreta que “concep-

ção deve ser analisada a partir da perspectiva da mulher grávida”.

Robinson Dias de Medeiros, presidente da CNE de Violência Contra a Mulher, conduziu o painel “Aborto nos casos da violência sexual: avanços e desafios”, que contou com a presença da secretária Helena Borges Paro, coordenadora no Núcleo de Atenção Integral às Vítimas de Agressão Sexual (Nua-vidas) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e membro da CNE de Violência Contra a Mulher.

Marcos Nakamura, presidente da CNE de Mortalidade Materna, Ida Peréa, membro da mesma CNE e presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Rondônia (Assogiro) e o vice-presidente da Região Sudeste da Febrasgo, Marcelo Zugaib, trouxeram reflexões e dados sobre “Aborto e mortalidade materna no Brasil”.

Já a última mesa do debate falou sobre “Contracepção pós-aborto”, com a moderação do presidente da CNE de Contracepção, Rogério Bonassi, e a professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (SP), Carolina Sales Vieira, além da presença do diretor científico da Febrasgo, César Eduardo Fernandes.

“Este fórum da Febrasgo ficará marcado nas nossas mentes, porque, além de todo conteúdo, contou com uma carga emocional muito grande, agregando pessoas que não estavam participando de perto dessas lutas e aproximando profissionais com outros saberes. A Febrasgo é um forte de resistência da ciência e está sempre defendendo a saúde da mulher brasileira”, avaliou Olímpio Moraes Filho. 



Ações que inspiram

Três iniciativas brasileiras desenvolvidas por ginecologistas obstetras reduziram casos de gestação não planejada e mudaram o futuro de milhares de famílias

Por Letícia Martins

Os dados impressionam: 55,4% das gestações no Brasil e no mundo não foram planejadas e, dessas, 29,9% foram indesejadas. Entre as adolescentes, esse número é maior: 86% das meninas que engravidam não desejavam ser mãe naquele momento.

A gravidez não planejada provoca uma série de mudanças na vida da mulher, como alterações no corpo, na rotina da casa e no desenvolvimento profissional, interferindo no vínculo entre mãe e filho e causando problemas sérios de saúde, como depressão pós-parto.

São muitos os motivos relacionados à falta de planejamento da gravidez, e o desafio de reverter esse quadro implica criar estratégias diferenciadas para os diferentes grupos de risco, como adolescentes, usuárias de droga e portadoras de doenças crônicas.

Como médicos da mulher, os ginecologistas e obstetras exercem papel importante na orientação, conscientização e recomendação de métodos contraceptivos para as pacientes. Mas alguns deles vão além e desenvolvem projetos que mudam a realidade das famílias locais.

Com admiração e respeito, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) apresenta três casos práticos que ajudaram a reduzir o número de gestações não planejadas nos estados de São Paulo, Pará e Rondônia.

“Infelizmente, ainda temos um número muito alto de gravidez não planejada. Por isso, as ações que apresen-

tamos a seguir merecem ser conhecidas e compartilhadas, pois são inspiradoras. Esperamos que elas ajudem a multiplicar iniciativas do bem”, declarou a médica ginecologista Maria Celeste Osório Wender, diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo. Confira!

DE NOVO NÃO!

“O que eu posso fazer por você aqui, agora, com o que eu tenho?”. Essa pergunta motivou a ginecologista obstetra Ida Peréa, presidente da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Roraima (Assogiro) e membro da Comis-





“Ações como essas merecem ser conhecidas e compartilhadas, pois são inspiradoras”, disse a Dra. Maria Celeste Wender.

são Nacional Especializada (CNE) de Morte Materna da Febrasgo, e um grupo de plantonistas de uma maternidade a desenvolverem ações para contribuir com a redução dos casos de gravidez não planejada, especialmente aquela rapidamente repetida.

Durante os 37 anos de prática clínica, vividos principalmente em salas de parto, Ida sempre se incomodou em saber que mais de 50% das grávidas não haviam se programado para criar um filho naquele momento e, pior, a maioria delas voltaria a engravidar sem planejamento em menos de dois anos.

“Em vários lugares onde trabalhei, presenciei uma cena horrível, que sempre me incomodou: quando essas mulheres saíam da maternidade, alguém batia no ombro delas e dizia: ‘daqui a um ano nos vemos aqui de novo’. Isso me perturbava muito e eu pensava: o que nós, ginecologistas obstetras, poderíamos fazer para evitar que aquela mulher, que não queria ter filho naquele momento, viesse a gerar outro na mesma situação?”, contou a médica.

Assim, com o objetivo de ajudar as mulheres a planejarem a próxima gravidez para um momento mais oportuno, surgiu o projeto “De Novo Não”. Ele começou na Maternidade Municipal Mãe Esperança, de Rondônia, inaugurada em 2006. Ida havia recebido a missão de estruturar o serviço e o inaugurou com o entendimento de que o parto não se completa com o nascimento do bebê, mas quando a paciente deixa a maternidade com algum método contraceptivo. “Da mesma forma, a atenção ao abortamento não se completa com a curetagem e a aspiração manual intrauterina, mas quando oferecemos e provemos o método contraceptivo se a mulher quiser para que ela possa planejar a gravidez”, conta a médica. Naquela época, o dispositivo intrauterino (DIU) já estava disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e a equipe da Maternidade Mãe Esperança passou, então, a recomendá-lo após um aborto ou parto.

Quando Ida voltou os olhos para as grávidas adolescentes, sua preocupação aumentou mais ainda. De acordo com Ida, em Roraima, nascem por ano 5.500 filhos de adolescentes. “No geral, essas meninas têm pouca escolaridade, por isso não possuem emprego nem renda. Além disso, não podemos esperar que uma menina que não tem maturidade para prevenir uma gravidez não desejada tenha condições de cuidar de uma criança. Nós

CONECTE-SE

O projeto “De Novo Não” possui uma página na internet com informações sobre métodos anticoncepcionais, gravidez, amamentação e muito mais. Confira o site www.denovonao.com.br



precisamos mudar a história delas”, defendeu Ida. Dessa maneira, o projeto ganhou um reforço: “gravidez na adolescência sem planejamento de novo, não”.

A presidente da Assogiro reconhece que existem algumas barreiras que dificultam o uso do DIU pelas pacientes e uma delas é a do conhecimento. “A primeira coisa que a gente ouve quando começa a inserir o DIU é que as pacientes não gostam e não querem. Mas é impossível alguém gostar daquilo que não conhece. Por isso, precisamos oferecer. Na Maternidade Mãe Esperança, constatamos que as mulheres gostam demais do DIU”, garantiu Ida. Os números refletem isso: 69,6% dos partos são vaginais e 30% das pacientes saem com DIU implantado, contra 26,8% das mulheres que fazem cesariana. “É interessante observar também que 18,3% das pacientes realizaram laqueadura após o parto cesariano. Dessa forma, a cobertura é de 45%. Na questão do aborto, a cobertura é de 60%”, contou Ida.

A médica argumenta que só existem dois motivos para não inserir DIU: em caso de infecção ou se a mulher não quiser. “Nessas situações, a paciente sai da maternidade com a receita para tomar o anticoncepcional depois de seis semanas, pois sabemos que metade delas não comparece à consulta puerperal”, afirmou Ida.



“Não podemos esperar que uma menina que não tem maturidade para prevenir uma gravidez não desejada tenha condições de cuidar de uma criança. Nós precisamos mudar a história delas”, afirmou a Dra. Ida Peréa.

Em 12 anos do projeto “De Novo Não”, a taxa de redução de gravidez não planejada na adolescente em Porto Velho foi de 33,40%, maior do que a taxa de redução nacional (24,92%) e da região Norte (17,58%). “Esse indicador é bom, porém ainda é muito pouco, porque partimos de um patamar altíssimo. Precisamos ampliar o leque de oferta de métodos para chegarmos a um índice aceitável de gravidez na adolescência no nosso município”, concluiu a Dra. Ida.

IMPLANTES QUASE VENCIDOS

O alto número de gravidez na adolescência no Pará surpreendeu a ginecologista e obstetra Valéria Pontes, membro da CNE de Anticoncepção da Febrasgo, diretora científica da Associação Paraense de Ginecologia e Obstetrícia e professora adjunta do Departamento de Saúde da Mulher da Universidade Federal do Pará (UFPA), onde supervisiona o Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia.

Durante uma pesquisa com os residentes médicos, em 2016, Valéria observou que, naquele ano, foram feitos 32.727 partos de meninas com idades entre 15 e 19 anos em hospitais públicos do estado paraense. “Pesquisando um pouco mais, detectamos que a Santa Casa de Misericórdia do Pará liderava o número de partos de gestantes nessa faixa etária no Brasil. Isso me preocupou demais e fiquei pensando em como mudar o destino dessas mulheres. A primeira ideia que surgiu foi investir na educação dos novos residentes e em métodos de longa duração (LARCS, do inglês *long-acting reversible contraception*)”, explicou Valéria.

Em 2017, a Dra. Valéria tomou conhecimento de que uma prefeitura de Pará dispunha de 4.500 contraceptivos de longa duração que estavam próximos da validade final. A médica, então, procurou a Secretaria de Saúde do Estado e solicitou a doação de pelo menos 1.000 (mil) implantes para serem inseridos nas pacientes da Santa Casa.

“Dois dias depois, a secretária adjunta me ligou e confirmou a doação dos mil implantes. Comecei, então, a preparar toda a estratégia de planejamento, que envolvia treinamento da equipe médica e dos residentes, protocolo de inserção, parcerias, divulgação, entre outras ações”, lembrou a professora da UFPA. E assim nasceu o projeto de planejamento familiar especial com implantes

subdérmicos de etonogestrel do Pará, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, e as taxas de gestações não planejadas nas mulheres em situação de risco social e de abortos.

Essa primeira etapa aconteceu de junho a agosto. A Dra. Valéria e a equipe de voluntários tiveram que correr, pois o prazo de validade dos implantes expiraria em novembro. Ela mesmo contou: “Distribuímos 600 implantes para as pacientes da Fundação Santa Casa e 400 para as do Hospital Abelardo Santos, na grande Belém, que atende população de baixa renda e ribeirinha”. A força-tarefa deu tão certo que o município decidiu doar os 3.500 implantes restantes, que foram destinados para os outros municípios do estado do Pará.

Com critérios bem definidos de cadastramento (adolescentes com filhos, múltiparas, portadoras de patologias com contra-indicação para uso de estrogênio, puérperas, pacientes pós-abortamento e pós-gestação de alto risco), foram realizados 4.500 implantes em apenas seis meses.

Três anos depois, muitas pacientes manifestaram o desejo de continuar com o implante. “Procurei novamente a ex-secretária adjunta, que atualmente exerce o cargo de deputada estadual, e, como médica, ela se mostrou sensível à causa, destinando R\$ 100 mil de verba parlamentar para a aquisição de novos implantes, e comprometeu-se ainda a sensibilizar as demais deputadas da bancada feminina quanto à importância social do projeto”, declarou Valéria.

O valor doado possibilitará a troca de implantes para 300 adolescentes, principalmente portadoras de doenças ou em condição social precária. “Mas ainda há milhares de pacientes esperando pela retirada e/ou troca dos implantes. Outra força-tarefa terá que ser feita e eu espero que esse número de pessoas sensibilize tanto a direção da Fundação Santa Casa de Misericórdia, mostrando o grau de satisfação, quanto as deputadas da bancada feminina da assembleia legislativa do Pará, para que esse projeto vire lei e possamos introduzir os LARCS na rede pública de saúde do estado”.

Quando questionada sobre a maior recompensa desse projeto para ela, a Dra. Valéria não titubeou em conectar as duas pontas mais beneficiadas: “Treinar e conscientizar os residentes médicos sobre a importância dos LARCS fez a diferença nesse projeto e certamente fará



Dra. Valéria Pontes com residentes médicos



“Treinar e conscientizar os residentes médicos sobre a importância dos LARCS fez a diferença nesse projeto e certamente fará na vida profissional deles”, destacou a Dra. Valéria Pontes.

na vida profissional deles. E isso, sem dúvida, mudou a vida dessas mulheres, principalmente das adolescentes. Como ginecologistas e obstetras, temos a oportunidade de auxiliar nossas pacientes a planejar um futuro melhor, repleto de perspectivas”.

PROJETO GRAVIUS: NOVA VIDA PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Todas as mulheres que não possuem contraindicação podem usar os LARCs, pois eles são os métodos mais eficazes de contracepção, visto que, uma vez inseridos, não necessitam de ações regulares da paciente. “Sem dúvida, as mais beneficiadas são aquelas em situação de vulnerabilidade, como as usuárias de drogas, moradores de rua, adolescentes, vítimas de violência sexual, em situação de risco, imigrantes ou soropositivas para HIV”, explanou o ginecologista obstetra Luis Carlos Sakamoto, professor responsável de Ginecologia da Faculdade de Medicina, médico do Centro Universitário das Américas e médico de referência do Centro de Assistência da Saúde da Mulher, do Hospital Pérola Byington, em São Paulo.

Foi preocupado com esses grupos de risco e motivado por uma colega e amiga, de Ribeirão Preto (SP), a médica Carolina Sales, que já fazia um trabalho semelhante, que o Dr. Sakamoto iniciou, em março de 2014, o projeto Gravius, em parceria com o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Cratod), instituição do Governo de São Paulo.

O objetivo do projeto é prevenir os casos de gravidez não planejada entre as usuárias de drogas, adolescentes e em situação de rua frequentadoras da Cracolândia, no centro da capital paulista, onde se concentram aproximadamente 500 pessoas durante o dia e até 2 mil à noite e aos finais de semana.

O Cratod encaminhava as usuárias de droga para o Centro de Assistência no Pérola Byington, onde a equipe médica, coordenada por Sakamoto, orientava sobre os métodos de contracepção. Uma vez que a paciente concordasse e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eram feitas, então, além da inserção do implante, a coleta de material de papanicolau e sorologias para infecções contra HIV, hepatites B e C e sífilis.

“No primeiro ano, fizemos apenas cerca de 20 inserções de implante. Passamos, então, a fazer atendimento na Cracolândia uma vez por semana, durante um ano”, contou Sakamoto. A partir de então, outras mulheres começaram a procurar o projeto de forma voluntária. Eram moradoras de favelas e prédios invadidos próximos da Cracolândia que tinham algum contato com drogas. Além delas, o projeto passou a agregar adolescentes viciadas em maconha. “Essa ação surtiu resultado e em 2015 inserimos mais de 150 implantes”, contou Sakamoto. “Um fato curioso é que muitas vinham atrás de um *chip* e nós explicávamos que elas não eram robôs ou celulares para ter *chip* instalado no corpo, mas que iriam usar medicação para prevenir gravidez”, prosseguiu.

Até hoje foram realizadas mais de 600 inserções de implantes pelo projeto Gravius. “Os verdadeiros heróis



“As mulheres mais beneficiadas pelos LARCs são aquelas em situação de vulnerabilidade, como as usuárias de drogas”, disse o Dr. Luis Sakamoto.

desse projeto são os profissionais da saúde que estão na linha de frente, fazendo a abordagem e os primeiros atendimentos. Esse trabalho constante é fundamental para atrair as pacientes para o projeto e é sempre uma vitória quando elas aceitam colocar o implante”, reconheceu o médico, que é membro da CNE de Anticoncepção da Febrasgo.

Os resultados de um trabalho feito com um grupo de 303 pacientes com implantes mostraram que somente uma delas ficou grávida depois da inserção do medicamento (uma adolescente que fazia uso de tiner para se drogar). As drogas usadas por essas pacientes eram *crack* (33,1%), maconha (31,5%), cocaína (15,9%), lança-perfume (2%) e outras sem preferência (17,5%). Além disso, muitas usavam muito álcool e fumavam cigarro com frequência. A média de idade delas era de 26,3 anos, com tempo médio de 14 anos desde o início do vício. “Outro ponto que nos chamou a atenção é que 60% dessas pacientes estudadas apresentavam algum tipo de violência”, destacou Sakamoto.

“Aproximadamente 20% dessas mulheres deixaram a droga e algumas acharam até que o implante ajudou nisso. O que nós fazemos é acolher essas pacientes, dar atenção e tratá-las. Com isso, elas se sentem mais seguras para enfrentar esse tipo de dependência química”, analisou Sakamoto. O médico acredita que “os serviços públicos deveriam fornecer o implante de etonogestrel nessa população vulnerável e nós, ginecologistas obstetras, precisamos disseminar essa ideia para que outras instituições também abracem essa causa e implantem projetos como esses”.



LUZ NO FIM DO TÚNEL

20% das mulheres do projeto Gravius venceram a dependência química.



As gestantes que lidam com o público devem ser afastadas de suas atividades?

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio¹, Maria Celeste Osório Wender²

1. Membro associado à Febrasgo.

2. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

Para que cada associado consiga avaliar cada caso concreto em relação a essa pergunta, são necessárias algumas importantes colocações. O mundo enfrenta uma pandemia ocasionada pelo coronavírus (COVID-19), declarada, em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecida no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 6 (2020)⁽¹⁾ e pela Lei nº 13.979 (2020).⁽²⁾ Ademais, a Lei nº 13.467/2017 alterou o artigo 394-A da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), na seção de proteção à maternidade em relação à insalubridade.⁽³⁾ Alguns trechos, que admitiam a possibilidade de trabalhadoras grávidas e lactantes desempenharem atividades insalubres em algumas hipóteses, foram revogados pela ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade, no STF) nº 5.938⁽⁴⁾ (2019), e a redação atual é a seguinte:

“Art. 394-A. Sem prejuízo de sua remuneração, nesta incluído o valor do adicional de insalubridade, a empregada deverá ser afastada de:

- I - atividades consideradas insalubres em grau máximo, enquanto durar a gestação;
- II - atividades consideradas insalubres em

grau médio ou mínimo, durante a gestação;

III - atividades consideradas insalubres em qualquer grau durante a lactação.

§ 1º (VETADO)

§ 2º Cabe à empresa pagar o adicional de insalubridade à gestante ou à lactante, efetivando-se a compensação, observado o disposto no art. 248 da Constituição Federal, por ocasião do recolhimento das contribuições incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço.

§ 3º Quando não for possível que a gestante ou a lactante afastada nos termos do *caput* deste artigo exerça suas atividades em local salubre na empresa, a hipótese será considerada como gravidez de risco e ensejará a percepção de salário-maternidade (...).⁽³⁾

São consideradas insalubres as atividades que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, expõem a empregada a agentes nocivos à saúde. A previsão da insalubridade encontra-se na Norma Regula-

mentadora (NR) nº 15 da Portaria MTB nº 3.214 (1978).⁽⁵⁾ Além desses casos previstos, pode haver trabalhadoras de outros setores, ou que exerçam outras funções, e que tenham direito à insalubridade e conseqüentemente ao afastamento do trabalho na gestação e lactação. Muitas vezes, a insalubridade não é reconhecida automaticamente, sendo necessário acionar a Justiça do Trabalho para que se tenha esse direito garantido.

É importante ressaltar que a lei menciona o afastamento das atividades insalubres, o que seria equivalente a uma reabilitação temporária da empregada. Além disso, o referido artigo da CLT não resulta em extensão da estabilidade, sendo certo que, ao fim do período de estabilidade pós-gestação, não há impedimentos para a dispensa da empregada, se não houver função compatível com sua situação na estrutura do empregador.

A Lei nº 14.020,⁽⁶⁾ de 06/07/2020 (conversão da Medida Provisória nº 936), instituiu o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, que permite, durante o período de calamidade, a redução proporcional de jornada de trabalho e de salário e a suspensão temporária do contrato de trabalho. Essas medidas também podem ser aplicadas à empregada gestante ou lactante, não havendo proteção expressa na lei.⁽⁷⁾ Porém, a partir do momento em que ela passar a usufruir do salário-maternidade, a medida adotada é interrompida e ela receberá o valor do benefício sem nenhuma redução e faz jus ao Benefício Emergencial nesses casos.

Todas as trabalhadoras gestantes ou lactantes que, dentro ou fora do contexto da pandemia, tiverem contato com agentes insalubres terão o direito garantido de permanecerem afastadas das atividades de risco durante a gestação e a amamentação.

No contexto da pandemia pelo novo coronavírus, o Ministério da Saúde, na Portaria nº 428,⁽⁸⁾ de 19/03/2020, preceitua que:

“Art. 2º. Deverão executar suas atividades remotamente os servidores e empregados públicos:

I - enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19):

- a) com sessenta anos ou mais;
- b) imunodeficientes;
- c) com doenças preexistentes crônicas ou graves, como cardiovasculares, respiratórias e metabólicas; e
- d) gestantes e lactantes.”

Na sua recomendação nº 039,⁽⁹⁾ de 12/05/2020, o Conselho Nacional de Saúde recomenda a governadores e prefeitos que criem, por meio de decretos, medidas emergenciais de proteção à mulher trabalhadora, incluindo mulheres com deficiência, especialmente do setor saúde, que garantam o acesso a condições adequadas de trabalho (fornecimento de equipamentos de proteção

individual, locais adequados para descanso intrajornada, manutenção dos intervalos interjornada e intrajornada, alimentação adequada etc.); exames periódicos e emergenciais, bem como testagem para COVID-19; afastamento das trabalhadoras sintomáticas para síndrome gripal ou pertencentes a grupos vulneráveis (doenças crônicas, pessoas acima de 60 anos), gestantes, lactantes com garantia de pagamento integral de remuneração; flexibilização de jornada de trabalho para mães de escolares; pagamento do adicional de insalubridade em grau máximo (40%) sobre o salário-base da trabalhadora que estiver envolvida no enfrentamento da pandemia de coronavírus. A autonomia para a efetivação dessas recomendações cabe a cada chefe do Executivo.^(10,11)

Especificamente nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde recomenda expressamente que trabalhadoras gestantes ou lactantes não devem ser inseridas no atendimento e assistência a casos suspeitos ou confirmados. Devem ser realocadas de função, em atividades de gestão ou apoio, de forma a minimizar a chance de contato com pessoas ou ambientes contaminados, preferencialmente em trabalho remoto (por exemplo: teleatendimento).

Apesar de a maioria das publicações não demonstrar diferenças nas taxas de infecção e na evolução da infecção pelo novo coronavírus nas gestantes em relação à população geral,⁽¹²⁾ os dados brasileiros divulgados em agosto pelo Ministério da Saúde apontaram as gestantes com risco 1,5 maior de internação em UTI com necessidade de ventilação mecânica em relação ao restante da população. O Ministério da Saúde considera gestantes e lactantes oficialmente como pertencentes ao grupo de risco, objetivando a sua proteção, de acordo com a Portaria nº 54,⁽¹³⁾ de 01/04/2020.

Na Nota Técnica nº 07/2020, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa),⁽¹⁴⁾ revisada em 05/08/2020, há a previsão do tempo de isolamento dos casos confirmados, de acordo com critérios clínicos e laboratoriais, variando de 10 a 20 dias a partir do PCR positivo, e nos casos sintomáticos, associado a 24 horas sem febre e com melhora dos sintomas. Os afastamentos devem seguir as Portarias nº 356 (2020)⁽¹⁵⁾ e nº 454 (2020)⁽¹⁶⁾ do Ministério da Saúde, com os respectivos modelos de atestados e declarações.

Encontra-se ainda em tramitação o Projeto de Lei nº 3.932/20, que propõe tornar obrigatório o afastamento de gestantes do trabalho presencial durante a pandemia, deixando-as disponíveis apenas para trabalho remoto. O texto foi recentemente (26/08/2020) aprovado na Câmara dos Deputados e irá para análise no Senado (<https://www.camara.leg.br/noticias/687826-camara-aprova-afastamento-de-gestantes-do-trabalho-presencial-durante-a-pandemia>).

Assim, no intuito de proteção ao binômio mãe-feto e à amamentação, em consonância com as normas vigentes, depreende-se que, em relação ao trabalho durante a gestação e lactação.^(17,18)

1. Deve haver afastamento das atividades insalubres (Art. 394-A da CLT);⁽³⁾
2. Devem executar suas atividades remotamente as servidoras e empregadas públicas enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública pela COVID-19 (Art. 2º, I, Portaria nº 428/2020, MS);⁽⁸⁾
3. Recomendam-se todas as medidas possíveis e aplicáveis para prevenção, cautela e redução da transmissibilidade nos demais casos, com respeito às normas e fases locais da pandemia e às melhores alternativas para empregado e empregador;
4. São consideradas do grupo de risco pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 54, de 01/04/2020);⁽⁹⁾
5. São aplicáveis todas as medidas do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, a saber: o pagamento do Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda; a redução proporcional de jornada de trabalho e de salário; e a suspensão temporária do contrato de trabalho (Lei nº 14.020, 2020);⁽⁶⁾
6. Nos casos de gestantes/lactantes que apresentem suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19, bem como nos casos de contatos com casos suspeitos ou confirmados, os períodos de afastamento e isolamento devem seguir as regras vigentes do Ministério da Saúde e da Anvisa.

As normas trabalhistas são dinâmicas e importantíssimas para o exercício profissional, nos âmbitos de empregador, empregado e prática assistencial de todo ginecologista e obstetra. A Febrasgo permanecerá atenta em busca de propiciar informações relevantes e atualizadas para nossos associados. 

REFERÊNCIAS

1. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm
2. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 Feb 07 [cited 2020 Jul 20]; Seção 1:1. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>
3. Amaro RDS. Lei nº 13.287/16 e a inclusão do artigo 394-A na CLT – afastamento de gestantes e lactantes de atividades insalubres [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://www.migalhas.com.br/depeso/254335/lei-13287-16-e-a-inclusao-do-artigo-394-a-na-clt-afastamento-de-gestantes-e-lactantes-de-atividades-insalubres#:~:text=migalhas%20de%20peso-,Lei%2013.287%2F16%20e%20a%20inclus%C3%A3o%20de%20artigo%20394%2DA,e%20lactantes%20de%20atividades%20insalubres&text=A%20empregada%20gestante%20ou%20lactante,suas%20atividades%20em%20local%20salubre>
4. Supremo Tribunal Federal. STF invalida norma da Reforma Trabalhista que permitia trabalho de grávidas e lactantes em atividades insalubres [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=412571>
5. Ministério do Trabalho. NR nº 15, de 8 de junho de 1978. Dispõe sobre as atividades e operações insalubres. [Internet]. 1978 [cited 2020 Jul 20]. Available from: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-15-atualizada-2019.pdf
6. Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda; dispõe sobre medidas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020; altera as Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.101, de 19 de dezembro de 2000, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 10.865, de 30 de abril de 2004, e 8.177, de 1º de março de 1991; e dá outras providências [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L14020.htm
7. Mascaro M. O que muda nos direitos trabalhistas das gestantes durante a pandemia? Exame.com. 2020 Aug 06 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://exame.com/carreira/o-que-muda-nos-direitos-trabalhistas-das-gestantes-durante-a-pandemia/>
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 428, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) no âmbito das unidades do Ministério da Saúde no Distrito Federal e nos Estados [Internet]. 2020 [cited 2020 May 25]. Available from: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%20428-20-ms.htm
9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 039, de 12 de maio de 2020. Recomenda aos Governadores Estaduais e Prefeitos Municipais o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1169-recomendacao-n-039-de-12-de-maio-de-2020>
10. Gestantes serão testadas para COVID-19, garante Ministério da Saúde. Agência Câmara de Notícias [Internet]. 2020 Aug 05 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://www.camara.leg.br/noticias/682399-gestantes-serao-testadas-para-covid-19-garante-ministerio-da-saude/>
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais [Internet]. Brasília (DF): COE/SVS/MS; 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available from: https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recome ndacoesdeprotecaotrabalhadore- COVID-19.pdf
12. Berghella V. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): pregnancy issues [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-pregnancy-issues>
13. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Portaria nº 54, de 1º de abril de 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 Apr 02 [cited 2020 Aug 17]; Seção 1:6. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-54-de-1-de-abril-de-2020-250849730>
14. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde (complementar à Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020) [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+TECNICA+-+GIMS-GGTES-ANVISA+Nº+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União [Internet]. 2020 Mar 12 [cited 2020 Aug 17]; Seção 1:185. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. 2020 Mar 20 [cited 2020 Aug 17]; Seção 1:1. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>
17. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Guia de orientação para gestantes e puérperas sobre o Novo Coronavírus [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzEyMjk%2C>
18. Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (Sogesp). Afastamento de gestante durante a pandemia do Novo Coronavírus (SARS-COV-2): Coronavírus [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://www.sogesp.com.br/noticias/afastamento-de-gestante-durante-a-pandemia-do-novo-coronavirus-sars-cov-2/>

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, Almir Antonio Urbanetz, 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, Jorge Fonte de Rezende Filho, 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 Osorio 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

550 Atendimento ambulatorial de gestantes e puérperas durante a pandemia de COVID-19

Fernanda Garanhani de Castro Surita, Adriana Gomes Luz, Lilian de Paiva Rodrigues Hsu, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Marianna Facchinetti Brock, Mary Uchiyama Nakamura

PROTOCOLOS

555 Analgesia e anestesia farmacológica em Obstetrícia

Alfredo de Almeida Cunha, Gisèle Passos da Costa Gribel, Alvio Palmiro

561 Discinesias da contratilidade uterina e sua correção

Rodrigo Rocha Codarin, Rossana Pulcineli Vieira Francisco

ARTIGO ORIGINAL

563 Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes

Allana Lopes Pereira, Luana Ribeiro da Silva, Larissa Moni Palma, Letícia Coutinho Lopes Moura, Marcos de Assis Moura

ARTIGOS DE REVISÃO

568 Parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas: prevalência, fatores de risco e o papel do colo uterino

Thaís Guedes Bortoletto, Anderson Borovac-Pinheiro, Sérgio Hofmeister Martins-Costa, Rodolfo de Carvalho Pacagnella

574 Remoção histeroscópica de sistema intrauterino em gestação inicial: revisão de literatura

José Eduardo Rocha Gonçalves, Thiago Falbo Guazzelli, Geraldo Maurício de Nadai

Atendimento ambulatorial de gestantes e puérperas durante a pandemia de COVID-19

Número 3 – Setembro 2020

A Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal 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

- Abordar a importância da manutenção dos atendimentos às gestantes e puérperas durante o período da pandemia do novo coronavírus.
- Prover cuidados para que as consultas não se tornem um local de risco para contaminação das usuárias e dos profissionais de saúde. Esses cuidados devem envolver o espaço físico, o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a orientação dos profissionais e das gestantes e puérperas.
- Abordar a importância da vacinação das gestantes contra a influenza para facilitar o diagnóstico diferencial das síndromes respiratórias.
- Propiciar formas de educação em saúde no pré-natal e atendimento pós-parto utilizando novas tecnologias.
- Quanto mais se amplia a testagem, mais se propicia proteção aos profissionais e pacientes.
- A pandemia da COVID-19 continua a ser uma situação em rápida evolução e, à medida que novas pesquisas e dados são disponibilizados, as recomendações de cuidados clínicos devem ser refinadas para refletir as informações mais atuais.

RECOMENDAÇÕES

- Durante a pandemia e enquanto houver risco de contaminação pelo COVID-19, o atendimento ambulatorial de gestantes e puérperas precisa ser mantido, entretanto estratégias de cuidados adicionais precisam ser implementadas.
- Reestruturar os serviços de saúde, a fim de rastrear indivíduos sintomáticos, e informar sobre o uso adequado de EPIs por profissionais de saúde.
- Promover o distanciamento social sem deixar de lado o aspecto acolhedor e humanizador do atendimento às mulheres grávidas e no pós-parto.
- É preciso pensar em novas maneiras de atender mulheres grávidas, minimizando o risco de contaminação, usando vídeos educacionais, aplicativos para celular e grupos *on-line*.
- A testagem universal promove maior segurança para a mulher, o recém-nascido e os profissionais de saúde e deve ser feita sempre que houver condições para isso.

CONTEXTO CLÍNICO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o estado de pandemia pelo coronavírus 19, nomeado COVID-19. A rápida evolução de um surto, que se alastrou por todos os continentes, gerou uma preocupa-

ção universal, não só pelo número de óbitos, mas também pelo impacto mundial nas mais diversas esferas.⁽¹⁾ A fim de evitar uma maior disseminação da epidemia, as pessoas são aconselhadas a ficar em casa, evitar aglomerações e promover o distanciamento social, o que traz um dilema

para muitas mulheres durante o ciclo grávido puerperal sobre a possibilidade de ir aos hospitais, consultórios, laboratórios ou unidades de atenção primária à saúde.

O cuidado pré-natal é sabidamente importante durante toda a gestação, para identificação de risco, prevenção e gestão de doenças específicas da gestação ou condições patológicas preexistentes e educação e promoção da saúde.⁽²⁾

E os mesmos riscos e questionamentos valem para as consultas ambulatoriais no pós-parto, um período que em condições normais já é pouco valorizado, mas que tem sido foco de muitos estudos novos pela sua importância nos cuidados com a mulher não só no pós-parto com em longo prazo, no que diz respeito ao planejamento reprodutivo, aos cuidados com a saúde mental, ao autocuidado e ainda à orientação do seguimento.

Até o momento há divergências sobre qual o risco para gestantes tanto na suscetibilidade como nos resultados adversos na infecção pelo SARS-CoV-2 (coronavírus da síndrome respiratória aguda grave) em comparação com a população em geral. Algumas doenças respiratórias como o H1N1 se associaram a piores resultados em gestantes, porém os estudos iniciais sobre a infecção pelo novo coronavírus entre gestantes não mostraram esse aumento de risco.^(3,4) Entretanto, não podemos deixar de citar dados nacionais com aumento expressivo da mortalidade materna pela infecção do novo coronavírus.⁽⁵⁾

Dados mais recentes trazem uma preocupação maior entre as gestantes acometidas. Manifestações graves da doença, maior internação em UTI e ventilação mecânica foram mais frequentes, embora não haja até o momento descrição de aumento nas taxas de mortalidade entre gestantes e puérperas.⁽⁶⁾ Resultados perinatais adversos como aumento nas taxas de prematuridade e óbito fetal também já foram reportados.⁽⁷⁾ Entretanto, o dado sobre mortalidade deverá ser revisado e ajustado por idade, podendo trazer novos resultados futuramente.

Gestantes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes) ou obesidade devem ser consideradas de maior risco para complicações da infecção do novo coronavírus, assim como a população geral.⁽⁵⁾

Sabe-se, entretanto, que os acompanhamentos pré-natal e pós-natal não deverão ser suspensos, dada a importância do monitoramento e do acompanhamento para a redução dos riscos materno-fetais, neonatais e puerperais.

COMO ESTRUTURAR AS MUDANÇAS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE GESTANTES E PUÉRPERAS ENQUANTO HOVER RISCO DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS?

O risco de comparecer às unidades de saúde e aos consultórios ou apenas de sair de casa deve ser repen-

sado a cada consulta pré-natal agendada. Abordagens alternativas de prestação de cuidados pré-natais foram propostas como uma estratégia no esforço para controlar a disseminação do novo coronavírus entre pacientes, cuidadores e funcionários. Embora as evidências sejam limitadas em relação à segurança e à eficácia dessas abordagens, diversas entidades internacionais reconhecem a necessidade de implementar estratégias inovadoras durante essa emergência de saúde pública em rápida evolução, considerando as diferenças nos ambientes de atendimento e os riscos à população.

Dessa forma, as consultas que ocorrem devem ser aproveitadas da melhor forma possível com a maior quantidade de esclarecimentos e orientações que possam ser realizadas. Considere agrupar os componentes do tratamento (por exemplo, vacinas, exames de glicemia, realização de ultrassonografia [USG] etc.). Entretanto, para algumas situações de gestantes de alto risco e também no terceiro trimestre, não há como orientar a dispensa das consultas pré-natal ou o espaçamento entre elas. Situações frequentes como as de gestantes com qualquer forma de hipertensão arterial, diabetes e restrição do crescimento fetal não podem ficar sem acompanhamento ambulatorial qualificado, pois poderiam aumentar do risco da morbidade e mortalidade perinatal. Juntam-se a essas, outras condições de vulnerabilidade social e doenças graves (cardiopatas, doenças autoimunes e neoplasias) que não podem prescindir de acompanhamento.

O ônus dessa situação inédita que vivenciamos pode ser, de alguma forma, minimizado com a organização dos serviços de saúde que atendem as gestantes.

Desde o início da pandemia, inúmeros protocolos de atendimento foram criados e atualizados numa velocidade ímpar que dificulta a atualização no tema. Entretanto, alguns cuidados são consenso tanto na estruturação dos serviços como no atendimento individual. Recomenda-se a revisão dos fluxos existentes para a identificação precoce e o atendimento imediato em local específico para “atendimento para COVID-19” das gestantes sintomáticas, otimizando o atendimento e também, de forma geral, reduzindo a permanência das gestantes nas unidades de saúde.⁽⁸⁾

QUAIS MUDANÇAS NA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DEVEM SER IMPLEMENTADAS?

- Se possível, realizar contato telefônico prévio para questionar sobre sinais e sintomas da COVID-19: febre, tosse, coriza, dor no corpo, diarreia e dor abdominal. Se houver sintomas presentes, orientar a gestante a procurar atendimento específico para pacientes com risco de COVID-19 e a não ir ao serviço de pré-natal de rotina para evitar o contato com outras gestantes.

- Oferecer triagem pré-atendimento para todas as gestantes que chegarem ao serviço pré-natal com questionamento sobre os sinais e sintomas acima descritos e aferição de temperatura.
- Favorecer o distanciamento entre as usuárias do serviço de saúde com delimitação do espaço físico utilizado e marcação das poltronas/cadeiras na sala de espera. Para evitar maior número de pessoas no mesmo local, neste período deve ser evitada a presença rotineira de acompanhante, que pode ser revista em situações especiais.
- É recomendado que os serviços de saúde tenham entradas e espaços físico e pessoal diferenciados para o atendimento de gestantes com e sem sintomas e sinais sugestivos do SARS-CoV-2.

Assim, é imprescindível a organização do serviço para o adequado acompanhamento das gestantes e puérperas.

QUAIS MUDANÇAS NO ATENDIMENTO INDIVIDUAL DEVEM SER REALIZADAS?

- O médico deve lavar as mãos antes do atendimento e ao final dele; na falta de local adequado para a lavagem das mãos; pode ser utilizado o álcool em gel.⁽⁵⁾
- O uso de máscaras médicas (cirúrgica e N95/PPF2) é uma das medidas de prevenção que limitam a propagação de doenças respiratórias, incluindo o coronavírus. No entanto, o uso de máscara isoladamente não é suficiente para fornecer o nível adequado de proteção. Outras medidas igualmente relevantes devem ser adotadas. Ao utilizar máscaras, essa medida deve ser combinada com a higiene das mãos e outras medidas de prevenção para impedir a transmissão pessoa a pessoa do coronavírus. As máscaras de pano feitas em casa com materiais comuns e de baixo custo podem ser usadas pelas gestantes como uma medida voluntária adicional de saúde pública.⁽⁹⁾
- Os profissionais de saúde devem usar proteção ocular (*face shield*/óculos de proteção) durante todo o atendimento ambulatorial. Esse material deve ser reutilizado após limpeza e desinfecção. Ressaltamos que óculos comuns para correções de refração não substituem a proteção ocular recomendada.⁽⁵⁾
- Deve-se orientar e reforçar a importância da vacinação para influenza no pré-natal.
- Deve-se avaliar a possibilidade de aumento do intervalo entre as consultas, desde que isso não comprometa questões clínicas e obstétricas.
- Devem-se otimizar coleta de exames laboratoriais, USG e outros exames subsidiários, para que sejam feitos nos mesmos dias das consultas, dentro das possibilidades dos serviços, evitando, sempre

que possível, saídas do domicílio e exposição excessiva das gestantes e puérperas.

- Devido à impossibilidade de manter o distanciamento seguro, há um grande risco de contaminação durante a USG. Assim sendo, os exames ultrassonográficos devem ser reduzidos ao mínimo essencial e as pacientes devem comparecer sem acompanhante (*International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* – ISUOG 2020). Os exames recomendados para a época de pandemia são: USG no primeiro trimestre entre 11 e 13 semanas para datar a gestação e realizar o exame morfológico de primeiro trimestre; USG de 18 a 24 semanas para realizar a avaliação morfológica de segundo trimestre. O exame de terceiro trimestre deve ser realizado apenas se houver indicação clínica. Em gestações com patologias maternas ou fetais, um acompanhamento rigoroso com a frequência mínima necessária está justificado. Em gestantes com infecção confirmada por coronavírus, devem-se adiar o máximo possível os exames para reduzir a propagação do vírus.⁽¹⁰⁾

COMO GERENCIAR MEDICAMENTOS UTILIZADOS COM FREQUÊNCIA EM COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ?

Seguem algumas orientações sobre o uso de alguns medicamentos que podem ser necessários durante o pré-natal e o que muda se houver suspeita ou confirmação de infecção pelo coronavírus:

- Betametasona no pré-natal: o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomenda evitar glicocorticoides em gestantes positivas para COVID-19, porque foi demonstrada associação com aumento do risco de mortalidade em pacientes com influenza (infecção por coronavírus na MERS-CoV). Devido aos benefícios neonatais da administração pré-natal de betametasona para a maturação pulmonar fetal entre 24 + 0 e 33 + 6 semanas quando há risco de parto prematuro, o *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) continua recomendando seu uso para indicações-padrão para pacientes grávidas, mesmo as com suspeita ou confirmação de COVID-19.⁽¹¹⁾ No entanto, essas decisões podem ser individualizadas, sempre ponderando os benefícios neonatais com os riscos de possíveis danos à gestante;
- Ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose: para mulheres grávidas sem COVID-19, a ACOG orienta a manutenção do uso de AAS em baixa dose, conforme indicado clinicamente

(por exemplo, prevenção de pré-eclâmpsia). Para aquelas com suspeita ou confirmação de COVID-19 com indicação de AAS em baixa dose, a decisão de continuar o medicamento deve ser individualizada, sendo geralmente possível. Dada a ausência de dados, a Agência Europeia de Medicamentos e a OMS não recomendam evitar anti-inflamatórios não esteroides em pacientes com COVID-19, quando clinicamente indicados.⁽¹²⁾

PACIENTES ASSINTOMÁTICAS E TESTAGEM UNIVERSAL – O QUE SE RECOMENDA? E O QUE PODE SER FEITO?

No primeiro estudo nos EUA com testagem de COVID-19, entre 100% das parturientes (n = 215), 1,9% eram sintomáticas e testaram positivo para COVID-19; entre as assintomáticas, 84,6% testaram negativo e 13,5% testaram positivo para COVID-19. Esse estudo foi em parturientes, porém provavelmente a proporção entre gestantes no pré-natal é similar.⁽¹³⁾ Também nos EUA, outro estudo chamou a atenção pela baixa prevalência de COVID-19 (2,7% [5/188]) na testagem universal entre gestantes e puérperas; entre as assintomáticas, só havia dois casos positivos, que negativaram na segunda amostra.⁽¹⁴⁾ Já em um estudo no Japão, a porcentagem de teste positivo entre pacientes obstétricas assintomáticas foi de 4%.⁽¹⁵⁾ Até o momento não temos dados de testagem universal no Brasil, mas estudos nacionais estão sendo realizados nesse sentido e todos – profissionais de saúde, gestantes e puérperas – devem se proteger e evitar a disseminação do vírus.⁽¹⁶⁾

COMO INOVAR NA EDUCAÇÃO ANTENATAL E NOS CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL?

O distanciamento social impede a realização dos grupos de gestantes. *Antenatal education groups* têm sido cada vez mais valorizados, pela possibilidade de orientações diversas por equipe multiprofissional, não apenas sobre a evolução da gestação e parto. Nos grupos são abordadas questões importantes para a mulher, as quais geralmente são abordadas de forma superficial nas consultas individuais, por falta de tempo ou outras dificuldades. Direitos das gestantes, possibilidades de contracepção no pós-parto imediato ou na consulta de revisão puerperal, aspectos nutricionais, violência doméstica, depressão e ansiedade, atividade física, aleitamento e cuidados com o recém-nascido são tópicos que necessitam ser discutidos durante o pré-natal para que as mulheres se sintam mais empoderadas e tenham uma experiência positiva na gravidez e no período pós-parto.⁽²⁾

Precisamos ainda pensar em maneiras de reinventar as atividades antes exercidas nos grupos de gestantes, por meio da utilização de vídeos educativos, aplicativos para celulares, grupos *on-line*, enfim, todo tipo de mate-

rial educativo/informativo que possa ser oferecido sem risco de contaminação, além de aproveitar ao máximo o atendimento individual para essas orientações.

Outro diferencial desse período de pandemia é o aumento da ansiedade, tristeza e medo. Além da gravidez e do cenário incerto relacionado à doença, as gestantes infectadas ou não com coronavírus podem estar passando por intenso sofrimento psicológico, o que pode causar sérias consequências em termos de saúde mental.⁽¹⁷⁾ Seria interessante que gestantes e puérperas tivessem uma forma de se comunicar com os profissionais de saúde em caso de sofrimento psíquico ou para sanar dúvidas durante este período.

Tem sido observada má qualidade do sono em gestantes, assim como piora dos distúrbios do sono, conforme progride a gravidez, podendo impactar no trabalho e na saúde materna e fetal. A baixa qualidade do sono pode ser maior durante períodos de pandemia com distanciamento social, redução de atividades de lazer e ansiedade, gerando impacto na gravidez, no parto e na saúde materna e fetal.^(18,19)

Todas essas orientações não podem deixar de acontecer no atendimento ambulatorial de mulheres no período pós-parto. Não podemos negligenciar as puérperas, pois sabe-se que a maior parte das mortes maternas ocorre no puerpério e tem relação com a demora ou a dificuldade no acesso aos serviços de saúde após a alta da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prioridade hoje é diminuir a carga de saúde pública da COVID-19. Nós, obstetras e ginecologistas, temos a obrigação de ajudar a implementar medidas simples, conscientizando as mulheres grávidas e no pós-parto para realizarem práticas seguras de higiene das mãos, uso de máscaras, distanciamento social, etiqueta da tosse, ficarem em casa sempre que possível e desinfetarem superfícies frequentemente. Enquanto não houver vacina, são esses cuidados que podem reduzir a contaminação e salvar vidas. Não podemos nos furtar de oferecer o cuidado qualificado centrado nas necessidades de cada mulher e de tentar propiciar, mesmo em tempos de exceção como esta pandemia, uma experiência positiva e segura durante a gestação, parto e puerpério, como preconizam as boas práticas da OMS.

REFERÊNCIAS

1. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19): WHO characterizes COVID-19 as a pandemic. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.
2. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=E15FAE016E07E0B15DB6D0D5223BB51D?sequence=1>.
3. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Uyeki TM. Effects of influenza on pregnant women and infants. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(3 Suppl):S3-8. doi: 10.1016/j.ajog.2012.06.068

4. Mosby LG, Ellington SR, Forhan SE, Yeung LF, Perez M, Shah MM, et al. The Centers for Disease Control and Prevention's maternal health response to 2009 H1N1 influenza. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(6 Suppl 1):S7-12. doi: 10.1016/j.ajog.2011.02.057
5. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Katz L, et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Jul 9. doi: 10.1002/ijgo.13300
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Practice Advisory. 2020. Available from: <https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical%20Guidance/Practice%20Advisory/Articles/2020/03/Novel%20Coronavirus%202019>.
7. Lambelet V, Vouga M, Pomar L, Favre G, Gerbier E, Panchaud A, et al. Sars-CoV-2 in the context of past coronaviruses epidemics: Consideration for prenatal care. *Prenat Diagn.* 2020 May 26;10.1002/pd.5759. doi: 10.1002/pd.5759. Online ahead of print
8. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Safe motherhood and COVID-19. Available from: <https://www.figo.org/safe-motherhood-and-covid-19>.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Orientações Gerais – Máscaras faciais de uso não profissional – NT Anvisa. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f>.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). COVID-19 FAQs for Obstetrician-Gynecologists, Obstetrics. Available from: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid-19-faqs-for-ob-gyns-obstetrics>.
11. ISUOG. Declaração do consenso ISUOG sobre a organização dos serviços de ultrassonografia obstétrica de rotina e especializados no contexto do COVID-19. Consensus Statement. Available from: <https://www.isuog.org/uploads/assets/ab697155-d3fa-4818-abad79c3fec8291/ISUOG-Consensus-StatementCOVID19Portuguese.pdf>.
12. European Medicines Agency. EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19 Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>.
13. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *N Engl J Med.* 2020 Apr 13. doi: 10.1056/NEJMc2009316. [Epub ahead of print]
14. LaCourse SM, Kachikis A, Blain M, Simmons LE, Mays JA, Pattison AD, et al. Low prevalence of SARS-CoV-2 among pregnant and postpartum patients with universal screening in Seattle, Washington. *Clin Infect Dis.* 2020:ciaa675. doi: 10.1093/cid/ciaa675. Online ahead of print.
15. Ochiai D, Kasuga Y, Iida M, Ikenoue S, Tanaka M. Universal screening for SARS-CoV-2 in asymptomatic obstetric patients in Tokyo, Japan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Jun 4. doi: 10.1002/ijgo.13252.
16. Costa ML, Pacagnella RC, Guida JP, Souza RT, Charles CM, Lajos GJ, et al.; Brazilian Network for Studies on Reproductive and Perinatal Research. Call to action for a South American network to fight COVID-19 in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 May 15. doi: 10.1002/ijgo.13225.
17. Freitas-Jesus JV, Rodrigues L, Surita FG. The Experience of Women Infected by the COVID-19 during Pregnancy in Brazil: A Qualitative Study Protocol. *Reprod Health.* 2020;17(1):108. doi: 10.1186/s12978-020-00958-z.
18. Hutchison BL, Stone PR, McCowan LME, Stewart AW, Thompson JMD, Mitchell EA. A postal survey of maternal sleep in late pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:144. doi: 10.1186/1471-2393-12-144.
19. Facco FL. Sleep-disordered breathing and pregnancy. *Semin Perinatol.* 2011;35(6):335-9.

Como citar:

Surita FG, Luz AG, Hsu LP, Carvalho FH, Brock MF, Nakamura MU. Atendimento ambulatorial de gestantes e puérperas durante a pandemia de COVID-19. *FEMINA.* 2020;48(7):550-4.

A versão em inglês do Febrasgo *Position Statement* intitulado "Outpatient care for pregnant and puerperal women during the COVID-19 pandemic" está publicada em: *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(9):588-92.

Fernanda Garanhani de Castro Surita

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Adriana Gomes Luz

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Lilian de Paiva Rodrigues Hsu

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Francisco Herlânio Costa Carvalho

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

Marianna Facchinetti Brock

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

Mary Uchiyama Nakamura

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

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Presidente:

Fernanda Garanhani de Castro Surita

Vice-Presidente:

Lilian de Paiva Rodrigues Hsu

Secretária:

Adriana Gomes Luz

Membros:

Edson Gomes Tristão
 Eliana Martorano Amaral
 Eugenia Glaucy Moura Ferreira
 Francisco Herlânio Costa Carvalho
 Joeline Maria Cleto Cerqueira
 José Meirelles Filho
 Luciana Silva dos Anjos França
 Marianna Facchinetti Brock
 Mary Uchiyama Nakamura
 Patrícia Gonçalves Teixeira
 Renato Ajeje
 Sérgio Hecker Luz

Analgesia e anestesia farmacológica em Obstetrícia

Alfredo de Almeida Cunha¹, Gisèle Passos da Costa Gribel², Alvio Palmiro²

Descritores

Analgesia; Analgesia obstétrica; Anestesia e analgesia; Analgesia epidural; Medição da dor

Como citar?

Cunha AA, Gribel GP, Palmiro A. Analgesia e anestesia farmacológica em Obstetrícia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 98/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 98, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

INTRODUÇÃO

Definições

Analgesia é a supressão da dor obtida por meio de fármacos ou procedimentos físicos. Anestesia é a perda total da sensibilidade dolorosa e tátil, acompanhada de relaxamento muscular, conseguida intencionalmente, podendo ser local, locorregional ou geral (narcose). Anestésias espinais ou no neuroeixo são as locorregionais efetuadas na coluna vertebral – a peridural e a raquidiana, cujos sinônimos são os seguintes: anestesia peridural e analgesia epidural e extradural.⁽¹⁾

Essas duas modalidades podem ser praticadas conjuntamente em uma analgesia que será denominada analgesia combinada. A dor é uma das principais preocupações da paciente com relação ao parto. Em dados de uma coorte de base hospitalar nacional, com 23.940 puérperas, realizada em 2011-2012, observou-se que a preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (múltiparas com cesariana anterior no setor privado). O principal motivo para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto (68,5%), já para a cesariana, o medo da dor do parto (46,6%).⁽²⁾ Existem confirmações bioquímicas e neurofisiológicas de que a dor materna durante o parto gera consequências deletérias para a parturiente e o feto. A analgesia peridural é a modalidade utilizada com mais frequência durante o trabalho de parto. Suas principais vantagens incluem: o alívio efetivo da dor com baixa dose anestésica, sem bloqueio motor significativo, e a possibilidade de complemento analgésico em cateter. Estudos enfatizaram que a analgesia peridural em fase precoce do trabalho de parto, com dilatação cervical menor que 4 cm, estaria associada ao alto índice de cesáreas, o que contraindicaria, de forma relativa, sua realização nesse período. Entretanto, ensaios mais recentes e de maior impacto demonstraram que não há diferença na taxa de cesáreas em pacientes em trabalho de parto, espontâneos ou induzidos, que receberam analgesia peridural em fase precoce e que o momento adequado para a analgesia é dependente da demanda materna.^(3,4) A revisão sistemática sobre a assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências mostrou que o alívio da dor é recomendado por métodos não farmacológicos, analgesia de parto peridural e combinada ou do suporte contínuo intraparto.⁽⁵⁾ A mesma recomendação foi feita depois de inquérito nacional na Austrália.⁽⁶⁾

ETIOLOGIA

A dor em obstetrícia pode estar ligada a diversos eventos em diferentes idades gestacionais, desde o abortamento ou a gravidez ectópica, no primeiro trimestre, até o trabalho de parto prematuro ou de termo. Para o atendimento a esses eventos, podem ser utilizados procedimentos como a dilatação e a curetagem no caso de abortamento incompleto, cirurgia

abdominal na gravidez ectópica, assistência ao trabalho de parto ou operação cesariana. Para tanto, pode ser utilizada analgesia ou anestesia, dependendo do procedimento, com diversas técnicas e substâncias. O estudo de Merino *et al.* (2014)⁽⁷⁾ descreveu o período de máxima intensidade da dor das contrações uterinas durante o trabalho de parto para eventualmente permitir o desenvolvimento de novos modelos de administração de analgesia venosa, isto é, o momento mais adequado para sua administração. Eles acompanharam 64 pacientes, selecionadas de maneira consecutiva por 18 meses. Obteve-se, por informação da paciente, o momento de maior intensidade da dor durante o trabalho de parto. Foram identificados intervalos de tempo da duração da dor para dilatações de 3-5 cm, 6-7 cm e 8-10 cm, sem que tivesse havido diferenças significativas entre eles, informação relevante para apoiar o desenvolvimento de modelo preditivo da dor.⁽⁷⁾ O resultado mostrou que essa forma de analgesia não deve depender da evolução do trabalho de parto, mas da queixa da paciente.

FISIOPATOLOGIA

Fisiologia da dor em obstetrícia e vias de condução da sensibilidade

Durante o processo de parturição, diversos fatores alteram a intensidade da dor, tais como a paridade, a rotura de membranas corioamnióticas, a dilatação cervical, bem como influências culturais e ambientais. Inicialmente, a dor do trabalho de parto é percebida pela aferência dolorosa visceral por meio de segmentos toracolombares da medula espinhal. Na evolução do trabalho de parto, acrescenta-se a aferência dolorosa por fibras sensitivas da região cutânea do períneo através de inervação sacra. O estudo de Gallo *et al.* (2012)⁽⁸⁾ verificou o número de requisições de analgesia regional e o grau de dilatação cervical no momento da solicitação da analgesia pelas parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e aquelas com corioamniorrexe. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com análise de 208 prontuários de parturientes primigestas, 129 com membranas corioamnióticas íntegras e 79 com corioamniorrexe, assistidas no Centro da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, SP, no período de novembro de 2008 a maio de 2009. A analgesia regional foi solicitada por 87,9% das parturientes selecionadas para essa pesquisa. A média da dilatação cervical para as pacientes com membranas íntegras foi de $6,26 \pm 1,67$ cm e para aquelas com corioamniorrexe foi de $6,11 \pm 1,75$ cm, não havendo diferença significativa entre esses dois grupos de parturientes ($p = 0,12$). Em relação ao tipo de analgesia, houve predomínio do duplo bloqueio, sem diferenças significativas entre os dois grupos avaliados ($p = 0,84$). Concluiu-se que a maioria das parturientes desse estudo solicitou analgesia regional tipo duplo bloqueio com, em média, 6 cm de dilatação cervical,

não havendo diferença entre primigestas com membranas corioamnióticas rotas e íntegras.⁽⁸⁾ A dor como sensação subjetiva deve ser avaliada continuamente e a paciente precisa ser alertada da disponibilidade de alívio farmacológico quando houver sensação desagradável, pois dores intensas podem levar a desfechos materno-fetais negativos no puerpério.⁽⁹⁾

Redução da sensibilidade (analgesia) ou bloqueio da condução nervosa (anestesia)

A eficácia da anestesia combinada (raquidiana e peridural associadas) para alívio da dor do trabalho de parto ficou bem caracterizada, entre outros, pelo estudo de Orange *et al.* (2012)⁽¹⁰⁾ Realizou-se um ensaio clínico randomizado com 70 parturientes, 35 das quais receberam anestesia combinada (raquidiana e peridural associadas) e 35 receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto vaginal. As variáveis estudadas foram: escores de dor pela Escala Visual Analógica (EVA), satisfação materna com a técnica analgésica e com o parto, desejo de repetir a técnica analgésica em parto posterior e perda do controle sobre o parto; pacientes recebendo anestesia combinada durante o parto vaginal experimentaram uma diminuição significativa dos escores da EVA e maior satisfação materna com a técnica analgésica e com o parto. A maioria das parturientes, aproximadamente 97% do grupo da anestesia combinada, repetiu a técnica em partos futuros, contra 82,4% do grupo dos métodos não farmacológicos. No que diz respeito ao sentimento de controle do parto, aproximadamente metade das parturientes dos dois grupos sentiu que, em algum momento do parto, perdeu o controle dele, não havendo diferença significativa entre os grupos. Concluiu-se que o uso da anestesia combinada está associado a uma significativa diminuição dos escores da dor durante o parto e a maior satisfação materna com a técnica analgésica e com o parto.⁽¹⁰⁾

Nishiyama *et al.* (2016)⁽¹¹⁾ compararam três técnicas de anestesia espinhal-peridural combinada (BCRP) para cesariana, a fim de avaliar hipotensão, náuseas e vômitos como principais problemas produzidos por doses convencionais intratecais, além da recuperação motora e dor pós-operatória. Sessenta pacientes foram alocadas aleatoriamente para um dos três grupos ($n = 20$ por grupo). Grupo B (dose convencional): recebeu bupivacaína hiperbárica a 0,5% intratecal (10 mg; <160 cm de altura) e cateter peridural em T12-L1. Grupo F (baixa dose e adição de fentanila): recebeu bupivacaína intratecal hiperbárica a 0,5% (70% do grupo B) com cateter de 20 mg e epidural de fentanila em T12-L1. Grupo E (extensão de baixa dose e volume peridural): recebeu bupivacaína hiperbárica a 0,5% intratecal (70% do grupo B) e cateter peridural em L3-4, através do qual 10 mL de solução salina foi injetada 3 minutos após a injeção intratecal. Os grupos F e E demonstraram recuperação motora mais rápida do que

o grupo B. Mais pacientes no grupo E do que aquelas nos grupos B e F queixaram-se de dor intraoperatória. Não houve nenhuma incidência de hipotensão arterial, náuseas e vômitos. Concluíram que o grupo F e o grupo E apresentaram recuperação motora rápida semelhante, mas o primeiro causou menos dor intraoperatória do que o último.⁽¹¹⁾ A hipotensão pode ocorrer em 60% dos bloqueios regionais para cesárea, sendo a causa principal da náusea e do vômito no intraparto, portanto a pressão arterial deve ser monitorizada com intervalos de até 2 minutos durante a instalação do bloqueio e procurando manter o nível pressórico próximo ao prévio ao bloqueio, assim, respeitando os limites tolerados em hipertensas. A hipotensão pode ocorrer em analgesia de parto e, assim, a movimentação durante o trabalho de parto deve ocorrer após a obtenção de nível 10 no Índice de Aldret-Kroulik.⁽¹²⁾

A analgesia combinada espinal-peridural ganhou popularidade, mas não está claro se essa técnica é associada com maior incidência de traçados não reativos à cardiocardiografia (CTG), comparada com analgesia peridural. Com esse objetivo, foi feita revisão sistemática e metanálise. Dezesete ensaios incluindo 3.947 gestantes foram recuperados com comparação das duas técnicas. Todos os ensaios usaram opioide intratecal no braço 1 do estudo. A estimativa do efeito de estudos de bupivacaína peridural de baixa e de alta dose juntas mostrou um risco significativamente aumentado de traçados não reativos com a técnica combinada (risco relativo [RR]: 1,31, intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,02-1,67, P = 0,03, diferença = 18%). Uma análise de subgrupo de 10 ensaios utilizando baixa dose de bupivacaína peridural encontrou um RR para traçados de CTG não reativa combinado entre analgesia epidural-espinal e epidural de 1,12 – IC de 95%: 0,93-1,34, P = 0,18. Em análise de sensibilidade desses estudos de baixa dose de bupivacaína peridural que garantiu o cegamento do assessor, o RR foi de 1,41 – IC de 95%: 0,99-2,02, P = 0,06. A analgesia combinada peridural-espinal em trabalho foi associada com um risco maior de traçados não reativos do que a analgesia peridural isoladamente. Da análise de subgrupo comparando analgesia espinal-peridural combinada com analgesia peridural de baixa dose, mas não houve diferença estatística. Portanto, permaneceu a dúvida quanto à diferença entre técnicas peridurais combinadas espinal-epidural e baixa dose.⁽¹³⁾

DIAGNÓSTICO E MEDIDA DA DOR

A dor pode ser classificada em quatro tipos. De acordo com o referido estudo, conclui-se que, apesar de as escalas de dor não conseguirem mensurar com total precisão esse sintoma, devido à sua subjetividade e aos fatores que o influenciam, é a alternativa mais segura para analisá-lo, uma vez que essas escalas estão validadas e demonstram ser confiáveis, procurando atender à demanda da paciente.⁽¹³⁾

Para avaliar a documentação da dor do trabalho de parto, Bergh *et al.* (2015)⁽¹⁴⁾ realizaram um estudo de corte transversal em maternidades suecas sobre se a dor de uma mulher durante o trabalho de parto desempenha um papel dominante no parto. O papel da parteira é avaliar o grau de dor experimentado durante o trabalho. Quando profissionais respondem às pacientes com dor com reconhecimento e compreensão, o senso da mulher de controle e de empoderamento são aumentados, o que poderia contribuir para uma experiência positiva de parto. Concluiu-se que a maioria dos partos teve queixa de dor documentada, porém de forma não estruturada.⁽¹⁴⁾

Tanaka *et al.* (2013)⁽¹⁵⁾ realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a precisão para determinar os espaços interespinhosos lombares pela palpação por anestesiológicos com o uso de radiografias pós-operatórias em pacientes obstétricas. Foram revisados os registros anestésicos e as radiografias abdominais pós-operatórias de pacientes submetidas à cesárea. Inseriu-se o cateter epidural para analgesia pós-operatória com dose única, com inclusão de casos de anestesia combinada raquiperidural, e comparou-se o nível interespinhoso registrado pelo anestesiológico com o nível de inserção do cateter peridural confirmado pela radiografia abdominal de cada caso. Concluiu-se que houve uma discrepância entre o nível estimado pela palpação dos anestesiológicos e o nível real de inserção do cateter mostrado nas radiografias. Parece ser mais seguro escolher o nível interespinhoso L3-4, ou mais baixo, em raquianestesia.⁽¹⁵⁾

A ultrassonografia da coluna lombar é pensada para reduzir trauma e falha nos procedimentos neuroaxiais. A maioria das evidências que sustentam essa hipótese foi produzida no contexto de um especialista em ultrassonografia e continua a ser desconhecido o fato de essa técnica ser ou não útil quando usada por vários operadores individuais. Para investigar o impacto do ultrassom da coluna como método pré-procedural sobre a facilidade de inserção de cateteres epidurais, Arzola *et al.* (2015)⁽¹⁶⁾ realizaram um estudo clínico randomizado com a hipótese de que a técnica assistida por ultrassom poderia melhorar a facilidade de inserção, quando comparada com a técnica de palpação convencional, em hospital universitário de Toronto, Canadá. Um grupo de 17 residentes de segundo ano de anestesia submeteu-se ao programa de formação em avaliação de ultrassom da coluna vertebral. Gestantes com espinhas lombares facilmente palpáveis foram randomizados para ultrassom ou palpação do grupo. O desfecho primário foi a facilidade de inserção de um cateter peridural e o tempo necessário para inserir o cateter peridural, o número de níveis espaçados tentados e o número de agulhas passadas. Concluiu-se que o uso do ultrassom na coluna pré-procedural, por uma coorte de estagiários da anestesia, não melhorou a facilidade de inserção de cateteres peridurais em pa-

cientes com espinhas lombares facilmente palpáveis, em comparação com a técnica de palpação tradicional com base em pontos anatômicos.⁽¹⁶⁾ No entanto, falhas e complicações anestésicas são reduzidas pelo uso de ultrassom na coluna lombar para punção raquidiana e cateterização peridural.⁽¹⁷⁾

TRATAMENTO

Os recursos para analgesia e anestesia para assistência obstétrica podem ser não farmacológicos (que fogem ao escopo do capítulo) e farmacológicos, aqui abordados. Os últimos incluem anestésias geral, de bloqueios e local.⁽¹⁾

Soares *et al.* (2010),⁽¹⁸⁾ em revisão sistemática sobre o uso da remifentanila (opioide) em analgesia para o trabalho de parto, consideram que as técnicas neuroaxiais representam, atualmente, os métodos mais efetivos para o controle da dor durante o trabalho de parto, e a analgesia peridural utilizando soluções anestésicas ultradiluídas é considerada o padrão-ouro, promovendo alívio adequado da dor com mínimos efeitos colaterais. Em algumas situações, no entanto, o emprego dessas técnicas é limitado pela existência de contraindicações maternas ou obstáculos estruturais e materiais. Nesses casos, as opções ainda são precárias e escassas, oferecendo resultados pouco otimistas e de eficácia questionável. Eles concluíram que os dados apontam a remifentanila como uma opção promissora a ser empregada nas situações em que a gestante não quer ou não pode receber a analgesia neuroaxial.⁽¹⁸⁾

A analgesia inalatória com a utilização de óxido nítrico em concentrações fixas pode reduzir a dor em partos rápidos, em locais em que não há disponibilidade de analgesia regional.⁽¹⁹⁾ O sevoflurano pode ser igualmente usado para analgesia em concentração fixa. Além da poluição ambiental, esse agente provoca amnésia e perda de reflexos. Há necessidade de estudos em larga escala para avaliar a incidência desses efeitos.⁽²⁰⁾

Assim, considerando que a analgesia epidural é o padrão-ouro para a analgesia do trabalho de parto, ela deveria ser administrada rotineiramente? Para responder a essa pergunta, Bonouvrié *et al.* (2016)⁽²¹⁾ avaliaram o custo-efetividade dessa conduta em ensaio clínico randomizado em que um grupo recebeu analgesia rotineiramente e outro, sob demanda da paciente com queixa de dor durante o trabalho de parto. Como resultado, o custo total médio por mulher foi comparável entre o grupo de rotina e a analgesia no grupo de solicitação (euro 8.708 e euro 8.710, respectivamente, quer dizer, diferença – euro 2, IC de 95% – euro 1.012 euro 916). Eles concluíram que não se justifica o uso rotineiro da analgesia espinhal como forma de analgesia no trabalho de parto.⁽²¹⁾

A obesidade é uma dificuldade enfrentada pelos anestesistas para aplicação de analgesia no trabalho de parto. Para avaliar como os especialistas veem o

problema, Eley *et al.* (2016)⁽²²⁾ fizeram um inquérito, na Austrália, com 42 especialistas. Esses anesthesiologistas eram inconsistentes em como interpretar e aplicar analgesia peridural precoce para gestantes obesas, com alguns questionando a validade da prática. A combinação de incerteza, urgência e dificuldade técnica apresentada por gestantes obesas provocou ansiedade nesses clínicos, particularmente a antecipação da anestesia geral não planejada. Conclui-se que a prática anestésica frequente poderia melhorar a aplicação da analgesia peridural precoce em pacientes obesas.⁽²²⁾ Justificam-se, dessa forma, a monitorização da instalação e a qualidade do bloqueio por meio da EVA para auxiliar na detecção precoce de falha. Deve-se levar em conta que um cateter funcionante é ideal na abordagem anestésica de cesárea não planejada.

O mesmo grupo (Eley *et al.*, 2015)⁽²³⁾ fez um estudo caso-controle para avaliar a falha da anestesia epidural em pacientes obesas. Foram comparadas pacientes com índice de massa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² com o grupo controle com IMC < 30 kg/m², com a utilização de regressão logística para controlar os fatores de confusão. Participaram 63 sujeitos em cada grupo. O IMC médio do grupo de obeso foi de 45,4 (5,8) kg/m² e 23,9 (3,0) kg/m² no grupo controle. A razão de chances de falha foi de 2,48 (IC de 95%: 1,02-6,03) para o grupo de obeso em comparação com o grupo controle (ajustado para idade, paridade e gestação). Conclui-se que, nessa pequena coorte retrospectiva, pacientes com IMC ≥ 40 kg/m² foram significativamente mais propensas à falha na anestesia peridural para cesariana. A presença de comorbidade respiratória e diabetes gestacional foi uma preditora significativa.⁽²³⁾

Outro aspecto a considerar na prática da anestesia peridural durante o trabalho de parto é a posição da paciente por ocasião do bloqueio. O Grupo Colaborativo para o Ensaio da Posição realizou um ensaio clínico randomizado comparando a posição sentada com a deitada. Participaram 41 maternidades inglesas, com 3.093 nulíparas, com idade mínima de 16 anos, gravidez única, com apresentação cefálica no segundo período do trabalho de parto. Ocorreram significativamente menos partos vaginais espontâneos em mulheres no grupo sentado: 35,2% (548/1.556) comparado com 41,1% (632/1.537) no grupo deitado (relação risco ajustado 0,86, IC de 95%: 0,78 para 0,94).⁽²⁴⁾

Freeman *et al.* (2015)⁽²⁵⁾ desenvolveram um ensaio clínico randomizado para comparar o uso da remifentanila controlado pela paciente com anestesia epidural para analgesia do trabalho de parto. O estudo contou com a colaboração de 15 maternidades da Holanda e 1.400 participantes. O alívio da dor foi aferido com a EVA, o desfecho principal foi o alívio da dor e a análise foi feita com a comparação de curvas sob a área em regressão logística. Conclui-se que, em mulheres em trabalho de parto, a analgesia controlada pela paciente com remifentanila não é equivalente à analgesia pe-

ridural com relação à pontuação na satisfação com o alívio da dor. A satisfação com o alívio da dor foi significativamente maior em mulheres que foram alocadas para receber analgesia peridural.⁽²⁵⁾

Outra abordagem é a combinação de drogas e técnicas com a intenção de obter melhor resultado com a anestesia epidural. Com tal propósito, Genc *et al.* (2015)⁽²⁶⁾ realizaram um ensaio clínico randomizado comparando a analgesia epidural somente na fase avançada do trabalho de parto com a adição de baixa dose de bupivacaína e fentanila através de cateter epidural desde o início do trabalho de parto. Concluiu-se que começar a analgesia peridural na fase ativa da primeira fase do trabalho pode encurtar a duração da primeira etapa em comparação com o grupo de mulheres nulíparas não submetido à analgesia peridural. O fator que tem impacto sobre isso pode ser a adição de fentanila à bupivacaína usada para analgesia peridural.⁽²⁶⁾

Bejar *et al.* (2013)⁽²⁷⁾ executaram um ensaio clínico em que testaram o uso de morfina intratecal comparado ao da morfina sistêmica para analgesia pós-operatória na cesárea. Eles comparam 100 µg de morfina intratecal ao uso da morfina sistêmica em 152 pacientes que realizaram cesáreas de urgência e eletivas, divididas em dois grupos: Grupo A – bupivacaína hiperbárica 0,5% 2 mL + morfina intratecal 100 µg; Grupo B – bupivacaína hiperbárica 0,5% 2 mL + morfina endovenosa. A satisfação da paciente quanto à analgesia foi avaliada nas primeiras 24 horas. O grau de satisfação, segundo a escala Likert, foi maior no grupo A ($p = 0,002$). Concluiu-se que a morfina intratecal em dose baixa proporcionou melhor qualidade de analgesia, sem comprometimento dos demais desfechos perinatais.⁽²⁷⁾

Um estudo comparativo entre duas doses de morfina intratecal para analgesia após cesariana foi realizado por Carvalho *et al.* (2013).⁽²⁸⁾ Os autores partiram do princípio de que a analgesia após cesarianas é importante, pois puérperas com dor têm dificuldade na movimentação, o que prejudica o aleitamento. Como a morfina intratecal proporciona analgesia adequada e duradoura após cesarianas, o objetivo foi comparar a qualidade da analgesia proporcionada por duas doses de morfina intratecal e seus efeitos colaterais em pacientes submetidas à cesariana. Concluiu-se que a morfina intratecal em 50 µg apresenta a mesma qualidade de analgesia que 100 µg, com menor incidência de efeitos colaterais.⁽²⁸⁾

Existem situações em que a anestesia de bloqueio não é a melhor opção ou a paciente tem rejeição a ela. Nesses casos, o uso de drogas por via sistêmica pode ser a solução. González Cárdenas *et al.* (2014)⁽²⁹⁾ desenvolveram uma revisão sistemática e concluíram que o tratamento não foi descartado. Em termos de segurança, a remifentanila mostrou a mesma margem de segurança da terapêutica com a analgesia peridural para os principais efeitos adversos maternos e fetais;

o único efeito com maior incidência foi a náusea. Considerando o achado, concluiu-se que essa opção pode ser considerada para a analgesia durante o trabalho de parto.⁽²⁹⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

A analgesia regional é, na atualidade, o padrão-ouro para a analgesia de parto e pode ser realizada por técnica peridural contínua ou combinada. As doses utilizadas foram reduzidas em virtude dos avanços farmacológicos e da verticalização das posições durante o trabalho de parto, assim, permitindo sua combinação com técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Sua realização, no entanto, está sujeita a complicações e deve ser realizada em ambiente hospitalar utilizando monitorização por meio da EVA para garantir a funcionalidade do cateter na eventual cesárea não planejada. Recursos e tecnologias como a ultrassonografia lombar aumentam a segurança do procedimento, principalmente quando a palpação da região da coluna lombar e a anteflexão estão prejudicadas, como em obesas.⁽³⁰⁾ Pesquisas são necessárias para avaliar o grau de satisfação materno, o impacto da analgesia de parto regional sobre o uso de ocitocina intraparto e sua interação com os métodos não farmacológicos para o alívio da dor e repercussão sobre o aleitamento.

REFERÊNCIAS

- Gribel GP, Palmiro A. Analgesia e anestesia. In: Montenegro CA, Rezende Filho J, editores. *Rezende Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara; 2017. p. 245-56.
- Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S101-16.
- França MA, Araujo SA, Abreu EM, Jorge JC. Epidural anesthesia: advantages and disadvantages in the current anesthesia practice. *Rev Méd Minas Gerais*; 2015;25(S4).
- Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10):CD007238.
- Porto AM, Amorim MM, Souza AS. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseado em evidências. *Femina*. 2010;38(10):527-37.
- Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery*. 2015;31(4):458-63.
- Merino UW, Villagran SM, Novoa RR, Orellana CJ. Descripción de la cronología del dolor de las contracciones uterinas para analgesia del trabajo de parto, una tarea pendiente. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;8(2):163-70.
- Gallo RB, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CH, Quintana SM. Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas. *Rev Dor*. 2012;13(1):30-4.
- Montgomery A, Hale TW; Academy Of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med*. 2006;1(4):271-7.

10. Orange FA, Passini R Jr, Melo AS, Katz L, Coutinho IC, Amorim MM. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2012;58(1):112-7.
11. Nishiyama M, Togashi H, Iida T. [Motor and Sensory Blockade by Combined Spinal-Epidural Anesthesia for Cesarean Delivery]. *Masui*. 2016;65(2):125-30.
12. Bhardwaj N, Jain K, Arora S, Bharti N. A comparison of three vasopressors for tight control of maternal blood pressure during cesarean section under spinal anesthesia: effect on maternal and fetal outcome. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2013;29(1):26-31.
13. Silv AF, Deliberato PC. Análise das escalas de dor – Revisão de literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2009;7(19):86-9.
14. Bergh IH, Johansson A, Bratt A, Ekström A, Mårtensson LB. Assessment and documentation of women's labour pain: A cross-sectional study in Swedish delivery wards. *Women Birth*. 2015;28(2):e14-8.
15. Tanaka K, Irikoma S, Kokubo S. Identificação dos espaços interespinhosos lombares por palpação e avaliados por radiografias. *Rev Bras Anesthesiol*. 2013;63(3):245-8.
16. Arzola C, Mikhael R, Margarido C, Carvalho JC. Spinal ultrasound versus palpation for epidural catheter insertion in labour: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32(7):499-505.
17. Shaikh F, Brzezinski J, Alexander S, Arzola C, Carvalho JC, Beyene J, et al. Ultrasound imaging for lumbar punctures and epidural catheterisations: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:f1720.
18. Soares EC, Lucena MR, Ribeiro RC, Rocha LL, Vilas Boas WW. Remifentanil as analgesia for labor. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010;60(3):334-46.
19. Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl Nature):S110-26.
20. Yeo ST, Holdcroft A, Yentis SM, Stewart A, Bassett P. Analgesia with sevoflurane during labour: ii. Sevoflurane compared with Entonox for labour analgesia. *Br J Anaesth*. 2007;98(1):110-5.
21. Bonouvrié K, van den Bosch A, Roumen FJ, van Kuijk SM, Nijhuis JG, Evers SM, et al. Epidural analgesia during labour, routinely or on request: a cost-effectiveness analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;207:23-31.
22. Eley VA, Callaway LK, van Zundert AA, Lipman J, Gallois C. Anaesthetists' experiences with the early labour epidural recommendation for obese parturients: a qualitative study. *Anaesth Intensive Care*. 2016;44(5):620-7.
23. Eley VA, van Zundert A, Callaway L. What is the failure rate in extending labour analgesia in patients with a body mass index ≥ 40 kg/m² compared with patients with a body mass index < 30 kg/m²? A retrospective pilot study. *BMC Anesthesiol*. 2015;15(1):115.
24. Epidural and Position Trial Collaborative Group. Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. *BMJ*. 2017;359:j4471.
25. Freeman LM, Bloemenkamp KW, Franssen MT, Papatsonis DN, Hajenius PJ, Hollmann MW, et al. Patient controlled analgesia with remifentanil versus epidural analgesia in labour: randomised multicentre equivalence trial. *BMJ*. 2015;350:h846.
26. Genc M, Sahin N, Maral J, Celik E, Kar AA, Usar P, et al. Does bupivacaine and fentanyl combination for epidural analgesia shorten the duration of labour? *J Obstet Gynaecol*. 2015;35(7):672-5.
27. Bejar J, Santiago RG, Enrique D. Estudio comparativo de morfina intratecal vs morfina sistêmica para analgesia postoperatoria en cesárea. *Actas Peru Anesthesiol*. 2013;21(1):18-26.
28. Carvalho FA, Tenório SB. Estudo comparativo entre doses de morfina intratecal para analgesia após cesariana. *Braz J Anesthesiol*. 2013;63(6):492-9.
29. González Cárdenas VH, González FD, Barajas WJ, Cardona AM, Rosero BR, Manrique ÁJ. Remifentanil vs. epidural analgesia for the management of acute pain associated with labour. Systematic review and meta-analysis. *Colomb J Anesthesiol*. 2014;42(4):281-94.
30. Roofthoof E. Anesthesia for the morbidly obese parturient. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009;22(3):341-6.

Descritores

Discinesias; Contração uterina; Trabalho de parto

Como citar?

Codarin RR, Francisco RP. Discinesias da contratilidade uterina e sua correção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 103/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

1. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 103, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Discinesias da contratilidade uterina e sua correção

Rodrigo Rocha Codarin¹, Rossana Pulcineli Vieira Francisco¹

INTRODUÇÃO

As contrações uterinas durante o trabalho de parto assumem o papel fundamental de promover a dilatação do colo uterino e permitir a progressão do feto pelo canal de parto até o seu desprendimento e, no período pós-parto, promovem hemostasia por meio do miotamponamento.⁽¹⁾

A definição para trabalho de parto ainda não é consenso na literatura. A mais frequentemente utilizada em nosso meio é a de que podemos considerar a gestante em trabalho de parto quando existirem contrações uterinas rítmicas e capazes de dilatar e esvaecer o colo.⁽²⁾

Segundo Friedman, a fase ativa teria seu início aos 3 cm de dilatação. Porém, há necessidade de entendimento de que a internação de pacientes de baixo risco, no início da fase ativa, pode representar maior risco de intervenções desnecessárias, que podem inclusive aumentar o risco de anormalidades na contração uterina. Assim, há divergência na literatura quanto à definição da fase ativa, especialmente quando se associa essa definição à progressão da dilatação cervical de forma linear e significativa (1,2 a 1,5 cm/h).⁽³⁻⁶⁾

Como o tempo necessário para a dilatação cervical ainda é controverso na literatura, variando de acordo com população estudada, fica difícil estabelecer a progressão ideal do trabalho de parto. Vale ressaltar que tais parâmetros podem funcionar como norte para o acompanhamento no trabalho de parto, entretanto não devem ser utilizados de maneira absoluta, uma vez que a parturiente e a evolução do trabalho de parto devem ser individualizadas.

Zhang *et al.*, em 2010, analisaram o progredir do trabalho de parto de mais de 60.000 pacientes. Os autores descreveram que nessa população o trabalho de parto fisiológico pode levar mais de 9 horas para evoluir de 4 para 6 cm de dilatação. Chama a atenção, nesse estudo, o número elevado de pacientes em uso de analgesia e ocitocina.⁽⁷⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, recomendou que, em pacientes de baixo risco, a progressão de dilatação de 1 cm/hora durante a fase ativa não é adequada para identificar mulheres com risco para resultado perinatal adverso. Por outro lado, recomenda-se que, para essas pacientes, a fase ativa não ultrapasse 12 horas em primíparas e 10 horas em múltiparas.⁽⁸⁾

Atualmente, para pacientes de baixo risco, a OMS não recomenda a utilização de manejo ativo antes de 5 cm de dilatação. Em contraposição, o tempo prolongado de trabalho de parto pode inferir em riscos ao binômio materno-fetal, tais como corioamnionite, sofrimento fetal e lesões de trajeto.⁽⁹⁾ Cabem, portanto, ao profissional que assiste a paciente, o discernimento da evolução habitual de um trabalho de parto e o julgamento da necessidade de intervenção diante de desvios em sua evolução usual.

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

Podemos definir a distocia funcional por hipoatividade como a parada na progressão do trabalho de parto derivada da falta de contrações, tanto por

falta de tônus como de frequência; uma vez diagnosticada, suas principais formas de correção são a utilização de ocitocina endovenosa ou a amniotomia. Para a utilização de ocitocina, usualmente, diluem-se 5 UI em 500 mL de soro fisiológico ou ringer lactato e titulam-se tais dosagens com bomba de infusão contínua. A sugestão é iniciar a infusão com 12 mL/h e aumentar a dose de 12 em 12 mL/h, a cada 20 minutos, até a obtenção de contrações efetivas ou dose máxima de 40 mUI/min.⁽²⁾

Podemos definir a distocia funcional por hiperatividade como aquela que cursa com atividade uterina exagerada, com aumento na frequência e intensidade das contrações. Usualmente, ela é derivada de algum processo obstrutivo à progressão do trabalho de parto (tumor prévio ou desproporção).⁽²⁾ Caso a hiperatividade seja derivada de processo obstrutivo (desproporção fetopélvica ou tumor prévio), como esse usualmente não é reversível, a cesárea é o tratamento.

A hipertonia uterina é aquela promovida pelo aumento na frequência das contrações uterinas, levando ao aumento no tônus uterino basal. Ela é frequente em pacientes utilizando ocitocina. Esse é um dos principais motivos de evitarmos sua utilização de maneira indiscriminada e de, quando necessária, sua utilização ser recomendada com titulação com bomba de infusão. Por ser um medicamento de meia-vida curta, para corrigir sua superdosagem, usualmente, basta realizar a suspensão da administração. Para os casos em que essa medida não seja suficiente, ainda é válida a hidratação endovenosa, a utilização de betamiméticos (tais como a terbutalina) ou até mesmo a analgesia de parto.

A distocia de dilatação, também denominada como distocia de incoordenação, é definida pela não progressão na dilatação do colo uterino em paciente em fase ativa do trabalho de parto, a despeito da presença de contrações uterinas em intensidade e frequência ade-

quadas para o momento, sem causas obstrutivas aparentes. A proposta de tratamento para esses casos é inicialmente a realização de analgesia de parto. Caso não se obtenha resposta, a amniotomia e a ocitocina podem ser utilizadas.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- Diagnosticar o trabalho de parto de maneira cuidadosa.
- Entender as fases de progressão do trabalho de parto.
- Não realizar intervenções rotineiras.
- Fazer o diagnóstico correto da distocia antes de utilizar intervenções.

REFERÊNCIAS

1. Zugaib M, Francisco RP, editores. Zugaib Obstetrícia. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016. Contratilidade uterina. p. 316-24.
2. Zugaib M, Francisco RP, editores. Zugaib Obstetrícia. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016. Distocias. p. 386-97.
3. Friedman EA, editor. Labor: Clinical evaluation and management. New York: Appleton-Century-Crofts; 1967.
4. Friedman EA. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1956;8(6):691-703.
5. Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1955;6(6):567-89.
6. Friedman E. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68(6):1568-75.
7. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116(6):1281-7.
8. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Rosenbloom JI, Stout MJ, Tuuli MG, Woolfolk CL, Lopez JD, Macones GA, et al. New labor management guidelines and changes in cesarean delivery patterns. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(6):689.e1-e8.

Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes

Impact of educational level and age on late diagnosis of syphilis in pregnant women

Allana Lopes Pereira¹, Luana Ribeiro da Silva¹, Larissa Moni Palma¹,
Letícia Coutinho Lopes Moura², Marcos de Assis Moura^{1,2}

Descritores

Infecções sexualmente transmissíveis; Sífilis; Gestantes; Fatores de risco; Cuidado pré-natal

Keywords

Sexually transmitted infections; Syphilis; Pregnant women; Risk factors; Prenatal care

Submetido:

24/06/2020

Aceito:

10/08/2020

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luana Ribeiro da Silva
Rua Alfredo Teixeira Lopes, 425,
Jardim do Sol, 36062-030, Juiz de
Fora, MG, Brasil.
luana_ribeirovrb@hotmail.com

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Treponema pallidum* e transmitida sexual e verticalmente durante a gestação. Essa doença acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais, devido ao tratamento inadequado. Neste estudo, realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, no período entre 2010 e 2017, observou-se uma correlação entre o fator etário e educacional na contração da sífilis em gestantes, visto que 34,62% das gestantes acometidas pela doença estão na faixa etária entre 20 e 24 anos, e 86,88% delas possuem apenas ensino fundamental e médio. Dessa forma, podemos concluir que uma baixa formação acadêmica e a faixa etária jovem adulta são fatores que colaboram para uma maior incidência de sífilis nessas mulheres.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease, caused by Treponema pallidum and transmitted sexually and vertically during pregnancy. This disease affects practically all organs and systems, and, despite having effective and low-cost treatment, it has remained a public health problem until today, due to inadequate treatment. In this study conducted in Juiz de Fora, Minas Gerais, between 2010 and 2017, there was a correlation between the age and educational factor in the contraction of syphilis in pregnant women, since 34.62% of pregnant women affected by the disease are in the age group between 20 and 24 years old and 86.88% of them have only elementary and high school education. Thus, we can conclude that a low academic background and the young adult age group are factors that interfere in a higher incidence of syphilis in these women.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de transmissão sexual, vertical e sanguínea. É caracterizada por variadas manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária), e pode evoluir para complicações graves se não for tratada ou se receber tratamento inadequado.^(1,2)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sífilis acomete mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação é um desafio nos sistemas de saúde. Estima-se a ocorrência de aproximadamente 1 milhão

de casos de ISTs no mundo por dia, entre clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase. A presença de ISTs, como sífilis ou gonorréia, aumenta consideravelmente o risco de adquirir ou transmitir a infecção pelo HIV.⁽³⁾

No período de 2010 a 2017, verificou-se que a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 3,6 vezes, passando de 2,4 para 8,6 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos. A sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 58,1 casos por 100 mil habitantes em 2017.⁽³⁾

As principais características sociodemográficas das gestantes com sífilis são: idade inferior a 20 anos; escolaridade baixa; pardas ou negras. É importante ressaltar que as mulheres com menor escolaridade apresentaram prevalência maior de sífilis na gestação, sendo também um importante marcador de maior risco para exposição às doenças sexualmente transmissíveis.^(4,5)

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, entre 2005 e 2017, 52% das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7%, na de 15 a 19 anos e 20,2%, na de 30 a 39 anos. Em relação à escolaridade, 53,1% das mulheres não tinham o ensino médio completo.⁽³⁾

Mulheres jovens são as mais expostas às doenças sexualmente transmissíveis devido à atividade sexual cada vez mais precoce e aliada à negligência quanto ao uso de contraceptivos.⁽⁶⁾ Ademais, a adolescência compreende um período de mudanças físicas, mentais, comportamentais e sociais, além do amadurecimento das características sexuais e o início da atividade sexual. O pouco conhecimento dos adolescentes e jovens sobre as ISTs é corroborado pelo fato de 25% desses jovens com menos de 25 anos estarem infectados por ISTs.^(7,8)

O número de parceiros, o sexo desprotegido, o uso de álcool e drogas ilícitas e o tabagismo têm sido evidenciados na literatura como comportamentos de risco para a ocorrência de ISTs em jovens. A simultaneidade de dois ou mais comportamentos de risco, entre o uso de álcool, fumo e drogas, esteve presente em 14,7% dos meninos e em 21,5% das meninas, enquanto a prevalência de não uso de camisinha e dois ou mais parceiros simultaneamente foi de aproximadamente 12% em ambos os sexos.⁽⁷⁾

A maioria das mulheres recebe o diagnóstico durante o pré-natal, conforme preconizado pelo MS, por meio do teste de VDRL realizado no início da assistência pré-natal e repetido no terceiro trimestre gestacional e no momento do parto. Os dois primeiros exames visam garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança, a fim de evitar sífilis congênita. Apesar dessa recomendação, somente 55,2% das gestantes tiveram o diagnóstico ainda no período pré-natal.^(6,9)

No Brasil, apesar da alta cobertura de pré-natal, a qual é superior a 95%, essas altas taxas não necessariamente significam qualidade e adequação da assistência. Ademais, observam-se gestantes com nenhuma consulta pré-natal ou em quantidades insuficientes, principalmente na população de mulheres jovens e de baixa escolaridade.^(6,9)

Segundo o MS, 56,5% das gestantes com sífilis foram tratadas inadequadamente, 27,3% não receberam tratamento, 12,1% dos casos foram ignorados e apenas 4,1% tiveram a terapêutica adequada.^(5,6) Cerca de 25% dos casos não tratados, ou tratados inadequadamente, resultaram em aborto espontâneo, natimortos, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita.⁽⁴⁾

O propósito do presente estudo é analisar a relação da baixa escolaridade com incidência e prevalência de casos de sífilis em gestantes até 24 anos de idade.

MÉTODOS

A análise foi feita em 503 notificações de sífilis em gestantes realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), desde 2007, pelo Município de Juiz de Fora – MG, no período de 2010 a 2017. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Suprema – Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda. (CEP/FCMS-JF) e regulamentado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) com o número 2.773.986 e CAAE: 87544518.3.0000.5103. Foram tabulados os dados referentes a idade gestacional, faixa etária ao diagnóstico e escolaridade – considerando quatro subitens: analfabeto, fundamental, médio e superior –, presentes na ficha de investigação de sífilis em gestantes, registrados no Sinan do MS da República Federativa do Brasil e coletados no Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Município de Juiz de Fora. A análise dos dados foi realizada mediante aplicação do programa Microsoft Excel 2016® e por meio do teste exato de Fisher ou do qui-quadrado de Pearson, com intervalo de confiança (IC) de 95% e o valor *p* associado com nível de significância *p* < 0,05.

RESULTADOS

Das notificações avaliadas (503), foram descartadas 9, devido à inconformidade e à ausência de informações na ficha de investigação delas; dessa forma, foram tabulados 494 dados de idade ao diagnóstico. Como o objetivo da pesquisa é analisar a relação da baixa escolaridade com a incidência e prevalência de casos de sífilis em gestantes até 24 anos de idade, consideramos 320 dados de grau de escolaridade e 475 dados de idade gestacional, uma vez que em 174 pacientes foi ignorado o grau de escolaridade e em 19 gestantes não foi questionada a idade gestacional.

A tabela 1 mostra os casos de gestantes com sífilis notificados no Sinan segundo a faixa etária e a escolari-

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo de sífilis em mulheres

Variável	n (%)
Idade ao diagnóstico	
15 a 19 anos	130 (26,32)
20 a 24 anos	171 (34,62)
25 a 29 anos	106 (21,46)
30 a 34 anos	55 (11,13)
35 a 39 anos	26 (5,26)
40 a 45 anos	4 (0,81)
≥45 anos	2 (0,40)
Totais	494 (100,0)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (0,63)
Fundamental	173 (54,06)
Médio	139 (43,44)
Superior	6 (1,88)
Totais	320 (100,0)
Ausente no sistema	174 (35,22)
Idade gestacional	
1º trimestre	65 (13,68)
2º trimestre	111 (23,37)
3º trimestre	299 (62,95)
Totais	475 (100,00)
Ausente no sistema	19 (3,8)

dade. A incidência de mulheres com diagnóstico positivo para sífilis em idade inferior a 20 anos foi de 26,32%, seguidas por mulheres com faixa etária de 20 a 24 anos (34,63%) (Figura 1).

Das notificações analisadas, 26,32% das mulheres tiveram o diagnóstico na faixa de 15 a 19 anos, e 34,62% tiveram diagnóstico na faixa etária entre 20 e 24 anos. Uma hipótese para essa maior incidência é que a partir dos 20 anos as pacientes, além de serem sexualmente ativas, concluem a educação básica e, portanto, não possuem mais a influência das atividades pedagógicas promovidas pela escola (Figura 1).

Verificou-se maior chance de diagnóstico no terceiro trimestre (62,95%), visto que muitas gestantes iniciam o

pré-natal nesse período. Cerca de 54,06% concluíram o ensino fundamental e 43,44%, o ensino médio (Figura 2).

Em relação à associação entre a idade da gestante e a formação escolar, observada na tabela 2, destaca-se que mulheres com idade igual ou superior a 20 anos e com formação igual ou superior ao ensino médio apresentam risco de contaminação 36% maior em relação ao grupo com menor formação (razão de incidência [RI] 1,36; IC 0,83; 2,21), porém sem significância estatística. A tabela 2 mostra ainda que tanto as mulheres de até 19 anos quanto as maiores de 20 anos possuem – a maioria – até o ensino fundamental (57 e 118 pessoas, respectivamente).

Na tabela 3, podemos perceber que, independentemente da formação escolar, o diagnóstico ocorreu no terceiro trimestre de gestação na maioria dos casos

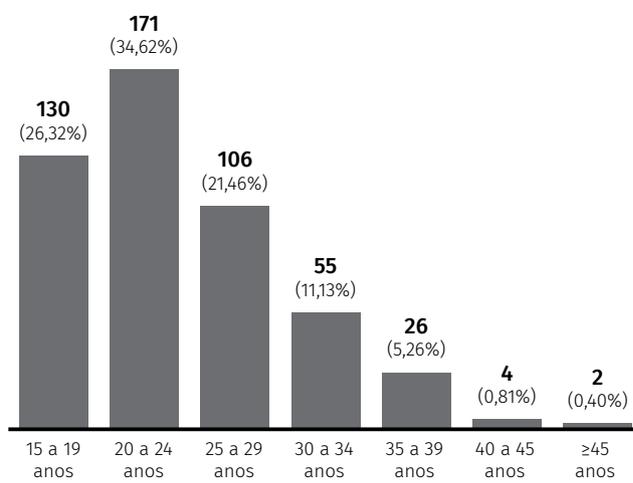


Figura 1. Incidência relacionada à idade (%)

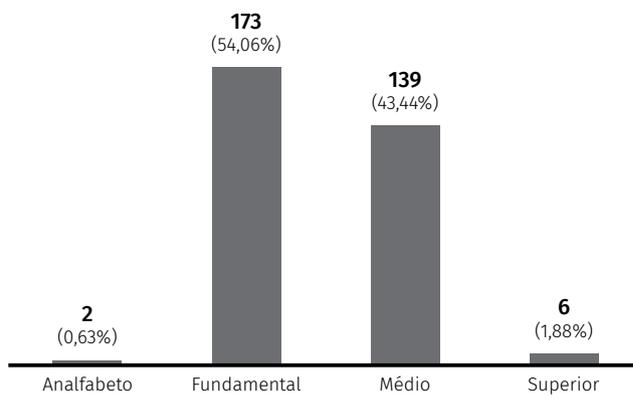


Figura 2. Incidência relacionada à formação n(%)

Tabela 2. Comparação entre os dois perfis de idade (até 19 anos e ≥20 anos) com a formação escolar

Variável	Total	Idade até 19 anos n (%)	Idade ≥20 anos n (%)	RI (IC)	p-value
Até fundamental	175	57 (32,57)	118 (67,43)	1	0,242
Médio e superior	145	38 (26,21)	107 (73,79)	1,36 (0,83-2,21)	

RI: razão de incidência; IC: intervalo de confiança.

Tabela 3. Comparação entre o trimestre do diagnóstico e a formação escolar em duas categorias (até o fundamental e médio e superior)

Variável	Totais de linha n (%)	Até o fundamental n (%)	Médio e superior n (%)	RI (IC)	p-value
1º trimestre	41 (13,23)	25 (60,98)	16 (39,02)	1	0,551
2º trimestre	76 (24,52)	43 (56,58)	33 (43,42)	1,19 (0,55-2,60)	
3º trimestre	193 (62, 26)	101 (52,33)	92 (47,67)	1,47 (0,71-2,83)	

analisados. Parece haver uma tendência de aumento na RI em direção ao terceiro trimestre – segundo trimestre (RI 1,19; IC 0,55; 2,60) vs. terceiro trimestre (RI 1,47; IC 0,71; 2,83). Nesse contexto, o efeito clínico de 47% de risco de diagnóstico no terceiro trimestre merece atenção. Além disso, a análise mostrou que a ocorrência da sífilis na gestação pode ter relação com a deficiência de instrução e conhecimento, o que talvez tenha levado a maioria das pacientes a procurar por acompanhamento pré-natal mais tardiamente, atrasando os exames para diagnóstico, o qual às vezes nem é feito, bem como o possível tratamento.

DISCUSSÃO

O pré-natal é fornecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser realizado por todas as gestantes, sendo instituído no mínimo por seis atendimentos. No Brasil, a cobertura é superior a 90%, porém uma alta taxa de cobertura não significa um pré-natal de qualidade e a adequação da assistência. Além disso, há gestantes no país sem acompanhamento ou nenhuma consulta pré-natal, deixando essa população em condição de vulnerabilidade e manifestando maior prevalência de sífilis na gravidez.⁽¹⁰⁻¹²⁾

O rastreamento dessa doença na gestação deve ser realizado na primeira consulta, quando é solicitado o exame sorológico de VDRL, o qual, caso negativo, será solicitado novamente no terceiro trimestre. Com o diagnóstico precoce, é possível o tratamento dessas mulheres e, consequentemente, a diminuição da transmissão vertical, abortos, prematuridade e óbitos neonatais ocasionados por essa infecção.⁽⁵⁾

De acordo com o estudo realizado, a prevalência foi maior no intervalo de 20 a 24 anos, com 34,62%. Isso pode ser explicado pela vulnerabilidade desse grupo, mais exposto às ISTs, visto que está em uma fase de imaturidade etária, emocional e cognitiva, além de ser um período de descobertas e de grande influência de grupos sociais. Além disso, observa-se o início da vida sexual cada vez mais precoce, aliado à prática desprotegida tanto para evitar a gestação quanto para a prevenção de ISTs.^(6,9,11,12) Tal fato corrobora os dados fornecidos pelo MS entre 2005 e 2017, que demonstraram uma prevalência de sífilis de 24,4% em gestantes menores de 20 anos e de 51,6% em gestantes entre 20 e 29 anos.⁽³⁾

Das pacientes analisadas, 54,06% possuíam até o ensino fundamental e uma pequena parcela tinha o ensino superior (1,88%). Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes, assim como em outros estudos realizados.⁽³⁾

É possível fazer uma relação entre a idade mais jovem e a baixa escolaridade, visto que estudiosos apontam que grande parte das gestações na adolescência ocorre após o abandono da escola. Além disso, em um estudo realizado na Nigéria, África, foi documentada a redução do número de alunas que abandonaram os estudos por motivo de gravidez não desejada após a implementação de atividades de educação sexual, portanto, demonstrando a importância de difundir esse ensino nas escolas.^(13,14)

O baixo nível educacional está relacionado ao menor acesso à informação, bem como ao restrito entendimento da importância das medidas de prevenção das ISTs durante a gestação e de como isso pode afetar o futuro conceito.^(4,5)

Em referência ao diagnóstico da sífilis em gestante, observou-se que a prevalência foi de 62,95% no terceiro trimestre da gestação. Apesar de os dados do estudo não corroborarem os fornecidos pelo MS, no qual a maior proporção ocorreu no primeiro trimestre de gestação (39,8%), ainda são de extrema importância a captação precoce da gestante, a assistência pré-natal de qualidade, assim como a oferta de oportunidades de tratamento adequado.^(3,4)

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram a predominância de sífilis nas gestantes em grupos populacionais específicos, como mulheres jovens, com idade entre 20 e 24 anos, e escolaridade até ensino fundamental. Além disso, a maioria das gestantes teve o diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre. Diante desse cenário, infere-se que há necessidade de intervenções mais vigorosas voltadas para a prevenção e o diagnóstico precoce da sífilis na mulher e no seu parceiro, começando nas escolas com a instituição de aulas de educação sexual, que mostrarão a importância da utilização de preservativos para evitar tanto gravidez quanto ISTs. Cabe à equipe multiprofissional a realização de busca ativa das

gestantes faltosas nas consultas de pré-natal, além de ações para a conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual insegura e da importância do autocuidado, principalmente entre os mais vulneráveis. Com as medidas anteriormente citadas, presume-se que haverá diminuição dos casos de sífilis em gestantes nos seguimentos de maiores casos citados neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDR, Camolesi E, Holcman MM, Grecco JP, et al. Prevalência de sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):341-54. doi: 10.1590/1809-4503201400020005ENG
2. Marques JVS, Alves BM, Marques MVS, Arcanjo FPN, Parente CC, Vasconcelos RL. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. *Sanare*. 2018;17(2):13-20.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. *Bol Epidemiol Sífilis* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 27];49(45):1-48. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
4. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):255-64. doi: 10.5123/s1679-49742017000200003
5. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(4):681-94. doi: 10.5123/S1679-49742015000400010
6. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
7. Neves RG, Wendt A, Flores TR, Costa CS, Costa FS, Tovo-Rodrigues L, et al. Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):443-54. doi: 10.5123/s1679-49742017000300003
8. Rodrigues RM. Gravidez na adolescência. *Nascer Crescer*. 2010;19(3):S201.
9. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1747-55. doi: 10.1590/S0102-311X2010000900008
10. Nunes JT, Marinho ACV, Davim RMB, Silva GGO, Felix RS, Martino MMF. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(12):4875-84.
11. Freitas EP, Dell Agnolo CM, Giarola LB, Pelloso SM, Bercini LO, Higarashi IH. [Perception of tens on sexual practice in adolescence]. *Rev Psicol Criança Adolesc*. 2014;5(2):139-47. Portuguese.
12. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S85-S100. doi: 10.1590/0102-311X00126013
13. Romanelli RMC, Carellos EVM, Souza HC, Paula AT, Rodrigues LV, Oliveira WM, et al. Management of syphilis in pregnant women and their newborns: is it still a problem? *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2015;27(1-2):35-9.
14. Ajuwon AJ. Benefits of sexuality education for young people in Nigeria [Internet]. Lagos: ARSRC; 2005 [cited 2009 Nov 5]. Available from: <http://www.arsrc.org/downloads/uhsss/ajuwon.pdf>

Parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas: prevalência, fatores de risco e o papel do colo uterino

Spontaneous preterm birth without premature rupture of membranes: prevalence, risk factors and the role of the cervix

Thaísa Guedes Bortoletto¹, Anderson Borovac-Pinheiro¹, Sérgio Hofmeister Martins-Costa², Rodolfo de Carvalho Pacagnella¹

Descritores

Medida do comprimento cervical; Incompetência do colo do útero; Maturidade cervical; Trabalho de parto prematuro; Ultrassonografia pré-natal

Keywords

Cervical length measurement; Uterine cervical incompetence; Cervical ripening; Preterm labor; Ultrasound

Submetido:

15/07/2020

Aceito:

23/07/2020

1. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Rodolfo Pacagnella

Cidade Universitária Zeferino Vaz – Barão Geraldo, 13083-970, Campinas, SP, Brasil.

rodolfop@unicamp.br

RESUMO

Cerca de 15 milhões de prematuros nascem por ano globalmente. Em 2015 ocorreram mais de 4 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos, e as complicações da prematuridade são a principal causa de óbito em neonatos. O parto pré-termo é uma síndrome em que múltiplas etiologias convergem para uma via final única, e os fatores de risco mais importantes são antecedente de prematuridade e gestação gemelar. O colo uterino tem a função de manter a gestação desde a concepção até o parto, e seu processo de amadurecimento gera esvaecimento, dilatação e encurtamento, num *continuum* que pode compreender desde quadros de insuficiência cervical até o parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas. Este primeiro artigo, da série de três, descreve a prevalência da prematuridade, seus fatores de risco e o papel do colo uterino no processo de parturição.

ABSTRACT

Around 15 million preterm births happen globally. In 2015 over 4 million deaths in children under 5 years of age died and preterm birth complications is the leading cause in neonates. Preterm birth is a multiple etiology syndrome, in which various causes converge to a single parturition path. The most important risk factors are multiple gestation and obstetrical history of preterm birth. Uterine cervix is responsible for pregnancy maintenance from conception to birth, and its remodeling process generates effacement, dilation and shortening in a continuum that comprises conditions from cervical insufficiency to preterm birth without membrane disruption. This is a first article, of a series of three, describing preterm birth prevalence, risk factors and uterine cervix role in parturition.

INTRODUÇÃO

Cerca de 15 milhões de nascimentos prematuros acontecem por ano globalmente.⁽¹⁾ Em 2015, 45% das mortes de crianças menores que 5 anos aconteceram em neonatos, e as complicações da prematuridade ocupam o primeiro lugar nesse grupo.⁽²⁾

Globalmente, mais de 4 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos aconteceram em 2015 e desde 2000 a pneumonia e as complicações relacionadas à prematuridade se destacam como causas líderes.⁽²⁾ Proporcionalmente, nesses 15 anos a taxa de mortalidade de crianças de até 1 mês de vida reduziu menos do que em crianças de 1 a 59 meses, fazendo a porcentagem de mortes neonatais passar de 39,3% para 45,1%.⁽²⁾

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a prematuridade pode ser definida como sendo toda gestação entre 20 e 37 semanas.⁽¹⁾ Existem subclassificações para a prematuridade baseadas na idade gestacional ao nascimento, sendo considerados prematuros extremos os nascidos abaixo de 28 semanas, muito prematuros, entre 28 e 32 semanas e prematuros moderados a tardios, de 32 até 37 semanas.⁽³⁾ Mas, independentemente de classificações, a premissa básica é de que quanto menor a idade gestacional ao nascimento, maiores os riscos neonatais associados.⁽³⁾

Por serem mais numerosos, os partos entre 34 e 37 semanas, os chamados prematuros tardios, compõem a maior parte dos partos pré-termo nos Estados Unidos.^(4,5) Em conjunto com a prematuridade decorrente das gestações múltiplas, incrementada pela maior disponibilidade de fertilização assistida, eles são responsáveis pelo aumento na taxa de prematuridade e do impacto nos custos da saúde.^(4,5)

Nascer prematuro aumenta o risco de óbito por outras causas, como infecções, e também de sequelas duradouras, com comprometimentos neuropsicomotores diversos como paralisia cerebral e déficits visuais, e piores *performances* escolares.⁽⁶⁾ A longo prazo, ao passo que se consegue melhorar as chances de sobrevivência de crianças nascidas cada vez mais prematuras, a prevalência dessas consequências tende a aumentar.⁽³⁾ Dependendo da capacidade de cada serviço em oferecer ou não cuidados neonatais intensivos, a possibilidade de sobrevida de um recém-nascido pode ser drasticamente diferente. Enquanto nos países de alta renda a maioria dos recém-nascidos com menos de 32 semanas sobrevive, cerca de metade deles morre nos países mais pobres por falta de suporte adequado até mesmo nos cuidados mais básicos como aquecimento e aleitamento materno.⁽¹⁾ A corticoterapia antenatal e o projeto Mãe-canguru estão entre as intervenções mais recomendadas para a melhoria de desfechos relacionados à prematuridade.⁽²⁾

Em países com muito alta mortalidade infantil, o foco ainda deve se voltar à prevenção de doenças infecciosas como pneumonia, malária e diarreia. Em países com menores taxas de mortalidade, os programas de prevenção de mortalidade infantil devem investir em redução das complicações da prematuridade, pneumonias e eventos relacionados ao período intraparto. Já em países com baixa e baixíssima mortalidade infantil, as complicações de prematuridade são a segunda causa de mortalidade e o principal foco da prevenção. Nesses países, em nú-

meros absolutos, as mortes devido à prematuridade são superadas apenas pelas mortes decorrentes de anomalias congênitas.⁽²⁾

O Brasil encontra-se entre os 10 países com maior número de nascimentos prematuros.⁽³⁾ Em conjunto, China, Índia, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática do Congo e Brasil são responsáveis por cerca de 60% dos casos de prematuridade de todo o mundo.⁽³⁾ Entre 2011 e 2012, o *Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth* (EMIP) avaliou 4.150 partos pré-termo, de um total de 33.740 nascimentos, ocorridos em 20 hospitais de referência distribuídos entre as regiões Sul, Sudeste e Nordeste, e identificou uma prevalência total de prematuridade de 12,3%, variando de 14,7% na região Nordeste a 11,1% na região Sudeste.⁽⁷⁾ Segundo esse estudo, a maioria (79%) dos nascimentos ocorreu entre 32 e 36 semanas, e apenas 7% dos nascimentos tinham idade gestacional abaixo de 28 semanas.⁽⁷⁾ Esses dados confirmam a posição do Brasil entre os países com maior incidência de parto prematuro.⁽⁷⁾

MÉTODOS

Realizamos uma revisão narrativa por meio de dados na literatura sobre prematuridade. O foco principal deste artigo foi identificar a prevalência do problema, os fatores de risco e o papel do colo uterino na prematuridade espontânea sem ruptura prematura de membranas. As bases utilizadas para a pesquisa foram Medline, Embase e SciELO, por meio de artigos publicados entre 1990 e 2017.

RESULTADOS

A prematuridade como síndrome

Atualmente, entende-se o parto pré-termo espontâneo sem rotura de membranas como uma síndrome, em que múltiplas etiologias convergem para uma via final única, sem uma explicação única, marcador ou tratamento amplamente eficaz.⁽⁸⁾ De modo geral, há dois grandes grupos em que o risco de nascer prematuro é maior: as gestações gemelares⁽⁷⁾ e mulheres com histórico de prematuridade anterior.⁽⁸⁾ Gestações gemelares^(3,7) são secundárias à sobredistensão uterina e o histórico de prematuridade anterior é devido a alterações genéticas, epigenéticas e ambientais.^(3,8)

Fatores associados à prematuridade (Quadro 1) incluem infecções, principalmente geniturinárias,^(3,9) cuja inflamação pode levar a encurtamento cervical precoce, hábitos de vida estressantes, atividade física intensa, permanência em pé por longos períodos do dia, anomalias uterinas, cirurgias na cérvix, sangramentos vaginais, baixo índice de massa corpórea (IMC),^(7,10) tabagismo, doença periodontal,⁽¹¹⁾ malformações fetais, feto de sexo masculino e características demográficas como etnia⁽¹²⁾ e baixo nível socioeconômico.^(7,9,11) No entanto, nenhuma estratégia que utilize fatores de risco consegue

Quadro 1. Fatores de risco para parto pré-termo espontâneo

FATORES DE RISCO PARA PARTO PRÉ-TERMO ESPONTÂNEO SEM ROTURA DE MEMBRANAS	
Maiores	Antecedente de prematuridade ⁽⁸⁾ Gemelaridade ⁽⁷⁾
Menores	Infecções ^(3,7,9) Tabagismo ⁽¹³⁾ Sangramentos vaginais ^(7,10) Baixo IMC ^(7,10) Doença periodontal ⁽¹¹⁾ Malformações fetais ^(12,14) Características demográficas (etnia) ⁽¹²⁾ Baixo nível socioeconômico ^(7,9,13) Anomalias uterinas e cirurgias na cérvix ^(7,10) Hábitos de vida estressantes ^(7,10) Atividade física intensa ^(7,10) Permanência em pé por longos períodos do dia ^(7,10) Feto do sexo masculino ⁽¹⁰⁾

definir com adequada acurácia as mulheres que terão parto prematuro.

Entre os fatores de risco menores, a questão étnica é discutível e permeada por fatores confundidores como condições socioeducacionais e econômicas. Alguns autores avaliam diferenças em polimorfismos gênicos,⁽⁸⁾ enquanto outros procuram demonstrar que pode até mesmo haver diferenças fisiológicas no período de duração da gestação em mulheres de diferentes ascendências étnicas,⁽³⁾ pois os recém-nascidos em menor idade gestacional, em sua maioria afrodescendentes, não chegam a apresentar as mesmas taxas de complicações respiratórias, necessidades de cuidados intensivos ou mortalidade neonatal que os caucasianos nascidos com a mesma idade gestacional.⁽³⁾

Gestantes em posições socioeconômicas desfavorecidas, em sua maioria negras, vivem um complexo ciclo de segregação, cujos efeitos são dificilmente mensuráveis.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Essa situação envolve desde local de moradia, desvantagens educacionais, inadequação de renda, exposição ambiental a múltiplos poluentes até outros estressores psicológicos como violência e discriminação.⁽¹⁵⁾

Em 2007, um estudo que avaliou um total de 363.633 partos de mulheres com dois ou mais filhos encontrou que a incidência de parto pré-termo foi maior e mais recorrente entre as negras.⁽¹⁴⁾ Mesmo considerando a análise de fatores confundidores, o *odds ratio* de recorrência de prematuridade em mulheres negras foi maior que em brancas.^(6,7,13) Outros fatores relacionados foram as questões de assistência obstétrica e a vulnerabilidade social como adolescência, abandono escolar, pré-natal

insuficiente, complicações no período intraparto, hipertensão gestacional, baixo peso materno e dependência de auxílio social.

Um ponto importante que este estudo ressalta é a tendência, em todas as populações estudadas, à repetição do momento do parto, isto é, que o parto subsequente se repita na mesma semana gestacional que a gravidez-índice, e entre as mulheres negras a média de idade gestacional do parto foi de duas semanas menor que das mulheres brancas.⁽¹⁴⁾ Isso talvez seja resultado de uma alteração genética na mãe com o intuito de promover uma vantagem evolutiva para proteção contra processos patológicos, analogamente a outras condições já bem documentadas como anemia falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) e outros polimorfismos mais comuns em negros, e seus efeitos na incidência de malária. Além disso, essas informações apontam para uma importante condição associada à prematuridade: o histórico obstétrico de nascimento pré-termo anterior é um dos principais fatores de risco para a prematuridade

Na tentativa de desenvolver um modelo de predição baseado em fatores de risco clínicos para trabalho de parto pré-termo e amniorrexe prematura, o estudo neozelandês e australiano *Screening for Pregnancy Endpoints* (SCOPE) avaliou 3.109 gestações únicas em mulheres sem condições patológicas clínicas que pudessem indicar parto pré-termo espontâneo no período de novembro de 2004 a agosto de 2008.⁽¹⁰⁾ Após investigar 933 variáveis demográficas, socioeducacionais, clínicas, ginecológicas, familiares, comportamentais, antropométricas e ultrassonográficas, os autores contabilizaram 96 partos pré-termo com membranas íntegras e 60 casos de amniorrexe, e o perfil dos fatores associados a cada uma das condições foi completamente diferente.⁽¹⁰⁾

Para os casos de membranas íntegras, estiveram associados os seguintes fatores: uso de maconha, alteração de Doppler com 20 semanas, história familiar de diabetes, pré-eclâmpsia, fetos pequenos para a idade gestacional e histórico de sangramento vaginal na gestação atual. Nas situações de amniorrexe, os fatores de risco identificados foram baixo IMC, baixa estatura, hipertensão leve, histórico de tratamento para infertilidade e antecedente familiar de diabetes tipo 2.⁽¹⁰⁾

Os próprios autores reconhecem que esses marcadores clínicos são de pouco benefício na prática, pois apresentaram uma capacidade modesta de predição de parto pré-termo.⁽¹⁰⁾ Mas o fato de demonstrarem pouca sobreposição de fatores associados a cada um dos fenótipos confirma a heterogeneidade da prematuridade como uma entidade clínica que pode apresentar diferentes cursos. Essa informação é corroborada por revisão sistemática que demonstrou que o risco de recorrência de trabalho de parto prematuro e parto pré-termo sem rotura de membranas gira em torno de 23% a 30%, enquanto nas mulheres com histórico de amniorrexe a recorrência é de somente 7%,

demonstrando que diferentes desenvolvimentos clínicos também influenciam as chances de recorrência de prematuridade.⁽¹⁶⁾

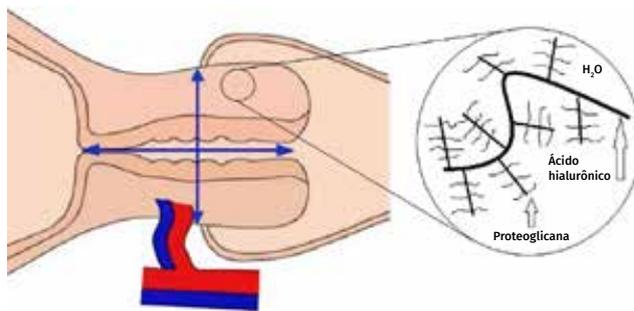
Segundo o modelo de prevenção de Leavell e Clark baseado no processo de evolução natural da doença, a prevenção primária do parto pré-termo deveria levar em consideração a retirada dos fatores de risco antes que houvesse desenvolvimento da doença.⁽¹⁷⁾ Isso implica que a prevenção primária da prematuridade necessariamente inclui uma assistência pré-natal de qualidade.

Entre os fatores de risco para o parto pré-termo, alguns são passíveis de tratamento durante o pré-natal, como as infecções geniturinárias e periodontais, cujo rastreamento é preconizado em vários protocolos assistenciais.^(18,19) Outros fatores de risco são passíveis de modificação a partir do seu reconhecimento durante a consulta clínica, como tabagismo, baixo peso materno e hábitos de vida e trabalho estressantes. No entanto, outra parte dos fatores de risco para prematuridade não são modificáveis ou contornáveis, incluindo-se aqui os mais importantes, que são a gemelaridade e a história prévia de nascimento prematuro. Disso decorre que o potencial de prevenção primária do parto pré-termo é baixo e, nesse sentido, ações devem ser tomadas para a prevenção secundária, visando à identificação de estágios iniciais de modificações do organismo materno que precedem o trabalho de parto.

De todos os dados avaliados pelo estudo SCOPE,⁽¹⁰⁾ apenas a medida do comprimento cervical na 20ª semana gestacional esteve relacionada ao parto pré-termo tanto com membranas rotas quanto íntegras. Com base nesses achados, os autores propõem um aumento contínuo no risco de parto pré-termo (de 4% em membranas íntegras e de 5% em membranas rotas) a cada 1 mm de encurtamento cervical identificado ao ultrassom transvaginal. Nesse sentido, quando se considera o parto pré-termo como consequência de um processo de modificação clínica que vai culminar com dilatação cervical e contrações uterinas, a avaliação do tamanho da cérvice uterina ganha papel fundamental na predição da prematuridade.⁽¹⁰⁾

Para o entendimento do papel do colo na parturição, é necessário compreender suas propriedades fisiológicas. Cerca de 80% a 85% do estroma cervical é constituído de tecido conjuntivo fibroso e 10%, de músculo liso, determinando uma força biomecânica passiva, e não derivada de contratilidade muscular propriamente dita.⁽²⁰⁾ Os principais constituintes da matriz extracelular cervical são fibrilas colágenas. Enquanto nas mulheres não grávidas essas fibras podem compor até 77% do peso seco do colo, nas gestantes no terceiro trimestre sua concentração pode cair para 50%, sendo o colo formado por até 90% de colágeno solúvel (Figura 1).

Há também proteoglicanas e ácido hialurônico, que, por sua vez, são implicados na estabilidade e organização da rede de colágeno e na atração de moléculas de água, gerando uma pressão osmótica no tecido, além de



Fonte: Adaptada de Andrade KC, Bortoletto TG, Almeida CM, Daniel RA, Avo H, Pacagnella RC, et al. Reference ranges for ultrasonographic measurements of the uterine cervix in low-risk pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(9):443-52.⁽²¹⁾

Figura 1. Esquema do colo uterino

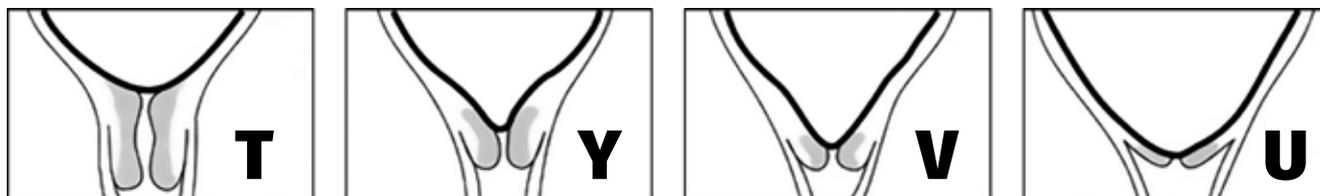
estarem envolvidos na produção de citocinas inflamatórias, que sinalizam a migração de células inflamatórias próximo do termo da gestação.⁽²⁰⁾

O amolecimento cervical é um processo de remodelamento da matriz extracelular que ocorre desde o início da gestação e refere-se a mudanças nas propriedades e composição do tecido. Já o amadurecimento cervical é mais complexo, pois se define em termos de perda da função estrutural da cérvice e alterações de formato, que são representadas por esvaecimento, dilatação e encurtamento.^(20,22)

A cérvice uterina tem o papel de manter a gestação até o momento do trabalho de parto ativo, e sua falha em cumprir esse papel foi historicamente denominada incompetência istmo-cervical e, mais recentemente, insuficiência cervical.⁽²³⁾ Desde meados da década de 1990 até o início dos anos 2000, estudos começaram a sugerir uma relação inversa entre comprimento de colo uterino e risco de prematuridade.⁽²⁴⁾ Sendo assim, o encurtamento e o esvaecimento cervical (amadurecimento) correspondem à via final comum de muitas, se não todas, causas de parto pré-termo espontâneo.⁽²⁵⁾

De maneira consistente na literatura, descreve-se que o comprimento da porção fechada do colo uterino relaciona-se ao risco de prematuridade, de maneira que quanto mais curta a cérvice, maior o risco de parto pré-termo e que o esvaecimento cervical começa pelo orifício interno, portanto no sentido cefalocaudal, precedendo a dilatação.⁽²³⁾

No processo de amadurecimento do colo, a progressão das mudanças segue a sequência visual descrita pelo formato das letras T – Y – V – U. Em que T se refere ao colo completamente fechado e alongado, evoluindo até apresentar abertura, encurtamento e esvaecimento. O início se dá pelo orifício interno, que se transforma como um formato de cunha, simulando a letra Y, e prossegue em sentido craniocaudal com o encurtamento da cérvice e afinamento de paredes, progredindo para a letra V, até seu afinamento completo com formato de letra U, conforme a figura 2.^(24,26)



Fonte: Zilianti M, Azuaga A, Calderon F, Pagés G, Mendoza G. Monitoring the effacement of the uterine cervix by transperineal sonography: a new perspective. *J Ultrasound Med.* 1995;14(10):719-24.⁽²⁴⁾

Figura 2. Representação gráfica do processo de evolução do colo uterino, amadurecimento para a parturição desde completamente fechado e alongado até completamente esvaecido

Surge então o conceito de um *continuum* de competência cervical, em que os comprimentos de colo menores e afunilados são observados mais frequentemente em mulheres com o diagnóstico de insuficiência cervical, e comprimentos mais longos e fechados, em mulheres com histórico de partos a termo.⁽²³⁾

As modificações descritas acima podem ser acompanhadas de perda do tampão mucoso, o que piora a evolução do quadro, uma vez que a função do muco seria obstruir mecanicamente os orifícios cervicais, apresentando propriedades antibacterianas para prevenir a colonização de membranas fetais por microrganismos ascendentes.⁽²⁷⁾ A evolução dessas alterações na cérvix parece ser mediada pela progesterona, o que motivou alguns autores a procurarem alternativas terapêuticas e preventivas na administração exógena desse hormônio.^(25,28,29)

Apesar da grande prevalência mundial dos casos de prematuridade, ainda pouco se conhece a respeito da sua real etiologia, tornando-se um desafio à obstetrícia atual. Muitas das características consideradas como fatores de risco não são passíveis de modificações, portanto o principal foco para a redução da prematuridade deve considerar a necessidade de identificação precoce do processo de início do trabalho de parto. Em relação à abordagem preventiva da prematuridade, cabe destaque à triagem ultrassonográfica do comprimento do colo uterino durante o segundo trimestre de gestação como meio de avaliação de risco e possível proposta de intervenção.^(28,30-34) Nos próximos dois artigos abordaremos a avaliação ecográfica do colo uterino e as possibilidades terapêuticas em essa avaliação encontra-se alterada.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization [Internet]. Preterm birth. 2018 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.* 2016;388(10063):3027-35. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31593-8
- Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health.* 2013;10 Suppl 1:S2. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2
- Shapiro-Mendoza CK, Lackritz EM. Epidemiology of late and moderate preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2012;17(3):120-5. doi: 10.1016/j.siny.2012.01.007
- Erez O, Mayer A, Shoham-Vardi I, Dukler D, Mazor M. Primiparity, assisted reproduction, and preterm birth in twin pregnancies: a population based study. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(4):311-7. doi: 10.1007/s00404-007-0492-4
- Lawn JE, Davidge R, Paul VK, von Xylander S, de Graft Johnson J, Costello A, et al. Born too soon: care for the preterm baby. *Reprod Health.* 2013;10 Suppl 1:S5. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S5
- Passini R Jr, Cecatti JG, Lajos GJ, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al. Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *PLoS One.* 2014;9(10):e109069. doi: 10.1371/journal.pone.0109069
- Varner MW, Esplin MS. Current understanding of genetic factors in preterm birth. *BJOG.* 2005;112 Suppl 1:28-31. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00581.x
- Bittar RE, Zugaib M. [Risk predictors for preterm birth]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(4):203-9. doi: 10.1590/S0100-72032009000400008. Portuguese.
- Dekker GA, Lee SY, North RA, McCowan LM, Simpson NA, Roberts CT. Risk factors for preterm birth in an international prospective cohort of nulliparous women. *PLoS One.* 2012;7(7):e39154. doi: 10.1371/journal.pone.0039154
- Jeffcoat M, Parry S, Sammel M, Clothier B, Catlin A, Macones G. Periodontal infection and preterm birth: successful periodontal therapy reduces the risk of preterm birth. *BJOG.* 2011;118(2):250-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02713.x
- Buck JN, Orzechowski KM, Berghella V. Racial disparities in cervical length for prediction of preterm birth in a low risk population. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(15):1851-4. doi: 10.1080/14767058.2016.1228056
- Koullali B, Oudijk MA, Nijman TAJ, Mol BWJ, Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2016;21(2):80-8. doi: 10.1016/j.siny.2016.01.005
- Kistka ZAF, Palomar L, Lee KA, Boslaugh SE, Wangler MF, Cole FS, et al. Racial disparity in the frequency of recurrence of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(2):131.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.093
- Burris HH, Hacker MR. Birth outcome racial disparities: a result of intersecting social and environmental factors. *Semin Perinatol.* 2017;41(6):360-6. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.002
- Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015402. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015402
- Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Unifesp; 2011.
- Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolo de atenção básica: saúde das mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Linha de cuidado da gestante e puérpera: manual técnico do pré-Natal, parto e puerpério. São Paulo: SES/SP; 2018.

20. House M, Kaplan DL, Socrate S. Relationships between mechanical properties and extracellular matrix constituents of the cervical stroma during pregnancy. *Semin Perinatol.* 2009;33(5):300-7. doi: 10.1053/j.semperi.2009.06.002
21. Andrade KC, Bortoletto TG, Almeida CM, Daniel RA, Avo H, Pacagnella RC, et al. Reference ranges for ultrasonographic measurements of the uterine cervix in low-risk pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(9):443-52. doi: 10.1055/s-0037-1605556
22. Myers KM, Feltovich H, Mazza E, Vink J, Bajka M, Wapner RJ, et al. The mechanical role of the cervix in pregnancy. *J Biomech.* 2015;48(9):1511-23. doi: 10.1016/j.jbiomech.2015.02.065
23. Larma JD, Iams JD. Is sonographic assessment of the cervix necessary and helpful? *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55(1):324-35. doi: 10.1097/GRF.0b013e3182487e96
24. Ziliani M, Azuaga A, Calderon F, Pagés G, Mendoza G. Monitoring the effacement of the uterine cervix by transperineal sonography: a new perspective. *J Ultrasound Med.* 1995;14(10):719-24. doi: 10.7863/jum.1995.14.10.719
25. Campbell S. Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving: doing nothing is no longer an option. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(1):1-9. doi: 10.1002/uog.9073
26. Berghella V, Owen J, MacPherson C, Yost N, Swain M, Dildy GA 3rd, et al. Natural history of cervical funneling in women at high risk for spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):863-69. doi: 10.1097/01.AOG.0000258276.64005.ce
27. Heath VC, Daskalakis G, Zagaliki A, Carvalho M, Nicolaides KH. Cervicovaginal fibronectin and cervical length at 23 weeks of gestation: relative risk of early preterm delivery. *BJOG.* 2000;107(10):1276-81. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11620.x
28. Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH; Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med.* 2007;357(5):462-9. doi: 10.1056/NEJMoa067815
29. Smith R. Alterations in the hypothalamic pituitary adrenal axis during pregnancy and the placental clock that determines the length of parturition. *J Reprod Immunol.* 1998;39(1-2):215-20. doi: 10.1016/s0165-0378(98)00023-0
30. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):124.e1-e19. doi: 10.1016/j.ajog.2011.12.003
31. Conde-Agudelo A, Romero R. Predictive accuracy of changes in transvaginal sonographic cervical length over time for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(6):789-801. doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.015
32. Li Q, Reeves M, Owen J, Keith LG. Precocious cervical ripening as a screening target to predict spontaneous preterm delivery among asymptomatic singleton pregnancies: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(2):145-56. doi: 10.1016/j.ajog.2014.07.003
33. Goya M, Pratcorona L, Merced C, Rodó C, Valle L, Romero A, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet.* 2012;379(9828):1800-6. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60030-0
34. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(1):18-31. doi: 10.1002/uog.9017

Remoção histeroscópica de sistema intrauterino em gestação inicial: revisão de literatura

Hysteroscopic removal of the intrauterine system in early pregnancy: a literature review

José Eduardo Rocha Gonçalves¹, Thiago Falbo Guazzelli¹, Geraldo Maurício de Nadai¹

RESUMO

Os dispositivos intrauterinos (DIUs) são os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração mais utilizados no mundo, apresentando altas taxas de eficácia e segurança. Na presença de gestação, o DIU pode ser retirado com uma leve tração dos fios, quando visíveis. Na impossibilidade de visualização dos fios, há a opção de retirada por histeroscopia, que tem se mostrado segura e eficaz para a retirada de DIU retido na cavidade. Foram pesquisados os termos: “intrauterine device”, “pregnancy” e “hysteroscopy”. Dos 378 artigos encontrados, foram selecionados 18 artigos que cumpriram os objetivos desta revisão. A presença de DIU durante a gestação se mostra um fator de risco independente para desfechos desfavoráveis como abortamento, corioamnionite, parto prematuro e maior taxa de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal. A histeroscopia ambulatorial se mostra uma alternativa segura e eficaz na retirada do DIU no primeiro trimestre.

ABSTRACT

Intrauterine devices (IUDs) are the most widely used reversible contraceptive methods in the world, with high rates of efficacy and safety. In the presence of pregnancy, the IUD can be removed by gently traction of the threads, when visible. If the wires cannot be visualized, we have the option of hysteroscopy removal, which has been shown to be safe and effective for the removal of an IUD retained in the cavity. The terms “intrauterine device”, “pregnancy” and “hysteroscopy” were searched. Of the 378 articles found, 18 articles were selected that met the objectives of this review. The presence of IUDs during pregnancy is an independent risk factor for unfavorable outcomes such as abortion, chorioamnionitis, premature birth and a higher rate of admission to a neonatal intensive care unit. Ambulatory hysteroscopy is a safe and effective alternative for IUD removal in the first trimester.

Descritores

Dispositivo intrauterino;
Gravidez; Histeroscopia

Keywords

Intrauterine device;
Pregnancy; Hysteroscopy

Submetido:

09/07/2020

Aceito:

21/09/2020

1. Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes
Altenfelder Silva – Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

José Eduardo Rocha Gonçalves
Av. Deputado Emílio Carlos, 3.100,
Vila Nova Cachoeirinha, 02720-200,
São Paulo, SP, Brasil.
j.e.goncalves@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os sistemas intrauterinos (SIUs) são métodos contraceptivos amplamente utilizados em todo o mundo. Tais dispositivos pertencem à classe dos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) e possuem alta eficácia e segurança para a usuária. O dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCu380A), por exemplo, é o DIU mais utilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e possui índice de falhas – calculado por meio do índice de Pearl – em torno de 0 a 0,4 no primeiro ano de uso até 2,1/100 mulheres/ano aos 10 anos de uso.⁽¹⁾

Os principais paraefeitos associados ao uso dos SIUs são: dor pélvica crônica, dismenorria, aumento do volume de sangramento (DIU de cobre), amenorria (SIU liberador de levonorgestrel), infecção pélvica (que não está associada com o uso do DIU, mas sim com a técnica no momento da introdução), expulsão espontânea e falha contraceptiva. Caso ocorra atraso menstrual ou sinais/sintomas de gestação, deve-se realizar a dosagem de gonadotrofina

coriônica humana; sendo essa positiva, deve-se afastar gestação ectópica e proceder à remoção do dispositivo sob visualização direta dos fios ao exame especular.⁽¹⁾

Na impossibilidade de se visualizarem os fios, a retirada do DIU deve ser feita por histeroscopia ambulatorial em mulheres com idade gestacional menor que 10 semanas, pois a gestação com a presença de SIU *in loco* possui maiores riscos de abortamento séptico, corioamnionite, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e migração do DIU para outros órgãos. Foram observadas taxas de abortamento em torno de 50% a 75% quando o DIU permaneceu intraútero, em contrapartida ao risco de 30% de abortamento nas gestações em que o dispositivo foi removido. Observa-se ainda um risco quatro vezes maior de trabalho de parto prematuro quando o DIU permanece intraútero.⁽¹⁻⁷⁾

Diante das situações em que não se observa o fio do DIU ao exame especular, e considerando as possíveis complicações da permanência dele durante a gestação, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)⁽²⁾ recomenda a remoção histeroscópica do SIU. Sendo assim, por meio desta revisão de literatura e proposta de protocolo, temos como objetivo discutir a aplicabilidade e a segurança da remoção do DIU por meio da histeroscopia ambulatorial com histeroscópio rígido, set de Bettocchi e pinça *grasping*, com o intuito de obter melhores resultados da gestação em questão.^(1,2,4)

MÉTODOS

Realizou-se pesquisa utilizando os bancos de dados SciELO/LILACS/MEDLINE/PubMed e Cochrane, com os seguintes termos: “*intrauterine device*”, “*pregnancy*” e “*hysteroscopy*”. Foram encontrados 378 artigos, e 18 artigos de interesse foram incluídos após a exclusão de trabalhos duplicados, não relevantes, publicados em língua diferente de inglês, espanhol ou português e daqueles que não cumpriam o objetivo do presente estudo. Por se tratar de uma revisão de literatura, sem envolvimento direto com sujeito de pesquisa e sem intervenção clínica, este trabalho dispensa prévia autorização do comitê de ética e pesquisa.

Devido à escassez de dados na literatura, foram incluídos todos os tipos de trabalhos científicos publicados em revista indexada, independentemente da técnica histeroscópica e do aparelho utilizado, podendo variar entre histeroscópio rígido, flexível e guiado ou não por ultrassonografia e utilizando meio de distensão líquido ou gasoso.

Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura disponível sobre a aplicação da histeroscopia ambulatorial para a retirada de DIU em pacientes com gestação inicial, menor que 12 semanas.

DISCUSSÃO

Os SIUs são os LARCs mais utilizados em todo o mundo, sendo o método anticoncepcional moderno atual-

mente mais utilizado em muitos países, como a Turquia, podendo chegar até 27% das pacientes em idade fértil que fazem uso de contraceptivo. Existem vários tipos de DIUs, de forma geral, que podem se dividir em hormonais e não hormonais. O DIU não hormonal mais estudado é o DIU TCu380A. Com taxa de falha em torno de 0,8%, ele tem cobre em sua composição e o seu principal mecanismo de ação se dá mediante uma reação de corpo estranho localmente, interferindo na espermomigração. Como DIU hormonal, destaca-se na atualidade o SIU de levonorgestrel. Com taxa de falha em torno de 0,2%, esse equipamento atua por meio da liberação diária de microdoses de levonorgestrel na cavidade endometrial, mantendo um endométrio atrófico e inibindo os receptores de estrogênio e progesterona.^(1,2,4)

Quando há falha contraceptiva e gestação na presença de DIU *in loco*, as recomendações falam a favor da remoção precoce, ainda no primeiro trimestre.⁽²⁾ A paciente deve ser orientada quanto aos riscos do procedimento para remoção do dispositivo e os riscos da manutenção dele, e assinar termo de consentimento livre e esclarecido. Se os fios estiverem visíveis ao exame especular, pode-se realizar tração delicada para a retirada do DIU. Quando os fios não estão visíveis, pode-se realizar a retirada com pinça jacaré guiada por ultrassom abdominal ou histeroscopia com *grasping* guiada ou não por ultrassonografia.^(2,4,5-15)

A taxa de falha na remoção do DIU quando se utiliza pinça jacaré guiada por ultrassonografia gira em torno de 6%, enquanto a remoção histeroscópica tem uma taxa de falha em torno de 1%. Quanto mais precoce a remoção, maior a taxa de sucesso.^(5,6)

Estudando 27.578 usuárias de DIU TCu380A na Turquia, Ozgu-Erdinc *et al.*⁽⁹⁾ encontraram 174 gestações que ocorreram em uso do DIU, sendo 14 gestações ectópicas. Foram excluídas do estudo as pacientes com gestação ectópica e 16 pacientes em que houve perda de seguimento. O estudo comparou o resultado gestacional na presença de DIU em 144 pacientes – 114 delas optaram pela retirada do DIU e 30 permaneceram com o DIU *in loco* – e encontrou menores taxas de resultado gestacional adverso para complicações como abortamento, morte fetal intrauterina, restrição de crescimento intrauterino, parto pré-termo e rotura prematura pré-termo de membranas (36,8% vs. 63,3%, respectivamente, com $p < 0,01$), no grupo com DIU removido comparado com o grupo que optou pela não remoção do DIU no primeiro trimestre. Eles também observaram menores valores de Apgar e maior necessidade de admissão em UTI neonatal no grupo com DIU retido em comparação com o grupo que optou pela retirada do DIU, com $p < 0,01$.⁽⁹⁾

Ganer *et al.*⁽¹⁰⁾ revisando o resultado gestacional numa população de 141.483 pacientes, divididas em três grupos (DIU retido vs. DIU retirado precoce vs. sem DIU), identificaram o DIU como fator de risco independente para trabalho de parto prematuro e corioamnionite; as pacientes que permaneceram com o DIU *in loco* apresentaram

maior risco em relação ao grupo em que ele foi retirado no início da gestação. Ambos os grupos mantiveram um risco maior de parto prematuro e corioamnionite se comparados a pacientes que engravidaram sem a presença do DIU. Isso nos mostra que retirar o DIU no início da gestação, apesar de reduzir o risco desses eventos, não reestabelece o risco basal para a paciente.⁽¹⁰⁾

McCarthy *et al.*⁽⁶⁾ apresentaram um relato de caso mostrando remoção histeroscópica guiada por ultrassom abdominal de SIU de levonorgestrel em gestação do primeiro trimestre. Em sua revisão sistemática, não encontraram relação entre exposição precoce ao levonorgestrel em gestação inicial e malformação fetal. Brahmi *et al.*,⁽¹¹⁾ em sua revisão sistemática, encontraram apenas uma série de casos envolvendo gestação com SIU de levonorgestrel, na qual se descreveram 10 pacientes que optaram pela manutenção da gestação, com taxa de abortamento espontâneo de 80%.

Cohen *et al.*⁽⁵⁾ relataram uma série de oito casos de pacientes submetidas a remoção histeroscópica de DIU guiada por ultrassonografia abdominal em gestação inicial. Duas pacientes apresentaram sangramento genital discreto imediatamente após o procedimento, sem comprometimento do resultado da gestação. Eles observaram sete gestações com evolução normal após a retirada do DIU, com parto a termo e somente um caso de abortamento, que ocorreu duas semanas após a remoção do DIU.⁽⁵⁾

Pérez-Medina *et al.*⁽⁸⁾ descreveram a aplicabilidade de histeroscopia ambulatorial para diversas demandas obstétricas, tais como extração de restos ovulares, doença trofoblástica recidivante, metaplasia óssea e istmocele, e relataram sete casos de DIUs retirados por histeroscopia ambulatorial, utilizando solução fisiológica a 0,9% e distensão da cavidade por gravidade, em pressão suficiente para abertura do canal cervical. Do total de sete pacientes, seis delas evoluíram sem intercorrências durante o pré-natal, com parto a termo via vaginal. E somente uma paciente apresentou abortamento duas semanas após a remoção do DIU.⁽⁸⁾

A média de idade gestacional no momento da remoção do DIU, quando desejada pela paciente, variou entre 7,3 e 8,2 semanas nos diversos trabalhos. A histeroscopia ambulatorial para retirada de DIU é um procedimento seguro que demanda pouco tempo para a realização, com duração média de 2,7 a 3,1 minutos.^(5,8)

O uso da histeroscopia ambulatorial para a retirada de DIU quando os fios não se encontram visíveis em gestação inicial apresenta diversas vantagens, tais como: visualização direta do saco gestacional e do SIU, podendo evitar lesão traumática ao saco gestacional; utilização de solução fisiológica aquecida para distensão da cavidade endometrial e efeito de *clearance* à ascensão microbiana, exercida por efeito mecânico da solução fisiológica na limpeza da cavidade e do canal cervical.^(4,14,16,17)

O procedimento para remoção do dispositivo deve ser realizado em serviço de referência, com operador

habilitado e com grande experiência em histeroscopia ambulatorial.

CONCLUSÃO

A histeroscopia ambulatorial é um método seguro e eficaz na remoção de DIU retido, quando o fio não é visível. O procedimento não é isento de riscos, mas, com base na análise dos trabalhos, está claro que os benefícios superam os potenciais riscos da manutenção da gestação com um SIU *in loco*. As pacientes devem ser orientadas a respeito dos resultados gestacionais, pois necessitam de acompanhamento pré-natal de alto risco mesmo após a remoção do DIU e de assistência neonatal terciária em casos de parto pré-termo e corioamnionite. São necessários mais estudos randomizados e prospectivos visando melhorar o grau de evidência científica e para melhor compreensão dos fatores envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS, Spinola PG, Tomas G, et al. Manual de anticoncepção da Febrasgo. Femina. 2009;37(9):459-90.
2. Finotti M. Manual de anticoncepção. São Paulo: Febrasgo; 2015.
3. Abu Atilah LI, Mourad MA, Haj-Yasin D, Shlash L, Kaylani LZ, Fadila N. Intrauterine contraceptive device perforating the cecum, a pregnancy complication? Gynecol Minim Invasive Ther. 2019;8(2):83-5. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_109_18
4. Sanders AP, Sanders B. Hysteroscopy removal of intrauterine devices in pregnancy. Fertil Steril. 2018;110(7):1408-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.09.004
5. Cohen SB, Bouaziz J, Bar-On A, Schiff E, Goldenberg M, Maschiach R. In-office hysteroscopic extraction of intrauterine devices in pregnant patients who underwent prior ultrasound-guided extraction failure. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(5):833-6. doi: 10.1016/j.jmig.2017.03.021
6. McCarthy EA, Jagasia N, Maher P, Robinson M. Ultrasound-guided hysteroscopy to remove a levonorgestrel intrauterine system in early pregnancy. Contraception. 2012;86(5):587-90. doi: 10.1016/j.contraception.2012.03.004
7. Hardeman J, Weiss BD. Intrauterine devices: an update. Am Fam Physician. 2014;89(6):445-50.
8. Pérez-Medina T, Sancho-Saúco J, Ríos M, Pereira A, Argila N, Cabezas E, et al. Hysteroscopy in pregnancy-related conditions: descriptive analysis in 273 patients. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(3):417-25. doi: 10.1016/j.jmig.2013.11.004
9. Ozgu-Erdinc AS, Tasdemir UG, Uygur D, Aktulay A, Tasdemir N, Gulerman HC. Outcome of intrauterine pregnancies with intrauterine device in place and effects of device location on prognosis. Contraception. 2014;89(5):426-30. doi: 10.1016/j.contraception.2014.01.002
10. Ganer H, Levy A, Ohel I, Sheiner E. Pregnancy outcome in women with an intrauterine contraceptive device. Am J Obstet Gynecol. 2009;201(4):381.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.031
11. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. Contraception. 2012;85(2):131-9. doi: 10.1016/j.contraception.2011.06.010
12. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the copper T intrauterine contraceptive device. Am J Obstet Gynecol. 1976;126(7):869-79. doi: 10.1016/0002-9378(76)90675-x
13. Ercan CM, Karasahin E, Alanbay I, Baser I. Comment to "The prognosis of pregnancy conceived despite the presence of an intrauterine device (IUD)". J Perinatal Med. 2010;38(2):223. doi: 10.1515/jpm.2010.037
14. Aguiar Couto MR, Vidal Hernández R, González Rodríguez M, López Portela A, Otero Valenzuela A. Extracción de DIU mediante histeroscopia en la gestación precoz: nuestra experiencia en 4 casos. Prog Obstet Gynecol. 2008;51(3):162-6. doi: 10.1016/S0304-5013(08)71070-7
15. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016.
16. Lin JC, Chen YO, Lin BL, Valle RF. Outcome of removal of intrauterine devices with flexible hysteroscopy in early pregnancy. J Gynecol Surg. 1993;9(4):195-200. doi: 10.1089/gyn.1993.9.195
17. Assaf A, Gohar M, Saad S, El-Nashar A, Abdel Aziz A. Removal of intrauterine devices with missing tails during early pregnancy. Contraception. 1992;45(6):541-6. doi: 10.1016/0010-7824(92)90105-3

SEJA UM ASSOCIADO febrasgo



Além de participar ativamente da construção de uma associação mais forte e representativa para os Profissionais de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil, você ainda recebe muitos benefícios.

PILARES DE ATUAÇÃO DA FEBRASGO



Educação Médica
Continuada



Valorização e
Defesa Profissional



Melhoria da
Experiência do Associado

CONVIDAMOS VOCÊ A CONHECER OS **10 MOTIVOS**
PARA SE **TORNAR UM ASSOCIADO** E ACESSAR AOS DIVERSOS
CONTEÚDOS DO NOSSO **ACERVO CIENTÍFICO**

1. PORTAL FEBRASGO
2. ACESSO AOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS 
3. ACESSO ÀS SÉRIES DE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES
4. POSITION STATEMENT: documentar o estado atual da GO na Prática Assistencial, Educação, Pesquisa e Extensão 
5. ACESSO ÀS SÉRIES DE LIVES E DOCUMENTOS RELACIONADOS 
6. REVISTAS FEBRASGO
7. TERMOS DE CONSENTIMENTO 
8. CLUBE DE BENEFÍCIOS 
9. EVENTOS FEBRASGO: DESCONTOS EXCLUSIVOS
10. APP FEBRASGO: CONTEÚDOS EXCLUSIVOS COM NOVO BUSCADOR E CALCULADORAS 

Associe-se: assistente.pres@febrasgo.org.br
www.febrasgo.org.br



**Conheça agora
o seu novo clube
de benefícios!**

CLUBE DE BENEFÍCIOS FEBRASGO

São mais de 150 parceiros com até 60% de desconto

Veja como é fácil se cadastrar no Clube de Benefícios Febrasgo:

1. Acesse o site do clube de vantagens e clique em "Cadastro".
2. Preencha o formulário com os seus dados pessoais e o número do seu CPF, sem pontos e traço.

Acesse e aproveite: clubedebeneficios.febrasgo.org.br

Ficou com alguma dúvida ou teve algum problema de acesso?
Entre em contato com beneficiosfebrasgo@redeparcerias.com

A qualidade dos produtos e serviços, o prazo e a efetivação da entrega e o suporte pós-venda são de inteira responsabilidade da empresa parceira, isentando este clube de vantagens de quaisquer responsabilidade junto aos associados participantes que venham efetivar a compra de produtos ou contratação de serviços.