

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 51, Número 12, 2023

INOVANDO A FEBRASGO

Um olhar sobre os quatro últimos anos de gestão

61º CBGO

Evento celebra
momentos históricos

INÉDITO

Febrasgo tem a primeira
mulher na presidência



Nova área do portal da Febrasgo

FLUXOGRAMA INTERATIVO

1 O QUE É ?

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

2 IMPORTÂNCIA

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

3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

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

4 COMO VAI FUNCIONAR?

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



Confira as publicações em nosso portal!

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

DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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



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

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

CONSELHO EDITORIAL

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

Hélio de Lima Ferreira
Fernandes Costa
Hélio Sebastião Amâncio
de Camargo Júnior
Ionara Barcelos
Jesus Paula Carvalho
José Eleutério Junior
José Geraldo Lopes Ramos
José Mauro Madi
Jose Mendes Aldrighi
Julio Cesar Rosa e Silva
Julio Cesar Teixeira
Lucia Alves da Silva Lara
Luciano Marcondes
Machado 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 Osório Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano
Marta Francis Benevides Rehme

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



EDITORIAL

Terminando 2023, a *Femina* revê eventos marcantes da Febrasgo ao longo do ano. A regularidade na entrega das revistas *Femina* e RBGO aos seus associados sintetiza os esforços da Febrasgo em todas as suas ações. Destaco o envolvimento dos autores brasileiros com a pesquisa e a publicação de suas experiências! Graças a isso, a RBGO, publicada em inglês, alcançou penetração internacional, indo além da América Latina. E *Femina* brilhou no seu objetivo de atualizar os associados nos temas mais relevantes da especialidade, alcançando todos, em qualquer local do país. Como outro destaque, o 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) coroou os momentos científicos mais relevantes do ano. Relevância maior foi dada aos cursos práticos oferecidos aos interessados (*hands-on*). Muito prazerosa a oportunidade de treinamento presencial com os mais destacados professores nos diferentes tópicos. E, mesmo não sendo a primeira vez, chamou-se a atenção para a maioria absoluta de mulheres no congresso. Como palestrantes, as mulheres desenharam também um novo cenário. Parabéns a todas pela dedicação à Febrasgo!

Falando em *Femina* mulher, pela primeira vez a Febrasgo elege para sua presidência uma mulher. Ímpar, inteligente, fluente, pesquisadora de relevância e professora! Certamente ela trará orgulho à Febrasgo e representará com dignidade a ginecologia do Brasil no exterior! A professora Maria Celeste, gaúcha, valente, em 2023 foi destaque na defesa intransigente dos interesses dos associados da Febrasgo, presidindo a Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Associação. A professora Celeste cercou-se ainda de representantes ilustres das cinco regiões do Brasil para ajudá-la na tarefa de dirigir a Febrasgo. Não posso deixar de registrar a escolha do professor Agnaldo, nosso ex-presidente, como diretor científico da nova gestão. Seu toque aparecerá nas escolhas das comissões científicas e na direção das revistas da Febrasgo. Sua competência dispensa adjetivos. Dá-nos orgulho vê-lo representando o país em eventos científicos no exterior! Isso materializa o sonho de vermos a ginecologia brasileira ser reconhecida no além fronteiras!

Este volume registra a posse dos 30 acadêmicos da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia, durante o 61º CBGO no Rio de Janeiro, com a presidência do professor Cesar Eduardo Fernandes. A missão maior é não deixar de enaltecer e documentar a história da ginecologia brasileira. Sem a academia, muitos fatos se perdem no tempo sem registro. Exemplifico, entre outros, a falta de registros acerca do papel do professor Francisco Carlos Grelle na ginecologia nacional. Certo estou apenas de que ele “andou” pelas bandas de Mato Grosso e se fixou no Rio de Janeiro. Na sua vida acadêmica, ele publicou um livro, descontinuado nos últimos 40-50 anos.

Em outras três páginas, a Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional trata da remuneração médica na saúde complementar, nicho de maior necessidade de valorização médica. O Caderno Científico publica três trabalhos originais, um artigo de revisão e dois relatos de caso, todos elegantemente descritos e dignos de sua leitura. Como um dos editores da *Femina*, registro o papel fundamental do professor Marcos Felipe na condução das duas revistas da Febrasgo e na motivação dos autores dos textos científicos publicados ao longo de 2023. Esperamos 2024 com a certeza da continuidade das múltiplas ações da Febrasgo dirigidas aos seus associados. Eventos, publicações e pesquisas serão o norte para todos nós.

Boa leitura! Bom ano de 2024!

Sebastião Freitas de Medeiros

Editor

SUMÁRIO

638 Capa

Inovação, diversidade e equidade



643 Congresso
**61º CBGO:
um congresso
ímpar**

644 Videocast
Play na atualização científica

645 Lançamento
**Lançamento do livro *Hormônios em
Ginecologia* marca o terceiro dia do 61º CBGO**

646 Hands on
Inovações no treinamento médico



648 Flowcharts

Febrasgo lança *flowcharts* de gestação de alto risco

649 Anago

Primeiros titulares da Anago tomam posse em cerimônia emocionante

651 Espaço RBGO

O papel fundamental dos editores associados para a ascensão da RBGO

653 Federadas

AGF homologa chapa única para gestão 2024-2027 e marca início de nova fase

655 Residência Médica

Febrasgo realiza a primeira reunião de implementação das EPAs no Brasil

657 Defesa e Valorização Profissional

Fórum de Defesa e Valorização Profissional aborda a remuneração médica na saúde suplementar

660 Caderno Científico

ARTIGOS ORIGINAIS

Análise do desejo de manter ou interromper gravidezes decorrentes de violência sexual

Prevalência e desfechos materno-fetais de pacientes internadas por amniorrexe prematura no pré-termo no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí nos anos de 2020 e 2021

Reflexo disfórico da ejeção do leite: conhecimento e diferenciação com transtornos mentais puerperais entre ginecologistas e obstetras paranaenses

ARTIGO DE REVISÃO

Função reprodutiva em portadoras de hiperplasia adrenal congênita: revisão narrativa da literatura

RELATOS DE CASO

Variante incomum da síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: relato de caso

Síndrome de leiomiomatose cutânea e uterina múltipla: relato de três casos clínicos

Inovação, diversidade e equidade



FOTO: Lailson Santos

Essas três palavras marcaram a gestão 2020-2023 da Febrasgo, presidida pelo médico mineiro Agnaldo Lopes, a qual superou desafios inéditos, como uma pandemia

Por Letícia Martins



Certamente 2020 é e será sempre lembrado pela maioria dos brasileiros como o início da pandemia de COVID-19, já que em março daquele ano foi diagnosticada a primeira pessoa com o SARS-CoV-2 no país. A partir de então, medidas de isolamento social foram adotadas, impactando diretamente a vida de todos. O sistema de saúde enfrentou uma sobrecarga enorme, com hospitais lotados e falta de insumos. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil registrou mais de 700 mil mortes pelo coronavírus entre 2020 e 2023.

Não só aqui, mas no mundo inteiro, a economia sofreu um grande abalo, com o fechamento de negócios e o aumento do desemprego. A sociedade teve que lidar com o distanciamento social, a obrigatoriedade do uso de máscara nos locais públicos e ambientes fechados, a corrida contra o relógio por uma vacina, entre outras adversidades.

Foi nesse cenário de crise que a 18ª diretoria iniciou a gestão quadrienal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). “Começamos a nossa gestão em um momento muito complexo, com grandes mudanças e diversos desafios em vários sentidos. Perdemos muitos colegas no exercício da profissão. Médicos que não abandonaram o propósito de cuidar das mulheres mesmo em um período tão difícil. Lamentamos as perdas, sentimos a falta e nos unimos”, disse o então recém-empossado presidente da Febrasgo, **Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho**, que sucedeu o Dr. César Eduardo Fernandes.

Professor titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com atuação nas áreas de ginecologia oncológica e cirurgia, em especial em cirurgia pélvica feminina, o Dr. Agnaldo deparou-se logo com o primeiro dos muitos compromissos que assumiria ao longo da gestão: o cuidado com a saúde dos tocoginecologistas. Assim, uma das primeiras ações foi criar a campanha “É Preciso Cuidar de Quem Cuida da Gente” em prol da saúde dos médicos e orientar os associados sobre medidas de prevenção e cuidado contra o coronavírus.

A gestão 2020-2023 começou impactada por uma pandemia, mas não deixou ser paralisada por ela. “Desde o início, definimos como um dos principais

Em pé, da esquerda para a direita: Dr. Carlos Augusto Pires Costa Lino, Dr. Ricardo de Almeida Quintáiros, Dr. Sérgio Podgaec, Dr. César Eduardo Fernandes, Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Dr. Marcelo Zugaib e Dr. Jan Pawel Andrade Pachnicki. Sentados, da esquerda para a direita: Dra. Marta C. Carvalho Franco Finotti, Dr. Agnaldo Lopes e Dra. Maria Celeste Osório Wender

objetivos da nossa gestão estabelecer conexões com todas as regiões do Brasil e promover inovação e tecnologia. Os números e projetos reais mostram que alcançamos ótimos resultados”, afirmou o Dr. Agnaldo.

Nesse período, a Febrasgo organizou uma comissão emergencial dedicada à assistência obstétrica a pacientes com Covid-19. “A instituição apoiou e forneceu os equipamentos de proteção necessários, especialmente nas regiões mais afetadas no início da pandemia. Além disso, discutimos e concluímos que o uso da telemedicina foi fundamental durante esse período, sendo uma ferramenta legítima e eficaz para fornecer atendimento médico, tanto durante crises, como a que estávamos enfrentando, quanto em momentos de normalidade. Por isso, vemos com bons olhos a continuidade do uso da telemedicina”, ressaltou a diretora de Defesa e Valorização Profissional, **Dra. Maria**

Celeste Osório Wender, que assumiu o cargo outrora ocupado pelo Dr. Juvenal Barreto B. de Andrade.

Na gestão anterior (2016-2019), a Dra. Maria Celeste havia atuado como vice-presidente da região Sul, o que possibilitou muitas conexões e relacionamentos importantes para articular e ampliar o trabalho de promoção à saúde da mulher.

Ela enfatizou o papel da Febrasgo no cenário da medicina brasileira, conquistando espaços importantes no Conselho Federal de Medicina (CFM), onde participou de diversas discussões na Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia sobre os mais relevantes assuntos relacionados à prática e à defesa profissional e ética.

Além disso, a Febrasgo marcou presença em reuniões realizadas pela Associação Médica Brasileira (AMB), que conta com representantes ginecologistas e obstetras em posições de destaque, entre eles o Dr. César Fernandes, na presidência da AMB, a Dra. Maria Rita de Souza Mesquita, como primeira-secretária e o Dr. Etelvino de Souza Trindade, como vice-presidente da região Centro-Oeste.

Na gestão anterior, a diretoria de Valorização e Defesa Profissional atuou intensamente, junto com a assessoria jurídica da Febrasgo, em discussões a favor da reafirmação da Lei do Ato Médico, concentrando-se na importância do profissional ginecologista obstetra para fazer o atendimento primeiro da paciente durante atos

“Foi uma honra liderar a Febrasgo durante um período tão desafiador e contar com uma diretoria, cinco regionais e 32 CNEs comprometidas e atuantes. Nossa instituição está cada vez maior e contribuindo cada vez mais para melhorar a assistência à saúde das mulheres brasileiras”,
declarou o Dr. Agnaldo Lopes.

“Apesar dos obstáculos causados pela pandemia, a Febrasgo conseguiu acelerar alguns processos e adotar mudanças que facilitaram bastante o trabalho e foram incorporadas na rotina da Febrasgo”,
disse o Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho.

de contracepção, como a inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e dos implantes de etonogestrel. “Na atual gestão, reforçamos e valorizamos o médico obstetra como líder e coordenador da equipe multiprofissional de saúde na assistência ao parto adequado e respeitoso e defendemos a ética e o profissionalismo. Da mesma forma, atuamos em relação a alguns estados, como Piauí e Minas Gerais, onde houve alguns problemas relacionados a essa questão”, declarou a Dra. Maria Celeste, que assume em janeiro de 2024 como presidente da Febrasgo, sendo a primeira mulher na história da entidade a ocupar esse cargo.

TRANSFORMAÇÕES NOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

O apoio e a participação dos diretores, vice-presidentes, membros das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) e toda a equipe da Febrasgo foram fundamentais para a execução dessas ações e de todas as que seriam planejadas e implantadas dali em diante. Para o diretor financeiro, **Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho**, que mora em Pernambuco, a Febrasgo soube transformar os desafios trazidos pela pandemia em oportunidades que resultaram em benefícios para todos os associados. Destaca-se como exemplo disso o uso das tecnologias como grande aliada tanto nos processos administrativos e financeiros quanto na comunicação e atualização científica.

“Apesar dos obstáculos causados pela pandemia, a Febrasgo conseguiu acelerar alguns processos de tomada de decisão sem a necessidade de reuniões presenciais. Para tanto, instituímos uma reunião semanal, assim como reuniões esporádicas para assuntos mais importantes ou urgentes, principalmente para questões financeiras. Também adotamos a assinatura de documentos e pagamentos *on-line*. Essas mudanças facilitaram bastante o trabalho durante o período crítico e foram incorporadas na rotina da Febrasgo”, explica o Dr. Olímpio.

“As frequentes reuniões virtuais com toda a diretoria e os vice-presidentes das regiões não só contornaram o distanciamento social imposto pela pandemia como aproximaram ainda mais os membros da equipe, possibilitando uma maior interação entre todos”, completou o diretor administrativo

da Febrasgo, **Dr. Sérgio Podgaec**, professor livre-docente da Disciplina de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

A relação entre a Febrasgo e suas associações afiliadas tem se fortalecido nos últimos quatro anos, de acordo com o Dr. Sérgio. “A Febrasgo se empenhou em ajudar as federadas, oferecendo atividades educacionais intensas, incluindo aulas *on-line*. Além disso, um programa de valorização foi implementado, reconhecendo especialmente as mulheres profissionais da área”, afirmou.

“A Febrasgo demonstra estar bastante organizada administrativa e operacionalmente, com várias iniciativas já realizadas e outras planejadas. Recentemente, foi elaborado um planejamento estratégico que resultou em cerca de 50 propostas de projetos para os próximos anos”, completou o Dr. Sérgio, que assumirá a vice-presidência da Febrasgo na região Sudeste.

Todas as adaptações necessárias demandaram investimentos, garante o diretor financeiro da Febrasgo, mas, de acordo com ele, o fluxo de caixa da entidade não foi prejudicado e a estabilidade financeira e administrativa pode ser atribuída ao seu antecessor, o Dr. Corintio Mariani Neto. Este último entregou uma organização bem estruturada e com processos sólidos. “Agora, estamos passando o bastão para Marcelo Luis Steiner e Roseli Nomura, que, tenho certeza, darão continuidade ao trabalho de forma eficiente e integrada”, afirmou o Dr. Olímpio, que será, a partir de 2024, o vice-presidente da Febrasgo na região Nordeste.

MULHERES EM FOCO

Entre as iniciativas que colocam as mulheres no centro da atenção, está a criação do Núcleo Feminino da Febrasgo, que visa valorizar as ginecologistas e obstetras em posições de liderança, além de debater questões relacionadas a saúde, bem-estar, carreira e segurança.

Para o público em geral, a Febrasgo fortaleceu a plataforma *on-line* Feito Para Ela (*site* e redes sociais), com conteúdos confiáveis sobre saúde integral feminina elaborados em linguagem simples e com o respaldo dos especialistas das CNEs e de outras sociedades e instituições médicas de credibilidade.

“A pesquisa científica em GO está muito sólida no Brasil, fortalecida pelos vários programas de pós-graduação espalhados pelo país. Temos que nos orgulhar do que é produzido aqui em sintonia com os avanços que se fazem no mundo de um modo geral”,
ressaltou o Dr. César Eduardo Fernandes.

Activities), a certificação das sociedades médicas e a construção do Centro de Simulação e Treinamento para capacitar ainda mais a formação médica”, acrescentou o presidente da Febrasgo. É possível ler mais sobre essas iniciativas nesta edição.

O Dr. César, que esteve à frente da diretoria científica nessa gestão, enfatizou o constante crescimento da produção de conteúdo científico na área de ginecologia e obstetrícia (GO). “A pesquisa científica em GO está muito sólida no Brasil, fortalecida pelos vários programas de pós-graduação espalhados pelo país. Temos que nos orgulhar do que é produzido aqui em sintonia com os avanços que se fazem no mundo de um modo geral”, declarou.

Ele citou as publicações da Febrasgo, entre elas a *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO), que conquistou em 2023 o Fator de Impacto 1.2, feito inédito na América Latina, entre os títulos dedicados a essa especialidade. A *Femina*, por sua vez, traz alguns artigos científicos, mas tem como principal foco matérias e entrevistas sobre temas atuais e sociais. Ambas podem ser acessadas gratuitamente pelo *site* da Febrasgo. No caso da *Femina*, todos os associados recebem mensalmente um exemplar impresso.

“Tanto a RBGO quanto a *Femina* melhoraram muito nos últimos oito anos devido principalmente ao trabalho dedicado e comprometido do editor, o professor Marcos Felipe Silva de Sá, que tomou para si o desafio de modernizar essas revistas e internacionalizar a RBGO, um dos pontos importantes para

“Na atual gestão, reforçamos e valorizamos o médico obstetra como líder e coordenador da equipe multiprofissional de saúde na assistência ao parto adequado e respeitoso e defendemos a ética e o profissionalismo da ginecologia e obstetrícia”,
afirmou a Dra. Maria Celeste Osório Wender.

GESTÃO 2020-2023

Toda diretoria e equipe da Febrasgo agradece também aos vice-presidentes das regionais, que colaboraram imensamente para o sucesso da gestão 2020-2023.

Na pessoa de cada um deles, a Febrasgo estende o reconhecimento do trabalho desempenhado com tanto profissionalismo e excelência aos presidentes e membros das 32 CNEs em Ginecologia e Obstetrícia.



Dr. Almir Antônio Urbanetz
Região Sul (*in memoriam*)



Dr. Carlos Augusto Pires Costa Lino
Região Nordeste



Dr. Jan Pawel Andrade Pachnicki
Região Sul



Dr. Marcelo Zugaib
Região Sudeste



Dr. Ricardo de Almeida Quinteiros
Região Norte



Dra. Marta C. Carvalho Franco Finotti
Região Centro-Oeste

almejar o Fator de Impacto”, disse o Dr. César, completando: “A RBGO é motivo de orgulho não somente para todos nós do Brasil, como para especialistas de outros países, visto que ela é a revista mais importante publicada na América Latina em ginecologia e obstetrícia”.

CONGRESSOS CIENTÍFICOS

Superando todas as expectativas, a Febrasgo realizou três Congressos Brasileiros de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) no último quadriênio, com cerca de 8 mil inscritos. Em 2020, o evento foi transmitido ao vivo pela internet, preservando a segurança dos congressistas e cumprindo com o compromisso de gerar atualização científica para os associados.

Em 2022 e 2023, os congressos foram presenciais, registrando um crescimento de 20% entre uma edição e outra. O presidente da Febrasgo destacou a participação expressiva de jovens e mulheres, além de várias novidades, como a gravação de *viodecast* a fim de levar informações relevantes e atualizadas diretamente do congresso para todos os associados. Essa iniciativa começou em 2022 e continuou na edição mais recente com 21 novos episódios.

Em 2023, o CBGO reservou um espaço exclusivo para o conforto e a privacidade das lactantes, garantindo, assim, a comodidade das mães que estão amamentando, e se tornou a primeira edição a se preocupar com a sustentabilidade. Isso porque a Febrasgo contratou uma empresa de assessoria ambiental para implantar estratégias para aumentar os impactos positivos do congresso no meio ambiente e na sociedade. Tais estratégias estão baseadas em três pilares: gestão de resíduos, plano para

neutralização de carbono e geração de emprego e renda para pessoas e cooperativas que operam próximo ao Riocentro, onde são realizadas desde 2022 as edições do CBGO.

Com todas essas novidades e iniciativas, o congresso da Febrasgo consolidou-se não só como o maior evento científico de ginecologia e obstetrícia do Brasil, mas também como mais inclusivo e sustentável.

Assim, a Febrasgo encerra o ano de 2023 carregando consigo a valiosa tarefa de ressignificar as memórias dos últimos quatro anos. A intenção não é esquecer ou subestimar tudo o que foi vivido, mas, sim, levar para os próximos quatro anos todo o legado conquistado com muito trabalho, comprometimento, ética e responsabilidade.

Que os associados da Febrasgo possam se lembrar deste período, de 2020 a 2023, como um momento de superação, transformação e fortalecimento da medicina e da especialidade. Que as memórias desses anos sejam marcadas por uma comunidade unida, que lutou incansavelmente pelo bem-estar das mulheres, que se adaptou às adversidades e que se manteve firme em sua missão.

“Essa gestão se destacou pela valorização da diversidade, com projetos de inovação e sustentabilidade e, sobretudo, pela inclusão das mulheres. Foi uma honra liderar a Febrasgo durante um período tão desafiador e contar com uma diretoria, cinco regionais e 32 CNEs comprometidas e atuantes. Nossa instituição está cada vez maior e contribuindo cada vez mais para melhorar a assistência à saúde das mulheres brasileiras”, declarou o Dr. Agnaldo, que seguirá na próxima gestão como diretor científico.

“A Febrasgo está bastante organizada administrativa e operacionalmente, com várias iniciativas já realizadas e outras planejadas, com cerca de 50 propostas de projetos para os próximos anos”, disse o Dr. Sérgio Podgaec.

CONGRESSO

61º CBGO: um congresso ímpar

Foram quatro dias de intensa programação científica, *networking*, confraternizações e momentos inéditos. Médicos jovens e mulheres foram maioria no evento

Por Letícia Martins



Entre os dias 14 e 17 de novembro de 2023, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) realizou o 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), na cidade do Rio de Janeiro, marcado por diversos momentos inéditos e especiais, entre eles a reunião que homologou a primeira presidente mulher da Febrasgo e a cerimônia de posse dos patronos e titulares da Academia Nacional de Ginecologistas e Obstetras (Anago), sobre os quais você pode ler nesta edição.

Também foi a primeira vez que o CBGO contou com estratégias sustentáveis de gestão de resíduos, visando aumentar o impacto positivo que o evento promove no ambiente e na sociedade. Todos os participantes do congresso foram incentivados a colaborar com o descarte consciente dos resíduos orgânicos e recicláveis em lixeiras devidamente identificadas. Uma empresa contratada pela Febrasgo ficou responsável pela destinação dos resíduos para os locais adequados. O próximo passo

será a realização do inventário para neutralizar a emissão de carbono e seguir com essa estratégia em todos os eventos da instituição.

Foram cerca de 4 mil inscritos, 303 palestrantes e 10 salas reservadas para a programação científica. A edição de 2023 foi 20% maior, se comparada à do ano anterior, e recebeu mais de mil trabalhos científicos. Neste ano, o destaque principal ficou por conta da predominância de jovens. A média de idade registrada foi de 30 anos, representando 56% do total de congressistas, mostrando o rejuvenescimento da especialidade. Por isso, a Febrasgo investiu em formas mais inovadoras de levar conteúdos e atualização científica para os associados, como as atividades *hands-on*, realizadas no Centro de Simulação Realística, e a gravação de novos episódios dos *viodecasts*, que você pode ler nesta seção, além de conferir outros momentos especiais, como o lançamento de livro e dos fluxogramas de gestação de alto risco.



Veja as fotos
do evento



<https://www.febrasgo.org.br/pt/fotos-do-evento-61>

Assista aos vídeos
da câmera 360º



<https://fotoshare.co/e/xeFqIrA3KrAJSecHbv4hq>

Baixe o seu
certificado



<https://cbgo2023.com.br/evento/cbgo2023/certificados>



A apresentadora Adriana Bittar (à esquerda) com dois entrevistados dos videocasts gravados no 61º CBGO: Dra. Adriana Orcesi Pedro e Dr. Cristiano Barcellos

Play na atualização científica

Novos episódios dos videocasts do CBGO já estão disponíveis no canal da Febrasgo no YouTube

Por Letícia Martins

Quem não foi ao 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) ou participou dele, mas gostaria de lembrar os destaques do evento, já pode preparar o fone de ouvido, pois a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) disponibilizou no YouTube todos os videocasts gravados durante os quatro dias do CBGO.

São 21 episódios novos que trazem um resumo dos principais debates, palestras e novidades apresentados no maior congresso de ginecologistas e obstetras do país, como pré-natal de alto e baixo risco, assistência ao parto, climatério e osteoporose, violência contra a mulher, entre outros.

O presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes, comemora o sucesso dos videocasts, que começaram a ser produzidos na 60ª edição do congresso. “Em 2022, montamos um estúdio no CBGO e começamos a gravar entrevistas em vídeo com os palestrantes. Nossos associados aprovaram a novidade, pois é mais uma forma de acompanhar o conteúdo importante transmitido no congresso. Em 2023, demos continuidade aos videocasts, com novos convidados e temas”, declarou.

Os episódios são descontraídos e mediados pela jornalista Adriana Bittar, que extrai dos convidados os pontos mais importantes dos temas em evidência no congresso. É só dar play para ouvir ou assistir aos vídeos e ficar muito bem-informado sobre a saúde da mulher.



Confira a *playlist* com os destaques do 61º CBGO



<https://www.youtube.com/playlist?list=PLVMA3tg1wAQqbNb4rtwPT5GNRdI19z6wM>



Lançamento do livro *Hormônios em Ginecologia* marca o terceiro dia do 61º CBGO

De forma aprofundada e atualizada, a obra traz diversos temas pertinentes à saúde da mulher e pode ser usada por estudantes, médicos em formação e profissionais experientes

Por Letícia Martins

Um dos principais destaques do terceiro dia do 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), 16 de novembro, foi o lançamento do livro *Hormônios em Ginecologia*, organizado pelos editores Cristina Laguna Benetti-Pinto, César Eduardo Fernandes e Agnaldo Lopes da Silva Filho e publicado pela editora Manole, com o apoio da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

A Dra. Cristina, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) em Ginecologia Endócrina da Febrasgo, explica que o tema hormônios femininos é muito estudado no Brasil e no mundo, porém faltava uma abordagem prática, aprofundada e atualizada sobre o assunto, que facilitasse a vida de estudantes, residentes e médicos experientes.

“Os hormônios são muito importantes na mulher e existem alterações ao longo da vida que precisam ser diagnosticadas e tratadas. O livro traz uma ampla avaliação teórica e científica sobre os diferentes distúrbios que envolvem esses hormônios no organismo feminino”, afirma a médica, que também é professora titular do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Para desenvolver o livro, os editores convidaram especialistas de renome em saúde da mulher, que escreveram os capítulos à luz do que há de mais recente na ciência, trazendo resumos clínicos que facilitam a utilização e, em alguns casos, fluxogramas para subsidiar o trabalho do médico.

Nos primeiros capítulos, a publicação aborda de forma ampla a produção hormonal, os aspectos farmacológicos

dos hormônios no organismo da mulher e as indicações de tratamento. Depois, o livro discorre especificamente sobre os distúrbios decorrentes dos hormônios mais prevalentes, como a síndrome dos ovários policísticos, a hiperprolactinemia e os distúrbios menstruais, como o sangramento uterino anormal, a adenomiose e a endometriose. “Além disso, o livro aborda situações fisiológicas que dependem dos hormônios, por exemplo, como avaliar e tratar os diferentes sintomas e repercussões da menopausa, e ainda contempla capítulos específicos sobre a puberdade (anormal, precoce e tardia) e os distúrbios de crescimento”, acrescenta a Dra. Cristina.

“Com essa visão global da ginecologia endócrina, acreditamos que a obra brasileira *Hormônios em Ginecologia* será uma ferramenta de grande utilidade para todos os colegas ginecologistas e obstetras e médicos de família”, finaliza a Dra. Cristina. **f**

Publicado pela editora Manole, com o apoio da Febrasgo, o livro *Hormônios em Ginecologia* contém 408 páginas e está disponível na versão impressa e *on-line*, com preço de capa de R\$ 298.

Os interessados podem aproveitar o desconto de lançamento e comprar o livro pelo site da editora ou pela Amazon.



<https://www.manole.com.br/hormonios-em-ginecologia-1-edicao/p>



Inovações no treinamento médico

Simulações que proporcionam experiências realísticas fizeram grande sucesso no 61º CBGO

Por Letícia Martins

Uma das maiores inovações apresentadas no Congresso de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) foi o centro de treinamento e simulação realística para a prática de atividades chamadas *Hands On*. Executada pela primeira vez em 2022, a proposta foi ampliada na edição de 2023, permitindo que os participantes tivessem experiências em várias áreas da ginecologia e obstetrícia.

Na área de ginecologia, foram oferecidos treinamentos em laqueadura tubária, inserção de contraceptivos subdérmicos e cirurgia de alta frequência. Já na área de obstetrícia, foram oferecidos treinamentos em correção de distocia de ombro, suturas uterinas compressivas, lacerações perineais e situações de emergência no parto.

Na avaliação do presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes, o *Hands On* já pode ser considerado um *case* de sucesso. “Essa novidade foi tão bem-sucedida que o número de salas destinadas às simulações aumentou de uma para quatro. Na 60ª edição do CBGO, cerca de 1.000 congressistas passaram por essas atividades. Na 60ª edição do CBGO, 454 congressistas passaram por essas atividades. Na 61ª edição, o número mais que dobrou: foram 976 participantes”, declarou.

A metodologia ativa já é uma realidade nos cursos de Medicina e tem se mostrado eficaz tanto na graduação quanto na formação de especialistas, permitindo que os profissionais adquiram habilidades específicas e melhorem cada vez mais seus atendimentos às pacientes. Na simulação, é possível, por exemplo, treinar a relação médico-paciente, a comunicação de más notícias, o aconselhamento contraceptivo até questões mais específicas, como parto vaginal e emergências obstétricas, entre elas a hemorragia pós-parto.

Porém, poucas universidades dispõem de equipamentos avançados para o treinamento seguro de alguns cenários. Um desses equipamentos, disponíveis em uma das salas do CBGO, é a parturiente Lucina, um simulador de alta fidelidade, em tamanho natural, capaz de representar contrações uterinas e as situações específicas citadas anteriormente.

Por isso, a resposta do público no CBGO foi tão positiva. “A oferta de treinamentos baseados em metodologias ativas, que aproximam o aluno de cenários mais próximos da realidade, com simuladores realísticos, manequins de alta fidelidade e dentro de um ambiente seguro, despertou grande interesse dos congressistas, de estudantes dos primeiros anos da graduação a



residentes e médicos formados”, afirmou o presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Urgências Obstétricas, Dr. Álvaro Luiz Lage Alves.

TEGO

A Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura, presidente da Comissão Nacional de Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Tego), também destacou a grande procura dos congressistas pelos *Hands On* e sua importância. “Os treinamentos durante o CBGO foram um sucesso, proporcionando aos alunos uma experiência imersiva e realista”, disse.

A Comissão Nacional do Tego ofereceu cursos relacionados às habilidades que são cobradas na prova de obtenção do título de especialista, como laqueadura tubária, inserção de contraceptivos subdérmicos e cirurgia de alta frequência, e os congressistas tiveram a oportunidade de treiná-las com os mesmos professores que irão avaliá-los no exame.

“É importante complementar os cursos teóricos com práticas para melhorar a fixação do conhecimento e o treinamento das habilidades. Nesse sentido, os treinamentos *Hands On* são uma forma eficaz de aprendizado, oferecendo mais segurança aos estudantes e reduzindo a exposição de pacientes reais”, declarou a Dra. Roseli. 



CENTRO DE SIMULAÇÃO E TREINAMENTO EM SÃO PAULO

A Febrasgo tem investido no Centro de Simulação e Treinamento, que será inaugurado em São Paulo em breve. O objetivo é oferecer melhor assistência às mulheres brasileiras por meio de treinamentos de qualidade para os profissionais da área, que poderão ser oferecidos por todas as CNEs de ginecologia e obstetrícia.

O centro contará com uma área de *debriefing* audiovisual, possibilitando uma análise detalhada das simulações realizadas. Além disso, a entidade está planejando cursos itinerantes para atender às diferentes necessidades do país.



FLOWCHARTS

Membros da CNE de Gestação de Alto Risco durante o lanamento dos *flowcharts* no 61  CBGO

Febrasgo lana *flowcharts* de gestao de alto risco

São mais de 50 doenas ou situaoes detalhadas em fluxogramas, que vão ajudar os obstetras no primeiro atendimento às gestantes de alto risco

Por Letícia Martins

As mulheres têm cada vez menos filhos, enquanto o número de gestaoes de alto risco está aumentando. Isso ocorre devido a diversos fatores, como a idade avanada das gestantes, sedentarismo e obesidade. Diante desse cenário, os obstetras enfrentam um desafio ainda maior, já que precisam ter amplo conhecimento sobre doenas e situaoes que possam afetar a gestao.

“Mesmo trabalhando em conjunto com outros médicos especialistas, o obstetra precisa ter conhecimento sobre diversas doenas para que possa fazer o primeiro atendimento e direcionar a paciente de alto risco para locais com melhores condioes de assistência, seja durante o pré-natal ou no momento do parto”, explica a Dra. Rosiane Mattar, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Gestao de Alto Risco da Federao Brasileira das Associaoes de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

De acordo com a médica, tudo comea com uma anamnese detalhada, o exame físico e a classificao de risco da paciente. No entanto, em meio à diversidade e   quantidade de doenas existentes, pode ser difícil para o médico saber quais perguntas são relevantes, quais fatores de risco deve avaliar e quais exames deve solicitar em cada caso. Por isso, a CNE de Gestao de Alto Risco

desenvolveu uma série de *flowcharts* de várias doenas que expõem a gravidez a alto risco de mortalidade materna ou fetal.

Flowcharts ou fluxogramas são ferramentas visuais poderosas que permitem representar, de maneira organizada e estruturada, os passos e condutas médicas de uma gestao de alto risco conforme cada condio de saúde que a paciente tenha.

A Dra. Rosiane conta que o desenvolvimento dessa ferramenta comeou em 2020, quando a atual equipe da CNE de Gestao de Alto Risco foi composta para a gestao de 2020-2023. Todos os membros da CNE ajudaram a delinear os temas de acordo com suas especialidades. Em reuniões quinzenais, o grupo avaliava o fluxograma e todos podiam opinar, acrescentar e ajustar informaoes. “Foi dessa forma que nós fizemos um fluxo grande, bem estruturado e completo. Sem d vida, o *flowchart*   uma grande contribuio da nossa CNE para todos os associados da Febrasgo”, declara a Dra. Rosiane.

O lanamento dos *flowcharts* foi feito durante o 61  Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) e está disponível para *download* na área de associados do *site* da Febrasgo.





Primeiros titulares da Anago tomam posse em cerimônia emocionante

Um novo capítulo da história da tocoginecologia brasileira foi escrito e celebrado em 2023

Por Letícia Martins

Durante o 61º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), a Febrasgo reuniu associados para a cerimônia de posse dos 30 titulares da recém-criada Academia Nacional de Ginecologista e Obstetrícia (Anago), que visa, entre outros objetivos, salvaguardar as memórias e as tradições dessas duas especialidades.

Um dos momentos emocionantes do evento foi a exibição de um filme que contou a história da ginecologia e obstetrícia, desde a chegada da família imperial ao Brasil, passando pela fundação das duas primeiras escolas de medicina, na Bahia e no Rio de Janeiro, até os dias atuais. Emocionante também foi o momento em que os nomes dos novos titulares foram mencionados e revelou-se o patrono da sua cadeira. Cada um deles recebeu um quadro e uma medalha, símbolos dessa posição que passaram a ocupar na Academia.

Para a formação inicial da Anago, foram eleitos os 18 ex-presidentes da Febrasgo e outras 12 personalidades ilustres da ginecologia e obstetrícia brasileira que praticaram a especialidade com enorme valor e qualidade ao longo das últimas décadas.

O presidente da Anago e ex-presidente da Febrasgo na gestão de 2019 a 2022, Dr. César Eduardo Fernandes, destacou que o currículo médico dos acadêmicos recém-empossados “se confunde com a história de êxito e avanços da tocoginecologia nacional” e falou sobre o desafio de escolher o nome dos patronos e dos membros titulares: “Vivemos em um país continental e diverso, com características regionais muito distintas. Por essa razão, cada ginecologista e obstetra foi avaliado em relação ao seu ambiente natural de trabalho. Assim,

para a formação inicial da Anago, contemplamos médicos de todas as regiões do país”.

O Dr. César ressaltou, no entanto, que há “outras personalidades com envergadura profissional que também poderiam constar como patronos ou membros da academia”, mas o número de 30 cadeiras limitou novas indicações. “Não foi uma escolha simples, mas acreditamos que a especialidade está bem representada. Eventualmente, no futuro, a diretoria pode pensar em ampliar esse número. Por ora, cabe a nós muito trabalho para honrar tamanha responsabilidade”, ponderou o presidente da Anago.

O atual presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes, ressaltou que a criação da Anago é “uma das conquistas mais significativas da atual gestão, consolidando-se como um consórcio de vanguarda ao reunir profissionais cuja dedicação e *expertise* foram os motores do avanço da medicina em prol da saúde feminina”. “Essa reunião de mentes visionárias é mais que um privilégio; ela representa a base para um intercâmbio enriquecedor de conhecimentos e experiências que fortalecerá indefinidamente nossa especialidade”, declarou.

NOBRE MISSÃO

A Anago nasce para ser a guardiã das tradições e da memória da ginecologia e obstetrícia brasileira, tendo como principal missão promover o estudo, a divulgação e a publicação dessa história. Para desempenhar tão importante missão, a Anago conta com a experiência do Dr. César, que já foi presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo (Sogesp),

presidente da Febrasgo e diretor científico dessas duas sociedades, e hoje ocupa o cargo de presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).

“Quero fazer jus à confiança e à generosidade dos meus pares, que me indicaram para esta grande honraria de ser o primeiro presidente da Anago, trabalhando para que ela tenha cada vez mais protagonismo junto aos ginecologistas e obstetras do Brasil. Caminharemos sempre juntos com a Febrasgo, de forma quase inseparáveis,

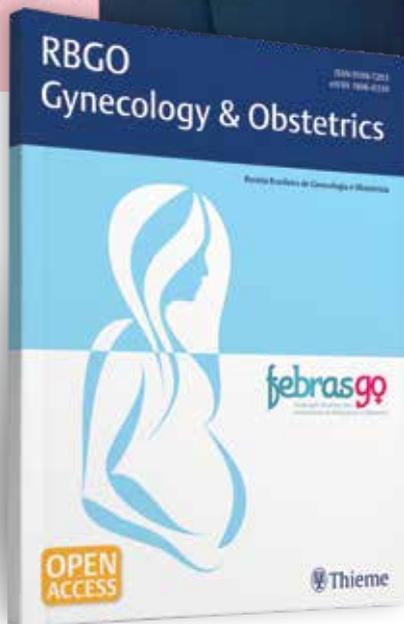
para que sejamos realmente os guardiões da nossa especialidade”, afirmou o Dr. César.

Como parte desse compromisso, a Anago já começou a produzir um livro detalhado, que será disponibilizado aos especialistas, proporcionando um conhecimento mais profundo sobre a trajetória da ginecologia e obstetrícia no Brasil. As primeiras reuniões também já estão agendadas para o início de 2024. Vida longa à Anago e aos seus representantes!



PATRONOS E TITULARES DA ACADEMIA NACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (ANAGO)

Cadeira	Patrono	Titular
01	Alberto Francia Gomes Martins (1909-1980)	Marcos Felipe Silva de Sá
02	Arnaldo de Moraes (1893-1961)	Rossana Pulcineli
03	João Carlos Gomes da Silveira (1913-1989)	Maria Celeste Osório Wender
04	Martiniano José Fernandes	Rosiane Mattar
05	José Bonifácio Medina (1900-1993)	Francisco Eduardo Prota
06	Domício Pereira da Costa (1959-1991)	Roseli Mieko Yamamoto Nomura
07	Paulo Belfort de Aguiar	Sebastião Freitas de Medeiros
08	Domingos Ferreira Machado (1915-1989)	Marcelo Zugaib
09	Laurival Antônio de Luca (1934-2008)	Rui Alberto Ferriani
10	José Weydson Carvalho de Barros Leal (1931-2017)	Olímpio Barbosa de Moraes Filho
11	Han Wolfgang Halbe	Han Wolfgang Halbe
12	José de Souza Costa (1932-2023)	Antônio Carlos Vieira Lopes
13	Hildoberto Carneiro de Oliveira (1940-2020)	Marco Aurélio Pinho de Oliveira
14	Edmund Chada Baracat	Edmund Chada Baracat
15	Nilson Roberto de Melo	Nilson Roberto de Melo
16	Etelvino de Souza Trindade	Etelvino de Souza Trindade
17	César Eduardo Fernandes	César Eduardo Fernandes
18	Agnaldo Lopes da Silva Filho	Agnaldo Lopes da Silva Filho
19	Almir Antônio Urbanetz (1950-2020)	Rosires Pereira de Andrade
20	Áurea Beirão de Almeida (1936-2009)	Antonio Rodrigues Braga Neto
21	Cícero Ferreira Fernandes da Costa (1932-2018)	Sérgio Podgaec
22	Clóvis Salgado Faria (1906-2005)	Gerson Pereira Lopes
23	José Aristodemo Pinotti (1934-2009)	Jesus Paula Carvalho
24	Gustavo Py Gomes da Silveira (1947-2017)	José Geraldo Lopes Ramos
25	Jorge Fonte de Rezende (1911-2006)	Jorge Fonte de Rezende Filho
26	José Galba de Araújo (1917-1985)	Suzana Arenhart Pessini
27	Lucas Monteiro Machado (1901-1970)	Lucas Vianna Machado
28	Luciane Maria Oliveira Brito (1949-2021)	Hilka Flávia Barra Alves do Espírito Santo Pereira
29	Manuel João Batista Castello Girão (1961-2021)	Geraldo Rodrigues de Lima
30	Varderli Alves de Moraes (1950-2021)	Marta Curado Carvalho Franco Finotti



O papel fundamental dos editores associados para a ascensão da RBGO

Publicação da Febrasgo foi a primeira da especialidade na América Latina a conquistar o prestigiado fator de impacto. Equipe se reúne no CBGO para planejar os próximos anos

Por Letícia Martins

Quantos artigos são necessários para criar uma revista científica de impacto? A resposta não está exclusivamente na quantidade, mas sim na qualidade. Esse foi um dos motivos que levou o Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá a apresentar para a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), cerca de dez anos atrás, uma série de mudanças na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO) como condição para aceitar o cargo de editor-chefe da publicação.

O objetivo era claro: fazer a RBGO conquistar o fator de impacto, reconhecido pela Clarivate Analytics, mantenedora do site *Web of Science*, e outorgado a uma seleta lista de publicações científicas que conseguem atender a critérios primordiais e se destacam como as mais

citadas em artigos científicos. Ter um fator de impacto, portanto, é sinal de credibilidade e reconhecimento.

Para atribuir o fator de impacto, a Clarivate considera o somatório de citações que uma publicação recebe em artigos científicos diversos, dividindo esse número pela quantidade de artigos científicos publicados nos dois anos anteriores. Ou seja, não adianta a revista ter muitos artigos se eles não forem citados em outros artigos. “Mas ser citado por qualquer revista não é suficiente. A citação deve ser feita em revistas de alta credibilidade e reconhecimento”, ressalta o Dr. Marcos Felipe. E o que é necessário para que um artigo seja mencionado? “Primeiramente, ele precisa ser acessado e lido por outros pesquisadores. Para que mereça ser referenciado, ele deve ter qualidade científica”, destaca o editor-chefe da RBGO.



Por isso, umas das maiores preocupações do Dr. Marcos Felipe, tão logo assumiu o cargo, foi montar uma equipe de editores associados para avaliar os artigos científicos submetidos à RBGO. Atualmente, a revista conta com 38 editores associados, que são selecionados de acordo com as áreas de atuação. Eles dedicam tempo e conhecimento para realizar análises isentas em prol da qualidade dos artigos publicados, assim ajudam a preservar a reputação e a excelência da revista.

“Sem o empenho deste time de editores associados seria impossível a RBGO se tornar a primeira publicação da área de ginecologia e obstetrícia a conquistar o fator de impacto de 1.2 em julho de 2023. A Febrasgo é muito grata a cada um dos editores e sua equipe”, declara Dr. Marcos Felipe.

Ele também reconhece o papel desempenhado pelo coordenador editorial de Publicações Acadêmicas e Científicas, Bruno Henrique Sena Ferreira, que atua na RBGO desde 2016 como “um braço direito” do Dr. Marcos Felipe. Bruno recebe todos os trabalhos enviados pelos autores, faz a primeira avaliação do artigo, verificando se ele atende aos critérios como normatização, apresentação de resumo, adequação ao idioma inglês, nomes e currículos dos autores, entre outros itens. “O Bruno faz um excelente trabalho, sempre respondendo às dúvidas dos autores e orientando-os sobre os próximos passos. É um profissional importante na equipe”, destaca o Dr. Marcos Felipe.

REUNIÃO NO CBGO

Para comemorar os avanços da publicação nos últimos anos e traçar planos para elevar o fator de impacto das revistas, a Febrasgo realizou, no dia 16 de novembro de 2023, uma reunião com a equipe da RBGO e editores associados durante o 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), ocorrido no Rio de Janeiro.

Na ocasião, o Dr. Marcos Felipe reiterou a importância do corpo de editores associados, revisores e demais especialistas que fazem a RBGO acontecer mês a mês, seguindo um rigoroso processo de produção. Um dos principais papéis dos editores associados é a revisão por pares, um processo que garante que os artigos submetidos sejam avaliados por especialistas na área. Essa revisão é essencial para verificar a validade científica, a originalidade e a contribuição do trabalho para

“Sem o empenho deste time de editores associados seria impossível a RBGO se tornar a primeira publicação da área de ginecologia e obstetrícia a conquistar o fator de impacto de 1.2 em julho de 2023”, afirma o Dr. Marcos Felipe, durante reunião com a equipe no 61º CBGO.

o campo de estudo em questão. Os editores associados, portanto, desempenham um papel-chave na identificação e seleção de revisores adequados para cada trabalho, garantindo que os artigos sejam analisados com precisão e imparcialidade.

Outra importante função dos editores associados é auxiliar os autores no desenvolvimento de seus artigos científicos. Eles fornecem orientação sobre a formatação, a estrutura e a clareza dos trabalhos, buscando garantir que os artigos sejam bem escritos e compreensíveis para o público-alvo. Além disso, os editores associados também auxiliam na identificação de possíveis melhorias nos trabalhos, como a inclusão de resultados adicionais ou uma análise mais aprofundada.

Os editores associados são essenciais em uma revista científica como a RBGO, pois desempenham uma série de funções vitais, incluindo a revisão por pares, a tomada de decisões informadas e a melhoria dos artigos científicos. De acordo com o Dr. Marcos Felipe, para que a RBGO possa não só manter, como também ampliar o fator de impacto, elevando ainda mais seu patamar no cenário científico internacional, é fundamental que todos se mantenham motivados e atendam aos prazos, pois um dos critérios importantes para a obtenção do fator de impacto é a periodicidade da revista. “Com o esforço contínuo dos editores associados e toda equipe, será possível manter e aprimorar a qualidade da revista, contribuindo para o avanço da ciência no Brasil e no mundo”, finalizou o Dr. Marcos Felipe.

Os editores associados são essenciais em uma revista científica como a RBGO, pois desempenham uma série de funções vitais, incluindo a revisão por pares, a tomada de decisões informadas e a melhoria dos artigos científicos. De acordo com o Dr. Marcos Felipe, para que a RBGO possa não só manter, como também ampliar o fator de impacto, elevando ainda mais seu patamar no cenário científico internacional, é fundamental que todos se mantenham motivados e atendam aos prazos, pois um dos critérios importantes para a obtenção do fator de impacto é a periodicidade da revista. “Com o esforço contínuo dos editores associados e toda equipe, será possível manter e aprimorar a qualidade da revista, contribuindo para o avanço da ciência no Brasil e no mundo”, finalizou o Dr. Marcos Felipe.

BENEFÍCIOS DO FATOR DE IMPACTO

A conquista do fator de impacto pela RBGO também impacta positivamente os programas de pós-graduação brasileiros. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) avalia diversos critérios, como a qualificação do corpo docente, número de teses defendidas e publicações em revistas de alto impacto, para qualificar o programa.

Os benefícios de ter um artigo publicado na RBGO são diversos. A revista está indexada nas principais bases de dados, o que amplia a visibilidade e a relevância dos trabalhos publicados. Além disso, a RBGO aceita trabalhos do mundo inteiro e os autores não pagam nada para publicar seus artigos, mas é fundamental primar pela qualidade e pelo rigor científico. 

AGF homologa chapa única para gestão 2024-2027 e marca início de nova fase

Primeira presidente mulher assume a liderança da Febrasgo e busca o crescimento da especialidade

Por Letícia Martins



A última Assembleia Geral das Federadas (AGF), realizada durante o 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), marcou um momento importante para a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo): a homologação da chapa Avança GO para ao quadriênio 2024-2027 com a nomeação da primeira mulher a assumir a presidência da instituição.

A presidente eleita Dra. Maria Celeste Osório Wender expressa sua honra e orgulho em assumir essa função e ressalta o compromisso em priorizar a saúde da mulher e fortalecer a instituição, levando em consideração as particularidades regionais e buscando a inclusão e a equidade. “É com muita honra que estou inaugurando esta fase nova na Febrasgo como presidente mulher da instituição. Vamos lutar pelo crescimento da nossa instituição, pela igualdade de oportunidades e pelo reconhecimento do nosso papel no setor da saúde do país. Agradeço a todos pelo apoio e confiança em meu trabalho e reafirmo o meu compromisso em representar e defender a saúde da mulher brasileira”, destacou a Dra. Maria Celeste Osório Wender, que irá conduzir a maior sociedade médica brasileira da especialidade, com mais de 16 mil associados.

A Dra. Maria Celeste é professora titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde fez a graduação em Medicina, em 1985, e se tornou mestra e doutora em Medicina: Ciências Médicas, em 1993 e 1997, respectivamente. Além disso, é chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e atua principalmente nos

seguintes temas: ginecologia endócrina, climatério, menopausa, osteoporose, anticoncepção, síndrome pré-menstrual, endométrio, estrogênio e progesterona.

No movimento associativo, a Dra. Maria Celeste vem construindo uma respeitada jornada de trabalho e dedicação. Ela foi diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo na gestão de 2020 a 2023 e vice-presidente da regional Sul entre 2019 e 2022. Já foi presidente da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac) e ocupou importantes cargos na Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (Sogirgs). Atualmente, é membro da *North American Menopause Society* (NAMS), da *International Menopause Society* (IMS) e da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Climatério da Febrasgo.



Dra. Maria Celeste Osório Wender: médica gaúcha é a primeira mulher a assumir a presidência da Febrasgo



Diretoria da Febrasgo e representantes das Federadas participantes da AGF 2023

“Entendo que ser a primeira presidente mulher da Febrasgo não traz nenhum mérito específico para mim. Acredito que tudo tem o momento certo para acontecer. As experiências e aprendizados acumulados nos últimos oito anos me habilitaram a assumir o cargo de líder da Febrasgo e espero corresponder às expectativas de todos os colegas. Estou certa de que construiremos uma diretoria competente para isso”, declarou a Dra. Maria Celeste.

UNIÃO E REPRESENTATIVIDADE

Realizada no dia 14 de novembro de 2023, a AGF reuniu os presidentes das 27 federadas e transcorreu de maneira tranquila, refletindo duas características que predominaram na última gestão, segundo a Dra. Maria Celeste: o espírito de parceria e a determinação em impulsionar a Febrasgo e melhorar a assistência à saúde da mulher no Brasil. “A gestão do Dr. Agnaldo foi marcada por um ambiente favorável à união em prol do crescimento da especialidade, e a AGF reforçou a importância de unir pessoas com interesses comuns aprovando a única chapa apresentada para a nova gestão”, disse a presidente eleita.

Em consonância com o objetivo de conquistar uma maior igualdade de gênero na Febrasgo, que já foi liderada por 18 presidentes homens em seus 64 anos de existência, a nova diretoria conta com 50% de médicos homens e 50% de mulheres, representantes das cinco regiões brasileiras.

“Cada membro da diretoria foi selecionado com muito carinho e cuidado, seguindo nosso entendimento de que são pessoas capazes de entregar o que nós desejamos para a nossa especialidade. Estamos unidos com o mesmo objetivo de ajudar no crescimento da Febrasgo com igualdade, equidade e inclusão. Esses são valores muito importantes dentro da nossa especialidade e dentro da nossa Federação”, concluiu a Dra. Maria Celeste. 



Maria Celeste Wender
Presidente



Agnaldo Lopes
Diretor Científico



Marcelo Luis Steiner
Diretor Financeiro



Roseli Nomura
Diretora Administrativa



Lia Damasio
Diretora de Defesa e
Valorização Profissional

DIRETORIA



Alberto Trapani
Sul



Hilka Pereira
Norte



Sergio Podgaec
Sudeste



Olimpio Filho
Nordeste



Maria Auxiliadora
Centro-Oeste

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS



Febrasgo realiza a primeira reunião de implementação das EPAs no Brasil

Encontro aconteceu no 61º CBGO e marcou também o início das atividades da Rede Nacional dos Residentes em Ginecologia e Obstetrícia (RRGO)

Por Letícia Martins

A Comissão de Residência Médica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Coreme-Febrasgo) realizou no dia 16 de novembro, durante o 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), a primeira reunião de implementação das *Entrustable Professional Activities* (EPAs) ou Atividades Profissionais Confiabilizadoras.

O encontro contou com a presença do atual presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho, da presidente eleita da Febrasgo, Dra. Maria Celeste Osório Wender, de representantes da diretoria atual e da diretoria eleita da Febrasgo, de membros da Coreme-Febrasgo e de supervisores de 13 Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, representando as cinco regiões brasileiras.

“Durante a reunião, todos os presentes tiveram a oportunidade de conhecer os princípios essenciais do trabalho com as EPAs e esclarecer suas dúvidas sobre a implementação desse novo referencial em seus Programas de Residência Médica”, declarou o Dr. Gustavo Salata Romão, presidente da Coreme-Febrasgo.

As EPAs têm sido utilizadas como referencial na residência médica desde 2005 em diversos países, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda e Suécia, e constituem um modelo inovador de avaliação dos médicos-residentes usando como base a habilidade do residente em executar cada atividade da prática

profissional de maneira proficiente, segura e autônoma (sem supervisão), em vez de considerar o tempo total de formação.

Atualmente, a duração da residência médica é de três anos, e pressupõe-se que, ao final desse período, todos os médicos estejam preparados para exercer a especialidade. Mas muitos estudos, principalmente feitos no exterior, mostram que isso não é verdade, pois cada médico-residente tem a sua curva de aprendizagem. Alguns desenvolvem as competências mais cedo do que outros e há aqueles que precisam de mais do que três anos para adquirir as competências no nível proficiente. “Portanto, é arriscado afirmar que o médico está preparado para lidar com todos os desafios profissionais porque treinou três anos. Se mantivermos essa premissa como ponto de partida, podemos colocar em risco a segurança das pacientes”, explicou o Dr. Gustavo

PIONEIRISMO EM VÁRIAS FRENTES

No Brasil, a Febrasgo foi a pioneira em definir e publicar as 21 EPAs para a Ginecologia e Obstetrícia (GO) a partir do intenso trabalho que começou em 2021 e foi liderado pela Coreme-Febrasgo, em parceria com 250 especialistas das 29 Comissões Nacionais Especializadas (CNEs).

Essa iniciativa ganhou ainda mais notoriedade em novembro de 2023, quando a Comissão Nacional de



“O pioneirismo da Febrasgo em oferecer o *logbook* digitalizado aos associados, por meio de um aplicativo, representa um avanço na digitalização das informações apresentadas”, concluiu o Dr. Lucas.

Exemplo dessas ações é a construção de um Centro de Simulação Realística na sede da Febrasgo, que possibilitará aos associados treinar diversas habilidades. Para o Dr. Gustavo, iniciativas como essas colocam na vanguarda da educação médica do Brasil a Febrasgo, que foi, inclusive, uma das primeiras sociedades de especialidade médica a desenvolver suas matrizes de competência em GO.

LOGBOOK: FERRAMENTA ÚTIL PARA OS MÉDICOS-RESIDENTES EM GO

Residência Médica do Ministério da Saúde (CNRM/MEC) publicou no diário oficial uma nova diretriz para avaliação do médico-residente pelos Programas de Residência Médica, recomendando o uso das EPAs.

Com a primeira etapa do trabalho concluída (definição das EPAs), a próxima é implementar o uso das EPAs pelos Programas de Residência Médica, objetivo da reunião realizada durante o 61º CBGO. “Esse trabalho desenvolvido pela Coreme-Febrasgo é essencial para garantir que os médicos-residentes estejam preparados e qualificados para atender às necessidades da sociedade ao final do seu programa de treinamento na especialidade. Com o apoio da Febrasgo, a implementação das EPAs em todo o Brasil se tornará uma realidade, fortalecendo a formação médica e garantindo profissionais aptos a exercer a profissão com excelência e segurança”, afirmou o Dr. Gustavo.

Ao final, todos os presentes se mostraram entusiasmados e confiantes para incorporar esse novo sistema de avaliação do médico-residente em seus Programas de Residência Médica.

RRGO

Outro momento marcante do CBGO foi a realização do primeiro encontro dos representantes da Rede Nacional dos Residentes em Ginecologia e Obstetrícia do Brasil (RRGO), criada pela Febrasgo para mapear e aproximar os residentes em GO da instituição, possibilitando trocas de experiências e aprimoramento profissional.

Com a RRGO, a Febrasgo pretende conhecer melhor a realidade dos Programas de Residência Médica a partir do olhar dos residentes, entender o nível de treinamento oferecido em cada uma das regiões e reforçar a importância do Teste de Progresso Individual (TPI). “A partir desse mapeamento, a Febrasgo poderá empreender ações a favor do treinamento dos residentes e implementar projetos e atividades mais focados no interesse dos residentes”, explicou o Dr. Gustavo.

Nesse espaço dedicado aos residentes no 61º CBGO, a Febrasgo realizou também atividades *hands on* para treinamento cirúrgico, atividades práticas, além do lançamento do *logbook* ou diário de bordo, que consiste em um caderno de registros no qual os médicos anotam todos os procedimentos realizados ao longo do tempo, garantindo o arquivamento de suas atividades. “Essa ferramenta é de suma importância para os Programas de Residência Médica, pois permite que cada residente tenha um controle preciso do número de procedimentos realizados”, explicou o Dr. Lucas Schreiner, membro das CNEs de Residência Médica e de Uroginecologia da Febrasgo.

A novidade, expôs o Dr. Lucas, é que a Febrasgo está desenvolvendo uma versão digitalizada do *logbook*, disponibilizando um aplicativo que permite aos residentes fazerem seus registros de forma mais prática e eficiente. O preceptor responsável por acompanhar o procedimento pode validar o registro feito pelo residente. “A digitalização do *logbook* permite que as informações sejam facilmente acessadas e transforma os registros em documentos oficiais. Isso possibilita que os residentes utilizem essas informações em suas provas de título e até mesmo em processos de revalidação em outros países, facilitando a equiparação da formação em ginecologia e obstetrícia com padrões internacionais”, esclareceu o Dr. Lucas.

Embora sejam ferramentas independentes, o *logbook* e a avaliação por EPAs podem ser complementares na formação dos residentes. Enquanto o diário de bordo registra os procedimentos realizados, as EPAs avaliam a capacidade do residente em executá-los corretamente e sem supervisão. “Vários Programas de Residência Médica já utilizam o *logbook*, porém de forma manual e sem tecnologia. O pioneirismo da Febrasgo em oferecê-lo de forma digital aos associados, por meio de um aplicativo no qual os preceptores podem confirmar a participação dos residentes e sua atuação nos procedimentos, representa um avanço na inovação e na digitalização das informações presentes no *logbook*”, concluiu o Dr. Lucas. 

Acesse o *logbook* no site da Febrasgo



<https://www.febrasgo.org.br/pt/logbook>



Fórum de Defesa e Valorização Profissional aborda a remuneração médica na saúde suplementar

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz da Costa Damásio², Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes³

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.
2. Membro associado à Febrasgo.
3. Presidente da SOPIGO.

No 61º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO), realizado no Rio de Janeiro em novembro de 2023, ocorreu o 3º Fórum de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo. O tema deste ano foi a questão da remuneração médica na saúde suplementar, com o título: “Remuneração médica adequada x custos da assistência na saúde suplementar. Como podemos, juntos, equacionar esta situação?”.

Os coordenadores Henrique Zacharias Borges Filho (ES) e Carlos Henrique Mascarenhas Silva (MG) realizaram a abertura, as boas-vindas, e fizeram um posicionamento realista sobre a situação atual do trabalho do médico nas operadoras, empresas e planos de saúde.

Na primeira palestra, a diretora de Defesa e Valorização Profissional e presidente eleita para a próxima gestão da Febrasgo, Dra. Maria Celeste Osório Wender, trouxe

o tema: “Qual o desejo de ginecologistas e obstetras?”. E apresentou a realidade atual do médico de acordo com a Demografia Médica de 2023 do Conselho Federal de Medicina⁽¹⁾ e algumas reflexões decorrentes dos números e estatísticas. O número de egressos das faculdades de Medicina vem crescendo exponencialmente, já sendo mais de 562 mil médicos atuantes no país (eram 310 mil em 2010), sem o devido e adequado controle de qualidade e eficiência de todas as novas vagas e sem crescimento proporcional e confiável do número de vagas de residência médica. Em número e porcentagem, há aumento significativo da participação das mulheres na carreira médica, que já serão mais de 50% dos médicos do Brasil em 2024. Porém, esse fato não tem sido acompanhado de equidade nas condições de trabalho, sendo as médias de remuneração menores para



Dra. Maria Celeste Osório Wender, diretora de Defesa e Valorização Profissional e presidente eleita para a próxima gestão da Febrasgo

o sexo feminino em todas as faixas etárias. Quanto à nossa especialidade – Ginecologia e Obstetrícia –, ela representa mais de 7% dos especialistas do país, com 37.327 médicos com essa especialidade registrada (com grandes estimativas de atuações na área sem o registro da especialidade), sendo 60% mulheres, a idade média de 50 anos e a distribuição ainda desproporcional pelo país, com grande concentração na região Sudeste e nas capitais. Em relação à remuneração e à qualidade de trabalho, o médico brasileiro apresentou queda real nos rendimentos e no poder de compra nos últimos anos, e tem em média 2-4 vínculos de trabalho e mais de 40-60 horas de atividades semanais registradas, com menos de seis horas semanais para lazer. Essa realidade apresentada enseja algumas expectativas de ginecologistas e obstetras: controle de qualidade e fiscalização de aberturas de vagas de graduação e residência médica; infraestrutura mínima e adequadas condições de trabalho; equidade e combate às atitudes discriminatórias quanto ao gênero na medicina e na especialidade; remuneração mais próxima e adequada ao piso da Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos); menor necessidade de múltiplos vínculos e melhora da carga tributária, além de remuneração digna e medidas individuais e coletivas de proteção à saúde mental de ginecologistas e obstetras.

A seguir, a presidente da Fenam, Dra. Lúcia Santos, abordou o tema: “Planos de saúde – o que está dando certo? O que precisa ser mudado?”. Ela trouxe os dados de que os médicos atuam raramente como pessoa física e de forma realmente privada e autônoma, sendo bem mais frequentes as atuações com pessoa jurídica ou CLT, com subordinação aos hospitais e planos e precarização da sua atividade. Na esfera privada, há regulamentação prevista pela Lei nº 9.656/98,⁽²⁾ que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, mas ela não é fielmente observada na prática. Ela destacou que existem vários modelos de remuneração, mas, no Brasil, 91% das 739 operadoras de saúde

registradas utilizam o *fee for service* (pagamento por serviço ou por produção),⁽³⁾ que consiste em pagamento funcional que tem base no serviço realizado. Desse modo, a remuneração é feita de acordo com o que foi utilizado no atendimento, o que inclui consultas, exames, materiais, medicamentos, diárias do hospital e recursos humanos, entre outros que vêm especificados e discriminados em uma fatura. Esse modelo prioriza apenas a quantidade, e não a qualidade dos atendimentos, e ignora a qualificação e os resultados clínicos do profissional. Sobre os custos para a operadora, a presidente da Fenam trouxe o dado de que os honorários médicos representam menos de 8% dos custos, havendo nos últimos anos perda real de 45% do valor pago. Na visão da Fenam, o que não está dando certo nessa relação entre médicos e operadoras de saúde: o médico não dá conta de atender a quantidade definida, há interferência na autonomia, o médico responde por toda a contratualização entre usuário e operadora, com muito desgaste pessoal e riscos de judicialização e de maneira subordinada às operadoras. Ainda, a presidente da Fenam destacou a disponibilização pela entidade de modelos de contratos que respeitam fielmente à Lei nº 13.003/2014,⁽⁴⁾ que declara como obrigatórios os contratos escritos entre operadora e prestadores, com direito do médico em exercer a atividade como pessoa física ou jurídica, e prevê o diálogo e a periodicidade anual do ajuste dos honorários. Como sugestão da entidade Fenam, ela defende que: a Agência Nacional de Saúde (ANS) deveria garantir as negociações legais, dando equilíbrio de força entre as partes; a CBHPM é excelente modelo e boa referência; poderia ser repensado o “ato médico” (consultas e procedimentos) na negociação com os planos e operadoras de saúde, com respeito à lei da contratualização e busca de remuneração digna para os médicos.

Com o tema: “A visão do médico plantonista em GO”, a Dra. Daniela Nacarato apresentou uma visão pragmática dos problemas e das possíveis soluções. Além de endossar as dificuldades e propostas anteriormente apresentadas, ela destacou que, quando se fala em estrutura para o trabalho do ginecologista e obstetra, é muito mais do que estrutura física, inclui o número de plantonistas; laboratório eficaz, anestesista presencial, instalações adequadas, UTI neonatal e materna; banco de sangue e acesso a outras especialidades. Quando se fala em número de plantonistas, um erro e dificuldade frequente seria contar o residente como plantonista, o que tem implicações no ensino e na assistência. Existem maternidades no Brasil que não têm sequer sulfato de magnésio e possuem graves dificuldades de estrutura, e mesmo no eixo Sul-Sudeste todos os requisitos são presentes em poucos centros de excelência. Em coleta pessoal de dados, ela identificou que nos últimos dez anos o valor do plantão permanece estável e não acompanhou nem o valor do salário mínimo, com importante queda em relação ao Índice Nacional de Preços ao

Consumidor Amplo (IPCA), à inflação e ao real poder de compra. Na sua palestra, também ressaltou a necessidade de educação e organização financeira para os ginecologistas e obstetras.

Na fala do presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Dr. César Eduardo Fernandes, houve a defesa da necessidade de cooperação e união entre os médicos na luta por seus direitos. Ele ressaltou que não há interesse dos médicos em prejudicar as operadoras, muito pelo contrário, mas que nenhuma das partes – médicos, operadoras e clientes – está contente com os valores pagos e recebidos. Sobre a CBHPM, ele informou que os seus valores foram estabelecidos por especialistas da Fundação Getúlio Vargas e que o valor sugerido é o pagamento mínimo a ser defendido para o médico. Foram destacadas as dificuldades tributárias e previdenciárias da atividade médica e que no principal modelo de remuneração, o *fee for service*,⁽³⁾ o trabalho é realizado e remunerado independentemente do resultado final. Como propostas para a discussão, a AMB defende uma remuneração justa, baseada na CBHPM, sem deflatores, e a inclusão e o respeito dos médicos nas discussões sobre honorários.

A seguir, a Dra. Maria Auxiliadora Budib abordou o tema: “A saúde da mulher cuidada por médicos bem remunerados”. Num discurso uníssono com os seus precursores sobre o panorama atual, ela defendeu que uma mulher bem cuidada chega a resultados melhores e com resultado custo-efetivo mais barato e mais eficaz. Em sua análise, a saúde da mulher está sendo invadida por práticas sem evidência científica, com hipervalorização das tecnologias e desvalorização da assistência médica, do ato médico na essencialidade. Na vida real, o *fee for service*⁽³⁾ está desvalorizado, sendo os médicos estimulados a realizar manobras para driblar as situações a eles impostas com o achatamento dos salários. As operadoras fazem redimensionamento de rede, e os ginecologistas e obstetras são a quarta especialidade em números; elas exigem o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) e não pagam nada a mais pela qualificação desse médico. O valor é nivelado por baixo, e

essa situação causa insatisfação no trabalho, carga horária exaustiva e risco de *burnout*, que é maior no sexo feminino, por causa das situações familiares a que as mulheres são expostas. Ela destacou que, legalmente, os reajustes são anuais e o pagamento, a cada 30 dias, mas na prática as glosas administrativas são rotineiras para tirar vantagens do trabalho médico. Os médicos não têm pleno conhecimento de seus direitos e se submetem a situações por vezes vexatórias. Ela traz como sugestões um portal da transparência sobre os custos das operadoras para melhor compreensão dos médicos, uma discussão qualificada do modelo de remuneração e a consciência de que o trabalho médico é o elo frágil do modelo atual.

Após as manifestações, conclui-se pela necessidade de valorização da atividade médica na saúde suplementar, lutando pela CBHPM atualizada e pelo piso da Fenam como parâmetros, valorização da qualificação do médico, discussão sobre novos modelos de remuneração e inclusão dos médicos nas discussões em busca de remuneração justa. Para tanto, a Febrasgo continuará participando de modo a reforçar essa representatividade e atuação junto com outras entidades médicas, como a AMB, a Fenam, o Conselho Federal de Medicina, os Conselhos Regionais de Medicina e todas as federações da Febrasgo, além de investir no diálogo com a ANS e na atuação parlamentar e civil nesse tema.

Esse foi o entendimento do **III Fórum de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo** com o tema “Remuneração médica adequada x custos da assistência na saúde suplementar. Como podemos, juntos, equacionar esta situação?” Essa discussão é dinâmica e de profunda relevância para a participação formal nas instâncias adequadas. Participe! O prazo das contribuições é até o final do mês de janeiro, pelo *e-mail* assistencia.pres@febrasgo.org.br. Contribua com estas e outras pautas da Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo, para que essa representação consiga cada vez mais defender os interesses e necessidades de cada ginecologista e obstetra do nosso país.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina. Demografia Médica. 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://demografia.cfm.org.br>
2. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1998 [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm
3. Como o modelo de pagamento *fee for service* funciona e quais são as alternativas. 2021 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://futurodasaude.com.br/fee-for-service/>
4. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. 2014 [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13003.htm



Dra. Lúcia Santos, presidente da Federação Nacional dos Médicos

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

- 661** Análise do desejo de manter ou interromper gravidezes decorrentes de violência sexual
Rafaela Rodolfo Tomazzoni, Sônia Regina Cabral Madi, Rosa Maria Rahmi, José Mauro Madi
- 666** Prevalência e desfechos materno-fetais de pacientes internadas por amniorrexe prematura no pré-termo no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiá nos anos de 2020 e 2021
Karayna Gil Fernandes, Daniela Cavalheiro, João Vitor Carvalho Carlino Malhado, Luísa Giancoli Fernandes
- 674** Reflexo disfórico da ejeção do leite: conhecimento e diferenciação com transtornos mentais puerperais entre ginecologistas e obstetras paranaenses
Eduardo Richter Favero, Isabela Fernanda de Souza, Jhully Eachiley Marta da Silva, Julia Alves Ferreira dos Santos, Juliana Maria Pereira Padilha, Marília Porto Bonow Facin

ARTIGO DE REVISÃO

- 682** Função reprodutiva em portadoras de hiperplasia adrenal congênita: revisão narrativa da literatura
Milena Martello Cristófolo, Soraya Gomes de Amorim Andrade, Fernando Moreira de Andrade, José Mendes Aldrighi

RELATOS DE CASO

- 687** Variante incomum da síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: relato de caso
Maria Eduarda Seabra de Oliveira Palmeira, Itana Mattos de Pinto e Passos
- 692** Síndrome de leiomiomatose cutânea e uterina múltipla: relato de três casos clínicos
Mônica de Albuquerque Costa, Isabela de Oliveira Araujo, Annair Freitas do Valle, Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues, Túlio Gonçalves dos Reis, Fernanda Polisseni

Análise do desejo de manter ou interromper gravidezes decorrentes de violência sexual

Analysis of the desire to maintain or interrupt pregnancies resulting from sexual assault

Rafaela Rodolfo Tomazzoni¹, Sônia Regina Cabral Madi¹, Rosa Maria Rahmi², José Mauro Madi²

Descritores

Aborto legal; Abuso sexual; Violência contra a mulher; Aborto induzido; Gravidez

Keywords

Abortion legal; Sex offenses; Violence against women; Abortion induced; Pregnancy

Submetido:

18/07/2023

Aceito:

29/09/2023

1. Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil.

2. Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

José Mauro Madi

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1.130, Petrópolis, 95200-000, Caxias do Sul, RS, Brasil

jmauromadi@gmail.com

Como citar:

Tomazzoni RR, Madi SR, Rahmi RM, Madi JM. Análise do desejo de manter ou interromper gravidezes decorrentes de violência sexual. Femina. 2023;51(12):661-5.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o desejo de gestantes, vítimas de violência sexual, em manter ou interromper a gravidez. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo que avaliou o desejo da gestante vítima de violência sexual pela manutenção ou interrupção da gravidez, no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2022. **Resultados:** Foram acolhidas 67 gestantes vítimas de violência sexual que procuraram atendimento com vistas a orientação, manutenção ou interrupção da gestação. Entre elas, 56 (83,6%) pacientes solicitaram a interrupção da gestação e para 32 (57,2%) a solicitação foi aceita; 9 (16%) não tiveram a solicitação de interrupção autorizada por equipe multidisciplinar e mantiveram a gestação; 11 (16,4%) não solicitaram a interrupção e também optaram pela manutenção da gestação. A média das idades foi de 26 anos. Em sua maioria, eram solteiras, brancas e procedentes de municípios do entorno de Caxias do Sul. O agressor era quase sempre desconhecido, e a agressão teria ocorrido predominantemente na residência da vítima ou do agressor. **Conclusão:** No período estudado, foram avaliadas 67 gestações decorrentes de violência sexual. Dessas, 56 pacientes solicitaram a interrupção da gestação e 32 tiveram a solicitação aceita; nove não tiveram a solicitação de interrupção autorizada e mantiveram a gestação; 11 não solicitaram a interrupção e também optaram pela manutenção da gestação. Não cabe ao médico julgar a decisão da vítima, mas, sim, acolher e ofertar o seu direito de escolha.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the desire of pregnant women, victims of sexual violence, to maintain or terminate pregnancy. **Methods:** Retrospective cross-sectional study that evaluated the desire of pregnant women victims of sexual violence for the maintenance or interruption of pregnancy in Program to Assist Victims of Sexual Assault, from January 2019 to September 2022. **Results:** Sixty-seven pregnant women who were victim of sexual assault and who sought care for maintenance or interruption of pregnancy were received. Among these, 56 (83.6%) patients requested the interruption of pregnancy and in 32 (57.2%) cases the request was accepted; 9 (16%) didn't have the interruption request authorized by the multidisciplinary team and have kept the pregnancy; 11 (16.4%) didn't request the interruption and have chosen to keep the pregnancy. The average age was 26 years. They were single, white, and mostly from cities around Caxias do Sul. The aggressor was almost always unknown, and the assault occurred mostly at the victim's or aggressor's home. **Conclusion:** Sixty-seven pregnancies resulting from sexual assault were evaluated during the period of the

study. Fifty-sixth patients of those have requested pregnancy termination and 32 had their request accepted; nine didn't have their request for termination authorized and have kept their pregnancy; eleven didn't request termination and have chosen to keep their pregnancy. It isn't up to the physician to judge the victim's decision, but to welcome and offer her the right to choose.

INTRODUÇÃO

O aborto é um tema controverso que gera inúmeras discussões tanto em relação à sua defesa quanto à sua proibição.⁽¹⁾ No Brasil, segundo o Código Penal Brasileiro (CPB), o aborto provocado pela gestante ou por terceiros é considerado crime, conquanto existam algumas exceções.^(2,3) Entre as situações previstas em lei, o aborto é permitido apenas em casos de risco à vida materna, gravidez resultante de estupro, anencefalia do conceito e malformações congênitas específicas, incompatíveis com a vida extrauterina.^(2,4,5) Ainda assim, o aborto apresenta alta prevalência na sociedade e muitas vezes é realizado de forma não segura, principalmente em populações socialmente mais vulneráveis, aumentando os riscos associados ao procedimento, devido à sua ilegalidade e clandestinidade.^(5,6) Merece ser enfatizado o fato de que o abortamento se caracteriza pela interrupção da gestação até a 22ª semana ou quando o peso fetal for inferior a 500 g,⁽⁷⁾ sendo a interrupção legal da gestação discutível após esse período. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gravidez pode ser interrompida com segurança, independentemente da idade gestacional.⁽⁸⁾ O CPB não estabelece limite de idade gestacional para a interrupção legal. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) orienta a “não limitar a assistência a gestantes em situação de interrupção legal de acordo com a idade gestacional”.^(2,9)

A OMS caracteriza violência sexual (VS) como qualquer tentativa ou ato sexual não desejado, ou em que é utilizada força física ou ameaças, praticada por qualquer pessoa, em qualquer local.⁽¹⁰⁾ A gravidez decorrente de VS, além de indesejada, é complexa, resultando em impacto emocional, psicológico, social, cultural e familiar.⁽¹¹⁾ O aborto em caso de gravidez resultante de estupro ou outra VS é considerado aborto legal, também chamado de aborto sentimental, precedido do consentimento da gestante para sua realização.⁽²⁾ A VS ocasiona insegurança e vulnerabilidade, causando grande impacto na saúde das vítimas. As estatísticas apresentam, em sua maioria, jovens com idade variando entre 10 e 19 anos, com taxas de estupro que alcançam 87,5%, e os familiares se apresentam frequentemente como os principais agressores.⁽¹²⁾ Tendo em vista o grande impacto provocado nas vítimas, acredita-se que os dados decorrentes do evento são pouco conhecidos, com alto número de subnotificações e pouca procura por atendimento, tanto pela escassez de serviços especializados

como pela vergonha, estigma social e objeção da consciência.⁽¹⁷⁾ Assim, foram descritas características básicas das gestantes atendidas em um serviço universitário de referência, bem como analisadas as suas opções pela manutenção ou interrupção da gestação com base em situações previstas em lei.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, observacional e retrospectivo, com base nos prontuários hospitalares de todas as vítimas de VS que engravidaram, que avaliou o desejo de manter ou interromper a gestação pelas gestantes atendidas no período de janeiro de 2019 a setembro de 2022, no Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS) do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Caxias do Sul (RS). O PRAVIVIS, criado em setembro de 2001, oferece atendimento multidisciplinar voltado preferencialmente às vítimas de agressões recentes, a fim de protegê-las e acolhê-las, assim como tentar prevenir infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, o programa possibilita o atendimento humanizado no caso de desejo de interrupção da gestação.⁽¹³⁾

Foram analisadas variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, etnia e procedência) e dados da violência (tipo de agressor, local da violência, uso de anticoncepcional de emergência, gestações anteriores, idade gestacional por ocasião da procura por atendimento e decisão pela manutenção ou interrupção da gestação). Os dados foram coletados na ficha de atendimento para armazenamento de dados, desenvolvida de acordo com o prontuário físico padrão de atendimento do PRAVIVIS, associado à pesquisa no prontuário eletrônico Philips Tasy. Os dados coletados foram compilados em planilha eletrônica no *software* Excel® para o cálculo de números absolutos, percentuais, médias e desvios-padrão.

RESULTADOS

No período do estudo, foram realizados 660 atendimentos. Desses, 78 (11,8%) casos eram do sexo masculino, 264 (40%) eram crianças ou pré-púberes, 312 (47,2%) estavam na menacme e 8 (1%), na pós-menopausa. Foram identificadas 67 gestações associadas a jovens na menacme que engravidaram e procuraram atendimento com vistas a orientações, interrupção legal da gestação originada pelo abuso (n = 56) ou somente assistência após a VS (n = 11). No mesmo período, foram solicitadas e interrompidas sete gestações por anencefalia e cinco casos relacionados a risco de vida materno (hipertensão pulmonar materna, adenocarcinoma gástrico, câncer de mama, leucemia mieloide aguda e insuficiência renal aguda com sepse). A tabela 1 evidencia as solicitações de interrupção e realizações da interrupção de acordo com o ano estudado. Não houve aumento significativo

dos casos no período avaliado. A análise da solicitação de interrupção legal da gestação foi realizada por equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Tabela 1. Distribuição das solicitações de interrupção legal da gestação por ano de ocorrência

Ano	Solicitação da interrupção n (%)	Realização da interrupção n (%)
2019	17 (30,4)	10 (31,25)
2020	12 (21,4)	6 (18,75)
2021	13 (23,2)	7 (21,9)
Janeiro a setembro de 2022	14 (25)	9 (28,1)
Total	56 (100)	32 (100)

Assim, no período citado, foram solicitadas 56 interrupções legais da gestação decorrentes de VS. Foram realizadas 32 (57,2%) interrupções, após avaliação multidisciplinar. Vinte e quatro (42,8%) casos não aprovados para interrupção foram justificados por perda de seguimento, aborto espontâneo, gravidez ectópica, idade gestacional avançada ou incompatibilidade entre a época da violência e a idade gestacional. Quanto às vítimas de VS, a média de idade foi de 26 anos, 53 (79%) eram solteiras, 91 (91%) eram da raça branca e 41 (61,2%) eram procedentes de municípios do entorno de Caxias do Sul. Somente 33 (49,3%) pacientes realizaram boletim de ocorrência. O perfil dos agressores e o local da agressão encontram-se caracterizados na tabela 2. A maioria das vítimas relatou não conhecer o agressor (n = 40; 59,7%) e em 27 (40,3%) casos a ocorrência foi perpetrada nas casas da vítima ou do agressor.

Tabela 2. Caracterização dos agressores e local de agressão

Variáveis	n = 67 (%)
Agressor	
Desconhecido	40 (59,7)
Conhecido	11 (16,4)
Companheiro	10 (14,9)
Padrasto	3 (4,5)
Antigo namorado	3 (4,5)
Local	
Casa	27 (4,3)
Rua	13 (19,4)
Festa	9 (13,4)
Carro	8 (11,9)
Desconhecido	5 (7,5)
Outros	5 (7,5)

Quanto às vítimas, a maioria (91%, n = 61) não tinha feito uso de anticoncepção de emergência; cerca de metade delas (49,3%, n = 33) teve sua primeira gestação decorrente de abuso sexual; e a idade gestacional média por ocasião da chegada no PRAVIVIS foi de aproximadamente 12 semanas. Em 7 (10,4%) casos, a vítima teve seu primeiro atendimento com idade gestacional superior a 22 semanas. Entre as 67 vítimas de VS que engravidaram, 20 (29,8%) mantiveram a gestação, sendo 11 por desejo próprio e 9 devido a não autorização para interrupção, após avaliação multidisciplinar. Houve perda de seguimento em 7 (10,4%) casos. Das 40 (59,7%) vítimas que não mantiveram a gestação, 32 (80%) foram submetidas à interrupção da gestação. Nos demais casos, 6 (15%) evoluíram para aborto espontâneo e 2 (5%) tiveram diagnóstico de gravidez ectópica na chegada ao serviço, conforme as tabelas 3 e 4. A tabela 3 evidencia as pacientes que solicitaram a interrupção legal da gestação e o desfecho.

Tabela 3. Interrupção vs. manutenção da gestação

Interrupção vs. manutenção da gestação	n = 67 (%)
Interrupção legal realizada	32 (47,8)
Solicitaram e não realizaram interrupção	24 (35,8)
Mantiveram a gestação	11 (16,4)

As pacientes que não tiveram aceitas as suas reivindicações evoluíram conforme os desfechos apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Evolução das pacientes que não tiveram as suas solicitações autorizadas

Solicitaram e não realizaram a interrupção	n = 24 (%)
Não autorizadas e mantiveram a gestação	9 (37,5)
Perda de seguimento	7 (29,2)
Abortamento espontâneo	6 (25)
Gestação ectópica	2 (8,3)

DISCUSSÃO

O PRAVIVIS é um serviço de referência para atendimento dos casos de VS na 5ª Coordenadoria de Saúde do RS que promove atendimento não somente das pacientes que desejam interromper a gestação, mas de todas as vítimas de VS, para acolhimento e proposição de conduta adequada. O presente estudo se propôs a avaliar as pacientes que engravidaram e procuraram atendimento com vistas a orientações ou interrupção da gestação. A amostra representa apenas 12% de todos os atendimentos no período estudado. O achado corrobora dados da literatura que apontam que em 70% dos casos de VS as vítimas são crianças e adolescentes.⁽¹⁴⁾

Em relação às características sociodemográficas das vítimas, observou-se que a maioria é solteira, branca, nulípara, com média de idade de 26 anos. A maioria teve como agressor um indivíduo desconhecido. Esses dados são compatíveis com o descrito em outros estudos constantes na literatura.^(11,15)

Merece ênfase a idade gestacional na chegada ao PRAVIVIS. Observou-se que a maioria das pacientes já apresentava diagnóstico de gravidez no primeiro atendimento, com idade gestacional média de 12 semanas. Além disso, essas mulheres procuraram atendimento apenas após a confirmação da gestação e, muitas vezes, já em busca da interrupção. Nenhuma das pacientes da amostra (n = 67) descobriu a gestação no PRAVIVIS, ou seja, nenhuma delas procurou atendimento logo após a agressão, tampouco tiveram oportunidade de realizar as profilaxias recomendadas para infecção sexualmente transmissível.

Pode-se inferir que muitas vítimas desconhecem a possibilidade de acolhimento em serviços de referência com manejo adequado diante de um caso de agressão sexual. A escassez de serviços e de profissionais habilitados disponíveis, bem como a vergonha e o receio de expor o ocorrido, tanto por medo do agressor quanto pelo julgamento e estigma social, pode dificultar a busca por auxílio.^(1,5) Muitas das vítimas de VS tentam ocultar o fato por sentimento de culpa e constrangimento.⁽¹⁶⁾ Reforça a hipótese de escassez de serviços de referência, bem como de vergonha em procurar atendimento e receio de quebra de sigilo, o fato de que 61,2% das pacientes eram procedentes de municípios que não o de Caxias do Sul.

Tendo em vista a procura de atendimentos apenas após a descoberta da gestação, é possível presumir a elevada e desconhecida taxa de pacientes que sofrem ou sofreram violência física, sexual ou psicológica e que não procuram assistência ou qualquer medida protetiva contra o agressor. Indicadores apontam que em menos de 10% dos casos as vítimas procuram auxílio de serviços de saúde.⁽¹⁴⁾

Devido à procura tardia de atendimento, a maioria das pacientes não utilizou anticoncepção de emergência (91%), quer por desconhecimento do método ou falta de acesso. O atendimento emergencial em até 72 horas do ocorrido permite a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis, além de anticoncepção de emergência, que possui alta taxa de eficácia.⁽¹⁶⁾

O estímulo à realização de boletim de ocorrência tem o intuito da não perpetuação da violência, porém as vítimas sempre são informadas da não obrigatoriedade da sua realização, conforme o determinado em publicações legais. Apesar disso, metade das vítimas optou por realizá-lo.⁽¹⁷⁾

Entre as gestantes que optaram por manter a gestação, observou-se que muitas tinham menos de 14 anos e referiram desejo de manutenção da gestação, posto que acreditavam ter consentido a relação. De acordo com o

Código Penal, “qualquer ato libidinoso com menor de 14 anos é considerado como estupro de vulnerável, sendo irrelevante o consentimento da vítima para o ato ou relacionamento”. Nesses casos, sempre deve ser oferecida a interrupção legal da gestação e fornecida assistência adequada.^(14,17)

CONCLUSÃO

Foram avaliadas 67 gestantes que procuraram atendimento com vistas à interrupção legal da gestação ou assistência após violência sexual. As vítimas tinham média de idade de 26 anos, eram solteiras, brancas e oriundas, na sua maioria, de municípios do entorno de Caxias do Sul. O agressor era desconhecido e a agressão aconteceu em casa ou na casa do agressor. Dessas, 56 solicitaram a interrupção legal da gestação e 11 optaram por manter a gestação. Das gestantes que solicitaram a interrupção, 32 tiveram sua solicitação aceita, sete perderam o seguimento, seis abortaram espontaneamente e duas desenvolveram gravidez ectópica. Apenas nove pacientes tiveram solicitação de interrupção não autorizada e mantiveram sua gestação. Seja por objeção de consciência, cunho religioso ou desejo da vítima, algumas mulheres vítimas de violência sexual optam por manter a gestação mesmo após episódio de violência sofrida, apesar do direito à interrupção prevista em lei.

REFERÊNCIAS

- Mendes RWM, Francisco AMC, Tostes CB da S, Reis JD, Von Atzingen AC. Conscientious Objection to Legal Abortion in Minas Gerais State. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(11):746-51.
- Ministério Público do Estado de São Paulo. Nota de Posicionamento: Aborto sentimental (ou humanitário ou ético) – publicada no Boletim Criminal Comentado CAOCRIM nº 188, de junho de 2022:10.
- Jacobs MG, Boing AC. What do the national data say about the supply and performance of legal abortions in Brazil in 2019? *Cad Saude Publica.* 2021;37(12):e00085321.
- Westphal F, Fustinoni SM, Pinto VL, Melo PS, Abrahão AR. Association of gestational age with the option of pregnancy termination for fetal abnormalities incompatible with neonatal survival. *Einstein.* (São Paulo). 2016;14(3):311-6
- Santos DLAD, Fonseca RMGS. Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2022;30:e3561.
- Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saude Publica.* 2020;36(Suppl 1):e00190418.
- Sã MFS. O papel da Medicina na proteção de vulneráveis: entre violência sexual e objeção de consciência. *Femina.* 2020;48(11):654-6.
- World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2021.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Nota Informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável. [Internet] [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1470-nota-informativa-aos-tocoginecologistas-brasileiros-sobre-o-aborto-legal-na-gestacao-decorrente-de-estupro-de-ulneravel?highlight=WyJhYm9ydG8iXQ==>.

10. World Health Organization. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: World Health Organization; 2016. ISBN 978 92 4 151153 7 (NLM classification: WA 309)
11. Santos Mutta D, Angerame Yela D. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study. São Paulo Med J. 2017;135:363-8.
12. Huçulak M, Ferreira MCF, Tchaikovski HLD. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. 2ª ed. Curitiba: SESA; 2017.
13. Hospital Geral – Serviços – PRAVIVIS. Available from: hgcs.com.br.
14. Martins L. Basta! Com a pandemia da COVID-19, o número de casos de feminicídio e violência doméstica cresceu no Brasil e no mundo, escancarando o problema. Em novembro, o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres está longe de ser uma data comemorativa. Femina. 2020;48(11):657-62.
15. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2013;29:889-98.
16. Machado CL, Fernandes AMDS, Osis MJD, Makuch MY. [Rape-related pregnancy in Brazil: the experience of women seeking legal abortion]. Cad Saude Publica. 2015;31(2):345-53.
17. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde Secretaria Estadual de Saúde. Nota Informativa sobre a interrupção da gravidez prevista em lei. 2022.

Prevalência e desfechos materno-fetais de pacientes internadas por amniorrexe prematura no pré-termo no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí nos anos de 2020 e 2021

Prevalence and maternal-fetal outcomes in patients hospitalized with preterm premature rupture of membranes at the University Hospital of Jundiaí's Medical School in the years 2020 and 2021

Karayna Gil Fernandes¹, Daniela Cavalheiro¹, João Vitor Carvalho Carlino Malhado¹, Luísa Giancoli Fernandes¹

Descritores

Ruptura prematura de membranas fetais; Saúde materno-infantil; *Near miss*; Prevalência; Complicações da gravidez

Keywords

Rupture premature of fetal membranes; Maternal and child health; *Near miss*; Prevalence; Pregnancy complications

Submetido:

17/07/2023

Aceito:

18/09/2023

1. Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luísa Giancoli Fernandes

R. Lôbo de Resende, 100, Vila São Bento, 13202-440, Jundiaí, SP, Brasil
1901159luisa@gmail.com

Como citar:

Fernandes KG, Cavalheiro D, Malhado JV, Fernandes LG. Prevalência e desfechos materno-fetais de pacientes internadas por amniorrexe prematura no pré-termo no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí nos anos de 2020 e 2021. *Femina*. 2023;51(12):666-73.

RESUMO

Objetivo: Atualizar a estatística do serviço, reconhecendo a prevalência de amniorrexe prematura no pré-termo e seus principais desfechos materno-fetais. **Métodos:** Estudo transversal realizado pela análise de prontuários médicos de pacientes internadas devido a amniorrexe prematura no pré-termo e de seus respectivos conceitos no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí durante o período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. **Resultados:** Participaram da pesquisa 161 pacientes e 166 conceitos, resultando em uma prevalência de 2,12% no período estudado, com intervalo de confiança de 95% (1,80-2,47). Entre os desfechos maternos, 2,5% das gestantes compunham critérios para *near miss* materno; enquanto entre os desfechos fetais, o resultado foi de 54,8% dos conceitos apresentando complicações, sendo as mais prevalentes a síndrome do desconforto respiratório (36,3%), icterícia (39,5%), baixo peso (27,5%) e hipoglicemia (24,2%). Além disso, 40,4% necessitaram de internação na unidade de terapia intensiva, 22,9% foram classificados como *near miss* neonatal e 4,4% foram a óbito. **Conclusão:** Os resultados seguiram os padrões nacionais e internacionais esperados para prevalência de amniorrexe prematura no pré-termo e seus desfechos materno-fetais, com alta porcentagem de internações e complicações neonatais e baixa taxa de complicações maternas.

ABSTRACT

Objective: To update service statistics, recognizing the prevalence of the pathology and its main outcomes. **Methods:** Cross-sectional study carried out through the analysis of medical records of patients hospitalized due to preterm premature rupture of membranes and their respective fetuses at the University Hospital of Jundiaí's Medical School during the period from January 2020 to December 2021. **Results:** A total of 161 patients and 166 fetuses participated in the research, resulting in a prevalence of 2.12% in the period studied with 95% confidence interval (1.80-2.47). About the outcomes, 2.5% of the pregnant women composed the criteria for maternal near miss; as for the fetus, complications evolved in 54.8% of the fetuses, the most prevalent being respiratory distress syndrome (36.3%), jaundice (39.5%), low birth weight (27.5%) and hypoglycemia (24.2%). In addition, 40.4% required admission to the intensive care unit, 22.9% were neonatal near miss and 4.4% died. **Conclusion:** The results followed the expected national and international standards for the prevalence of preterm premature rupture of membranes and its maternal and fetal outcomes, with a high percentage of hospitalizations and neonatal complications, and a low rate of maternal complications.

INTRODUÇÃO

Amniorrexe prematura (AP) é a rotura espontânea das membranas coriônica e amniótica antes do início do trabalho de parto, ocorrendo consequente perda de líquido amniótico, que é ocasionada independentemente da idade gestacional (IG). É estimado que a AP ocorra em cerca de 1 a cada 20 gestações, sendo mais frequente a AP a termo (>37 semanas de gestação), que corresponde a 7% a 8% das gestações e se apresenta como uma situação de menor risco, uma vez que em 90% dos casos ocorre trabalho de parto espontâneo em até 24 horas. Por outro lado, a amniorrexe prematura no pré-termo (APPT), com menos de 37 semanas, é mais preocupante e corresponde a 2% a 3% das gestações.⁽¹⁾ Essa última é responsável por 30% a 40% dos partos prematuros e por 20,4% dos óbitos perinatais, sendo considerada uma das principais causas de mortalidade no Brasil.^(2,3)

A AP tem sua etiologia em três principais grupos. O primeiro grupo corresponde ao aumento da pressão intrauterina, tendo como exemplos o polidrâmnio e a gemelaridade; o segundo grupo é o da fraqueza do colo e das membranas, por exemplo, por cervicodilatação precoce, fatores nutricionais ou deficiência de alfa-1-antitripsina; já o terceiro grupo é o de processo infeccioso e/ou inflamatório, principalmente por *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Escherichia coli*, *Bacteroides sp.* e *Streptococo* do grupo B, sendo este último grupo o de maior relevância.⁽²⁾ Essas bactérias secretam proteases que podem degradar o colágeno e enfraquecer a matriz das membranas ovulares, com consequente rotura, havendo estudos em sistemas *in vitro* que comprovam que a proteólise da matriz da membrana fetal pode ser inibida pelo uso de antibióticos.⁽³⁾

Devido à APPT, diversas complicações podem ocorrer, afetando tanto a mãe quanto seu concepto. Entre as complicações maternas, as mais frequentes são corioamnionite (70% apresentam sinais histopatológicos dessa infecção), endometrite e bacteremia.⁽⁴⁾ Já as três complicações mais recorrentes que afligem o concepto são: prematuridade e todos os seus consequentes malefícios, hipoplasia pulmonar e infecção neonatal.^(3,4) Além de essas complicações serem responsáveis por grande parte da morbidade e mortalidade perinatal, são também causas importantes que levam os recém-nascidos (RNs) a serem internados em unidade de terapia intensiva (UTI).⁽³⁾

Outro ponto relevante seria a existência de um *continuum* de gravidade na morbidade materna, iniciando pela gestação normal; evoluindo para os casos sem gravidade que não ameaçam a vida; evoluindo para os casos graves com complicações (morbidade materna grave), incluindo as condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAVs); passando para casos de extrema gravidade, como o *near miss* materno (NMM), no qual há algum tipo de disfunção ou falência orgânica; chegando, por fim, à fatídica morte materna.⁽⁵⁾

Algumas complicações decorrentes da APPT supracitadas são CPAVs e podem levar a mulher a ser classificada como NMM e o seu concepto com *near miss* neonatal (NMN).⁽⁶⁾ Os critérios de CPAVs estão no quadro 1.

O NMM pode ser caracterizado por uma mulher que experencia uma situação de risco de vida durante a gravidez, parto ou dentro de 42 dias após o final da gravidez, mas sobrevive a esse evento.⁽⁶⁾ O NMM é um dos melhores indicadores da qualidade do serviço de saúde materna e pode ser utilizado como base para a adoção de medidas destinadas a melhorar o cuidado com a gestante.⁽⁹⁾ Os critérios clínicos e laboratoriais para classificação como NMM estão no quadro 2.

O NMN é caracterizado pelo RN que teve complicações graves nas primeiras horas ou primeiros dias de vida, mas conseguiu sobreviver ao período neonatal.⁽¹⁰⁾ A utilização deste pode trazer melhorias na qualidade do atendimento prestado ao RN, podendo colaborar com a diminuição no número de mortes dos RNs.⁽⁶⁾ Os critérios clínicos e laboratoriais para classificação como NMN estão no quadro 3.

Em vista da alta morbidade e mortalidade causadas pela APPT no período neonatal e da necessidade da análise de diversos fatores para definir fatores de risco, conduta e tratamento adequados para esse quadro, faz-se necessário estimar a prevalência dessa patologia entre as gestantes e avaliar os desfechos materno-fetais, a fim de atualizar a estatística do serviço.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal por meio da análise de prontuários médicos de gestantes que cursaram com APPT e realizaram o parto no serviço do Hospital Univer-

Quadro 1. Definições de condições potencialmente ameaçadoras da vida

Desordens hemorrágicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Placenta prévia 2. Placenta acreta/increta/percreta 3. Gestação ectópica 4. Hemorragia pós-parto 5. Rotura uterina
Desordens hipertensivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pré-eclâmpsia grave 2. Eclâmpsia 3. Hipertensão grave 4. Encefalopatia hipertensiva 5. Síndrome HELLP
Outras desordens sistêmicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endometrite 2. Edema pulmonar 3. Falência respiratória 4. Convulsões 5. Sepses 6. Choque 7. Trombocitopenia < 100.000 8. Crise tireotóxica
Indicadores de manejo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transusão sanguínea 2. Acesso venoso central 3. Histerectomia 4. Admissão em UTI 5. Internação prolongada (mais de 7 dias) 6. Intubação não anestésica 7. Retorno à sala cirúrgica 8. Intervenção cirúrgica

UTI: unidade de terapia intensiva; HELLP: hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia.

Fonte: Adaptado de Say et al. (2009).⁽⁷⁾

sitário de Jundiaí, durante o período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. O estudo foi realizado no Serviço de Prontuários do Paciente (SPP) do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí (HU/FMJ), no período de julho de 2021 a julho de 2022. A amostra foi de 161 gestantes e de 166 conceptos, sendo 10 destes vindos de cinco partos gemelares, e foi definida após o término da coleta de dados. O critério de inclusão para a pesquisa foram todas as gestantes que cursaram com APPT e realizaram o parto no serviço do Hospital Universitário de Jundiaí de janeiro de 2020 a dezembro de 2021 e seus respectivos conceptos. O processo de coleta de dados se iniciou com a seleção dos casos de pacientes que cursaram com APPT e realizaram o parto no HU/FMJ no ano de 2020 e 2021. Para isso, foi utilizado o sistema de prontuários do HU/FMJ. A partir desse meio, foi possível separar a amostra de participantes. O próximo passo foi submeter os casos ao SPP do Hospital Universitário, que separou todos os prontuários médicos, tanto das gestantes quanto dos RNs. A terceira etapa consistiu em colher os dados necessários para a pesquisa que constavam nos prontuários. Foi utilizado o meio

Quadro 2. Definição de *near miss* pela Organização Mundial de Saúde

Critérios clínicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cianose aguda 2. Frequência respiratória > 40 ou < 6 3. Oligúria que não responde a fluidos ou diuréticos 4. Perda de consciência ≥ 12 horas 5. Inconsciente, sem pulso/sem batimento cardíaco 6. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia 7. Respiração ofegante (gaspings) 8. Choque 9. Distúrbios de coagulação 10. Acidente vascular cerebral 11. Convulsões reentrantes (status de mal epilético)/paralisia total
Critérios laboratoriais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saturação de oxigênio < 90% por 60 minutos ou mais 2. pH < 7,1 3. PaO₂/FiO₂ < 200 mmHg 4. Lactato > 5 5. Creatinina ≥ 300 µmol/L ou ≥ a 3,5 mg/dL 6. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000) 7. Bilirrubinas > 100 µmol/L ou > 6,0 mg/dL 8. Perda da consciência e presença de glicose na urina e cetoacidose
Critérios de manejo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso contínuo de droga vasoativa 2. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos, não relacionadas a anestesia 3. Histerectomia devida a infecção ou hemorragia 4. Realização de diálise para insuficiência renal aguda 5. Transusão de 5 ou mais concentrados de hemácias 6. Ressuscitação cardiopulmonar

PaO₂/FiO₂: pressão parcial de oxigênio/fração inspirada de oxigênio.

Fonte: Adaptado de Say et al. (2009).⁽⁷⁾

Google Formulários (<https://forms.gle/hwyUeqKws77cU-fgE9>) para registro dos dados coletados. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foram computadores e *tablets* dos alunos pesquisadores. Foram coletados dados da gestante, bem como do concepto. Os dados coletados sobre a gestante foram: idade; cor da pele autoatribuída pelas pacientes; IG; paridade; comorbidades prévias; comorbidades adquiridas na gravidez; APPT em gestação anterior; tempo de bolsa rota até o parto; uso de corticoterapia e a quantidade de ciclos de corticoide; uso de antibioticoterapia, nome do antibiótico e tempo; uso de sulfato de magnésio e para qual finalidade: neu-

Quadro 3. Near miss neonatal

Critérios pragmáticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apgar < 7 2. Peso ao nascer < 1.750 gramas 3. Idade gestacional < 33 semanas
Critérios de manejo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antibioticoterapia parenteral (mais de 7 dias e antes de 28 dias de vida) 2. CPAP 3. Qualquer intubação nos primeiros 7 dias de vida 4. Fototerapia nas primeiras 24 horas de vida 5. Ressuscitação cardiopulmonar 6. Uso de drogas vasoativas 7. Uso de anticonvulsivantes 8. Uso de surfactante 9. Uso de hemoderivados 10. Uso de esteroides para o tratamento da hipoglicemia refratária 11. Cirurgia

CPAP: pressão positiva contínua nas vias aéreas.

Fonte: Adaptado de Santos et al. (2015).⁽¹¹⁾

roproteção, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia; tipo de parto realizado; alteração de exames laboratoriais; e caso ou não caso de NMM. Já os dados coletados do concepto foram: Capurro; sexo; peso ao nascer; Apgar aos 5 minutos; necessidade de UTI; quantidade de dias na UTI; uso e tempo de uso de oxigênio; uso de surfactante; uso de antibioticoterapia, nome do antibiótico e tempo; presença de complicações; e se foi caso ou não caso de NMN. Foram usados de base os quadros 2 e 3 para classificar as gestantes e os conceptos em NMM e NMN, respectivamente. A pesquisa trabalha com dados secundários, por isso houve a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, houve o comprometimento dos participantes em cumprir com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Inicialmente foi feito o cálculo da prevalência de APPT e respectivo intervalo de confiança de 95% [IC de 95%], utilizando o *software* Stata v17.0. Em seguida, foram elaboradas tabelas de distribuição de frequências (absoluta e percentual) para todas as variáveis da mãe e do RN. O programa estatístico utilizado foi o SPSS v.20. Termo de compromisso do pesquisador responsável em cumprir a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CAAE: 51944721.2.0000.5412/Parecer nº 5.166.726).

RESULTADOS

A prevalência de APPT entre as pacientes que tiveram o parto no HU/FMJ entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021 foi de 2,12%, com IC de 95% (1,80-2,47), utilizando o *software* Stata v17.0. para o cálculo.

Dados da mãe

Participaram da pesquisa 161 gestantes, com média de IG de 246,0 dias (desvio-padrão [DP] = 28,87). Os resultados demonstraram maior prevalência em pacientes sem comorbidades prévias, adquiridas ou APPT em gestação anterior, com tempo de bolsa rota menor que 24 horas e que fizeram uso de antibioticoterapia na internação. Em relação aos exames laboratoriais, a principal alteração encontrada foi a leucocitária. Por fim, a grande maioria das gestantes não apresentou NMM (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual das participantes segundo diversas variáveis sociodemográficas e reprodutivas (n = 161)

Variáveis	n (%)
Idade (anos) – Média: 27,3 anos (DP = 6,56 anos)	
<20	18 (11,2)
20-24	44 (27,3)
25-29	43 (26,7)
30-34	31 (19,3)
≥35	25 (15,5)
Idade gestacional (dias) – Média: 246,0 dias (DP = 28,87)	
≤168 dias	8 (4,9)
≥169 dias	153 (95,1)
Paridade – Média: 2,3 (DP = 1,44)	
1	58 (36,0)
2	43 (26,7)
3	35 (21,7)
4	16 (9,9)
≥5	9 (5,6)
Cor	
Branca	85 (52,8)
Preta	9 (5,6)
Parda	67 (41,6)
Comorbidades prévias	
HAS	6 (3,7)
DM	5 (3,1)
Obesidade	6 (3,7)
Doenças pulmonares	3 (1,9)
Distúrbios da tireoide	8 (5,0)
Outras	43 (26,7)
Nenhuma	97 (60,2)
Comorbidades adquiridas na gravidez	
Pré-eclâmpsia	14 (8,7)
Diabetes gestacional	26 (16,1)
Obesidade	2 (1,2)
Anemia	4 (2,5)

Hipotireoidismo	2 (0,6)
Outras	23 (14,3)
Nenhuma	101 (62,7)
Hipertensão gestacional	3 (7,5)
APPT em gestação anterior	
Sim	12 (7,5)
Não	149 (92,5)
Tempo de bolsa rota até o parto (dias) – Média: 2,0 dias (DP = 5,14 dias)	
0*	41 (25,5)
1	29 (18,0)
2	23 (14,3)
3	16 (9,9)
4	9 (5,6)
5	6 (3,7)
≥6	37 (23,0)
Corticoterapia	
Sim	54 (33,5)
Não	107 (66,5)
Ciclos de corticoide	
1	11 (20,4)
2	38 (70,4)
3	5 (9,3)
Antibioticoterapia	
Sim	133 (82,6)
Não	28 (17,4)
Nome do antibiótico	
Ampicilina	115 (86,5)
Cefazolina	31 (23,3)
Esquema tríplice**	11 (0,8)
Outros	24 (18,0)
Tempo de uso de antibiótico (dias) – Média: 2,0 dias (DP = 2,13 dias)	
0*	16 (12,1)
1	47 (35,6)
2	49 (37,1)
3	15 (11,4)
4	3 (2,3)
≥5	2 (1,6)
Uso de sulfato de magnésio	
Sim	24 (14,9)
Não	137 (85,1)
Sulfato de magnésio por neuroproteção	
Sim	14 (58,3)
Não	10 (41,7)

Sulfato de magnésio por pré-eclâmpsia

Sim	10 (41,7)
Não	14 (58,3)

Sulfato de magnésio por eclâmpsia

Sim	0 (0)
Não	24 (100,0)

Tipo de parto

Vaginal	114 (70,8)
Cesária	44 (27,3)
Fórceps	1 (0,6)
Curetagem	2 (1,2)

Alterações de exames laboratoriais

Alteração eritrocitária	26 (16,1)
Alteração leucocitária	60 (37,3)
Alteração urinária	37 (23,0)
Outras	23 (14,3)
Nenhuma	62 (38,5)

Near miss materno

Sim	4 (2,5)
Não	157 (97,5)

DP: desvio-padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: *diabetes mellitus*.
Nota: 0* = <24 horas; esquema tríplice** = gentamicina + metronidazol + ampicilina

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Participaram da pesquisa 166 conceptos, com média de peso ao nascer de 2.330 gramas ($\pm 641,06$), média de Capurro de 252 dias ($\pm 21,32$) e média de Apgar aos 5 minutos de 9 ($\pm 1,80$); 40,4% necessitaram de internação em UTI. A maioria dos conceptos apresentou complicações, sendo a icterícia a complicação mais prevalente, seguida pela síndrome do desconforto respiratório. Além disso, 22,9% apresentaram NMN, com quatro óbitos fetais (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Acerca da APPT, a prevalência encontrada na literatura corresponde a aproximadamente 2% de todas as gestações, corroborando com este presente estudo, o qual observou um resultado de 2,12%.⁽³⁾

Um artigo de revisão do *The New England Journal of Medicine* sobre ruptura prematura das membranas refere que, após sua ruptura no pré-termo, o período de latência desde o rompimento da membrana até o parto diminui inversamente com o avanço da IG.⁽²⁾ Por exemplo, com 20 a 26 semanas de gestação, o período médio de latência é de 12 dias, já com 32 a 34 semanas de gestação, são apenas quatro dias. Neste estudo, a média de dias de bolsa rota até o parto foram dois dias, já a média da IG em que ocorreu APPT foi de 35+1 semanas, o que segue o padrão relatado pelo jornal Inglês.

Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual dos conceitos segundo diversas variáveis sociodemográficas e reprodutivas (n = 166)

Variáveis	n (%)
Capurro – Média: 252,0 (DP = 21,32)	
≤149	1 (0,6)
150-200	10 (6,2)
201-250	64 (39,5)
251-300	87 (53,7)
Peso ao nascer (gramas) – Média: 2.330,0 gramas (DP = 641,06 gramas)	
≤499	1 (0,6)
500-1.000	11 (6,8)
1.001-1.500	5 (3,0)
1.501-2.000	27 (16,6)
2.001-2.500	63 (39,6)
2.501-3.000	39 (23,0)
3.001-3.500	15 (9,2)
≥3.501	2 (1,2)
Apgar aos 5 minutos – Média: 9,0 (DP = 1,80)	
0-2	6 (3,6)
3-4	1 (0,6)
5-6	3 (1,8)
7-8	21 (12,6)
9-10	133 (81,4)
Sexo	
Feminino	63 (38,0)
Masculino	103 (62,0)
Necessidade de UTI	
Sim	67 (40,4)
Não	99 (59,6)
Dias na UTI – Média: 4,0 (DP = 22,95)	
0	3 (4,5)
1	13 (19,4)
2	12 (17,9)
3	5 (7,5)
4	7 (10,4)
5-10	5 (7,5)
10-20	14 (20,9)
≥21	8 (11,9)
Oxigênio	
Sim	57 (34,3)
Não	109 (65,7)
Uso do oxigênio	
CPAP	30 (54,5)

Cateter nasal de O ₂	17 (30,9)
VNI	13 (23,6)
Outros	24 (43,6)
Tempo de uso de oxigênio (dias) – Média: 1,5 dia (DP = 23,94 dias)	
0	16 (27,8)
1	13 (22,4)
2	7 (12,1)
3	3 (5,2)
4-10	11 (18,7)
11-25	5 (8,6)
≥26	3 (5,2)
Surfactante	
Sim	10 (6,0)
Não	156 (94,0)
Antibiótico	
Sim	33 (19,9)
Não	133 (80,1)
Nome do antibiótico	
Ampicilina	29 (87,9)
Amicacina	29 (87,9)
Outros	10 (30,3)
Tempo de uso de antibiótico (dias) – Média: 6,0 dias (DP = 25,67 dias)	
0-5	14 (42,4)
6-10	15 (45,5)
≥11	4 (12,1)
Complicações	
Sim	91 (54,8)
Não	75 (45,2)
Qual complicação	
Síndrome do desconforto respiratório	33 (36,3)
Hipoglicemia	22 (24,2)
Icterícia	36 (39,5)
Baixo peso	25 (27,5)
Óbito	4 (4,4)
≤24 semanas	3 (7,5)
>24 semanas	1 (2,5)
Outros	28 (30,7)
Near miss neonatal	
Sim	38 (22,9)
Não	128 (77,1)

DP: desvio-padrão; CPAP: pressão positiva contínua nas vias aéreas; UTI: unidade de terapia intensiva; VNI: ventilação não invasiva.

Ainda, um estudo canadense realizado no *Kingston General Hospital* sobre a prevalência, conduta e desfechos da ruptura prematura das membranas no pré-termo em mulheres no Canadá concluiu que quanto menor a IG no diagnóstico de APPT, maiores são os desfechos neonatais desfavoráveis.⁽¹²⁾ O estudo realizado no HU/FMJ ratifica essa informação, dado que 75% dos óbitos ocorreram em IGs menores de 24 semanas.

Sobre as causas da APPT, tem sido proposto que as membranas fetais e o revestimento uterino materno (decídua) respondem a vários estímulos, incluindo estiramento da membrana e infecção do trato reprodutivo, produzindo mediadores, como prostaglandinas, citocinas e hormônios proteicos, que governam as atividades de enzimas que degradam a matriz.⁽²⁾ Por esse motivo, este trabalho não apresentou relação significativa entre a ruptura prematura das membranas ovulares e comorbidades prévias ou adquiridas na gravidez das gestantes.

Nesta presente pesquisa, constatou-se que a maioria das gestantes (82,6%) fez uso de antibioticoterapia. Essa elevada porcentagem se dá porque a antibioticoterapia é uma conduta recomendada, devendo ser utilizada por curto período de tempo, com o objetivo de aumentar o período de latência e reduzir o risco de infecção materna e neonatal.⁽¹⁰⁾ Contudo, ainda existem questionamentos sobre qual o melhor antibiótico e o esquema posológico; no HU/FMJ o antibiótico mais utilizado foi a ampicilina, em 86,5% das vezes, com um tempo de uso médio de antibioticoterapia de dois dias.

Uma pesquisa brasileira realizada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) sobre os resultados perinatais da ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana identificou que 13,7% das mulheres tinham IG menor que 24 semanas, IG média de 29 semanas no diagnóstico e mortalidade perinatal total de 29%, sendo de 21,5% no grupo a partir da 24ª semana e de 76,5% no grupo antes da 24ª semana.⁽¹⁰⁾ Neste presente estudo realizado no HU/FMJ, consideramos como APPT a ruptura prematura das membranas antes da 37ª semana, sendo a média da IG no diagnóstico de 35+1 semanas; a taxa de mulheres com menos de 24 semanas de gestação foi de 4,96% e a de mortalidade neonatal total foi de 4,4%, sendo de 75% no grupo abaixo de 24 semanas. O maior número de pacientes com IG abaixo de 24 semanas no momento do diagnóstico, na pesquisa feita pelo IMIP, pode justificar a maior taxa de mortalidade neonatal total, em comparação com esta atual pesquisa, em que a mortalidade neonatal foi consideravelmente menor. Apesar desse dado discrepante, os resultados gerais são parecidos, o que justifica o fato de as conclusões de ambos os trabalhos apresentarem altas taxas de complicações neonatais.⁽¹⁰⁾ Além disso, a alta mortalidade na pesquisa pernambucana mostra na prática a conclusão da pesquisa canadense: quanto menor a IG maior a porcentagem de morbimortalidade neonatal.^(10,12)

Nessa mesma pesquisa realizada no IMIP, tem-se como complicação materna mais frequente a alteração leucocitária, em pouco mais de 50% dos casos.⁽¹²⁾ Essa informação está de acordo com os resultados obtidos na pesquisa do HU/FMJ, em que, apesar de ter um resultado menor que 50%, a principal alteração laboratorial encontrada foi a leucocitária.

Um outro levantamento realizado nesta atual pesquisa foi a prevalência significativa de fetos masculinos (62,0%) em relação aos femininos (38,0%). Em um artigo publicado na revista da Universidade de Oxford, foi feita uma análise que utilizou dados de quatro fontes originais (uma europeia e três francesas), assim como dados extraídos de artigos publicados para explorar a distribuição por sexo de nascimentos prematuros versus nascidos a termo. O resultado obtido foi que havia mais fetos do sexo masculino entre os prematuros do que entre os nascidos a termo na maioria das populações. Isso levou a uma conclusão de que a proporção de nascimentos do sexo masculino diminui com o aumento da IG, e essa maior proporção parece ser mais prevalente em partos prematuros espontâneos. Além disso, são citados possíveis mecanismos para tal prevalência, como maior peso corporal, maior suscetibilidade a complicações da gravidez (como hipertensão ou infecção) e processos bioquímicos ligados ao sexo (produção de estrogênio a partir de precursores androgênicos ou por interleucina-1, que podem diferir entre fetos masculinos e femininos).⁽¹³⁻¹⁵⁾ Desse modo, podemos fazer uma correlação entre as duas pesquisas, uma vez que esta atual pesquisa tem como prevalência o sexo masculino nascido no pré-termo e o artigo publicado corrobora este achado.

Em relação aos desfechos dos conceptos, em um estudo feito no Norte do país sobre a morbidade e mortalidade perinatal em gestações que cursaram com AP em maternidade pública do Acre, a taxa de óbito perinatal foi de 11,5% em uma amostra de 87 gestantes com IG entre 24 e 42 semanas.⁽³⁾ Já nesta presente pesquisa, a taxa de óbitos foi de 4,4%, incluindo uma amostra de 161 pacientes com IG abaixo de 37 semanas, com 75% dos óbitos no grupo abaixo de 24 semanas. Além disso, no estudo realizado em maternidade pública no Norte do país, as principais causas de morbimortalidade foram a prematuridade extrema, infecções (sepse e pneumonia) e síndrome do desconforto respiratório, enquanto na pesquisa realizada no HU/FMJ a principal complicação foi a icterícia, com quase 40% dos casos, seguida da síndrome do desconforto respiratório, com 36,3% dos casos, e a minoria dos casos apresentou complicações como sepse e pneumonia.⁽³⁾ Considerando as devidas diferenças socioeconômicas de ambas as regiões, pode-se notar a alta prevalência de morbidade neonatal em ambos os estudos, porém com uma taxa de óbitos discrepante, o que expõe o valor do serviço prestado pelo HU/FMJ.

Relacionado a isso, obteve-se uma porcentagem de 33,5% das gestantes utilizando a corticoterapia an-

tenatal para prevenção da síndrome do desconforto respiratório. Essa síndrome está associada com a deficiência de surfactante pulmonar e representa séria complicação da prematuridade, causando significativa morbidade e mortalidade em curto e longo prazo, contribuindo substancialmente para elevados custos dentro das unidades de cuidados intensivos neonatais. O uso da corticoterapia nas gestantes com risco de parto prematuro mostrou-se bastante eficaz na redução da incidência dessa patologia nos RNs, além de outras complicações neonatais.⁽⁶⁾ Além disso, 14,9% das gestantes fizeram uso de sulfato de magnésio; 58,3% das gestantes utilizaram-no com o objetivo de neuroproteção fetal, uma vez que ele é utilizado para a prevenção de paralisia cerebral nos RNs advindos de partos prematuros.

Nos conceitos que apresentam a síndrome do desconforto respiratório, o tratamento primordial consiste na oferta de oxigênio suficiente para manter uma saturação desejável. Entre as modalidades de oxigenoterapia para neonatos, destaca-se a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), que consiste na administração contínua e sob pressão de gás oxigênio e ar comprimido com o auxílio de dispositivos nasais. Dessa forma, ocorre aumento da capacidade funcional residual pulmonar e redução da resistência vascular pulmonar, permitindo a manutenção da pressão positiva durante o ciclo expiratório e, dessa forma, a expansão dos alvéolos e melhora da respiração. Essa modalidade pode ser utilizada desde o nascimento ou após a interrupção da ventilação mecânica invasiva. Essa terapêutica ventilatória apresenta como benefício a redução da necessidade de suporte invasivo, melhorando parâmetros relacionados à mecânica pulmonar e reduzindo o trabalho respiratório.⁽¹⁶⁾ Essas informações justificam a porcentagem encontrada neste atual estudo de 34,3% dos RNs com necessidade de oxigenioterapia, com média de 1,5 dia, sendo o principal meio o CPAP, em mais de 50% dos casos.

CONCLUSÃO

Avaliando os resultados da pesquisa realizada no HU/FMJ, em comparação com pesquisas nacionais e internacionais, concluímos que essa patologia teve uma frequência já esperada, com alta morbidade para o RN, porém com baixa taxa de complicações maternas. Além disso, a IG em que ocorre a APPT está diretamente relacionada ao desfecho neonatal, e quanto maior a IG, maior a chance de um desfecho favorável.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CE, Sá MF, editores. Tratado de obstetrícia Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.
2. Parry S, Strauss JF 3rd. Premature rupture of the fetal membranes. *N Engl J Med.* 1998;338(10):663-70. doi: 10.1056/NEJM199803053381006
3. Silva SM, Mattos LC, Macedo LF, Araújo TS. Morbidade e mortalidade perinatal em gestações que cursaram com amniorrexe prematura em maternidade pública do Norte do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(10):442-8. doi: 10.1590/S0100-720320140004941
4. Zugaib M, Bittar RE, Miyadahira S. Obstetrícia: conceito e desafios. In: Zugaib M, Francisco RP, editores. Zugaib obstetrícia. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016. p. 2-7.
5. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):939-44. doi: 10.1016/j.ajog.2004.05.099
6. Albuquerque IC, Amorim MM, Meneses J, Katz L, Santos LC. Avaliação do impacto da corticoterapia antenatal para aceleração da maturidade pulmonar fetal nos recém-nascidos em maternidade-escola brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(10):655-61. doi: 10.1590/S0100-72032002001000004
7. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(3):287-96. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007
8. Oliveira LC, Costa AA. Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiological aspects. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(3):220-7. doi: 10.5935/0103-507X.20150033
9. Andrade MS, Bonifácio LP, Sanchez JA, Oliveira-Ciabati L, Zaratini FS, Franzon AC, et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(7):e00096419. doi: 10.1590/0102-311X00096419
10. Patriota AF, Guerra GV, Souza AS. Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(7):296-302. doi: 10.1590/S0100-720320140004958
11. Santos JP, Cecatti JG, Serruya SJ, Almeida PV, Duran P, Mucio B, et al. Neonatal Near Miss: the need for a standard definition and appropriate criteria and the rationale for a prospective surveillance system. *Clinics (Sao Paulo).* 2015;70(12):820-6. doi: 10.6061/clinics/2015(12)10
12. Smith GN, Rafuse C, Anand N, Brennan B, Connors G, Crane J, et al. Prevalence, management, and outcomes of preterm prelabour rupture of the membranes of women in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(6):547-53. doi: 10.1016/s1701-2163(16)30711-3
13. Santana DS, Guida JP, Pacagnella RC, Cecatti JG. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. *Rev Med.* 2018;97(2):187-94. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v97i2p187-194
14. Silva AA, Leite AJ, Lamy ZC, Moreira ME, Gurgel RQ, Cunha AJ, et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Suppl 1:S182-91. doi: 10.1590/0102-311X00129613
15. Zeitlin J, Saurel-Cubizolles MJ, De Mouzon J, Rivera L, Ancel PY, Blondel B, et al. Fetal sex and preterm birth: are males at greater risk? *Hum Reprod.* 2002;17(10):2762-8. doi: 10.1093/humrep/17.10.2762
16. Guedes BL, Ferreira MM, Mascarenhas ML, Ferreira AL, Costa LC, Lúcio IM. Continuous positive pressure on aircraft in neonates: care provided by the nursing team. *Esc Anna Nery.* 2019;23(2):e20180122. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0122

Reflexo disfórico da ejeção do leite: conhecimento e diferenciação com transtornos mentais puerperais entre ginecologistas e obstetras paranaenses

Dysphoric milk ejection reflex: knowledge and differentiation with puerperal mental disorders between gynecologists and obstetricians from Paraná

Eduardo Richter Favero¹, Isabela Fernanda de Souza¹, Jhully Eachiley Marta da Silva¹, Julia Alves Ferreira dos Santos¹, Juliana Maria Pereira Padilha¹, Marília Porto Bonow Facin¹

Descritores

Período pós-parto; Transtornos puerperais; Aleitamento materno; Transtornos mentais; Saúde da mulher

Keywords

Postpartum period; Puerperal disorders; Breast feeding; Mental disorders; Women's health

Submetido:

27/04/2023

Aceito:

21/11/2023

1. Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Marília Porto Bonow Facin
Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, Cidade Industrial de Curitiba, 80740-050, Curitiba, PR, Brasil
mari.bonow@gmail.com

Como citar:

Favero ER, Souza IF, Silva JE, Santos JA, Padilha JM, Facin MP. Reflexo disfórico da ejeção do leite: conhecimento e diferenciação com transtornos mentais puerperais entre ginecologistas e obstetras paranaenses. *Femina*. 2023;51(12):674-81.

RESUMO

Objetivo: Identificar o conhecimento dos médicos ginecologistas e obstetras do Paraná sobre o reflexo disfórico da ejeção do leite e seus diagnósticos diferenciais.

Métodos: Estudo observacional transversal com médicos ginecologistas e obstetras associados ao Conselho Regional de Medicina do Paraná. A coleta de dados foi realizada por questionário *online* compreendendo perguntas de identificação do profissional, tempo de formação, conhecimento e experiência com reflexo disfórico da ejeção do leite, dificuldades de diferenciação entre os transtornos mentais puerperais, além da abordagem das questões psicológicas puerperais com as pacientes. Os resultados foram expressos por frequências e percentuais. Valores de *p* menores que 0,05 foram considerados significativos. **Resultados:** Entre os participantes, 39,1% desconhecem o reflexo disfórico da ejeção do leite. Dos profissionais que já fizeram o diagnóstico, 72,4% apresentaram dificuldade em realizá-lo. Houve acerto majoritário em relação ao momento de ocorrência dos sintomas (90,6%) e tempo de duração (90,6%), mas deficiência no reconhecimento de todos os sintomas (3,1%), início das manifestações clínicas (12,6%) e tratamento (44%) pelos profissionais que conhecem o reflexo disfórico da ejeção do leite. Entre os especialistas, 21,5% sentem-se capazes para diferenciar os três distúrbios e 24,1% têm dificuldade na diferenciação entre as patologias. Apenas 65,5% dos médicos abordam as dificuldades emocionais na amamentação e, segundo 78,1% dos profissionais, poucas pacientes perguntam ou nunca perguntam sobre essas dificuldades. **Conclusão:** O reflexo disfórico da ejeção do leite é uma condição pouco conhecida e confundida com outros transtornos mentais puerperais. É necessária maior divul-

gação sobre o tema entre os ginecologistas e obstetras, a fim de melhorar a assistência às puérperas, refletindo na persistência da amamentação e seus benefícios.

ABSTRACT

Objective: To identify the knowledge of gynecologists and obstetricians in Paraná about the dysphoric milk ejection reflex and its differential diagnosis. **Methods:** Cross-sectional observational study was conducted with gynecologists and obstetricians associated in the Regional Council of Medicine of Paraná. Data collection was done through an online questionnaire with questions about professional identification, years of experience, knowledge and experience with the dysphoric milk ejection reflex, differentiation puerperal mental disorders difficulties, as well as the approach of postpartum psychological issues with patients. Results were expressed in frequencies and percentages. P values less than 0.05 were considered significant. **Results:** 39.1% of the participants unknown the dysphoric milk ejection reflex. Among the professionals who had diagnosed dysphoric milk ejection reflex, 72.4% reported difficulties in making the diagnosis. There was a high level of correct answers regarding the timing of symptoms (90.6%) and duration (90.6%), but deficiencies were observed in recognizing all symptoms (3.1%), onset of clinical manifestations (12.6%), and treatment (44%) by professionals who were familiar with dysphoric milk ejection reflex. 21.5% of specialists felt capable of differentiating between the three disorders, while 24.1% had difficulty in differentiating between the pathologies. Only 65.5% of doctors approach emotional difficulties in breastfeeding and, according to 78.1% of professionals, few patients ask or never ask about these difficulties. **Conclusion:** Dysphoric milk ejection reflex is a condition that is poorly known and often confused with other postpartum mental disorders. Greater awareness about this topic is necessary among gynecologists and obstetricians to improve care for postpartum women, leading to the continuation of breastfeeding and its benefits.

INTRODUÇÃO

O período gestacional é caracterizado por diversas alterações fisiológicas, tais como as alterações hormonais, que podem atingir o funcionamento emocional. Em relação à saúde mental materna, os transtornos na gestação e no puerpério são multifatoriais, como predisposição genética, história de transtorno mental e ausência de rede de apoio.⁽¹⁾ Dentre os transtornos puerperais, destacam-se o blues puerperal, a depressão pós-parto (DPP) e, mais recentemente relatado, o reflexo disfórico da ejeção do leite (D-MER).^(2,3)

O blues puerperal é uma condição transitória, identificada em 50% das puérperas.⁽⁴⁾ Ocorre alguns dias após o parto, com auge no quarto ou quinto dia. A mãe apresenta choro fácil, frequentemente não associado a sentimento de tristeza ou fator precipitante. Além disso, pode incluir labilidade afetiva, irritabilidade, ansiedade, insônia, náuseas, desatenção, sensibilidade a rejeições e empatia exacerbada.^(5,6) Apesar de ser considerado um distúrbio leve, pode ser fator de risco para a DPP.⁽⁴⁾ A avaliação e o

diagnóstico devem ser feitos analisando as consequências e prejuízos que os sintomas causam às mães.⁽³⁾ O tratamento consiste em intervenção imediata, com amparo à saúde mental por meio da atuação profissional e rede de apoio, sendo dispensável a terapia medicamentosa.^(4,7)

A DPP ocorre nos primeiros seis meses pós-parto. Os sintomas incluem ansiedade, alterações no sono, irritabilidade e extrema preocupação com o bebê.⁽⁸⁾ Estima-se que esteja presente em 10% a 20% das mulheres, podendo chegar a até 39,4% no Brasil.^(9,10) São fatores de risco para a DPP a história de antecedentes de violência e abuso, depressão, perturbação de sono, falta de suporte social, prematuridade e baixo peso ao nascer.⁽¹¹⁾ Embora a etiologia seja desconhecida, há possíveis fatores envolvidos, como a flutuação de hormônios ovarianos e corticosteroides, além da ação da ocitocina.⁽¹²⁾ O diagnóstico ocorre diante de um quadro depressivo com início em até quatro a seis semanas pós-parto e com duração de pelo menos duas semanas.⁽¹³⁾ Suri e Altshuler⁽¹⁴⁾ apontam que o tratamento deve ser multidisciplinar e deve incluir psicoterapia individual e em grupo, rede de apoio e psicofarmacologia. Sugere-se que os antidepressivos devem ser escolhidos levando em consideração os riscos para a criança durante a lactação. Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina e os inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina, como a fluoxetina e o citalopram, respectivamente, têm sido bem tolerados pelos lactentes e são considerados por especialistas como referência para um perfil de segurança mais favorável durante a lactação.⁽¹⁵⁾ Deve-se avaliar e ponderar a rotina de amamentação, uma vez que é exaustiva e pode exacerbar manifestações psiquiátricas.

O D-MER é caracterizado por sentimentos negativos maternos que ocorrem durante a amamentação ou situações que envolvam o reflexo de ejeção do leite, como a ordenha mecânica ou manual e a ejeção espontânea de leite.⁽¹⁶⁾ Embora pouco conhecida, a fisiopatologia do D-MER parece estar relacionada à dopamina. Durante a lactação, a inibição desse neurotransmissor é necessária para que ocorra a secreção de prolactina. Sendo assim, o mecanismo mais aceito é a diminuição inapropriada dos níveis dopaminérgicos.⁽¹⁷⁾ Os sintomas podem durar de segundos a minutos e incluem sentimentos de tristeza, desesperança, ansiedade, medo, pânico e irritabilidade, além de sintomatologia física como agitação psicomotora, náuseas e desconforto abdominal – podendo resultar na interrupção da amamentação. A maioria das pacientes afirma já ter sofrido com o D-MER em gestações anteriores. Contudo, poucas buscam ou recebem assistência médica.⁽¹⁶⁾ Em relação ao tratamento, as modificações de comportamento são os métodos mais eficientes. Estratégias de distração durante a amamentação amenizam os sentimentos, como ouvir música e meditar. Além disso, hidratar-se durante o aleitamento e descansar após ele tem efeitos positivos.⁽²⁾

Devido ao impacto dos desafios emocionais nas mães durante a amamentação, o presente estudo tem o obje-

tivo de identificar o conhecimento dos médicos especialistas em ginecologia e obstetria do Paraná e a experiência desses profissionais com o D-MER e reconhecer se existe dificuldade na diferenciação entre os transtornos mentais do puerpério. Além disso, a pesquisa promoverá maior compreensão sobre o D-MER, visando à melhora no atendimento prestado e à consequente melhora na qualidade de vida das pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal que incluiu médicos especialistas em ginecologia e obstetria associados ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (CRM-PR). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo (Número do Parecer: 4.838.473). Todos os médicos especialistas em ginecologia e obstetria devidamente matriculados no CRM-PR foram convidados a participar do estudo ($n = 2.400$). Foi realizado cálculo de amostragem por método não probabilístico (amostragem por conveniência) com erro amostral em 5% e nível de confiabilidade em 95%, resultando em tamanho da amostra de $n = 332$. Os médicos que não receberam o questionário por problemas técnicos e/ou erro de cadastro ou que responderam ao questionário de forma incompleta foram excluídos do estudo.

Os nomes dos profissionais foram obtidos por meio dos dados públicos de busca profissional disponíveis no site do CRM-PR. Os participantes receberam um link disponibilizado por meio do WhatsApp, Facebook e Instagram no período entre junho de 2021 e janeiro de 2022. O link abria um formulário Google Forms dividido em páginas com as perguntas referentes ao estudo.

O questionário foi elaborado pelos pesquisadores, baseando-se em revisão bibliográfica, e compreendeu perguntas objetivas de identificação do profissional, tempo de formação, dificuldades de diferenciação entre o D-MER, o *blues* puerperal e a DPP, o distúrbio mental puerperal mais frequente nas pacientes e a abordagem das questões psicológicas puerperais nas consultas. Além disso, foi exposto um caso clínico com o objetivo de apontar, entre os transtornos mentais puerperais, qual era o diagnóstico. Para a avaliação do conhecimento e experiência dos profissionais com o D-MER, o questionário incluiu indagações objetivas aos participantes que conhecem o distúrbio referentes à experiência (se já diagnosticou, se teve dificuldade no diagnóstico e qual foi essa dificuldade), aos sintomas (quais são os sintomas, quando se iniciam, em que circunstância ocorrem e tempo de duração) e ao tratamento dessa patologia.

Os dados foram coletados e armazenados em uma planilha do Microsoft Excel. A análise de dados foi realizada com o auxílio do programa computacional SPSS v.25.0. Os resultados foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios-padrão (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). A análise inferencial foi realizada

por meio de testes estatísticos pertinentes ao estudo (Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher, Teste T de Student), e valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

RESULTADOS

A pesquisa contou com 261 participantes. Os dados demográficos da população estudada são apresentados na tabela 1.

Dos 261 participantes, 39,1% (102/261) afirmaram que não conhecem o D-MER. Dos que conhecem a patologia, 36,5% (58/159) já fizeram o diagnóstico em alguma paciente. Desses, aproximadamente três a cada quatro médicos (72,4%; 42/58) apresentaram dificuldade em realizá-lo, e a principal dificuldade manifestada se encontra na diferenciação com o *blues* puerperal (50%; 21/42), seguida de diferenciação com a DPP (26,2%; 11/42) e desconhecimento do D-MER (16,7%; 7/42). Aos participantes que afirmaram conhecer o D-MER ($n = 159$), foram feitos questionamentos sobre as características desse distúrbio. Quando indagados sobre as manifestações clínicas, apenas 3,8% (6/159) desses profissionais inseriram na resposta todos os sintomas possíveis. A maioria dos participantes acertou parcialmente os sintomas (95%; 151/159). Ainda, somente um a cada oito médicos (12,6%; 20/159) soube afirmar corretamente quando se iniciam os sintomas. Com relação à circunstância em que os sintomas do distúrbio ocorrem e o tempo de duração das manifestações, houve acerto pela maior parte dos participantes (90,6%; 144/159 em ambas as perguntas). Menos da metade dos profissionais (44%; 70/159) selecionou corretamente todos os tratamentos indicados pela literatura. Houve acerto parcial de 54,7% (87/159) dos médicos, e 8,2% (13/159) assinalaram erroneamente o uso de antidepressivos para o tratamento do D-MER. Esses dados podem ser visualizados na tabela 2.

Os profissionais que não demonstraram dificuldade para o diagnóstico do D-MER em suas pacientes foram capazes de reconhecer corretamente todos os tratamentos indicados pela literatura ($p = 0,038$). Todavia, esses mesmos profissionais, ainda que sem diferença significativa, tiveram menor acerto ao serem questionados sobre todos os sintomas, o momento de ocorrência e a duração

Tabela 1. Dados demográficos da população de estudo

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	183 (70,1)
Masculino	78 (29,9)
Tempo de formado em ginecologia e obstetria	
Menos de 12 anos	141 (54,0)
Mais de 12 anos	120 (46,0)
Total	261 (100,0)

Tabela 2. Capacidade de diferenciação entre os transtornos mentais puerperais *versus* questões sobre o D-MER

Variáveis	Sente-se capaz n (%)	Não se sente capaz n (%)	Total n (%)	p-value
Caso clínico				
Acertou	51 (91,1)	149 (72,7)	200 (76,6)	0,032
Errou	5 (8,9)	56 (27,3)	61 (23,4)	
Total	56 (100,0)	205 (100,0)	261 (100,0)	
Quais são os sintomas do D-MER				
Acertou totalmente	3 (5,4)	3 (2,9)	6 (3,8)	0,668
Acertou parcialmente	52 (92,9)	99 (96,1)	151 (95,0)	
Errou	1 (1,8)	1 (1,0)	2 (1,3)	
Total	56 (100,0)	103 (100,0)	159 (100,0)	
Quando se iniciam os sintomas do D-MER				
Acertou	9 (16,1)	11 (10,7)	20 (12,6)	0,372
Errou	45 (80,4)	81 (78,6)	126 (79,2)	
Não sei	2 (3,6)	11 (10,7)	13 (8,2)	
Total	56 (100,0)	103 (100,0)	159 (100,0)	
Quanto tempo duram os sintomas do D-MER				
Acertou	52 (92,9)	92 (89,3)	144 (90,6)	0,302
Errou	4 (7,1)	9 (8,8)	13 (8,2)	
Não sei	0 (0)	2 (1,9)	2 (1,3)	
Total	56 (100,0)	103 (100,0)	159 (100,0)	
Em quais circunstâncias ocorrem os sintomas do D-MER				
Acertou	53 (94,6)	91 (88,3)	144 (90,6)	0,551
Errou	3 (5,4)	11 (10,7)	14 (8,8)	
Não sei	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,6)	
Total	56 (100,0)	103 (100,0)	159 (100,0)	
Qual é o tratamento para o D-MER				
Acertou totalmente	29 (51,8)	41 (39,8)	70 (44,0)	0,230
Acertou parcialmente	27 (48,2)	60 (58,3)	87 (54,7)	
Errou	0 (0,0)	2 (1,9)	2 (1,3)	
Total	56 (100,0)	103 (100,0)	159 (100,0)	

D-MER: reflexo disfórico da ejeção do leite.

das manifestações, quando comparados aos médicos que apresentaram dificuldade no diagnóstico. Esses dados são apresentados na tabela 3. Em autoavaliação profissional em relação à capacidade de diferenciação dos transtornos mentais puerperais, apenas 21,5% (56/261) dos especialistas sentem-se completamente capazes para diferenciação a DPP, o *blues* puerperal e o D-MER sem qualquer dificuldade. Metade dos participantes (51,3%; 134/261) se considera capaz para diferenciar a DPP e o *blues* puerperal, e três a cada cinco deles tem dificuldade em diagnosticar o D-MER (61,2%; 82/134) e dois a cada cinco não têm conhecimento sobre a patologia (38,8%; 52/134), por isso não sabe como

diagnosticá-la. Ainda, os médicos que apresentam dificuldade na diferenciação entre os três distúrbios representam 24,1% (63/261). Os dados da autoavaliação sobre a capacidade de diferenciação dos transtornos puerperais estão evidenciados na tabela 4.

Em relação às consultas de pré-natal, mais da metade dos especialistas (65,5%; 171/261) afirmou sempre abordar as dificuldades emocionais da amamentação com suas pacientes. Todavia, 32,6% (85/261) deles apresentam essas questões apenas quando interrogados e 1,9% (5/261) nunca abordam esse tema. Ainda, grande parte dos profissionais declarou, subjetivamente, que poucas pacien-

Tabela 3. Dificuldade no diagnóstico do D-MER *versus* questões sobre o D-MER

Variáveis	Dificuldade no diagnóstico			p-value
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	
Tratamento do D-MER				
Acertou totalmente	12 (75,0)	17 (40,5)	29 (50,0)	0,038
Acertou parcialmente	4 (25,0)	25 (59,5)	29 (50,0)	
Errou	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total	16 (100,0)	42 (100,0)	58 (100,0)	
Sintomas do D-MER				
Acertou totalmente	0 (0,0)	1 (2,4)	1 (1,7)	1,000
Acertou parcialmente	16 (100,0)	41 (97,6)	57 (98,3)	
Errou	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total	16 (100,0)	42 (100,0)	58 (100,0)	
Quando se iniciam os sintomas do D-MER				
Acertou	2 (12,5)	6 (14,3)	8 (13,8)	0,649
Errou	13 (81,3)	34 (80,9)	47 (81,0)	
Não sei	1 (6,3)	2 (4,8)	3 (5,2)	
Total	16 (100,0)	42 (100,0)	58 (100,0)	
Quando ocorrem os sintomas do D-MER				
Acertou	14 (87,5)	36 (85,7)	50 (86,2)	0,823
Errou	2 (12,5)	6 (14,3)	8 (13,8)	
Total	16 (100,0)	42 (100,0)	58 (100,0)	
Quanto tempo duram os sintomas do D-MER				
Acertou	14 (87,5)	38 (90,5)	52 (89,7)	0,411
Errou	2 (12,5)	4 (9,5)	6 (10,3)	
Total	16 (100,0)	42 (100,0)	58 (100,0)	

D-MER: reflexo disfórico da ejeção do leite.

tes perguntam (65,1%; 170/261) ou nunca perguntam (13%; 34/261) sobre as dificuldades psicológicas da amamentação. Esses resultados são demonstrados na tabela 5.

Quatro a cada cinco participantes (209/261) responderam que o *blues* puerperal é o distúrbio psicológico mais frequente em suas pacientes puérperas, 9,2% (24/261) afirmaram maior frequência de DPP e 6,1% (16/261) não sabem dizer qual o distúrbio mais prevalente. Apenas 4,6% (12/261) dos profissionais declaram que o D-MER é a patologia mais frequente entre suas pacientes. Os resultados que descrevem a perspectiva dos profissionais de ginecologia e obstetrícia sobre os transtornos mentais puerperais são apresentados na tabela 5. Em relação ao tempo de formação em ginecologia e obstetrícia, não houve diferença significativa no conhecimento, na dificuldade no diagnóstico do D-MER e na abordagem das dificuldades emocionais relacionadas à amamentação entre os profissionais com menor ou maior tempo de formado.

DISCUSSÃO

Os resultados indicaram falta de conhecimento médico por parte dos profissionais especializados em ginecologia e obstetrícia sobre o D-MER, uma vez que aproximadamente 40% desconhecem o transtorno. Essa desinformação pode ser justificada pela carência de bibliografias sobre esse distúrbio puerperal. Sabe-se que o D-MER foi descrito pela primeira vez em 2007 por Alia Macrina Heise. Desde então, poucos estudos foram retratados na literatura.⁽¹⁷⁾

Os médicos participantes também demonstraram imprecisão ao diferenciar o D-MER de outros transtornos mentais puerperais, principalmente o *blues* puerperal. As duas patologias possuem parâmetros comuns em relação à presença de sintomas incontroláveis pela mãe e ao tratamento fundamentado em psicoterapia, e não na terapia medicamentosa.⁽³⁾ Além disso, alguns estudos apontam a presença de discordâncias conceituais em di-

Tabela 4. Autoavaliação da capacidade de diferenciação dos transtornos mentais puerperais

Autoavaliação	n (%)
Completamente capaz para diferenciar os 3 distúrbios sem qualquer dificuldade	56 (21,5)
Completamente capaz para diferenciar a DPP e o <i>blues</i> puerperal sem qualquer dificuldade, mas com dificuldade em diagnosticar o D-MER	82 (31,4)
Completamente capaz para diferenciar a DPP e o <i>blues</i> puerperal sem qualquer dificuldade, mas não conhece o D-MER e, por isso, não sabe como diagnosticá-lo	52 (19,9)
Dificuldade em diferenciar os 3 distúrbios	63 (24,1)
Outro	8 (3,1)
Total	261 (100,0)

D-MER: reflexo disfórico da ejeção do leite; DPP: depressão pós-parto.

retrizes diagnósticas – como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) – sobre a DPP, podendo gerar tal dificuldade.⁽¹³⁾

Um número expressivo dos participantes que conhecem o D-MER (95%) acertou parcialmente os sintomas, e 90,6% assinalaram assertivamente sobre e o tempo de duração e em quais circunstâncias tais sintomas ocorrem. Provavelmente, tal resultado se deve ao fato de as manifestações desse distúrbio serem significativamente distintas das manifestações da DPP e do *blues* puerperal, principalmente no que tange à duração e ao cenário em que elas ocorrem, visto que os sintomas do D-MER ocorrem estritamente no momento do aleitamento ou ordenha, com duração de poucos minutos, o que não ocorre nas outras patologias psiquiátricas puerperais, que são caracterizadas por sintomatologia contínua.⁽¹⁸⁾

A falta de conhecimento e de literatura sobre o D-MER contribui para que os profissionais de saúde – tanto os de saúde mental quanto os da obstetria e os consultores de amamentação – não reconheçam as manifestações da doença.⁽¹⁷⁾ Tal afirmação foi observada neste trabalho, pois somente 12,6% dos que conhecem o distúrbio souberam assinalar corretamente o início dos sinais. Segundo Deif *et al.*,⁽¹⁷⁾ há uma dificuldade mais significativa se apontarmos os profissionais de saúde mental, em vista do entendimento limitado para orientar sobre lactação. A orientação sobre os sintomas e sinais do puerpério, bem como da lactação, costuma deixar as mulheres mais seguras e dispostas a enfrentar os desafios que essa fase oferece, favorecendo o prognóstico das patologias puerperais e beneficiando na qualidade e na continuidade da lactação.

Em relação ao tratamento, os dados evidenciaram imprecisão na prescrição para o D-MER, visto que menos da metade dos participantes indicou corretamente todas as opções terapêuticas. Tal imprecisão pode afetar ne-

Tabela 5. Perspectiva dos profissionais de ginecologia e obstetria sobre os transtornos mentais puerperais

Variáveis	n (%)
Você aborda as dificuldades emocionais da amamentação nas consultas de pré-natal com suas pacientes?	
Sempre	171 (65,5)
Só quando as pacientes perguntam	85 (32,6)
Nunca	5 (1,9)
Total	261 (100,0)

As pacientes costumam perguntar sobre as dificuldades psicológicas da amamentação nas consultas de pré-natal?

Todas perguntam	2 (0,8)
A maioria pergunta	55 (21,1)
Poucas perguntam	170 (65,1)
Nunca perguntam	34 (13,0)
Total	261 (100,0)

Qual dos 3 distúrbios é mais frequente nas suas pacientes?

<i>Blues</i> puerperal	209 (80,1)
Depressão pós-parto	24 (9,2)
D-MER	12 (4,6)
Não sei	16 (6,1)
Total	261 (100,0)

D-MER: reflexo disfórico da ejeção do leite.

gativamente as pacientes, visto que a literatura afirma que as mulheres são sujeitas a recomendações incertas e contraditórias dos profissionais de saúde na temática da amamentação, resultando em uma compreensão débil por parte das pacientes.⁽¹⁹⁾

Como citado anteriormente, o uso de antidepressivos não faz parte dos tratamentos preconizados para o D-MER.⁽²⁾ Apesar da bupropiona – um inibidor seletivo da recaptção neuronal de catecolaminas (norepinefrina e dopamina), com efeito mínimo na recaptção de serotonina – já ter sido relatada para redução dos sintomas,^(16,17) foi constatado que há excreção desse medicamento e de seus metabólitos pelo leite materno, sendo contraindicado durante a amamentação.⁽²⁰⁾ Além disso, a *Rhodiola rosea*, um fitoterápico que atua como inibidor da monoaminoxidase e que, conseqüentemente, inibe a quebra da dopamina aumentando sua disponibilidade, já foi descrita como uma alternativa para diminuição dos sintomas do D-MER.^(16,17) No entanto, não há estudos que garantam a segurança desse medicamento em mulheres que amamentam.⁽²¹⁾

Os antidepressivos são indicados apenas para a DPP, entre os distúrbios psicológicos puerperais.⁽¹⁴⁾ Apesar de serem indicados durante a gestação, a fluoxetina e o citalopram podem resultar em alteração de humor, sono e alimentação em bebês expostos por meio do leite materno.⁽²²⁾ Entre os participantes deste estudo, 8,2% indi-

caram incorretamente o uso de antidepressivos para o tratamento do D-MER. É fundamental que os profissionais tenham conhecimento sobre as corretas indicações de antidepressivos no período pós-parto, visando evitar a exposição desnecessária do recém-nascido ao medicamento. Dessa forma, é imprescindível que os especialistas em ginecologia e obstetrícia reconheçam as particularidades do D-MER para que façam o correto diagnóstico e tratamento, visto que, segundo nossos resultados, quando o profissional não apresenta dificuldade para o diagnóstico, ele é capaz de reconhecer todos os tratamentos recomendados ($p = 0,038$).

No que se refere à autoavaliação dos profissionais sobre as habilidades de distinguir os distúrbios mentais do puerpério, o estudo constatou que aproximadamente um a cada cinco especialistas se sente completamente capaz para diferenciar as três patologias sem dificuldade. De fato, esses profissionais acertaram o caso clínico apresentado, cuja resposta correta era o D-MER ($p = 0,032$), corroborando esse resultado.

Ainda, metade dos participantes declarou ter dificuldade em diagnosticar o D-MER ou não conhecer o distúrbio, embora se sintam capazes de diferenciar o *blues* puerperal e a DPP. Segundo Deif *et al.*,⁽¹⁷⁾ a falta de conhecimento sobre o D-MER pode fazer com que as mães confundam essa patologia com a DPP, uma vez que não foram adequadamente orientadas. Além disso, a falta de orientação prévia pode dificultar o tratamento, uma vez que a terapêutica pós-parto é facilitada quando as mães são preparadas com antecedência. A maioria das mulheres no puerpério é, com frequência, examinada por seus obstetras ou clínicos gerais em consultas focadas apenas na recuperação física após o parto. Ademais, no Brasil, os médicos estão cada vez mais expostos a uma alta carga de trabalho, levando muitas vezes, ao diagnóstico inapropriado dos distúrbios mentais pós-puerperais.⁽²³⁾ Junto a isso, a escassez de publicações acerca do D-MER contribui para que tal patologia, apesar de real, ainda tenha sua incidência desconhecida, dificultando ainda mais seu diagnóstico.⁽¹⁸⁾ O Brasil também se enquadra em tal escassez de estudos sobre o tema, carecendo de dados epidemiológicos específicos sobre incidência e diagnóstico na população brasileira, pois ainda não existe literatura nacional sobre o D-MER.

Cerca de 1/4 dos especialistas declarou ter dificuldade na distinção entre as três patologias. Esse dado é preocupante, em vista da alta prevalência do *blues* puerperal, identificado em 50% das puérperas, e da DPP, identificado em 10% a 20% das mães.^(4,9) Essa dificuldade ocorre devido à falta de conhecimento e à complexidade de diagnóstico, uma vez que não há parâmetros fisiológicos exclusivos, além de alguns relatarem não ter aprendido na graduação sobre rastreio da DPP. Visto que alguns dos profissionais da atenção primária acompanham a maioria das gestantes desde o início da gestação até o puerpério, mostra-se imperioso o estudo com maior profundidade das patologias supracitadas.⁽²⁴⁾

Acerca da atuação ativa dos profissionais, os resultados mostraram um número expressivo de especialistas que abordam as dificuldades emocionais da amamentação com suas pacientes apenas quando interrogados (32,6%) ou nunca abordam o tema (1,9%). Somado a isso, de acordo com os participantes, grande parte das mães não pergunta sobre os desafios da amamentação. De acordo com Heise e Wiessinger,⁽¹⁶⁾ muitas mães podem deixar de relatar os sintomas de D-MER por diversas razões, como constrangimento por não terem os sentimentos positivos que acreditam que deveriam ter ou medo de que ninguém mais tenha essa sensação com a amamentação.

Pesquisas indicam que a desinformação e a falta de apoio por parte dos médicos causam frustração nas pacientes, uma vez que elas são preparadas somente para os pontos positivos da amamentação. Além disso, existe um prejulgamento de que o aleitamento é uma habilidade inata da mulher, e não uma competência a ser aprendida e aperfeiçoada pela mãe, fazendo com que as dificuldades desse processo sejam negligenciadas.⁽²⁵⁾

São bem conhecidos os benefícios que a amamentação traz ao bebê e à mãe. Apesar disso, mais da metade das crianças não recebem aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁽²⁶⁾ É possível que o D-MER seja um dos fatores que contribui para essa interrupção da amamentação em algumas puérperas.⁽¹⁶⁾ Frequentemente, o obstetra é o primeiro profissional de saúde a lidar com a paciente e dispõe de várias oportunidades de atuação durante a gestação e o puerpério, sendo visto como fontes de conhecimento e confiança. Dessa forma, é imprescindível uma atuação proativa desses profissionais, com informações e orientações adequadas sobre as disfunções que podem ocorrer durante o período puerperal.⁽²⁵⁾

Para que seja possível uma orientação adequada, é fundamental o conhecimento aprofundado das dificuldades e das experiências emocionais da amamentação, assim como a capacidade de diferenciação entre os distúrbios. Isso permite que os profissionais ofereçam cuidados centrados na pessoa, esclarecendo a complexidade da amamentação e evitando expectativas irrealistas das mães.^(16,25)

De acordo com os participantes, o distúrbio mental mais prevalente no puerpério é o *blues* puerperal. Menos de 5% apontaram o D-MER como a patologia mais frequente em suas pacientes. Contudo, quatro a cada dez especialistas declararam não conhecer o D-MER. Além disso, profissionais que já diagnosticaram o D-MER sem dificuldade e os que se sentem capazes de diferenciar os três distúrbios não acertaram totalmente os sintomas da patologia ou quando eles se iniciam, ainda que sem diferença significativa. Isso torna o dado de frequência questionável, portanto. Assim, para que seja possível avaliar a prevalência do D-MER na população materna, é necessária uma melhor orientação prévia dos profissionais referente a essa patologia.

A respeito do tempo de profissão, apesar de não haver diferença significativa no tempo de formação em relação ao conhecimento do D-MER, médicos com menos de 12 anos de formados tendem a saber mais sobre o distúrbio. É possível que os profissionais com menos tempo de especialização apresentem maior conhecimento sobre um tema relatado recentemente devido ao tipo de formação a que foram submetidos, baseada em metodologia ativa, que está sendo utilizada há poucos anos, em que cada estudante é o responsável por desenvolver seu conhecimento.⁽²⁷⁾ Desse modo, esses profissionais foram estimulados a realizarem uma aprendizagem de forma individual com uso de tecnologia e pesquisa de fontes bibliográficas atuais. Em contrapartida, a abordagem das dificuldades emocionais da amamentação nas consultas de pré-natal se mostrou semelhante entre os profissionais, independentemente do tempo de formados. De fato, segundo Watkinson *et al.*,⁽²⁵⁾ as pacientes não são comunicadas sobre os problemas da amamentação. Desse modo, apesar de diferentes períodos de especialização, as questões negativas da amamentação ainda se mostram um assunto complexo na vivência dos profissionais.

CONCLUSÃO

O D-MER é uma condição pouco conhecida e muitas vezes confundida com outros transtornos mentais puerperais, principalmente com o *blues* puerperal. A habilidade de reconhecer os sintomas, diagnosticar e tratar o D-MER depende, invariavelmente, do conhecimento da patologia. A carência de informação pode ter refletido expressivamente na baixa taxa de diagnósticos, somada à falta de experiência e à dificuldade de diferenciação entre os distúrbios relatadas pelos participantes. Além do manejo adequado, o domínio sobre o distúrbio permite a orientação das mães em relação aos desafios da amamentação e apoio durante o puerpério, evitando a interrupção da lactação. Diante disso, torna-se necessário o aumento de pesquisas e, essencialmente, uma propagação generalizada da informação acerca do distúrbio entre especialistas, para aprimorar a assistência às puérperas.

REFERÊNCIAS

- Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:124. doi: 10.1186/s12884-016-0915-y
- Ureño TL, Berry-Cabán CS, Adams A, Buchheit TL, Hopkinson SG. Dysphoric milk ejection reflex: a descriptive study. *Breastfeed Med*. 2019;14(9):666-73. doi: 10.1089/bfm.2019.0091
- Balaram K, Marwaha R. Postpartum blues. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021 [cited 2023 Feb 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546>
- Rezaie-Keikhaie K, Arbabshtastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(2):127-36. doi: 10.1016/j.jogn.2020.01.001
- Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó J Jr. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(6):288-94. doi: 10.1590/S0101-60832010000600006
- Bei B, Milgrom J, Ericksen J, Trinder J. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep*. 2010;33(4):531-8. doi: 10.1093/sleep/33.4.531
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177-86. doi: 10.1056/NEJMcp1607649
- Holopainen A, Hakulinen T. New parents' experiences of postpartum depression: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2019;17(9):1731-69. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003909
- Avilla JC, Giugliani C, Bizon AM, Martins AC, Senna AF, Giugliani ER. Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242333. doi: 10.1371/journal.pone.0242333
- Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: an evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102353. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102353
- Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016;77:153-66. doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
- Brum EH. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. *Cad Pós-Grad Distúrb Desenvol*. 2017;17(2):92-100. doi: 10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92-100
- Suri R, Altshuler L. Postpartum depression: advances in recognition and treatment. *Focus*. 2012;10(1):15-21. doi: 10.1176/appi.focus.10.1.15
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Depressão pós-parto. *Femina*. 2020;48(8):454-61.
- Heise AM, Wiessinger D. Dysphoric milk ejection reflex: a case report. *Int Breastfeed J*. 2011;6(1):6. doi: 10.1186/1746-4358-6-6
- Deif R, Burch EM, Azar J, Yonis N, Gabal MA, Kramani NE, et al. Dysphoric milk ejection reflex: the psychoneurobiology of the breastfeeding experience. *Front Glob Womens Health*. 2021;2:669826. doi: 10.3389/fgwh.2021.669826
- Uvnas-Moberg K, Kendall-Tackett K. The mystery of D-MER: what can hormonal research tell us about dysphoric milk-ejection reflex? *Clin Lact*. 2018;9(1). doi: 10.1891/2158-0782.9.1.23
- Lagan BM, Symon A, Dalzell J, Whitford H. The midwives aren't allowed to tell you: perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture - the Feeding Your Baby Study. *Midwifery*. 2014;30(3):e49-55. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.017
- Underner M, Pourrat O, Perriot J, Peiffer G, Jaafari N. Sevrage tabagique et grossesse. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2017;45(10):552-7. doi: 10.1016/j.gofs.2017.08.003
- Zdanowski R, Skopińska-Różewska E, Wilczak J, Borecka A, Lewicka A, Lewicki S. Different effects of feeding pregnant and lactating mice *Rhodiola kirilowii* aqueous and hydro-alcoholic extracts on their serum angiogenic activity and content of selected polyphenols. *Cent Eur J Immunol*. 2017;42(1):17-23. doi: 10.5114/cej.2017.67314
- Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2013;59(6):633-4.
- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(2):92-102. doi: 10.1590/S0101-60832006000200009
- Meira BM, Pereira PA, Silveira MF, Gualda DM, Santos Júnior HP. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):706-12. doi: 10.1590/0104-0702201500049-14
- Watkinson M, Murray C, Simpson J. Maternal experiences of embodied emotional sensations during breastfeeding: an interpretative phenomenological analysis. *Midwifery*. 2016;36:53-60. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.019
- World Health Organization. Breastfeeding. 2022 [cited 2023 Jan 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Ferraz Filho BS, Santos AC, Silva RO, Bittencourt W, Peixoto RN, Marcelino R. Aprendizagem baseada em problema (PBL): uma inovação educacional. *Rev Cesumar*. 2017;22(2):403-24. doi: 10.17765/1516-2664.2017v22n2p403-424

Função reprodutiva em portadoras de hiperplasia adrenal congênita: revisão narrativa da literatura

Reproductive health of patients with congenital adrenal hyperplasia: a narrative review

Milena Martello Cristófal¹, Soraya Gomes de Amorim Andrade¹, Fernando Moreira de Andrade¹, José Mendes Aldrighi^{1,2}

Descritores

Hiperplasia adrenal congênita; Infertilidade; Saúde reprodutiva; 21-hidroxilase

Keywords

Congenital adrenal hyperplasia; Infertility; Reproductive health; 21-hydroxylase

Submetido:

21/03/2023

Aceito:

21/11/2023

1. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
2. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

José Mendes Aldrighi
Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César,
01246-904, São Paulo, SP, Brasil
jmaldr@usp.br

Como citar:

Cristófal MM, Andrade SG, Andrade FM, Aldrighi JM. Função reprodutiva em portadoras de hiperplasia adrenal congênita: revisão narrativa da literatura. *Femina*. 2023;51(12):682-6.

RESUMO

A hiperplasia adrenal congênita (HAC) pode cursar com redução da fertilidade na mulher. Entretanto, nos casos em que ocorre gestação, os recém-nascidos das portadoras de hiperplasia adrenal congênita exibem risco de hiperandrogenismo, com todas as suas consequências. A presente revisão atualiza o tema, considerando também as necessidades da assistência a essas pacientes. A busca identificou 294 artigos na base de dados MEDLINE/PubMed de 1961 a março/2023, e os resultados mostraram que as portadoras de hiperplasia adrenal congênita exibem significativa redução da fertilidade. Nos casos de interesse de gestação, as portadoras de hiperplasia adrenal congênita devem fazer um planejamento reprodutivo, envolvendo a fase antenatal, o acompanhamento pré-natal especializado, o parto e o aleitamento.

ABSTRACT

Congenital adrenal hyperplasia may lead to reduced male and female fertility. Moreover, when the pregnancy occurs, the newborns of patients with congenital adrenal hyperplasia are at risk of hyperandrogenism with all its consequences. This review updates the theme and emphasizes assistance needs. The search identified 294 articles in the MEDLINE/PubMed database from 1961 to March/2023, and the results showed that patients with congenital adrenal hyperplasia truly exhibit a significant reduction in fertility. In cases of interest in pregnancy, patients with congenital adrenal hyperplasia should carry out reproductive planning, involving the antenatal phase, specialized prenatal care, till delivery and breastfeeding.

INTRODUÇÃO

A hiperplasia adrenal congênita (HAC) agrega um grupo de doenças autossômicas recessivas causadas especialmente pela deficiência da 21-hidroxilase (21OHD), enzima envolvida na síntese do cortisol.⁽¹⁻³⁾

Em 95% dos casos, essa deficiência impede a conversão da 17-hidroxi-progesterona (17OHP) em 11-desoxicortisol, resultando em menor síntese de cortisol e maior síntese de androgênios. A gravidade da doença depende do grau de deficiência da 21OHD, determinado por mutações genéticas, especialmente no gene *CYP21A2*.⁽⁴⁾

Clinicamente, a HAC se manifesta no nascimento em sua forma clássica, tanto pela síndrome perdedora de sal como pela síndrome virilizante. A sín-

drome perdedora de sal ou crise adrenal é caracterizada por vômito, diarreia, hipotensão e choque hipovolêmico entre 10 e 20 dias de vida. A avaliação laboratorial revela hipercalemia, hiponatremia, acidose metabólica e hipoglicemia, o que exige tratamento imediato; a síndrome virilizante se manifesta em meninas pela presença de genitália ambígua (hipertrofia clitoriana e fusão dos pequenos lábios), devido à exposição excessiva aos androgênios na vida intrauterina.^(1,3,5)

No entanto, a apresentação clínica mais prevalente é a chamada forma “não clássica”, cujas portadoras exibem genitália atípica, irregularidade menstrual, acne, hirsutismo, pubarca precoce, comprometimento da estatura final na infância e infertilidade na idade adulta.^(1,6) Nesses casos, a produção de cortisol é suficiente para evitar a crise adrenal, apesar de uma produção aumentada de androgênios.^(3,7,8) Têm crescido de forma significativa nos últimos anos as investigações sobre a baixa fertilidade em mulheres com HAC, e os estudos mostram que as mulheres com a forma clássica exibem maior dificuldade em gestar e maior risco de abortamento, se comparadas com as portadoras da forma não clássica.⁽⁹⁾

Nos homens, a infertilidade parece estar relacionada ao desenvolvimento de tumores testiculares bilaterais por hiperplasia congênita de restos adrenais. Nesses casos, o crescimento da neoplasia compromete a espermatogênese ou a produção de testosterona.⁽⁶⁻⁸⁾ Nas mulheres, a infertilidade pode ser explicada pelo hiperandrogenismo, que condiciona ciclos anovulatórios ou alterações estruturais da genitália decorrentes de reconstruções cirúrgicas subótimas, que perturbam a mecânica do coito.⁽⁹⁻¹²⁾ Gestantes com HAC podem ter filhos sem a doença e também sem manifestações de hiperandrogenismo, apesar de essas gestações exigirem acompanhamento obstétrico e endocrinológico rigoroso.⁽¹⁰⁾

Dessa forma, a presente revisão narrativa tem por objetivo contribuir no manejo de mulheres com HAC, tanto em relação à infertilidade como no planejamento reprodutivo envolvendo a fase antenatal, o pré-natal, os cuidados no parto e a lactação.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura feita a partir de busca cinzenta e artigos publicados em português, espanhol ou inglês. Foram consultadas as bases de dados MEDLINE/PubMed até fevereiro/2023, por um pesquisador independente. A estratégia de busca foi elaborada a partir das palavras-chave *fertility*, *congenital adrenal hyperplasia* e seus termos correlatos, sendo recuperados 294 artigos. Todos os artigos foram avaliados a partir do título, a fim de predizer sua relevância para leitura do resumo e, então, era feita a leitura do texto completo. Foram incluídos artigos que abordassem aspectos da fertilidade em pacientes com HAC, independentemente das formas da doença, bem como o

planejamento reprodutivo, incluindo o monitoramento antenatal, o pré-natal e o parto das portadoras de HAC que engravidaram.

RESULTADOS

Fatores que podem justificar a reduzida fecundidade

Os estudos desvelam redução significativa da fecundidade nas portadoras de HAC, especialmente se considerada a forma clássica. De fato, um estudo finlandês, ao comparar mulheres com e sem HAC, observou taxas de fecundidade de 0,34 vs. 0,91, respectivamente ($p < 0,001$).⁽¹¹⁾ Várias são as razões apontadas:

Endócrinas

Há disovulia ou anovulia decorrente do hiperandrogenismo, que se expressa clinicamente por irregularidade menstrual,⁽¹²⁾ já que os androgênios inibem a liberação de hormônio folículo-estimulante (FSH) e aumentam a de hormônio luteinizante (LH).^(13,14)

Nos casos de HAC por deficiência das enzimas 11-beta-hidroxilase e 17-alfa-hidroxilase, ocorre acúmulo dos precursores pregnenolona e progesterona; esse incremento da progesterona pode exercer efeito semelhante ao das minipílulas anticoncepcionais, não só alterando centralmente a pulsatilidade do GnRH, mas também promovendo ação local no endométrio, muco cervical e motilidade tubária.^(15,16)

Anatômicas/estruturais

Parte das pacientes com HAC da forma virilizante foi submetida a cirurgias feminilizantes, e pode ser possível que o resultado cirúrgico e estético gere um potencial dificultador na prática sexual.^(17,18)

Psicossociais

Devido ao comprometimento na autoimagem pelo hiperandrogenismo, genitália ambígua e necessidade de correção cirúrgica, as portadoras de HAC podem apresentar menor interesse em engravidar, bem como de se envolver na prática sexual em si.^(19,20) Há ainda maior prevalência de relações homossexuais nas portadoras de HAC, o que pode se associar a menor fecundidade.⁽²¹⁾ Entretanto, não há uma relação de causalidade entre a exposição androgênica e a homossexualidade ou ainda homossexualidade em si com o menor desejo gestacional, dada as novas conformações de família possíveis na atualidade e também com o auxílio da reprodução assistida.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Mulheres com HAC exigem planejamento reprodutivo para gestações saudáveis.⁽²²⁾ Além da menor fecundida-

de, os estudos relatam maior idade materna das pacientes com HAC, se comparadas com a população em geral (1,8 ano mais velhas).⁽¹⁹⁾ Possivelmente, tal fato decorre da necessidade de ajuste de dose dos corticosteroides para normalização dos androgênios e regularização dos ciclos menstruais. Caso ainda não se alcance a fertilidade com esse tratamento-padrão, é possível considerar aumento de dose do glicocorticoide para manter a progesterona < 0,6 ng/mL.⁽²³⁾ Estratégias de reprodução assistida como estímulo à ovulação ou fertilização *in vitro* (FIV) também podem ser ofertadas às pacientes.⁽²⁴⁻²⁶⁾ Em situações mais extremas, tem sido proposta até a adrenalectomia, com bons resultados reprodutivos e controle hormonal.^(27,28)

Entretanto, essa realidade é mais aplicável a pacientes com a forma clássica da doença. Para aquelas com a forma não clássica, a gestação espontânea, apesar do hiperandrogenismo, pode ocorrer em cerca de 69% dos casos, mesmo sem tratamento com glicocorticoide.⁽²⁴⁾ Além disso, o uso de baixas doses de glicocorticoide parece também permitir a gestação espontânea⁽²⁵⁾ e equiparar o risco de abortamento com os das mulheres sem HAC.⁽²⁹⁻³⁴⁾

Para menor comprometimento fetal, a prescrição de glicocorticoides deve preferir formulações que não atravessem a barreira placentária, como a prednisolona, a hidrocortisona e a prednisona.⁽²⁶⁾ Na placenta, essas medicações são inativadas pela 11-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo 2 (11b-HSD2), evitando doses supra-fisiológicas fetais. Em contrapartida, a dexametasona atravessa a placenta e não é metabolizada pela 11b-HSD2, promovendo a supressão adrenal fetal e o risco de virilização.⁽²⁹⁾ A dexametasona também está associada a prejuízos no desenvolvimento fetal e na programação metabólica, não sendo indicada na gestação.⁽³⁰⁾ Em gestações, é verificado aumento das concentrações séricas de androgênios materno, mas a placenta protege o feto de possíveis danos desse hiperandrogenismo.⁽³¹⁾ A placenta atua como barreira metabólica e aromatiza androgênios em estradiol e estrona, prevenindo, assim, que o concepto sofra os efeitos virilizantes.⁽³²⁾

Considerando que 2% da população é afetada pela mutação da 21-OHD, o aconselhamento genético ao casal faz parte do planejamento reprodutivo, já que a mulher com HAC apresenta chance de 1:120 de apresentar filho com a mesma comorbidade.^(33,34) A genotipagem da parceria, especialmente no contexto da reprodução assistida, em que é possível selecionar embriões sem a alteração genética, garante que a descendência não apresente a doença.

Assim, pacientes com HAC e desejo reprodutivo exigem atendimento multidisciplinar para suas necessidades em saúde reprodutiva.⁽³⁵⁾

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal, foi verificado que há maior risco de complicações materno-fetais em pacientes com

HAC, o que também exige assistência obstétrica especializada.^(36,37)

Há maior risco de abortamento no primeiro trimestre^(38,39) e ao longo da gestação, e também maior risco de diabetes gestacional, possivelmente devido à manutenção do uso de corticosteroides.^(19,40) Em coorte finlandesa, foram verificados 4,9% de diabetes gestacional vs. 1,4% em pacientes sem HAC, com $p < 0,05$.⁽¹⁹⁾ O diabetes gestacional, por sua vez, traz consigo maior risco de macrossomia, policitemia fetal, polidrâmnio, lacerações de trajeto, distúrbios respiratórios no nascimento e até óbito fetal.⁽⁴¹⁾

Além disso, é relatada uma possível associação entre o hiperandrogenismo e a pré-eclâmpsia, que ainda é a doença de maior mortalidade materna no Brasil, sendo relacionada também a restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro de placenta, prematuridade e morte perinatal, entre diversas outras complicações.^(42,43)

Entretanto, de forma geral, é possível afirmar que, apesar do risco de diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, os resultados perinatais são favoráveis em pacientes com HAC. Não é descrita associação de HAC com Apgar < 7 no quinto minuto nem com parto prematuro, alterações de peso e malformações fetais.^(40,44,45)

Deve ser considerado que as complicações obstétricas não foram descritas em pacientes com a forma não clássica da doença, ocorrendo de forma mais significativa apenas naquelas com a forma clássica. Ao longo da gestação, há um aumento fisiológico da proteína carreadora de cortisol, repercutindo em possível necessidade de aumento da dose do corticoide utilizado, sendo estimado em 20% a 40% da dose prévia no terceiro trimestre. Porém, o monitoramento de sinais clínicos e de dosagens de androstenediona e 17-hidroxiprogesterona, com valores de referência adaptados ao trimestre gestacional, é fundamental nesse ajuste fino. Enquanto o tratamento em dosagens exageradas eleva ainda mais o risco de intolerância à glicose, diabetes, síndromes hipertensivas e ganho de peso, o subtratamento pode redundar em hiperêmese e crise adrenal.^(26,46)

PARTO E ALEITAMENTO

Maior incidência de cesárea foi observada em mulheres com HAC, tanto por possíveis complicações obstétricas como por alterações anatômicas decorrentes de correção cirúrgica da genitália. Apesar de, a princípio, não existir uma contra-indicação formal ao parto normal para os casos de genitália ambígua com correção cirúrgica prévia, é possível a indicação da cesariana para manter o resultado da cirurgia corretiva anterior. Quando se compara o parto normal às cesáreas, nota-se que, aparentemente, há maior necessidade de cortisol para o trabalho de parto normal. Essa inferência decorre do fato de as concentrações séricas de cortisol serem maiores nas pacientes durante o trabalho de parto, contrapondo-se às de cesárea. Dessa forma, pode ser indi-

cada administração de 50 mg de hidrocortisona no início do trabalho de parto, repetida a cada seis horas. Na admissão hospitalar, 200 mg de hidrocortisona devem também ser administrados de forma endovenosa e repetidos a cada 24 horas. Após o nascimento, no primeiro dia após o parto, essa dose deve ser reduzida para 100 mg e, posteriormente, para 50 mg, no segundo dia após o parto. Reduções posteriores, até 35 mg, poderão ser feitas nos dias seguintes, com acompanhamento ambulatorial rigoroso.

O aleitamento pode ser mantido e até incentivado nas pacientes em uso de glicocorticoides. Apesar de a prednisolona e a hidrocortisona serem identificadas no leite materno, sua concentração é extremamente baixa e sem repercussão clínica. É indicada, portanto, manutenção do aleitamento e, se possível, administração das medicações após a mamada. Vale lembrar que o aleitamento promove diversos benefícios maternos, como menor risco de evolução com síndromes hipertensivas, *diabetes mellitus* e câncer de mama a longo prazo. Para o recém-nascido, os benefícios da lactação incluem melhora do vínculo materno, redução significativa da mortalidade infantil, menor risco de desenvolvimento de doenças alérgicas e respiratórias e de obesidade e melhor desenvolvimento de capacidades cognitivas. Assim, o aleitamento deve não apenas ser mantido, mas também incentivado, pois faz parte da assistência à saúde da mãe e também do recém-nascido.^(26,29-58)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência à saúde reprodutiva da mulher com HAC exige planejamento desde a fase pré-concepcional até o aleitamento. Apesar da menor fecundidade nas mulheres com HAC, especialmente na forma clássica, é possível que muitas delas engravidem e as gestações evoluam bem, com descendência livre do comprometimento pelo hiperandrogenismo. Para tanto, intervenções multidisciplinares são necessárias, em especial com auxílio da genética, ginecologia, endocrinologia e, por vezes, até da reprodução assistida de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Speiser P, White P. Congenital adrenal hyperplasia. *N Engl J Med*. 2003;349(8):776-88. doi: 10.1056/NEJMra021561
2. Witchel S, Nayak S, Suda-Hartman M, Lee P. Newborn screening for 21-hydroxylase deficiency: results of CYP21 molecular genetic analysis. *J Pediatr*. 1997;131(3):328-31. doi: 10.1016/S0022-3476(97)70178-1
3. Speiser P, Arlt W, Auchus R, Baskin L, Conway G, Merke D, et al. Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(11):4043-88. doi: 10.1210/jc.2018-01865
4. Merke D, Bornstein S. Congenital adrenal hyperplasia. *Lancet*. 2005;365(9477):2125-36. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66736-0
5. Auer M, Nordenström A, Lajic S, Reisch N. Congenital adrenal hyperplasia. *Lancet*. 2023;401(10372):227-44. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01330-7
6. Yau M, Khattab A, Yuen T, New M. Congenital adrenal hyperplasia. *Endotext*. 2022. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al. editors. *Endotext*. South Dartmouth: MDText.com; 2000 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278953/>
7. New MI, Ghizzoni L, Meyer-Bahlburg H, Khattab A, Reichman D, Rosenwaks Z. Fertility in patients with nonclassical congenital adrenal hyperplasia. *Fertil Steril*. 2019;111(1):13-20. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.11.023
8. Jha S, Turcu A. Nonclassic congenital adrenal hyperplasia: what do endocrinologists need to know? *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2021;50(1):151-65. doi: 10.1016/j.ecl.2020.10.008
9. Moran C, Azziz R, Weintrob N, Witchel S, Rohmer V, Dewailly D, et al. Reproductive outcome of women with 21-hydroxylase-deficient nonclassic adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(9):3451-6. doi: 10.1210/jc.2006-0062
10. Lo JC, Schwitzgebel VM, Tyrrell JB, Fitzgerald PA, Kaplan SL, Conte FA, et al. Normal female infants born of mothers with classic congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999;84(3):930-6. doi: 10.1210/jcem.84.3.5565
11. Jääskeläinen J, Hippeläinen M, Kiekara O, Voutilainen R. Child rate, pregnancy outcome and ovarian function in females with classical 21-hydroxylase deficiency. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(8):687-92.
12. Gastaud F, Bouvattier C, Duranteau L, Brauner R, Thibaud E, Kutten F, et al. Impaired sexual and reproductive outcomes in women with classical forms of congenital adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(4):1391-6. doi: 10.1210/jc.2006-1757
13. Lekarev O, Lin-Su K, Vogiatzi M. Infertility and reproductive function in patients with congenital adrenal hyperplasia: pathophysiology, advances in management, and recent outcomes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015;44(3):705-22. doi: 10.1016/j.ecl.2015.07.009
14. Claahsen-van der Grinten H, Stikkelbroeck N, Sweep C, Hermus A, Otten B. Fertility in patients with congenital adrenal hyperplasia. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2016;29(5):677-85. doi: 10.1515/jpem.2006.19.5.677
15. Kawai Y, Ishikawa H, Segawa T, Teramoto S, Tanaka T, Shozu M. High serum progesterone associated with infertility in a woman with nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(5):946-50. doi: 10.1111/jog.13288
16. Cera G, Locantore P, Novizio R, Maggio E, Ramunno V, Corsello A, et al. Pregnancy and prenatal management of congenital adrenal hyperplasia. *J Clin Med*. 2022;11(12):6156. doi: 10.3390/jcm11206156
17. Nordenskjöld A, Holmdahl G, Frisén L, Falhammar H, Filipsson H, Thorén M, et al. Type of mutation and surgical procedure affect long-term quality of life for women with congenital adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(2):380-6. doi: 10.1210/jc.2007-0556
18. Nordenström A, Frisén L, Falhammar H, Filipsson H, Holmdahl G, Janson P, et al. Sexual function and surgical outcome in women with congenital adrenal hyperplasia due to CYP21A2 deficiency: clinical perspective and the patients' perception. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(8):3633-40. doi: 10.1210/jc.2009-2639
19. Hirschberg A, Gidlöf S, Falhammar H, Frisén L, Almqvist C, Nordenskjöld A, et al. Reproductive and perinatal outcomes in women with congenital adrenal hyperplasia: a population-based cohort study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(5):e957-65. doi: 10.1210/clinem/dgaa801
20. Strandqvist A, Falhammar H, Lichtenstein P, Hirschberg A, Wedell A, Norrby C, et al. Suboptimal psychosocial outcomes in patients with congenital adrenal hyperplasia: epidemiological studies in a nonbiased national cohort in Sweden. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(4):1425-32. doi: 10.1210/jc.2013-3326
21. Gomes LG, Bachega TA, Mendonca BB. Classic congenital adrenal hyperplasia and its impact on reproduction. *Fertil Steril*. 2019;112(1):7-12. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.11.037
22. Reichman DE, White PC, New MI, Rosenwaks Z. Fertility in patients with congenital adrenal hyperplasia. *Fertil Steril*. 2014;101(2):301-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.11.002

23. Holmes-Walker DJ, Conway GS, Honour JW, Rumsby G, Jacobs HS. Menstrual disturbance and hypersecretion of progesterone in women with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1995;43(3):291-6. doi: 10.1111/j.1365-2265.1995.tb02034.x
24. Bidet M, Bellanné-Chantelot C, Galand-Portier M, Golmard J, Tardy V, Morel Y, et al. Fertility in women with nonclassical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(3):1182-90. doi: 10.1210/jc.2009-1383
25. Pan P, Zheng LY, Fang LL, Chen XL, Huang J, Zhang QX, et al. Clinical characteristics of 21 infertile women with non-classic 21-hydroxylase deficiency. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2021;56(2):108-13. doi: 10.3760/cma.j.cn112141-20200526-00447
26. Reisch N. Pregnancy in congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019;48(3):619-41. doi: 10.1016/j.ecl.2019.05.011
27. Casteràs A, De Silva P, Rumsby G, Conway G. Reassessing fecundity in women with classical congenital adrenal hyperplasia (CAH): normal pregnancy rate but reduced fertility rate. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2009;70(6):833-7. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03563.x
28. MacKay D, Nordenström A, Falhammar H. Bilateral adrenalectomy in congenital adrenal hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(5):1767-78. doi: 10.1210/jc.2018-00217
29. Benediktsson R, Calder A, Edwards C, Seckl J. Placental 11 beta-hydroxysteroid dehydrogenase: a key regulator of fetal glucocorticoid exposure. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1997;46(2):161-6. doi: 10.1046/j.1365-2265.1997.1230939.x
30. Khulan B, Drake A. Glucocorticoids as mediators of developmental programming effects. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2012;26(6):689-700. doi: 10.1016/j.beem.2012.03.007
31. Jung C, Ho JT, Torpy DJ, Rogers A, Doogue M, Lewis J, et al. A longitudinal study of plasma and urinary cortisol in pregnancy and postpartum. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(5):1533-40. doi: 10.1210/jc.2010-2395
32. Sanderson J. Placental and fetal steroidogenesis. *Methods Mol Biol*. 2009;550:127-36. doi: 10.1007/978-1-60327-009-0_7
33. Therrell BL. Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2001;30(1):15-30. doi: 10.1016/s0889-8529(08)70017-3
34. van der Kamp H, Wit JM. Neonatal screening for congenital adrenal hyperplasia. *Eur J Endocrinol*. 2004;151 Suppl 3:U71-5. doi: 10.1530/eje.0.151u071
35. Chatziaggelou A, Sakkas E, Votino R, Papagianni M, Mastorakos G. Assisted reproduction in congenital adrenal hyperplasia. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019;10:723. doi: 10.3389/fendo.2019.00723
36. Yu H, Bian X, Liu J, Hu X, Zhou Q. [Pregnancy outcomes of eight pregnant women with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2012;47(9):651-4. Chinese.
37. Xiong W, Huang G, Wang X, Tan S. Successful pregnancy and live birth in woman with congenital adrenal hyperplasia: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(50):e23495. doi: 10.1097/MD.00000000000023495
38. Remde H, Zopf K, Schwander J, Quinkler M. Fertility and pregnancy in primary adrenal insufficiency in Germany. *Horm Metab Res*. 2016;48(5):306-11. doi: 10.1055/s-0035-1565183
39. Guo X, Zhang Y, Yu Y, Zhang L, Ullah K, Ji M, et al. Getting pregnant with congenital adrenal hyperplasia: assisted reproduction and pregnancy complications. A systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13:982953. doi: 10.3389/fendo.2022.982953
40. Hagenfeldt K, Janson P, Holmdahl G, Falhammar H, Filipsson H, Frisén L, et al. Fertility and pregnancy outcome in women with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Hum Reprod*. 2008;23(7):1607-13. doi: 10.1093/humrep/den118
41. Bosdou J, Anagnostis P, Goulis D, Lainas G, Tarlatzis B, Grimbizis G, et al. Risk of gestational diabetes mellitus in women achieving singleton pregnancy spontaneously or after ART: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2020;26(4):514-44. doi: 10.1093/humupd/dmaa011
42. Kumar S, Gordon GH, Abbott DH, Mishra JS. Androgens in maternal vascular and placental function: implications for preeclampsia pathogenesis. *Reproduction*. 2018;156(5):R155-67.
43. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. São Paulo: Febrasgo; 2017. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo nº 8).
44. Krone N, Wachter I, Stefanidou M, Roscher AA, Schwarz HP. Mothers with congenital adrenal hyperplasia and their children: outcome of pregnancy, birth and childhood. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2001;55(4):523-9. doi: 10.1046/j.1365-2265.2001.01359.x
45. Dumic M, Janjanin N, Ille J, Zunec R, Spehar A, Zlopasa G, et al. Pregnancy outcomes in women with classical congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2005;18(9):887-95. doi: 10.1515/jpem.2005.18.9.887
46. Soldin O, Guo T, Weiderpass H, Tractenberg R, Hilakivi-Clarke L, Soldin S. Steroid hormone levels in pregnancy and 1 year postpartum using isotope dilution tandem mass spectrometry. *Fertil Steril*. 2005;84(3):701-10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.02.045
47. Stjernholm Y, Nyberg A, Cardell M, Höybye C. Circulating maternal cortisol levels during vaginal delivery and elective cesarean section. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;294(2):267-71. doi: 10.1007/s00404-015-3981-x
48. McKenzie SA, Selley JA, Agnew JE. Secretion of prednisolone into breast milk. *Arch Dis Child*. 1975;50(11):894-6. doi: 10.1136/adsc.50.11.894
49. Öst L, Wettrell G, Björkhem I, Rane A. Prednisolone excretion in human milk. *J Pediatr*. 1985;106(6):1008-11. doi: 10.1016/s0022-3476(85)80259-6
50. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: WHO; 2007.
51. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*. 2005;294(20):2601-10. doi: 10.1001/jama.294.20.2601
52. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002;360(9328):187-95. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09454-0
53. Escuder MM, Venancio SI, Pereira JC. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):319-25. doi: 10.1590/S0034-89102003000300009
54. van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*. 2003;58(9):833-43. doi: 10.1034/j.1398-9995.2003.00264.x
55. Albernaz EP, Menezes AM, Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Halpern R. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):485-93. doi: 10.1590/S0034-89102003000400014
56. Dewey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? *J Hum Lact*. 2003;19(1):9-18. doi: 10.1177/0890334402239730
57. Anderson J, Johnstone B, Remley D. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999;70(4):525-35. doi: 10.1093/ajcn/70.4.525
58. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Variante incomum da síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: relato de caso

Unusual Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: case report

Maria Eduarda Seabra de Oliveira Palmeira¹, Itana Mattos de Pinto e Passos¹

Descritores

Vagina/anormalidades; Útero/anormalidades; Ductos de Müller/anormalidades; Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich; Agenesia renal

Keywords

Vagina/abnormalities; Uterus/abnormalities; Mullerian ducts/abnormalities; Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome; Solitary kidney

Submetido:

04/04/2023

Aceito:

21/11/2023

1. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Maria Eduarda Seabra de Oliveira Palmeira
Rua Augusto Viana, s/n, Canela,
40110-060, Salvador, BA, Brasil
meduardaseabra@hotmail.com

Como citar:

Palmeira ME, Pinto e Passos IM. Variante incomum da síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: relato de caso. Femina. 2023;51(12):687-91.

RESUMO

Malformações müllerianas correspondem a variações anatômicas do trato reprodutor feminino. Comumente assintomáticas, o diagnóstico e a verdadeira incidência são difíceis de determinar. A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, classicamente descrita pela tríade útero didelfo, hemivagina cega e agenesia renal ipsilateral também pode ter variações diferentes. Em virtude da mesma origem embrionária dos tratos genital e urinário, anomalias renais devem ser investigadas nesses casos, sendo a mais comum a agenesia renal. Este artigo relata o caso de uma paciente de 18 anos, do sexo feminino, com história de piocolpo por cinco anos. Em propedêutica complementar, foi identificado útero com septação completa associado a hemissepto de terço superior de vagina, formação de piocolpo e agenesia renal à direita. Apesar de não ser a definição clássica, o quadro está incluído nos casos de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.

ABSTRACT

Mullerian malformations correspond to anatomical variations of the female reproductive tract. Commonly asymptomatic, the diagnosis and true incidence are difficult to determine. The Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome, classically described by the triad: uterus didelphus, blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis, can also have different variations. Due to the same embryonic origin of the genital and urinary tracts, renal anomalies must be investigated in these cases, the most common being renal agenesis. This article reports the case of an 18-year-old female patient with a 5-year history of pyocolpus. In complementary exams, a uterus with complete septation was identified, associated with a hemiseptum in the upper third of the vagina, formation of pyocolpus and renal agenesis on the right side. Despite not being the classic definition, it is included in the cases of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome.

INTRODUÇÃO

As malformações müllerianas (MMs) são variações anatômicas do trato reprodutivo feminino. Ocorrem quando há falha em alguma fase da embriogênese, da organogênese e/ou falha da fusão ou reabsorção dos ductos de Müller.⁽¹⁾ A maioria ainda tem etiologia desconhecida.⁽¹⁾ Por serem comumente assintomáticas, a prevalência precisa é difícil de se determinar.^(2,3) Entre elas, o útero septado é a mais comum entre as mulheres estéreis.⁽⁴⁾ A origem mesodérmica dos tratos genital e urinário acarreta grande associação entre elas.⁽⁴⁾ O diagnóstico quase sempre não é elucidado por exame ginecológico, sendo importante a realização de exames complementares, como ultrassonografia transvaginal bidimensional (US2D), ultrassonografia transvaginal tridimensional (US3D) e ressonância magnética (RMN).⁽⁴⁾ Desde

o século XIX, classificações são propostas, porém as terminologias são imprecisas e falhas, não havendo consenso quanto ao uso, e nenhuma classificação é capaz de abranger todos os tipos de MMs.⁽⁵⁾ A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW), anomalia geniturinária rara que classicamente é descrita como útero didelfo, hemivagina cega e agenesia renal ipsilateral, também pode apresentar variações de apresentação, com útero septado ou bicorno.⁽⁶⁾ A escolha da abordagem terapêutica é específica para o tipo de alteração, e seu sucesso depende do diagnóstico correto. As MMs ainda são amplamente desconhecidas e confusas entre os médicos, principalmente pela prevalência relativamente rara e pela exposição limitada às MMs durante a sua formação.

DESCRIÇÃO

Paciente de 18 anos, nuligesta, atendida no ambulatório de Ginecologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES) em março de 2022, queixava-se de secreção vaginal amarelada com odor fétido há cerca de cinco anos. Relatava tratamentos prévios com cremes vaginais, mas desconhecia o nome comercial dos medicamentos. Referia ciclos menstruais irregulares, desde a menarca aos 11 anos, com uso inadequado de acetato de medroxiprogesterona. Negava dismenorria. No exame geniturinário, foram observados vulva bem conformada e vestíbulo e mucosas hiperemiados. No exame especular, observaram-se abaulamento em fundo de saco lateral direito e grande quantidade de fluxo francamente purulento, bolhoso e esverdeado e com odor fétido, que dificultavam a visualização das estruturas. Optou-se por internamento para antibioticoterapia venosa com clindamicina e gentamicina. Após 72 horas de antibioticoterapia venosa, realizou-se vídeo-histeroscopia cirúrgica, sendo visualizado orifício externo à esquerda do canal vaginal, anatomicamente compatível com colo uterino e abaulamento volumoso em parede vaginal anterior, com pequeno local de drenagem de secreção purulenta, onde, após incisão, se exteriorizou grande quantidade de pus. Nesse procedimento, após o ressecamento parcial de septo longitudinal espesso à direita do canal vaginal, revelou-se segundo orifício externo de colo uterino. Os percursos que seguiam cada orifício externo revelavam cavidades anatomicamente compatíveis com o útero. Aventou-se a existência de duas cavidades uterinas, septo em terço superior de vagina à direita e presença de dois colos uterinos distintos ou um colo septado. A paciente recebeu alta médica após terapia antimicrobiana venosa por sete dias para seguimento ambulatorial. Trinta dias após a alta, a paciente foi submetida a vídeo-histeroscopia diagnóstica, que descreveu colo uterino posterior com septação total medial, dois canais cervicais de calibre normal e duas cavidades uterinas de forma tubular, com visualização

de óstios tubários únicos em cada uma. Em US3D, foi descrito útero em retroversoflexão, com distorção posterior em seu eixo, com duas cavidades e endométrios separados por septo e que distavam 2,19 cm entre si na porção proximal (Figura 1).

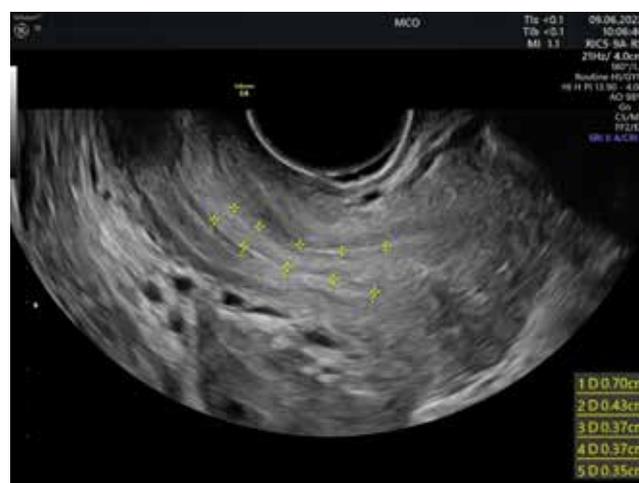
O septo se estendia do colo uterino até 1,9 cm do fundo uterino, e a porção final distava 1,3 cm do miométrio (Figura 2). O colo uterino era único, dividido pelo septo.

A impressão diagnóstica foi de útero de septação completa. Em RMN de pelve, foi descrito útero em anteversoflexão, lateralizado para a esquerda, com



Fonte: Imagens cedidas pelo Dr. Kleber Pimentel – Maternidade Climério de Oliveira, Salvador, Bahia, Brasil.

Figura 1. Útero em retroversoflexão com septação e fundo uterino único em incidência longitudinal na avaliação ultrassonográfica bidimensional pela via endovaginal. Observar dimensões longitudinal, anteroposterior e transversal e volume total do útero de 68,4 cm³



Fonte: Imagens cedidas pelo Dr. Kleber Pimentel – Maternidade Climério de Oliveira, Salvador, Bahia, Brasil.

Figura 2. Útero com septação em incidência longitudinal na avaliação ultrassonográfica bidimensional pela via endovaginal. Observar a espessura variável do septo em seu comprimento, de 0,7 cm em terço superior (ponto 1D), entre 0,43 e 0,37 cm no terço médio (pontos 2D, 3D, 4D) e 0,35 cm no terço final (ponto 5D)

septação completa. Observou-se porção fibrosa do septo com cerca de 2,5 cm do contorno fúndico, que apresentava aspecto convexo e contornos regulares. Agenesia renal à direita e rim contralateral vicariante foram identificados em US2D e RMN (Figura 3). A paciente segue em acompanhamento ambulatorial no ambulatório de ginecologia do C-HUPES.



Fonte: Imagem cedida pela paciente.

Figura 3. Rim esquerdo vicariante e agenesia renal direita em incidência coronal na avaliação por ressonância magnética da pelve

DISCUSSÃO

As MMs têm etiologia desconhecida, sendo a maioria delas infrequente e esporádica, atribuída a causas poligênicas e multifatoriais.⁽¹⁾ Elas ocorrem quando há falha em alguma fase da embriogênese, da organogênese e/ou falha da fusão ou reabsorção dos ductos de Müller.^(1,7) O caso relatado contemplou defeitos de reabsorção e fusão vertical do ducto mülleriano, resultando em útero septado e septo vaginal transverso. Na diferenciação sexual feminina, em condições normais, a ausência do fator inibitório mülleriano causa a degeneração dos ductos mesonéfricos e promove o desenvolvimento dos ductos paramesonéfricos. A formação da vagina é secundária à fusão do seio urogenital com as estruturas müllerianas.⁽⁴⁾ O momento em que ocorre a falha determina o tipo de malformação, e quanto mais precoce, mais grave.^(1,3,4) A falha de reabsorção da porção remanescente do septo central forma útero com septo parcial ou completo.⁽³⁾ Quando, no entanto, o defeito ocorre em fusão vertical, podem ocorrer anomalias como septo vaginal transverso.^(1,3)

A verdadeira incidência das MMs não é precisamente conhecida, variando entre 0,001% e 10%.⁽²⁾ Golan *et al.*⁽³⁾ publicaram que as alterações no trato reprodutivo acometiam 0,5% da população geral, 0,17% das mulheres férteis e 3,5% das mulheres inférteis. Saravelos

et al.⁽²⁾ encontraram prevalência de 6,7% na população geral e de 7,3% em mulheres inférteis, ratificando a variação na prevalência dessas alterações. Estima-se que até 3,8% das malformações genitais congênitas correspondam a SHWW.⁽⁸⁾ Cerca de 75% dos casos são, classicamente, caracterizados pela tríade útero didelfo, hemivagina obstruída e agenesia renal ipsilateral à obstrução, mas outras apresentações, como útero septado, útero bicorno ou unicorno e displasia renal, são descritas.^(6,9)

Não há consenso quanto à classificação das MMs. A classificação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM)⁽¹⁰⁾ tem sido a mais utilizada, com última atualização em 2021 com base na proposta de Buttram e Gibbons de 1979.⁽⁵⁾ Essa classificação enfatiza anomalias uterinas congênitas e anomalias da vagina, colo do útero, tubas uterinas e sistema renal, e utiliza terminologia descritiva em vez de sistema numérico.⁽¹⁰⁾ A Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) e a Sociedade Europeia de Endoscopia Ginecológica (ESGE) propõem a classificação de acordo com a gravidade do desvio anatômico.⁽¹¹⁾ No entanto, uma vez que os critérios da ESHRE/ESGE foram baseados apenas no consenso de especialistas e não definiram com precisão os critérios diagnósticos, a classificação da ASRM é mais aceita atualmente, pois organiza as anomalias em grupos com manifestações clínicas e prognósticos semelhantes.

A SHWW não é uma tríade simples e única. Zhu *et al.*⁽⁹⁾ sugeriram duas classificações para as pacientes com SHWW, considerando a parcialidade da obstrução vaginal e a comunicação entre os hemiúteros. Esse estudo envolveu mais de 2.200 pacientes com SHWW e não conseguiu descrever todos os tipos de apresentações anatômicas.⁽⁹⁾ Desde então, outros estudiosos sugerem novas classificações e descrições para essas pacientes. Zhang *et al.*,⁽⁶⁾ após a revisão de 40 RMNs de pelve de pacientes com SHWW, revelaram que essa síndrome pode apresentar várias combinações de anomalias uterinas, obstruções vaginais e anomalias renais. As principais alterações anatômicas encontradas na recente revisão sistemática, com cerca de 1.670 pacientes com SHWW,⁽¹²⁾ foram obstrução vaginal à direita (57,3%), útero didelfo (88,8%) e agenesia renal ipsilateral (93,1%), ou seja, achados característicos. Liu *et al.*⁽¹²⁾ observaram a prevalência de 7,4% de septação uterina entre as pacientes com SHWW, semelhante ao caso descrito, ratificando as diferentes possibilidades de achados anatômicos para essa síndrome. Até então, apenas alguns relatos clínicos descreviam variantes anatômicas. Faltam estudos de alta qualidade que incluam um número substancial de pacientes que forneçam informações críticas sobre SHWW, sendo esses, até o momento, os maiores estudos de caso sobre o tema.^(2,6,9)

Devido à mesma origem mesodérmica dos tratos genital e urinário, alterações renais devem ser investigadas.^(3,13,14) A paciente do relato apresentava agenesia

renal à direita e rim vicariante à esquerda. Agenesia renal ipsilateral ao defeito do ducto é clássica nos casos de SHWW, sendo frequente em até 90% deles.⁽¹²⁾ Rins displásicos e multicísticos também são encontrados.^(6,12,15)

Frequentemente, as portadoras de MM, incluindo as com SHWW, são assintomáticas. Estas últimas por sua vez, apresentam dismenorrea, dispareunia, massa pélvica, hematossalpinge, doença inflamatória pélvica e abdome agudo como principais queixas.⁽¹⁶⁾ Liu *et al.*⁽¹²⁾ encontraram dismenorrea como principal sintoma em cerca de 54% das participantes do estudo, seguida de sangramento uterino anormal (29%) e corrimento vaginal (27%). Portanto, o diagnóstico oportuno e correto é essencial para prevenir complicações e preservar a fertilidade dessas mulheres.

O diagnóstico das MMs quase sempre demanda mais de um exame complementar. A anatomia dessas pacientes é muitas vezes distorcida, levando a diagnósticos de imagem complicados. A US2D, pela facilidade de acesso e pelo custo, costuma ser utilizada para avaliação inicial, no entanto ela não possibilita uma visão clara do trato genital. Por outro lado, a US3D, pelo plano coronal, fornece imagens do perfil externo do fundo uterino, possibilitando uma descrição mais fidedigna da anatomia.⁽¹⁷⁾ A RMN da pelve atualmente é o método padrão-ouro para o diagnóstico.⁽⁴⁾ Ela permite delineamento da anatomia uterina interna e externa, com sensibilidade variando entre 79%-100% e especificidade variando entre 66%-100%, no entanto é um método mais caro e menos acessível.⁽¹⁷⁾ Apesar de a acurácia diagnóstica da RMN e da US3D ter alto nível de concordância, na prática clínica a ultrassonografia continua sendo o principal método de imagem para avaliar as anomalias dos ductos müllerianos, e, em achados ultrassonográficos inconclusivos, a RMN fornece melhor contraste tecidual.⁽¹⁸⁾

A escolha da abordagem terapêutica é específica para a alteração, e o sucesso depende do diagnóstico correto. Embora a morfologia uterina não seja a principal causa dos sintomas na SHWW, ela pode direcionar uma abordagem cirúrgica.⁽⁶⁾ A metroplastia pode ser realizada por laparotomia, pela técnica de Jones ou Tompkins modificadas, mas tem sido amplamente abandonada devido às técnicas cirúrgicas histeroscópicas, que são menos invasivas e de baixa morbidade.⁽¹⁹⁾ A obstrução cervical é um importante determinante para a abordagem cirúrgica e precisa ser detalhadamente avaliada no pré-operatório. A técnica de ressecção dependerá da localização e da espessura deste. Em estudos, septos com mais de 1 cm em porção superior da vagina tiveram os piores desfechos, já septos mais baixos e finos e os perfurados apresentam os melhores resultados.^(1,20) A maioria dos pacientes apresenta boa recuperação, mas, devido a anomalias do sistema reprodutivo e raridade dessa síndrome, os resultados a longo prazo são difíceis de avaliar.⁽¹²⁾

CONCLUSÃO

As MMs se apresentam de diversas formas em diferentes fases da vida da mulher e estão associadas a complicações ginecológicas e obstétricas. Muitos casos, mesmo com exames complementares mais precisos atualmente, permanecem sem diagnóstico, por serem assintomáticos. A SHWW é caracterizada por útero didelfo, hemivagina obstruída e agenesia renal, porém dados atuais mostram que há várias combinações de anomalias dessa síndrome. Sistemas de classificações possibilitam diagnóstico e tratamento eficazes, porém as variáveis anatômicas são desafiantes para tal. A comunicação entre os ginecologistas, radiologistas, pediatras e cirurgiões na condução dessas pacientes é essencial. Erros nos diagnósticos radiológicos e clínicos implicam consequências clínicas significativas. Por sua rara prevalência, a maioria dos estudos encontrados na literatura é composta por relatos de casos, pequenas séries de casos e estudos comparativos. Estudos envolvendo genética e embriologia e randomizados são necessários para compreender e tratar, cada vez melhor, essas mulheres.

AGRADECIMENTOS

Ao Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos e à Maternidade Climério de Oliveira, minhas eternas residências. Agradeço enormemente aos meus queridos chefes Dra. Itana Passos, Dra. Renata Britto, Dra. Simone Pereira e Dr. Kleber Pimentel, pelas trocas, ensinamentos e disponibilidade na construção deste relato de caso, assim como a Catharina Salum.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro SC, Tormena RA, Peterson TV, Gonzáles MO, Serrano PG, Almeida JA, et al. Müllerian duct anomalies: review of current management. *Sao Paulo Med J.* 2009;127(2):92-6. doi: 10.1590/S1516-31802009000200007
- Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Reprod Update.* 2008;14(5):415-29. doi: 10.1093/humupd/dmn018
- Golan A, Langer R, Bukovsky I, Caspi E. Congenital anomalies of the müllerian system. *Fertil Steril.* 1989;51(5):747-55. doi: 10.1016/s0015-0282(16)60660-x
- Passos IM, Britto RL. Diagnosis and treatment of müllerian malformations. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020;59(2):183-8. doi: 10.1016/j.tjog.2020.01.003
- Buttram VC Jr, Gibbons WE. Müllerian anomalies: a proposed classification. (An analysis of 144 cases). *Fertil Steril.* 1979;32(1):40-6. doi: 10.1016/s0015-0282(16)44114-2
- Zhang H, Ning G, Fu C, Bao L, Guo Y. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: diverse presentations and diagnosis on MRI. *Clin Radiol.* 2020;75(6):480.e17-25. doi: 10.1016/j.crad.2020.01.016
- Taylor HS, Pal L, Seli E. Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
- Wang J, Zhu L, Lang J, Liu Z, Sun D, Leng J, et al. Clinical characteristics and treatment of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;290(5):947-50. doi: 10.1007/s00404-014-3286-5

9. Zhu L, Chen N, Tong JL, Wang W, Zhang L, Lang JH. New classification of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome. *Chin Med J*. 2015;128(2):222-5. doi: 10.4103/0366-6999.149208
10. Pfeifer SM, Attaran M, Goldstein J, Lindheim SR, Petrozza JC, Rackow BW, et al. ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertil Steril*. 2021;116(5):1238-52. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.09.025
11. Grimbizis GF, Gordts S, di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod*. 2013;28(8):2032-44. doi: 10.1093/humrep/det098
12. Liu Y, Li Z, Dou Y, Wang J, Li Y. Anatomical variations, treatment and outcomes of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a literature review of 1673 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;308(5):1409-17. doi: 10.1007/s00404-022-06856-y
13. Hall-Craggs MA, Kirkham A, Creighton SM. Renal and urological abnormalities occurring with Mullerian anomalies. *J Pediatr Urol*. 2013;9(1):27-32. doi: 10.1016/j.jpuro.2011.11.003
14. O'Flynn O'Brien KL, Bhatia V, Homafar M, Gong YY, Winsten MT, Gerber J, et al. The Prevalence of müllerian anomalies in women with a diagnosed renal anomaly. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021;34(2):154-60. doi: 10.1016/j.jpag.2020.11.015
15. Smith NA, Laufer MR. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome: management and follow-up. *Fertil Steril*. 2007;87(4):918-22. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.11.015
16. Fedele L, Motta F, Frontino G, Restelli E, Bianchi S. Double uterus with obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis: pelvic anatomic variants in 87 cases. *Hum Reprod*. 2013;28(6):1580-3. doi: 10.1093/humrep/det081
17. Bermejo C, Martínez Ten P, Cantarero R, Diaz D, Pérez Pedregosa J, Barrón E, et al. Three-dimensional ultrasound in the diagnosis of Müllerian duct anomalies and concordance with magnetic resonance imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010;35(5):593-601. doi: 10.1002/uog.7551
18. Troiano RN, McCarthy SM. Mullerian duct anomalies: imaging and clinical issues. *Radiology*. 2004;233(1):19-34. doi: 10.1148/radiol.2331020777
19. Colacurci N, De Franciscis P, Mollo A, Litta P, Perino A, Cobellis L, et al. Small-diameter hysteroscopy with versapoint versus resectoscopy with a unipolar knife for the treatment of septate uterus: a prospective randomized study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(5):622-7. doi: 10.1016/j.jmig.2007.04.010
20. Ridgeway B. Transverse vaginal septae: management and long-term outcomes. *BJOG*. 2014;121(13):1659. doi: 10.1111/1471-0528.12961

Descritores

Leiomiomatose; Fumarato hidratase; Ginecologia; Mioma; Dermatologia

Keywords

Leiomyomatosis; Fumarate hydratase; Gynecology; Leiomyoma; Dermatology

Submetido:

06/07/2023

Aceito:

29/09/2023

1. Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
2. Hospital Universitário, Juiz de Fora, MG, Brasil.
3. Serviço de Pesquisa da Fundação Hemominas Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
4. Universidade Presidente Antonio Carlos, Juiz de Fora, MG, Brasil.
5. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues

Rua Doutor Antônio Carlos, 430/1400, 36010-560, Juiz de Fora, MG, Brasil
danielawerneckhemato@hotmail.com

Como citar:

Costa MA, Araujo IO, Valle AF, Rodrigues DO, Reis TG, Polisseni F. Síndrome de leiomiomatose cutânea e uterina múltipla: relato de três casos clínicos. Femina. 2023;51(12):692-6.

Síndrome de leiomiomatose cutânea e uterina múltipla: relato de três casos clínicos

Multiple cutaneous and uterine leiomyomatosis syndrome: report of three clinical cases

Mônica de Albuquerque Costa^{1,2}, Isabela de Oliveira Araujo², Annair Freitas do Valle², Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues^{3,4}, Túlio Gonçalves dos Reis⁵, Fernanda Polisseni²

RESUMO

A síndrome de Reed ocorre em mulheres com múltiplos leiomiomas cutâneos e leiomiomatose uterina. Relatam-se três casos de pacientes do sexo feminino, acompanhadas em hospital universitário, com pápulas e nódulos eritemato-acastanhados dolorosos em membros superiores e tórax, agravados por frio, pressão e estresse, e associados a miomatose uterina. Foram realizados diversos tratamentos prévios, sem sucesso, tais como: aplicação de corticoterapia e toxina botulínica intralesional, bloqueadores de canais de cálcio, neuromoduladores e analgésicos orais. Foi, então, realizado tratamento cirúrgico, com melhora dos sintomas. O conhecimento e o esclarecimento dessa síndrome é fundamental para estabelecer a relação com miomatose uterina e câncer de células renais, para que, então, a partir da lesão de pele, se faça o rastreamento das demais neoplasias, diagnóstico precoce e a educação em saúde.

ABSTRACT

Reed syndrome occurs in women with multiple cutaneous leiomyomas and uterine leiomyomatosis. We report the case of three female patients followed at a university hospital with painful erythematous-brown papules and nodules on the upper limbs and chest, aggravated by cold, pressure, stress, and associated with uterine myomatosis. Several previous unsuccessful treatments were performed, such as the application of corticotherapy and intralesional botulinum toxin, calcium channel blockers, neuromodulators, and analgesics. Surgical treatment was performed with the improvement of symptoms. Knowledge and clarification of this syndrome are essential to establish a relationship between uterine myomatosis and renal cell neoplasm, so that, after the skin lesion, screening for other neoplasms, early diagnosis, and health education can be carried out.

INTRODUÇÃO

Leiomiomas cutâneos (LCs) são tumores benignos que se originam de células musculares lisas e são classificados como: piloleiomiomas, originários do músculo eretor do pelo dos folículos pilosos; angioleiomiomas, quando derivados do músculo liso vascular; e leiomiomas dartoicos, aqueles originários da musculatura lisa da pele genital e mamária.^(1,2)

A síndrome de Reed ou síndrome de leiomiomatose múltipla cutânea e uterina (MCUL) é uma doença genética autossômica dominante, caracterizada por leiomiomas na pele e no útero. Quando há associação com câncer renal, a síndrome é chamada de leiomiomatose hereditária e câncer de células

renais (HLRCC).⁽¹⁾ A doença é causada por uma mutação no gene 1q42-43, que codifica a enzima fumarato hidratase do ciclo do ácido tricarbóxico (ciclo de Krebs), que converte o fumarato em malato. Essa enzima tem um papel supressor na formação de leiomiomas cutâneos e uterinos, e no desenvolvimento de carcinomas de células renais.⁽³⁻⁷⁾ A incidência dessa patologia é maior em mulheres entre 20 e 40 anos.⁽⁷⁻⁹⁾ Entre os sintomas ginecológicos apresentados na síndrome, são descritas irregularidade menstrual, dismenorreia e infertilidade. Entretanto, a associação com leiomiossarcoma uterino é muito rara.^(10,11)

O objetivo deste relato é descrever e divulgar três casos dessa síndrome rara, descrita em cerca de 200 famílias no mundo, como forma de ampliar o conhecimento sobre essa patologia e suas formas de diagnóstico e tratamento.^(2,7,12,13)

RELATO DE CASO

Caso 1

Paciente, 47 anos, sexo feminino, com queixa de nódulos em membros superiores (MMSS) e no dorso. As lesões eram dolorosas e agravadas por frio, estresse e pressão cutânea. Ao exame dermatológico, foram identificados pápulas e nódulos, róseo-acastanhados, de 1-2 cm, firmes, lisos e bem delimitados, na face extensora dos MMSS e tórax posterior (Figuras 1, 2 e 3). A paciente havia relatado que sua mãe e irmã tinham lesões semelhantes.

A paciente relatava duas gestações prévias de partos vaginal e cesariano (G2P2A0), negava abortamentos e apresentava queixa de irregularidade menstrual, e negava uso de contraceptivos, cirurgias ginecológicas e neoplasias. A realização da ultrassonografia (USG) transvaginal confirmou a presença de vários miomas intramurais no corpo e no fundo uterino, cujas medidas variavam entre 1,91 e 1,7 cm. Além disso, a USG de abdome e pelve revelou



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

Figura 1. Caso 1: lesões papulonodulares, eritemato-acastanhadas, no membro superior direito



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

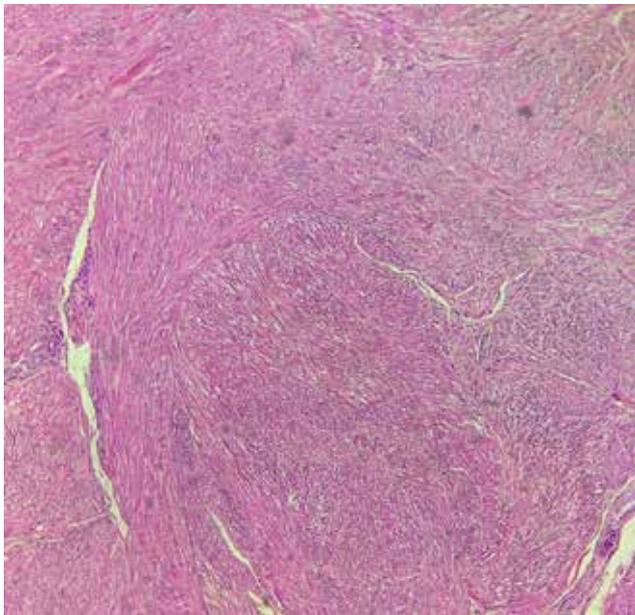
Figura 2. Caso 1: pápulas eritematosas e acastanhadas no dorso



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

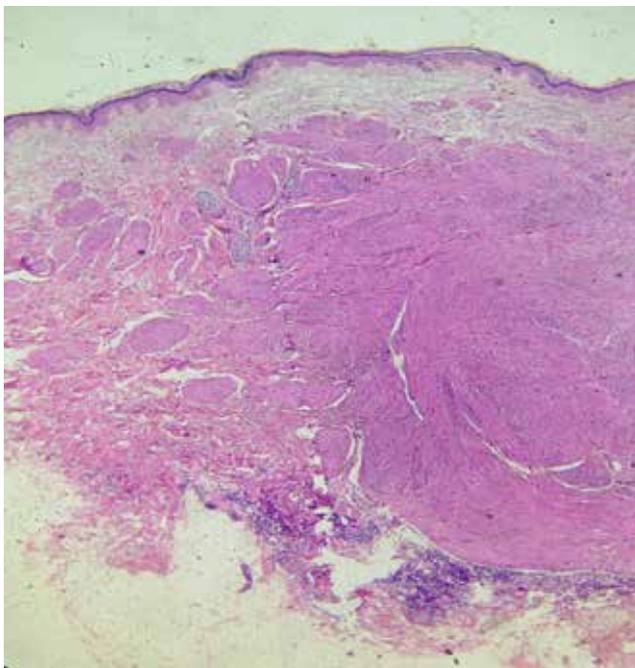
Figura 3. Caso 1: lesões papulonodulares, eritematosas e acastanhadas, confluentes, na face extensora do membro superior direito

a presença de nefrolitíase, sem demais alterações. A biópsia cutânea do membro superior direito (MSD) confirmou o diagnóstico de piloleiomioma (Figuras 4 e 5). A paciente tinha realizado tratamentos prévios com aplicação de toxina botulínica intralesional, bloqueador de canal de



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

Figura 4. Observam-se feixes de músculo liso, dispostos com núcleos em forma de charuto e feixes transversais, com núcleos redondos e vacuolados (coloração H&E)



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

Figura 5. Epiderme sem particularidades, derme papilar preservada e feixes bem definidos de musculatura lisa na derme reticular, acometendo toda a extensão até a hipoderme. Alterações de aspecto benigno, ausência de mitoses, atipia ou necrose (coloração H&E)

cálcio oral (nifedipino 30 mg/dia), neuromoduladores, anticonvulsivantes e ansiolítico (carbamazepina 800 mg/dia, amitriptilina 50 mg/dia e gabapentina 600 mg/dia), sem melhora dos sintomas. A excisão cirúrgica das lesões foi realizada, com alívio da dor.

Caso 2

Paciente, 40 anos, sexo feminino, apresentava pápulas eritemato-acastanhadas dolorosas no MSD e tórax posterior há aproximadamente 20 anos (Figuras 6 e 7). A paciente relatava uso de contraceptivo oral combinado (levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg), GOP0A0, sem histórico de cirurgias ou neoplasias ginecológicas. O estudo anatomopatológico das lesões



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

Figura 6. Caso 2: lesões papulonodulares, eritemato-acastanhadas, no tórax posterior



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

Figura 7. Caso 2: lesões papulonodulares, eritemato-acastanhadas, no membro superior direito

cutâneas evidenciou pioleiomioma. A USG transvaginal identificou mioma intramural no fundo uterino medindo 1,62 x 1,78 cm. Havia história familiar positiva para a síndrome de REED, com relato de mãe da paciente com as mesmas lesões. Entre os tratamentos prévios realizados, foi feita injeção intralesional de corticoterapia, sem resposta satisfatória para o controle da dor. O tratamento cirúrgico com exêrese das lesões resultou em melhora dos sintomas.

Caso 3

Paciente, 64 anos, sexo feminino, com pápulas eritemato-acastanhadas em ombro e abdome, com cinco anos de evolução (Figura 8). Queixava-se de prurido e dor à palpação e em baixas temperaturas. A paciente relatava quatro gestações de partos vaginais, ausência de abortos (G4Pv4A0) e hysterectomia total por miomas uterinos há 30 anos. Negava a utilização de métodos contraceptivos e diagnóstico de neoplasias. A triagem para neoplasia renal foi negativa, e o exame histopatológico confirmou pioleiomioma. A paciente era mãe da paciente do caso 2, o que confirma a história familiar positiva para a síndrome.



Fonte: Autores (com permissão da paciente).

Figura 8. Caso 3: lesões papulonodulares, eritematosas e acastanhadas no abdome

DISCUSSÃO

O piloleiomioma, presente nos casos descritos, apresenta-se como um tumor benigno solitário (esporádico) ou como múltiplos nódulos e pápulas de origem autossômica dominante. Localizam-se tipicamente nas extremidades e no tórax. Eles são frequentemente dolorosos, principalmente em temperaturas frias, assim como na presença de estresse e pressão cutânea, conforme relataram as pacientes.^(3,7,14) No entanto, a gama de apresentações clínicas é bastante variada, o que resulta em diversos diagnósticos diferenciais, como angioliipoma, neuroma, tumor glômico, dermatofibroma, espiradenoma écrino, hamartoma, queiloide, lipoma, neurilemoma, poroma, tricoepitelioma, siringoma eruptivo, entre outros.^(1,7,15)

A biópsia é mandatória para o diagnóstico de leiomiomatose cutânea (LC).⁽⁷⁾ O diagnóstico da síndrome é feito pela presença de múltiplos LCs, com confirmação histológica, ou por um único leiomioma, na presença de história familiar positiva de HLRCC.⁽¹⁰⁾

Histologicamente se apresentam como tumor bem diferenciado, não encapsulado, mal delimitado, com feixes entrelaçados de fibras musculares lisas, de núcleos alongados, entremeados por feixes de colágeno na derme e/ou subcutâneo (Figuras 4 e 5). O citoplasma é eosinofílico, os núcleos são em forma de cigarro ou charuto e um infiltrado linfocítico perivascular pode ser visto. A imuno-histoquímica mostra coloração positiva com antidesmina e anti-alfa-actina de músculo liso. A transformação maligna é rara.⁽¹⁾

Após o diagnóstico, o aconselhamento genético deve ser realizado para rastrear a mutação do DNA do gene que codifica a enzima furamato hidratase, devido à idade precoce das hysterectomias por leiomiomatose uterina e à natureza agressiva do carcinoma renal. Deve-se realizar pesquisa detalhada do histórico familiar para identificar pacientes potencialmente em risco para a síndrome, testando mães, irmãs e descendentes do sexo feminino. Além disso, a triagem para leiomiomas uterinos e câncer renal deve ser realizada, levando a detecção imediata e oportuna e conscientização clínica.^(1,8,11)

Uma abordagem multidisciplinar para o cuidado é essencial na gestão de pacientes e suas famílias.^(9,13) Embora não existam diretrizes oficiais de triagem publicadas, são recomendados exames ginecológicos anuais, consulta anual com o médico dermatologista e exames de imagem abdominais a cada 1-2 anos para avaliar a gravidade dos leiomiomas uterinos e as alterações sugestivas de leiomiossarcoma e tumores renais.^(2,3,9,10) A tomografia computadorizada com contraste é o exame de imagem abdominal de escolha, seguida da ressonância magnética e da USG abdominal e do trato urinário.⁽¹⁾

Os LCs podem apresentar dor paroxística intensa.⁽¹²⁾ Embora a causa exata da dor ainda não tenha sido descrita, suspeita-se que seja causada por contração de células musculares lisas, compressão ou invasão de feixes nervosos cutâneos, aumento do número de elementos nervosos dentro de tumores e estimulação alfa-adrenérgica em músculos piloerectores.⁽¹⁾ O manejo da dor deve ser realizado, haja vista que tem importante impacto na qualidade de vida. O tratamento depende do número de lesões e do grau de desconforto, devendo-se evitar a exposição a temperaturas baixas. O tratamento medicamentoso da LC consiste no uso de bloqueadores dos canais de cálcio e no uso de neuromoduladores da dor, como a pregabalina e a gabapentina. Além disso, os medicamentos da classe dos análogos do ácido gama-aminobutírico podem ser empregados, pois eles agem reduzindo a dor ao diminuir a liberação de neurotransmissores – como glutamato, substância P, noradrenalina – e reduzindo a excitabilidade neuronal, com aumento dos níveis de serotonina.^(1,6)

Outros tratamentos podem ser utilizados com graus variados de sucesso terapêutico, como crioterapia, ablação a laser, aplicação de toxina botulínica, corticosteroides intralesionais e lidocaína tópica.^(3,5,6,9,14,16,17) O estudo de centro único do *National Institute of Health* (NIH) teve 18 participantes com diagnóstico de LC que

apresentavam dor classificada em 4 (escala de 0 a 10) pelo menos uma vez por semana. Os pacientes foram randomizados para receber toxina botulínica intralesional ou placebo. A pesquisa concluiu que o uso da toxina botulínica no tratamento de LCs dolorosos resultou em melhora da qualidade de vida e tendência à melhora da dor em repouso, o que não observamos no primeiro caso relatado neste artigo.⁽¹²⁾

Para lesões solitárias, a excisão cirúrgica é considerada padrão-ouro e curativa. Mas nem todas as lesões podem ser tratadas cirurgicamente devido ao seu número ou à sua localização.^(7,12) A radioterapia pode ser uma opção se a cirurgia não for viável.⁽¹⁾ A paciente do caso número 1 era refratária aos tratamentos prévios, mesmo se otimizando as doses dos medicamentos, sendo, então, proposto o tratamento cirúrgico.

Na síndrome de REED, os leiomiomas uterinos, assim como os piloleiomiomas cutâneos, estão presentes em mais de 90% das mulheres. Isso pode resultar em uma história de pressão ou dor pélvica, menorragia, irregularidade menstrual, infertilidade, aborto espontâneo e, muitas vezes, histerectomia precoce. Raramente estão associados ao desenvolvimento de leiomiossarcoma uterino altamente agressivo antes dos 30 anos de idade. Histologicamente, o leiomioma uterino apresenta feixes espirais de células musculares lisas alongadas e compactadas, com núcleos celulares alongados e uniformes, enquanto o leiomiossarcoma uterino contém atipia nuclear, atividade mitótica e necrose tumoral.^(11,18)

Em relação aos miomas uterinos, diferentes abordagens cirúrgicas podem ser consideradas, como miomectomia e histerectomia, respeitando-se sempre as escolhas individuais da paciente e avaliando o efeito na sua qualidade de vida e fertilidade.⁽¹⁾ O tratamento medicamentoso para miomas uterinos inclui analgésicos e agonistas do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), que auxiliam na redução do tamanho dos miomas.^(9,10) No caso de neoplasias uterinas, a histerectomia é o tratamento de escolha, e a miomectomia pode ser considerada em pacientes com leiomiossarcoma de baixo grau, que desejam preservar a fertilidade.⁽¹⁾

Em cerca de 20%-25% dos pacientes, há o desenvolvimento de câncer de células renais (CCR), cuja apresentação típica do tumor é do tipo solitário, unilateral, agressivo, com presença de hematúria, dor lombar e massa palpável. As metástases são precoces mesmo em tumores menores, o que resulta em achados metastáticos no momento do diagnóstico. O CCR papilífero tipo II é o subtipo mais frequente, seguido pelo CCR do ducto coletor, oncocitoma e carcinoma de células claras. A ocorrência de cistos renais também é mais prevalente do que na população em geral.⁽¹¹⁾

CONCLUSÃO

Embora o primeiro caso relatado tenha mais de 160 anos, ainda há muito a ser descrito e estudado sobre a

síndrome de leiomiomatose cutânea e uterina múltipla. O conhecimento e o esclarecimento dessa dermatose são fundamentais na prática clínica, pois o diagnóstico precoce e a educação do paciente podem trazer resultados extremamente positivos para o indivíduo e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Badeloe S, Frank J. Clinical and molecular genetic aspects of hereditary multiple cutaneous leiomyomatosis. *Eur J Dermatol*. 2009;19(6):545-51. Doi: 10.1684/ejd.2009.0749.
2. Orseth ML, Redick D, Pinczewski J, Wilson BB, Kuppalli SS. Something to Reed about: fibroids, cutaneous leiomyomas, and renal cell carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(6):584.e1-2. Doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.008
3. Malik K, Patel P, Chen J, Khachemoune A. Leiomyoma Cutis: A focuses Review on Presentation, Management, and Association with Malignancy. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(2):35-46. Doi: 10.1007/s40257-015-0112-1.
4. Jaime TJ, Jaime DF, Guaraldi BM, Junior CSB, Lerer C. Do you know this syndrome. *An Bras Dermatol*. 2011;86(3):601-10. Doi: 10.1590/S0365-05962012000300029
5. Garrido-Colmenero C, Ruiz-Villaverde R, García-Durá JE, Aneiros-Fernández. Reed's syndrome, a diagnosis not to forget. *J Obstet Gynaecol*. 2016;36(7):879-80. Doi: 10.1080/01443615.2016.1188274
6. Goyal T, Varshney A, Bakshi SK, Zawar V. Familial cutaneous leiomyomatosis in multiple generations with varied morphological presentations. *JEADV*. 2016;30(2):1195-52. Doi: 10.1111/jdv.13126.
7. Yaldiz M, Metin M, Erdem MT, Dikicier BS, Kanyaoglu Z. Two sisters with Reed's syndrome: treatment with pregabalin. *Dermatol Online J*. 2015;21(9):1-10. Doi: 13030/qt4wx2s2xm.
8. Alam NA, Barclay E, Rowan AJ, Tyrer JP, Calonje E, Manek S, et al. Clinical Features of Multiple Cutaneous and Uterine Leiomyomatosis. *Arch Dermatol*. 2005;141(3):199-206. Doi: 10.1001/archderm.141.2.199.
9. Choudhary S, McLeod M, Torchia D, Romanelli P. Multiple Cutaneous and Uterine Leiomyomatosis Syndrome A Review. *J Clin Aesthetic*. 2013;41(6):1-16.
10. Henley ND, Tokarz VA. Multiple cutaneous and uterine leiomyomatosis in a 36-year-old female, and discussion of hereditary leiomyomatosis and renal cell carcinoma. *Int J Dermatol*. 2012;51(7):1213-6. Doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05456.x.
11. Lencastre A, Cabete J, Gonçalves R, Alexandre J, Fidalgo A. Cutaneous leiomyomatosis in a mother and daughter. *An Bras Dermatol*. 2013;88(6 Suppl 1):124-7. Doi: 10.1590/abd1806-4841.20132449.
12. Naik HB, Steinberg SM, Middelton LA, Hewitt SM, Zuo RC, Linehan M, et al. Efficacy of Intralesional Botulinum Toxin A for Treatment of Painful Cutaneous Leiomyomas: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol*. 2015;151(10):1096-102. Doi: 10.1001/jamadermatol.2015.1793.
13. Adams A, Sharpe KK, Peters P, Freeman M. Hereditary leiomyomatosis and renal cell cancer (HLRCC): cutaneous and renal manifestations requiring a multidisciplinary team approach. *BMJ Case Rep*. 2017;11(4):105-15. Doi: 10.1136/bcr-2016-215115.
14. Parreira LML, Sipoli JM, Mercante AMC, Orfali RL, Levites J. Caso para diagnóstico. *An Bras Dermatol*. 2009;81(2):197-9. Doi:10.1590/S0365-05962009000200016.
15. Marcoval J, Llobera-Ris C, Moreno-Vilchez C, Penín RM. Cutaneous Leiomyoma: A Clinical Study of 152 Patients. *Dermatology*. 2022;238(3):587-93. Doi: 10.1159/000518542.
16. Hsu T, Cornelius LA, Rosman IS, Nemer KM. Treatment of cutaneous leiomyomas with 5% lidocaine patches in a patient with hereditary leiomyomatosis and renal cell cancer (Reed Syndrome). *JAAD Case Rep*. 2017;3(5):407-9. Doi: 10.1016/j.jidcr.2017.06.007.
17. Basendwh MA, Fatani M, Baltow B. Reed's Syndrome: A Case of Multiple Cutaneous Leiomyomas Treated with Liquid Nitrogen Cryotherapy. *Case Rep Dermatol*. 2016;8(1):65-70. Doi: 10.1159/000445042.
18. Onder M, Glenn G, Adisen E, Keseroglu O, Sahin S, Ataoglu O, et al. Cutaneous papules, uterine fibroids, and renal cell cancer: one family's tale. *Lancet*. 2010;375(9709):170. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)61499-9.

FEBRASGO POSITION STATEMENT

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

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



Pesquisa e
Extensão



Prática
Assistencial



Educação

Chancelado pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo



- PONTOS CHAVES
- RECOMENDAÇÕES
- CONTEXTO CLÍNICO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

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

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

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